

Ketenzorgprogramma

Complexe ouderenzorg

Zuid-Holland Noord

Door: Knooppunt Ketenzorg Zuid-Holland Noord, werkgroep ouderen
Contactpersoon: Caroline Groffen (kaderhuisarts en voorzitter werkgroep)
Martine Jongboer (Programma adviseur Reos)
Versie: nr. 5, 18 oktober 2019
Laatst aangepast: 18 oktober 2019
Status: Ketenzorgprogramma versie 1 is vastgesteld, 1 december 2015
Versie 2, 28 september 2016 (met aangepaste werkprotocollen
fysiotherapeut en diëtist)
Versie 3, 20 oktober 2016 (met aangepaste zorgpaden polyfarmacie,
cognitieve stoornissen (2016), valpreventie (2016), (risico op)
ondervoeding)
Versie 4, vastgesteld december 2017
Versie 5, vastgesteld november 2019

Disclaimer ketenzorgprogramma's Knooppunt Ketenzorg

- Dit ketenzorgprogramma van Knooppunt Ketenzorg is opgesteld en geactualiseerd op basis van de geldende professionele richtlijnen en zorgstandaarden en aangepast aan de regionale situatie in Zuid-Holland Noord.
- Dit ketenzorgprogramma is opgesteld en mag gebruikt worden door deelnemers van Knooppunt Ketenzorg, de betrokken zorgpartners en Zorg en Zekerheid.
- Deelnemers van Knooppunt Ketenzorg:
 - mogen dit ketenzorgprogramma implementeren binnen hun GEZ of zorggroep met de betrokken zorgpartners en Zorg en Zekerheid;
 - behouden het logo van of de verwijzing naar Knooppunt Ketenzorg bij de schriftelijke lokale vertaling van dit ketenzorgprogramma en de implementatie ervan.
- Dit ketenzorgprogramma is opgesteld als handvat voor zorgprofessionals. Patiënten en zorgorganisaties kunnen op geen enkele wijze rechten ontlenen aan de inhoud van dit ketenzorgprogramma.

LET OP: Voor vergoeding gelden de reguliere polisvoorwaarden. Niet alle zorg die in dit ketenzorgprogramma is beschreven wordt door de verzekeraar vergoed.

Wijzigingen ketenzorgprogramma 2017 ten opzichte van 2016

In 2017 heeft de nadruk gelegen op het formuleren van transmurale afspraken wat betreft de informatieoverdracht en samenwerking bij verwijzing en opname en ontslag van kwetsbare ouderen. Deze veranderingen vindt u terug in de hoofdtekst, de zorgpaden en werkprotocollen. Het document vindt u in bijlage 12.

Het is volgens ons belangrijk dat informatie die we in de eerstelijns reeds hebben verzameld ook ten goede komen voor de zorg in de tweede lijn en vice versa. Dit is een gedeelde verantwoordelijkheid van patiënten en zorgverleners.

Daarnaast zijn er enkele kleine, tekstuele verbeteringen, die voor de dagelijkse praktijk geen consequenties zullen hebben, maar die volgens ons de leesbaarheid hebben vergroot.

Voor 2018 zijn we van plan een zorgpad delier te ontwikkelen en de transmurale afspraken te implementeren.

Wij houden u graag op de hoogte via www.knooppuntketenzorg.nl.

Met vriendelijke groet, namens de werkgroep,

Caroline Groffen, voorzitter
Kaderhuisarts ouderengeneeskunde

Wijzigingen ketenzorgprogramma 2019 ten opzicht van 2017

In 2019 heeft de nadruk gelegen op het formuleren van transmurale afspraken wat betreft de informatieoverdracht en samenwerking bij verwijzing en opname en ontslag van kwetsbare ouderen. In 2019 heeft, als onderdeel van het implementeren van de transmurale afspraken, de scholing plaatsgevonden van behandelwensen gesprek en transmurale overdracht. De samenwerking hierin met de ziekenhuizen, ambulancedienst en HAP heeft de focus gehad. In de bijlage is de toolkit met beschikbare formulieren voor het behandelwensen gesprek opgenomen. Het zorgpad Alrijne kwetsbare ouderen incl. transmurale afspraken is als bijlage opgenomen. Daarnaast is er een nieuwe bijlage met informatie over wat te doen als het thuis niet meer gaat, met uitleg over samenwerking met het regionaal aanmeldpunt voor onder andere eerstelijnsverblijf (RAP-ZHN).

Tevens zijn er enkele kleine, tekstuele verbeteringen, die voor de dagelijkse praktijk geen consequenties zullen hebben, maar die volgens ons de leesbaarheid hebben vergroot.

Een nieuw zorgpad is ontwikkeld, het zorgpad Delier.

Wij houden u graag op de hoogte via www.knooppuntketenzorg.nl.

Met vriendelijke groet, namens de werkgroep,

Caroline Groffen, voorzitter
Kaderhuisarts ouderengeneeskunde

Inhoudsopgave

Disclaimer ketenzorgprogramma's Knooppunt Ketenzorg	1
Voorwoord	5
Wat kunt u met dit document?	5
1. Inleiding	6
1.1. Epidemiologie.....	7
1.2. Gebruikte richtlijnen.....	7
1.3. Betrokkenen	8
1.4. Doelstellingen	11
1.5. Doelgroep.....	11
2. De doelgroep specifieke zorg	14
2.1. Het Grondpatroon van het Zorgproces eerstelijnszorg bij kwetsbare ouderen	16
2.2. Fase Signalering	17
2.3. Functioneel Onderzoek	20
2.4. Diagnose en het starten van de Behandeling	23
2.5. Verwijscriteria multidisciplinaire samenwerking	26
2.6. Behandeling, evaluatie en follow up	28
3. Multidisciplinaire Zorgpaden	31
3.1. ZORGPAD KWETSBARE OUDERE MET ACUTE ONBEGREPEN VERWARDHEID THUIS (DELIER)	31
3.2. ZORGPAD POLYFARMACIE.....	36
3.3. ZORGPAD ADVANCE CARE PLANNING	39
3.4. ZORGPAD COGNITIEVE PROBLEMEN, DEMENTIE.....	42
3.5. ZORGPAD VALPREVENTIE	47
3.6. ZORGPAD (RISICO OP) ONDERVOEDING	55
3.7. MELDCODE OUDERENMISHANDELING	61
4. Organisatiestructuur van het zorgprogramma	63
4.1. Beheerder zorgprogramma versus beheer door Knooppunt Ketenzorg	63
4.2. Eindverantwoordelijke	63
4.3. Zorgcoördinator ouderenzorg	63
4.4. Individueel zorgbehandelplan	63
4.5. Gedeeld informatiesysteem	63
4.6. Organisatie multidisciplinair (beleids)overleg	64
4.7. Communicatie en bereikbaarheid	64
5. Kwaliteit.....	65
5.1. Kwaliteitsindicatoren	65
5.2. Identificatie en registratie patiënten.....	65
5.3. Informed consent	65
5.4. Scholing	66
6. Implementatie	66
Bijlage 1 Werkprotocol huisarts en praktijkondersteuner.....	67
Bijlage 2 Werkprotocol Apotheek	70
Bijlage 3 Werkprotocol wijkverpleegkundige/thuiszorg	73
Bijlage 4 Werkprotocol Fysiotherapie	75

Bijlage 5	Checklist Valanalyse	77
Bijlage 6	Werkprotocol Ergotherapeut.....	79
Bijlage 7	Werkprotocol Diëtist	81
Bijlage 8	Werkprotocol Specialist Ouderengeneeskunde (SO)	84
Bijlage 9	Handleiding GPO (LAEGO/MOVIT/LUMC, 2014)	86
Bijlage 10	Checklist implementatie zorgprogramma complexe ouderenzorg in de huisartsenpraktijk	92
Bijlage 11	Format Zorgbehandelplan	94
Bijlage 12	En wat als het thuis niet meer gaat.....	96
Bijlage 13	Toolkit Behandelwensen gesprek.....	101
Bijlage 14	Transmurale afspraken	105
Bijlage 15	Alrijne: Zorgpad kwetsbare ouderen incl. transmuraal proces	109
Bijlage 16	Kwaliteitsindicatoren	110
Bijlage 17	Financiering ouderenzorg	111
Bijlage 18	Literatuurlijst.....	112
Bijlage 19	Format Sociale kaart.....	114

Voorwoord

Wat kunt u met dit document?

Dit ketenzorgprogramma beoogt overzicht en structuur te geven in de zorg aan ouderen.

Allereerst biedt het handreikingen om door middel van casefinding, een afgebakende groep- mogelijk kwetsbare- ouderen met een complexe zorgvraag, te selecteren.

Vervolgens wordt de handelwijze besproken om verder onderscheid te kunnen maken binnen deze groep. Om medische zorg voor deze selecte groep binnen de huisartsenpraktijk zo doelmatig mogelijk in te zetten wordt een handvat gegeven voor probleemanalyse en het opstellen van een multidisciplinair behandelplan.

Kwetsbaarheid is geen eenduidig begrip. Met de term kwetsbare oudere bedoelen wij in dit programma een oudere die complexe problemen heeft op medisch, verpleegkundig en/of sociaal gebied, waardoor het zelfstandig functioneren wordt beperkt. Het programma leidt naar de inzet van aangewezen professionele en informele zorg, waardoor de oudere zo goed mogelijk (zelfstandig) blijft functioneren. Voor de leesbaarheid van het programma wordt volstaan met de term kwetsbare oudere.

Indien u lid bent van een lokaal samenwerkingsverband in Zuid-Holland Noord en verbonden aan het Knooppunt Ketenzorg, dan kunt u dit regionale ketenzorgprogramma Complexe Ouderenzorg lokaal implementeren. Mogelijk zult u het document aan moeten passen aan lokale afspraken binnen uw werkgebied. Dit ketenzorgprogramma is door het Knooppunt Ketenzorg ontwikkeld. Het heeft als doel u te ontlasten bij het maken van ketenzorgprogramma's. Het Knooppunt streeft naar uniformiteit binnen de regio.

Hoe kunnen we kwalitatief goede zorg realiseren, nu en in de toekomst? Dat is het grote vraagstuk. De ouderenzorg is volop in beweging. Zowel op het vlak van wet- en regelgeving, als op medisch inhoudelijk terrein. Dit plan is gebaseerd op de laatste inzichten op het gebied van ouderenzorg. Daarbij zijn in dit ketenzorgprogramma ook de veranderingen opgenomen na de transitie binnen de ouderenzorg per 1 januari 2015. Het geeft een richtlijn hoe om te gaan met de nieuwe wetten, de taken en verhoudingen binnen de ouderenzorg in de eerste lijn. Bij het ontwikkelen is rekening gehouden met bestaande lokale afspraken in ZHN.

Hoofdstuk 1 tot en met 5 laten zien wat er verstaan wordt onder de zorg voor kwetsbare ouderen. Het geeft aan wie de betrokkenen zijn en hoe de zorg multidisciplinair georganiseerd kan worden binnen de eerste lijn. Er wordt een aanbeveling gedaan voor het realiseren van een goede samenwerking met de gemeente. In de bijlage staan werkprotocollen en een overzicht van aanbevolen instrumenten die voor verschillende beroepsgroepen interessant kunnen zijn.

De werkgroep adviseert u om bij de implementatie van dit ketenzorgprogramma ook het werkboek 'Protocollaire Ouderenzorg'¹ te gebruiken.

¹ Boek en website NHG "Protocollaire Ouderenzorg", versie 2015; S. van Maurik-Brandon e.a.

1. Inleiding

Naarmate men ouder wordt, neemt zowel de kans op het hebben van een chronische ziekte als de kans op het krijgen van een ziekte toe. Ziekte gaat vaak gepaard met het hebben van één of meer beperkingen. Beperkingen kunnen zowel lichamelijk, cognitief, als ook sociaal-maatschappelijk van aard zijn. Om kwaliteit van leven te behouden is het van belang om met alle betrokkenen, de oudere, mantelzorger(s) en professionals samen keuzes te maken over wat belangrijk is in de zorgverlening en hoe deze het meest efficiënt geboden kan worden.

Verreweg de grootste groep ouderen is vitaal en functioneert zelfstandig. Het is de kunst om deze groep niet te betrekken binnen dit multidisciplinaire zorgprogramma. Uitgangspunt van het zorgprogramma is de kwetsbare groep ouderen te bereiken. Het is wenselijk om hen zelf keuzes te laten maken over de aard en mate van ondersteuning die zij wensen. Idealiter resulteert dit in een aanpak die de zelfregie ondersteunt.

Op zichzelf is dit al een grote uitdaging. De uitdaging wordt nog groter door de vele wijzigingen in het overheidsbeleid voor de gezondheidszorg.

Ontwikkelingen met grote invloed op de organisatie(-mogelijkheden) van de zorg zijn geweest:

- De transitie AWBZ/WMO; de gemeente heeft een grote taak binnen de ouderenzorg gekregen.
- De veranderingen in de langdurige zorg; het verdwijnen van de verzorgingshuizen in de oude vorm.
- De veranderingen in de wijkverpleegkundige zorg in de wijk.

Complexe ouderenzorg is primair eerstelijns-generalistische zorg. Met een sterke eerste lijn kunnen we voor ouderen met complexe problematiek goede integrale zorg in de buurt realiseren. Aan de basis hiervan staat een professioneel team van huisarts, POH-ouderenzorg, specialist ouderengeneeskunde, apotheker en wijkverpleegkundige. Samen zullen zij aan moeten geven wat nodig is aan structuur en middelen om goede zorg te leveren. De regie nemen is hier nodig en gewenst.

Hierbij is samenwerking met de gemeente met het oog op voorzieningen op gebied van welzijn en ondersteuning onontbeerlijk.

Er zijn meerdere stukken² die problemen rondom de huidige ouderenzorg beschrijven zoals het voorgenoemde KNMG rapport 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen'. Dit beschrijft de volgende knelpunten met betrekking tot de huidige zorg voor de kwetsbare ouderen:

- Te late signalering van medische problemen door de patiënt, mantelzorgers en eerstelijns hulpverleners en daardoor te late inschakeling van hulp.
- Gebrek aan coördinatie van de vele hulpverleners.
- Gebrek aan continuïteit van zorgverleners.
- Gebrek aan proactieve houding van de eerstelijns hulpverleners en aan preventie.
- Gebrek aan kennis over kwetsbaarheid.
- Gebrek aan honorering van de werkzaamheden van de huisartsenvoorziening ten behoeve van de kwetsbare ouderen.

Dit sluit aan bij het rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau: "Het tijdig onderkennen van kwetsbaarheid en daardoor tijdig ingrijpen en ondersteunen zorgt ervoor dat deze patiënten langer hun zelfstandigheid behouden en op een prettigere manier oud worden."³

Uit het onderzoek "Samen Oud" van het Nationaal Programma Ouderenzorg blijkt dat zowel de oudere als de hulpverlener meer tevreden zijn indien de zorg geïntegreerd wordt aangeboden. De oudere ervaart meer aandacht voor zijn specifieke situatie.

Dat geeft een veilig gevoel en vergroot de zelfredzaamheid en het welbevinden. Zorg en ondersteuning versterken elkaar en zijn toegespitst op het individu. De huisarts heeft vervolgens beter zicht op de situatie van de ouderen in zijn praktijk. Door samenwerking met specialist ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundige en ouderenadviseur is de huisarts beter in staat een passende oplossing te vinden voor hun gezondheidsproblemen.

² NHG Praktijkwijzer Ouderenzorg en LHV handreiking. Complexe ouderenzorg in het woonzorgcentrum en thuis, versie 2010

³ Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2011, Kwetsbare ouderen Cretien van Campen (red.)

In dit programma wordt een handreiking gegeven voor transmurale afspraken met gemeente, tweede lijn en woonzorgcentrum. De kracht van het zorgprogramma ligt in het multidisciplinaire auteurschap.

1.1. Epidemiologie

Het aantal 65-plussers zal naar schatting toenemen van 2,5 miljoen in 2009 naar 4,5 miljoen in 2040. Met deze toename zal ook het aantal ouderen met chronische aandoeningen groeien. Ouderen zullen steeds vaker te maken krijgen met meerdere chronische aandoeningen: multimorbiditeit. Op dit moment is de kans 50% dat er bij een oudere van 65 jaar sprake is van meerdere aandoeningen. En naarmate de leeftijd stijgt, zal dit verder toenemen. Dat betekent dat het aantal ouderen met complexe zorgvragen zal toenemen.

Vanwege de multimorbiditeit is het multidisciplinaire karakter kenmerkend voor de zorg van (kwetsbare) ouderen. Naast professionals uit de eerste lijn zoals wijkverpleegkundige, huisarts, POH-ouderen, fysiotherapeut, ergotherapeut, apotheek en diëtist zijn ook vaak zorgverleners uit de nulde lijn betrokken zoals ouderenadviseurs en algemeen maatschappelijk werkers. Daarbij is een goede afstemming met de tweede lijn essentieel voor een goede zorgverlening. De zorgbehoefte is divers. Er zijn grote verschillen in morbiditeit, zelfredzaamheid, financiële armslag en sociale steun.

Zolang de hulpvraag overzichtelijk is en de oudere nog zelfredzaam, kan hulpvraag gestuurde zorg volstaan. Als er daarentegen complexe problemen zijn, is proactieve zorg noodzakelijk. Deze visie staat ook beschreven in het NHG-Standpunt "Ouderengeneeskunde" en het KNMG-standpunt "Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen"⁴.

De eerstelijns ouderenzorg staat dus voor een complexe uitdaging. Er is een persoonsgerichte, individuele én proactieve benadering nodig. Met een proactieve benadering worden niet alleen functionele bedreigingen bedoeld ten gevolge van multimorbiditeit. Ook het monitoren, het bevorderen van de zelfredzaamheid en het vroegtijdig signaleren van verslechtingen in functioneren zijn een onderdeel van een proactieve aanpak.

1.2. Gebruikte richtlijnen

Dit ketenzorgprogramma is gebaseerd op landelijke standaarden en richtlijnen en diverse regionale voorbeelden. Onderstaand vindt u een overzicht van de gebruikte regionale zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen. Voor het overzicht van gebruikte standaarden en richtlijnen en andere relevante documenten verwijzen wij u naar de literatuurlijst in bijlage 14.

Regionale zorgprogramma's

- Zorgprogramma kwetsbare ouderen, Rijncoepel, Auteurs: Mijke Hensing en Esther de Jager 2012
- Zorgprogramma kwetsbare ouderen, Katwijk, Auteurs: Zorggroep Katwijk, Mirjam Schonenberg, 2012
- Protocol ouderenzorg nieuwe stijl coöperatie Vizionair, Auteurs: Jacobine van der Dussen (huisarts), Renate Agterhof (Praktijkverpleegkundige), Karin Broers (Praktijkverpleegkundige), Debbie Kneefel (Praktijkverpleegkundige) 2006

Het zorgprogramma is uitgewerkt door een werkgroep met ondersteuning van een meelees/feedbackgroep

⁴ KNMG Rapport sterke medische zorg voor kwetsbare Ouderen, maart 2010

Werkgroep

Esther de Jager	kaderhuisarts ouderengeneeskunde, Wantveld Noordwijk	2012 - 2014
Caroline Groffen	kaderhuisarts ouderengeneeskunde, Oegstgeest	Vanaf 2014
Victor van Duuren	kaderhuisarts ouderengeneeskunde, Hazerswoude-Dorp	2015 – 2018
Martine Ruitenburg	Apotheker, apotheek de Hoge Zijde, Alphen aan den Rijn	Vanaf 2014
Karolien van der Klugt	fysiotherapeut, PMC Katwijk	Vanaf 2017
Marianne van Beelen	POH Somatiek, Katwijk	2012 – 2016
Wil van der Meer	POH Somatiek, Leiden	Vanaf 2016
Marijke Thomlinson	coördinerend verpleegkundige, Activite, Alphen aan den Rijn	2012 – 2016
Marieke Verbij	coördinerend verpleegkundige Activite	Vanaf 2017
Marianne Knappe	diëtist, Katwijk	Vanaf 2016
Suzanne de Kort	Specialist ouderengeneeskunde/ kaderarts ouderengeneeskunde	Vanaf 2018
José Oostendorp	adviseur Reos	2012 – 2015
Monica van Papendrecht	Adviseur Reos	2015 - 2016
Marleen Harteveld	Adviseur Reos	2016-2018
Martine Jongboer	Adviseur Reos	Vanaf 2018
Meelees/ feedback		
Dorine Hazelzet	apotheker, apotheek Allart, Alphen aan den Rijn	
Henk Frans Kwint	apotheker, apotheek Stevenshof, Leiden	
Mirjam Schonenberg	kaderarts ouderengeneeskunde, Katwijk	
Jacobine van der Dussen	kaderarts ouderengeneeskunde, Rijsenhout	
Leo Nijessen	kaderarts ouderengeneeskunde, Alphen aan den Rijn	
Lani Liem	specialist ouderengeneeskunde, Topa	
Inge Fischer	ergotherapeut, Marente	
Wilma Hoek	wijkverpleegkundige en casemanager dementie, Marente	
Barbara Eijgel-van Oort	fysiotherapeut SMCO, Oegstgeest	
Ton Kohlbeck	ouderenberaad	
Evelien Ester	specialist ouderengeneeskunde, Topaz	
Marian Wortman	ergotherapeut	

1.3. Betrokkenen

De belangrijkste betrokkenen bij dit ketenzorgprogramma zijn de patiënt en de betrokken mantelzorger. De patiënt staat centraal en voert indien mogelijk zelf de regie, zo nodig samen met de mantelzorger. Binnen de complexe problematiek geeft de patiënt zelf zijn wensen en prioriteiten aan.

Naast de patiënt zijn bij het ketenzorgprogramma verschillende zorgverleners betrokken. Duidelijkheid rondom taken, communicatielijnen en verantwoordelijkheden zijn van groot belang bij het maken van multidisciplinaire samenwerkingsafspraken.

Tot slot is het belangrijk dat ondersteuning en zorg dicht bij huis georganiseerd worden. De landelijke adviesgroep eerstelijns geneeskunde voor ouderen (LAEGO) zegt hierover het volgende⁵:

Als men elkaar kent, kunnen opgemerkte veranderingen makkelijker doorspeeld worden aan de aangewezen hulpverleners. Dat betekent dat de huidige scheiding tussen zorg en welzijn doorbroken moet worden. Professionele aanbieders van zorg en ondersteuning werken op lokaal niveau samen. Cliëntgerichtheid en continuïteit zijn hierbij leidend. De oudere zelf bepaalt de doelen, medewerkers van ondersteuning en zorg pakken deze gezamenlijk op.

⁵ Visiedocument Eerstelijns geneeskunde voor ouderen 2014; lokale persoonsgerichte, passende, proactieve, samenhangende zorg en ondersteuning. Landelijke adviesgroep eerstelijns geneeskunde voor ouderen (Laego) dr. Annet W. Wind, drs Tony J Poot

Organisatie zorg en ondersteuning kwetsbare ouderen



Een nieuw model (zie bovenstaand figuur (https://www.beteroud.nl/beteroud/media/documents/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis-mei-2019_1.pdf)) als verkenning voor aanvullingen op het visie document eerstelijns geneeskunde voor ouderen uit 2014 om te komen tot persoonsgerichte, proactieve en samenhangende zorg voor kwetsbare ouderen in de regio/wijk. Met als eerste doel daarbij de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers zo goed mogelijk in stand te houden en crises zoveel mogelijk te voorkomen. En een tweede doel is de zorg en ondersteuning thuis in de eerste lijn 'houdbaar' te houden. De verbinding met de zorg in ANW-uren (zorg buiten de normale uren) is daarbij een belangrijk aandachtspunt.

In het programma wordt een handvat gegeven voor transmurale afspraken met de overige groepen professionals, te weten:

- Specialisten van het LUMC en de Alrijne Ziekenhuizen
- Woonzorgcentrum en specialisten Ouderengeneeskunde
- Gemeenten, professionals nulde lijn

Belangrijke aandachtspunten daarbij zijn: veilige medicatieoverdracht, verwijs- en terugverwijsafspraken, overdracht wensen levenseinde, afspraken keuze screeningsinstrumenten, consultatie in de eerste lijn, WLZ-indicatie, samenwerking met SOG, afspraken WMO; ondersteuning in thuissituatie, dagbesteding, sociale kaart met gemeente.

1.3.1. Betrokken hulpverleners in de eerste lijn

De belangrijkste bij het ketenzorgprogramma complexe ouderenzorg betrokken eerstelijns-hulpverleners (kern) zijn:

- Huisarts
- Praktijkondersteuner (POH)/praktijkverpleegkundige(PVK)
- Wijkverpleegkundige
- Apotheker
- Fysiotherapeut
- Ergotherapeut
- Diëtist
- Specialist Ouderengeneeskunde
- Casemanager dementie

Een ondersteunende rol van de ouderenadviseur is vereist. Bepaalde taken en voorzieningen zullen via de ouderenadviseur naar de gemeente moeten worden gedelegeerd.

Een uitwerking van hun taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en samenwerkingsafspraken is uitgewerkt en beschreven in de monodisciplinaire werkprotocollen.

Overige mogelijk betrokken zorgverleners uit de eerste lijn zijn niet uitgewerkt in dit document. U kunt hierbij denken aan psycholoog, maatschappelijk werk, logopedist, opticien, audicien en podoloog.

1.3.2. Functies functioneel onderzoeker en zorgcoördinator ouderenzorg

Bij de zorg voor kwetsbare ouderen zijn er twee essentiële centrale functies te onderscheiden. Deze functies kunnen door diverse hulpverleners worden uitgevoerd, onder verantwoordelijkheid van of in nauwe samenwerking met de huisarts;

- Het functioneel onderzoek (probleemanalyse) ➡ functioneel onderzoeker (hoofdstuk 2 paragraaf 2.3)
- Het coördineren van zorg ➡ zorgcoördinator ouderenzorg (hoofdstuk 2 paragraaf 2.6.2)

Om deze functies uit te kunnen voeren is een opleiding/denkniveau op Hbo-niveau vereist. Dit mede gezien de noodzaak tot zelfstandig en planmatig kunnen werken en het beschikken over een probleemoplossend vermogen.

Het functioneel onderzoek wordt uitgevoerd door de huisarts, POH ouderenzorg, praktijkverpleegkundige, of de wijkverpleegkundige.

Nadat het functioneel onderzoek is uitgevoerd binnen de huisartsenpraktijk kan de zorgcoördinatie worden uitgevoerd door de POH-O of de praktijkverpleegkundige. De zorgcoördinatie kan ook worden gedelegeerd aan disciplines buiten de huisartsenpraktijk, zoals bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige. Bij dementie kan de zorgcoördinatie worden uitgevoerd door de casemanager dementie, als deze bij de patiënt betrokken is.

In verreweg de meeste huisartsenpraktijken zijn praktijkondersteuners en/of praktijkverpleegkundigen werkzaam of er is een nauwe samenwerking met de wijkverpleegkundige. Hoe de taken zijn verdeeld is afhankelijk van de reeds betrokken hulpverleners en de hulpvraag van de oudere. De huisarts verdeelt de taken. Het is belangrijk dat deze functionarissen samenwerken en hun specifieke taken afstemmen en aanvullen.

Het onderscheid ligt vooral in het feit dat de praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige gedelegeerde taken in de chronische zorg uitvoert onder duidelijke regie van de huisarts. Zij heeft meer medische kennis, kan bij de kwetsbare oudere de combinatie van zorg bij DM, COPD en CVRM uitvoeren en handelt laag-complexe problematiek bij ouderen, volgens protocol, zelfstandig af.

De wijkverpleegkundige is opgeleid om de zorgbehoefte in kaart te brengen en de coördinatie van zorg op zich te nemen. De wijkverpleegkundige voert verpleegtechnische handelingen uit en is verantwoordelijk voor het verplegen en verzorgen van ouderen.

1.3.3. Huisarts als regisseur

De regisseur brengt alle verschillende voorzieningen en zorg bij elkaar.

Hij geeft sturing aan het zorgproces en stelt alle zorgverleners in staat hun bijdrage optimaal te leveren. De regisseur heeft een beeld van de totale zorg en geeft op basis daarvan aanwijzingen aan alle betrokken zorgverleners. Dat houdt concreet in: het aangeven welke zorg nodig is, wie dat het beste kan bieden, het ordenen van de zorg, prioriteiten stellen en bewaken en afstemmen van de activiteiten. De regisseur volgt het proces en grijpt in waar nodig.

De huisartsenvoorziening is voor zelfstandig wonende ouderen en bewoners van een woonzorgcentrum het meest geschikt om de regierol op zich te nemen, vanwege de kennis van de context, de voorgeschiedenis en het medisch dossier van de oudere. De huisarts als regisseur biedt de patiënten een centraal aanspreekpunt. Dit is voor ouderen een belangrijk aandachtspunt.

De rol van regisseur is verwant aan de coördinatie rol. De regierol is echter *sturend*, terwijl de coördinatie rol gaat over *afstemming* en *ondersteuning* van de oudere. Huisartsen kunnen een regierol niet claimen. Zij krijgen die op basis van vertrouwen van alle betrokkenen. Huisartsen

zullen daarom moeten investeren in het verwerven van vertrouwen en het opbouwen van samenwerkingsrelaties.

In het ketenzorgprogramma is casuïstiek uitgewerkt met voorbeelden voor werkafspraken tussen de verschillende professionals.

1.4. Doelstellingen

De doelen van dit ketenzorgprogramma zijn als volgt:

- Kritisch selecteren van de beperkte groep ouderen met complexe problematiek, voor juiste zorg op de juiste plek (integrale zorg over de domeinen heen).
- Optimale kwaliteit van leven van de ouderen. Hierbij staat de eigen regie en zelfredzaamheid centraal.
- Zorg op maat, dicht bij huis.
- Samenwerking door disciplines uit verschillende domeinen.
- Kwalitatief hoogwaardige en doelmatige multidisciplinaire zorg.
- Proactieve inzet om (tijdelijke) achteruitgang in zelfredzaamheid te beperken en bij te stellen.

Speerpunten in dit programma zijn:

1. De kwetsbare oudere wordt opgespoord door middel van casefinding.
2. Bij complexe problematiek wordt door middel van het functioneel onderzoek de zorgbehoefte van de oudere in kaart gebracht.
3. Op indicatie wordt een multidisciplinair zorgbehandelplan opgesteld en een zorgcoördinator aangewezen of er volgt een monodisciplinaire verwijzing.
4. De oudere blijft zo lang mogelijk in de eigen omgeving wonen en behoudt de regie.
5. Er is aandacht voor medicatieveiligheid en therapietrouw.
6. Veiligheid thuis verbeteren door aandacht te hebben voor ouderenmishandeling, cognitieve problemen, zorgmijding en valpreventie.
7. Samenhang, goede afstemming en informatie uitwisseling binnen de zorg. Het optimaliseren van welzijn in samenwerking met de gemeentelijke voorzieningen. Mantelzorgers worden ondersteund in hun taken.
8. Aandacht voor advance care planning: samen met de patiënt bespreken van de behandel- en zorgwensen in de laatste levensfase. Hierbij worden met name medische vraagstukken besproken, zodat de arts in acute situaties kan handelen volgens de wensen van de patiënt.
9. Dit alles onder regie van de huisarts.

1.5. Doelgroep

De ouderen worden volgens onderstaand stappenplan geïncorporeerd in het ketenzorgprogramma (zie ook stroomschema pagina 14 groep 3).

Inclusiemoment 1: Ouderen van 75 jaar en ouder waarbij er een vermoeden is van kwetsbaarheid. De huisarts beoordeelt signalen en besluit of er wel of niet aanleiding is tot het uitvoeren van functioneel onderzoek.

Het zorgprogramma biedt de handvatten om vanuit de grote groep ouderen van 75 jaar en ouder op een doelmatige wijze de groep ouderen te differentiëren, waarbij samenwerking en zorgcoördinatie nodig is.

Inclusiemoment 2: Ouderen die op basis van het functioneel onderzoek geïdentificeerd zijn als kwetsbaar en complex. Bij complexe problematiek, waarbij meerdere disciplines zijn betrokken wordt een zorgbehandelplan opgesteld. In het eerste GPO wordt het zorgbehandelplan multidisciplinair besproken en indien nodig aangevuld. Ook wordt er een zorgcoördinator benoemd. *Het zorgprogramma biedt een handvat voor het voor de kwetsbare ouderen met complexe problematiek opstellen en monitoren van een individueel zorgbehandelplan.*

Wie is een kwetsbare oudere?

Een uniforme definitie voor kwetsbaarheid is er niet, de groep kwetsbare ouderen is dan ook per definitie een heterogene groep. Ook zijn er nog geen gevalideerde instrumenten om de mate van kwetsbaarheid te meten. Daarom kunnen de patiënten niet worden opgespoord door een extractie uit het HIS. Wij gaan uit van de definitie zoals in het SCP rapport wordt gegeven, volgens de brede benadering: 'Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren, dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opnames, overlijden).

Een kwetsbaar persoon is vaker hoogbejaard, vrouw, alleenstaand en vaker uit een lage sociaaleconomische klasse. Doorslaggevend voor hun kwetsbaarheid is Multi morbiditeit (opeenstapeling van chronische ziekten) en/of het hebben van matige of ernstige functiebeperkingen (in bewegen, zelfverzorging en/of huishoudelijk werk)'.⁶

Complexe kwetsbaarheid

Kwetsbaarheid is een dynamisch begrip, variërend in complexiteit van zorg- en ondersteuningsbehoefte en diversiteit van de domeinen waarop sprake is van kwetsbaarheid. In het programma Langer Thuis wordt uitgewerkt dat om kwetsbare ouderen goed te helpen, het belangrijk is om aan te sluiten bij hun behoeften en wensen, en bij wat iemand zelf kan. Goede zorg aan zelfstandig thuiswonende ouderen draait om het bieden van persoonsgerichte, proactieve en multidisciplinaire zorg en ondersteuning. De complexe zorg die in dit zorgprogramma wordt beschreven richt zich specifiek op de groep kwetsbare ouderen waarbij ingezet wordt op het verminderen van de gevolgen en/of het beperken van de gevolgen. In het schema betreft het dus die kwetsbare ouderen waarbij sprake is multi domein problematiek en extreem kwetsbare ouderen. We noemen dit ouderen waarbij sprake is van complexe kwetsbaarheid (zie onderstaand figuur (https://www.beteroud.nl/beteroud/media/documents/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis-mei-2019_1.pdf)).



Waarom is identificatie van kwetsbaarheid belangrijk?

Ten eerste omdat kwetsbaarheid vraagt om geïntegreerde zorg in plaats van een opeenstapeling⁶ van zorgketens. Ten tweede maakt het ons alert dat we bij deze groep los moeten komen van een monocausaal medisch verklaringsmodel. De problematiek vraagt om bio-psychosociaal en multi causaal denken.

⁶ RJ Uittenbroek, SLW Spoorenberg, R Brans, B Middel, HPH Kremer, SA Reijneveld, K Wynia. SamenOud, een model voor geïntegreerde ouderenzorg: studieprotocol van een gerandomiseerde studie naar de effectiviteit betreffende patiëntuitkomsten, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten (pdf), in Tijdschr Gerontol Geriatr 2014; 45.; resultaten op de website http://www.beteroud.nl/docs/beteroud/projecten/Factsheet_onderzoek_DEF.pdf

Vaststellen van kwetsbaarheid is geen doel op zich, maar een startpunt om bijvoorbeeld nadere diagnostiek te initiëren, en het maakt een behandelplan en preventieve acties mogelijk. Net zomin als er een uniforme definitie is, bestaan er uniforme criteria. Er zijn verschillende criteria in omloop. In het zorgprogramma maken we gebruik van verschillende meetinstrumenten. Bij kwetsbaarheid is er een afnemend functioneren op meerdere terreinen zoals bijvoorbeeld:

- Mobiliteit
- Lichamelijke fitheid
- Visus
- Gehoor
- Voeding/gewicht
- Co-morbiditeit/polyfarmacie
- Cognitie
- Psychosociaal

Er zijn geen duidelijke afkappunten voor bovenstaande criteria te noemen. De criteria zijn een hulpmiddel. De leeftijdsgrens van 75 jaar hoeft niet strikt te worden gehanteerd, dus ook 65-plussers met aanwijzingen voor kwetsbaarheid kunnen worden geïncludeerd. De systematiek van het programma kunt u ook gebruiken voor andere kwetsbare groepen.

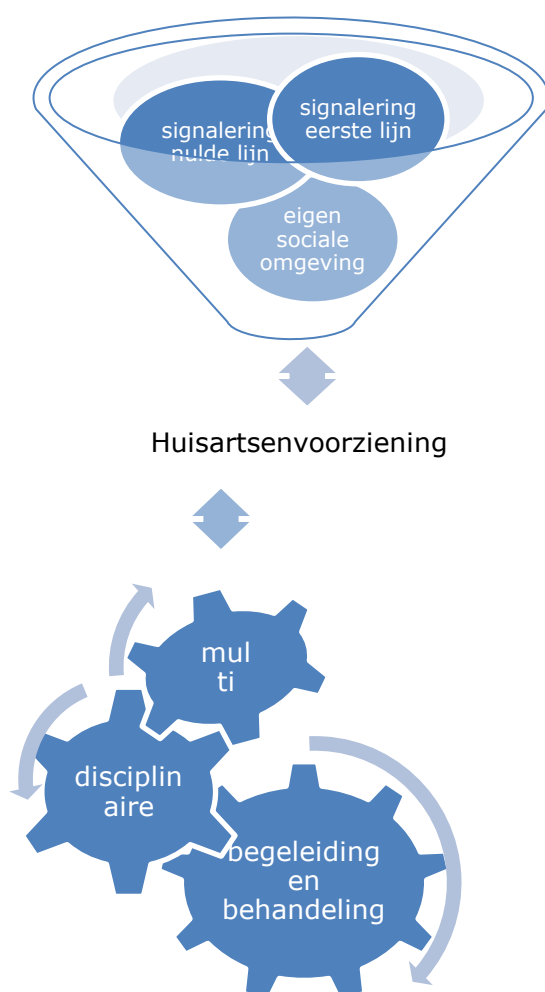
Dit zorgprogramma is geschreven voor zowel thuiswonende ouderen als bewoners in het woonzorgcentrum. Ook kwetsbare ouderen onder behandeling van een specialist waarbij de huisarts de regie voert, vallen binnen dit zorgprogramma.

2. De doelgroep specifieke zorg

Complexe Ouderenzorg is geen ziekte. Het ketenzorgprogramma is daarom niet ziekte specifiek, maar doelgroep specifiek.

De multidisciplinaire samenwerking vindt plaats bij de instroom in het ketenzorgprogramma en bij de behandeling. De diagnostiek vindt in basis plaats in de huisartsvoorziening of wordt vanuit de huisartsvoorziening bij de patiënt thuis gedaan.

Figuur 1: Patroon multidisciplinaire samenwerking bij kwetsbare ouderen



Ouderenzorg is in veel gevallen complexe zorg. De zorg kan complex zijn door de problematiek van de patiënt (case complexity). Ziekten, beperkingen en kwetsbaarheid zijn verweven en maken daardoor de diagnostiek moeilijk. Het kan ook zijn dat de zorg aan de patiënt complex is (care complexity). Er is een combinatie van zorg nodig en de mantelzorg is beperkt of valt uit.

- Bij case complexity ligt het accent op samenwerking van de huisartsenpraktijk met medisch specialisten, specialisten ouderengeneeskunde en in ouderenzorg gespecialiseerde paramedici en psychologen voor de ziektediagnostiek en het benutten van nog aanwezige herstellmogelijkheden.
- Bij care complexity ligt het accent op samenwerking van de huisartsenpraktijk met thuiszorg en verpleegkundigen, maar ook met de specialisten ouderengeneeskunde, in ouderenzorg gespecialiseerde paramedici, geriatrisch verpleegkundigen, ouderenadviseurs, maatschappelijk werk en psychologen, nu gericht op het vertragen of compenseren van functionele beperkingen.

Waar case complexity en care complexity samengaan, en dat zal bij ouderen met complexe problematiek vaak het geval zijn, is een ketenbrede samenwerking nodig.

Leeswijzer hoofdstuk 2 en 3

De eerste paragraaf illustreert de zorgroute van patiënten en biedt daarmee een overzicht van het zorgproces.

In de paragrafen 2.2 tot en met 2.4 wordt het stroomschema per fase nader uitgewerkt. Bij elke fase is het doel van de fase beschreven, gevolgd door een overzicht van de benodigde activiteiten om dit doel te bereiken. Bij elke activiteit is aangegeven wie deze uit kan voeren en welke instrumenten gebruikt kunnen worden. Ook wordt de His-registratie aangegeven. Deze is van belang voor overzicht van het dossier, eenduidigheid van registratie en monitoring van kwaliteitsindicatoren.

De zorg voor kwetsbare ouderen is te omvangrijk om alle onderdelen uit te werken in een ketenzorgprogramma. De volgende afbakening is gemaakt:
in het ketenzorgprogramma zijn de activiteiten uitgewerkt die nodig zijn voor het bepalen van de kwetsbaarheid en het opstellen van een vraaggericht multidisciplinair zorgbehandelplan. Voor het opstellen van het zorgbehandelplan wordt volstaan met een overzicht van verwijzadviezen bij de belangrijkste aandoeningen.

Het hoofdstuk doelgroep specifieke zorg wordt afgesloten met ouderenzorg specifieke aandachtspunten voor de ondersteuning van zelfmanagement en het organiseren van het multidisciplinair overleg.

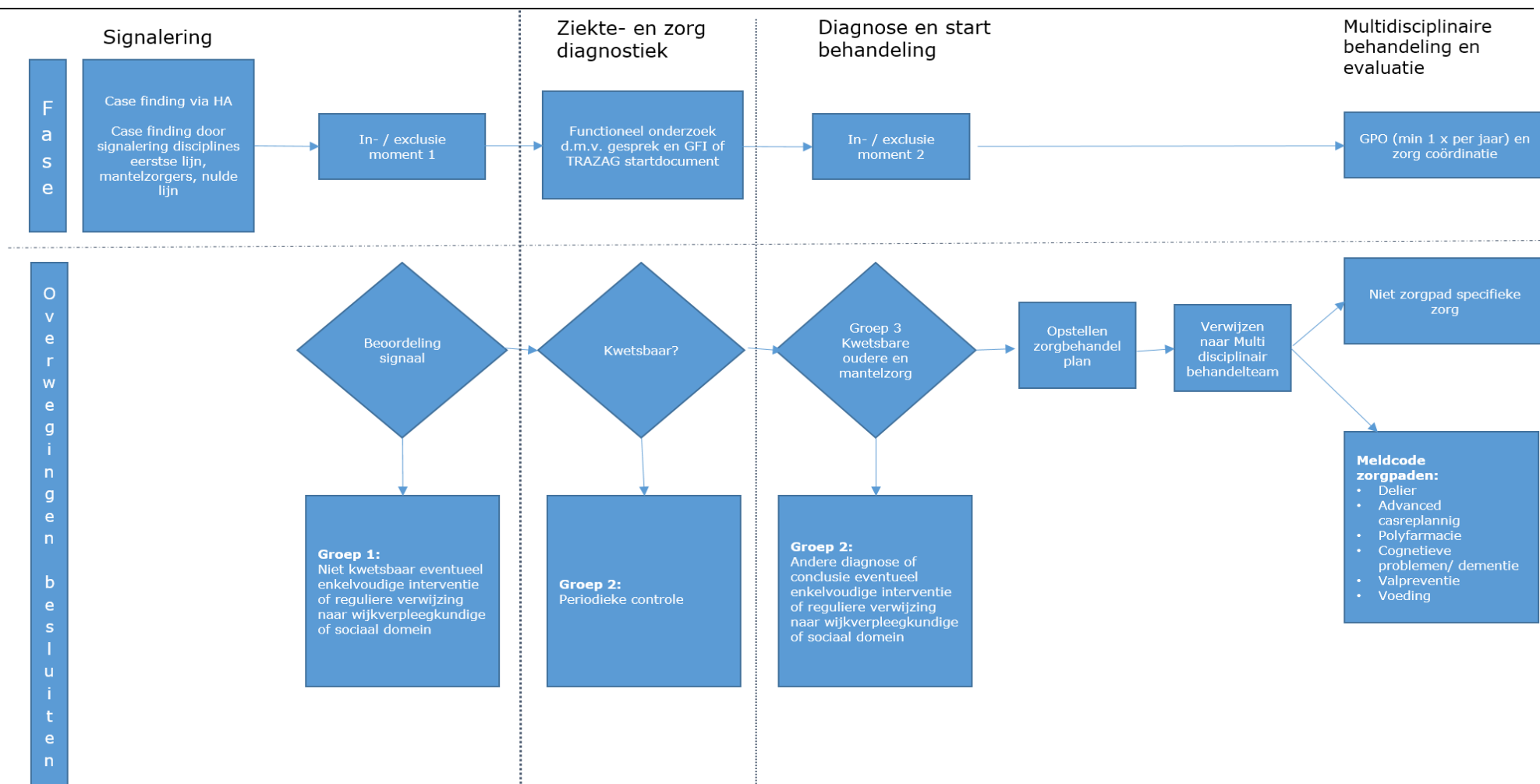
Voor de monodisciplinaire werkprotocollen van iedere discipline met specifieke criteria voor verwijzen en terugverwijzen wordt verwezen naar de bijlagen.

Aanvullend op de informatie in hoofdstuk 2 wordt in hoofdstuk 3 een aantal zorgpaden (specifiek voor ouderen) uitgewerkt. Dit betreft polyfarmacie, Advance Care Planning, valpreventie, (risico op) ondervoeding en cognitieve stoornissen. De meldcode ouderenmishandeling is ook opgenomen. Dit mede i.v.m. de recente wetgeving, waarbij van elke professional wordt verwacht een protocol ouderenmishandeling beschikbaar te hebben.

In de zorgpaden is, net als in de eerste paragrafen, de zorgroute uitgewerkt in een stroomschema waarna elke stap nader wordt toegelicht. De zorgpaden starten met de stap aanvullende diagnostiek. Daarnaast zijn de doelstelling, de multidisciplinaire verwijscriteria en de samenwerkingsafspraken uitgewerkt.

Voor de behandeling van chronische ziekten wordt verwezen naar al uitgewerkte ketenzorgprogramma's: COPD, CVRM en DM 2. Voor alle ziekte specifieke ketenzorgprogramma's doet de werkgroep complexe ouderenzorg de aanbeveling om een hoofdstuk aandachtspunten bij oudere patiënten toe te voegen.

2.1. Het Grondpatroon van het Zorgproces eerstelijnszorg bij kwetsbare ouderen⁷



⁷ De in het schema vermelde groepen zijn verder beschreven in paragraaf 2.4 diagnose en het starten van de behandeling

De verschillende fases van bovenstaand stroomschema worden in de volgende paragrafen per fase verder uitgewerkt. In de schema's 'activiteiten, taakverdeling en werkafspraken' worden voor de betrokkenen de volgende afkortingen gebruikt:

HA = huisarts, POH = praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige, AP = apotheker, BA=bezorger apotheek, FT = fysiotherapeut, DT = diëtist, ET = ergotherapeut, PAR=paramedisch⁸, WV = wijkverpleegkundige, TZ = thuiszorg, EVP=eerstverantwoordelijke, SO = specialist ouderengeneeskunde, FO = functioneel onderzoeker, ZC = zorgcoördinator ouderenzorg
PT = patiënt, MZ = mantelzorger, GM=gemeente⁹

2.2. Fase Signalering

Doel en resultaat van de fase

De fase signalering omvat de volgende stappen: casefinding en inventarisatie.

Casefinding houdt in dat er actief gereageerd wordt op risicofactoren, beginnende afwijkingen, kwetsbaarheid of signalen van ouderenmishandeling bij ouderen met als doel vroegtijdig te kunnen behandelen. Door tijdige onderkenning en passende actie wordt de oudere geholpen om langer de eigen regie te behouden. Er wordt uitgegaan van een selectieve vorm van casefinding, waarbij proactief gelet wordt op signalen bij patiënten. Uit recent onderzoek¹⁰ is namelijk gebleken dat collectieve screening niet lijkt bij te dragen aan zelfredzaamheid van ouderen. Aangezien de meeste kwetsbare ouderen met chronische ziekte(n) al reguliere zorg ontvangen, lijkt voor deze groep het verbeteren van de individuele zorg meer winst te kunnen opleveren. Tijdens deze fase inventariseert de huisarts de gevonden risicofactoren en beoordeelt hij of nader functioneel onderzoek nodig is. In dit geval geeft hij de POH, praktijkverpleegkundige of wijkverpleegkundige opdracht het functioneel onderzoek uit te voeren.

2.2.1. Activiteiten, taakverdeling en werkafspraken in de fase signalering bij casefinding

Activiteiten bij casefinding via HA-praktijk	PT	HA	POH	PA	Instrumenten	Toelichting
Aansluiten bij routine praktijk; Alertheid bij - Chronische protocollaire zorg aan ouderen met DM 2, CVRM en COPD - Ouderen waar frequent visite gereden wordt - Ouderen die frequent de praktijk bellen of waarover veel gebeld wordt (door familie, thuiszorg, etc.) - Reguliere consulten - Recente opname in ziekenhuis langer dan 3 dagen - Recent verlies van partner	X	X	X	X	Niet Pluis gevoel Pakket ¹¹	Gedurende de 'routine' werkzaamheden kunnen patiënten met risicofactoren genoteerd worden op een bespreklijst. In de praktijk moet een afspraak gemaakt worden over de momenten waarop beoordeeld wordt of deze patiënten mogelijk kwetsbaar zijn en of functioneel onderzoek nodig is.

HA = huisarts, POH = praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige, PA = praktijkassistent, PT = patiënt

⁸ Paramedici: fysiotherapeut, diëtist, ergotherapeut

⁹ Ouderenadviseurs/algemeen maatschappelijk- en/of welzijnswerkers en medewerkers van organisaties die veel met ouderen in aanraking komen zoals woningbouwcorporaties, wmo-loketten

¹⁰ Strategies in preventive care for older people. Proefschrift Yvonne Drewes universiteit Leiden (12 december 2013)

¹¹ Vanuit de dementieketen ZHN is het Niet Pluis gevoel Pakket ontwikkeld. Er is een handleiding voor managers en een op maat te maken scholing beschikbaar via info@transmuralis.nl

Activiteiten bij casefinding via signalering door andere disciplines in de eerste en de nulde lijn ¹²	AP	BA	PAR	WV	TZ	GM	Instrumenten	Toelichting
Alertheid bij regulier consult ouderen	X	X	X	X	X	X	Zie voetnoot 9-10	Gedurende de 'routine' werkzaamheden kunnen patiënten met risicofactoren genoteerd worden op een bespreklijst Signaal doorgeven aan huisarts bij:
							Specifiek voor polyfarmacie	• Zijn er grote voorraden in huis? • Zijn er meerdere opbergplaatsen? • Is er onduidelijkheid wanneer en waarom bepaalde medicatie gebruikt moet worden?
							Specifiek voor cognitieve stoornissen en dementie	• Gaat het maken van, of opvolgen van, afspraken moeizaam? • Zijn er signalen van opvallende achteruitgang in persoonlijke verzorging? - Melden personen uit de omgeving zorgen?
							Specifiek voor valpreventie	- Is de persoon gevallen afgelopen jaar? - Heeft de persoon een wankel evenwicht en vaak bijna-valincidenten tijdens ADL taken?
							Specifiek voor (gevaar op) ondervoeding	- Zijn er onvoldoende boodschappen in huis? - Bereidt de patiënt onvoldoende (warme) maaltijden? - Is de kleding niet passend?
							Specifiek voor vermoeden ouderenmishandeling	Signalen van toenemende machteloosheid bij mantelzorger. Zie ook bijlage 10 (stap 3) en de meldcode ouderenmishandeling in paragraaf 3.6 (blz 53)

AP = apotheker, BA=bezorger apotheek, PAR=paramedisch¹³, WV = wijkverpleegkundige, TZ = thuiszorg, GM=gemeente

¹² In dit ketenzorgprogramma is alleen de signalering door andere disciplines dan de huisartsen en de POH in de eerste lijn uitgewerkt. Afstemming met de nulde lijn over signalering en het proces om van signalering tot passende actie te komen komt aan de orde, bij het maken van transmurale afspraken.

¹³ Paramedici: fysiotherapeut, diëtist, ergotherapeut

Activiteiten in de fase signalering bij Inventarisatie	HA	POH PVK WV	Instrumenten	Toelichting
Prioriteren van ouderen door bespreken de bespreeklijst	X	X		
Besluit wel/niet functioneel onderzoek	X			Beoordeling mogelijk verhoogd risico op functieverlies en kwetsbaarheid. - polyfarmacie (>5 medicijnen) ICPC A13.00 - cognitieve achteruitgang Dementie ICPC P70, geheugenstoornissen P20 - of andere signalen zoals beschreven bij activiteiten bij casefinding via signalering door andere disciplines in de eerste en de nulde lijn
Verwijzing voor functioneel onderzoek	X			De oudere bij wie een toename van kwetsbaarheid wordt vermoed, kan worden doorverwezen naar de POH of praktijkverpleegkundige. Hierbij geeft de huisarts aan of een huisbezoek noodzakelijk is. Wanneer er sprake is van een zorg of specifiek verpleegkundig probleem, schakelt de huisarts direct de wijkverpleegkundige in. Indien er sprake is van eenzaamheid/sociale problematiek schakelt de huisarts direct het sociaal team of een ouderenadviseur in. Zij koppelen de resultaten van hun inventarisatie terug aan de huisarts. In deze gevallen wordt er dus geen functioneel onderzoek gedaan.

HA = huisarts, POH = praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige, WV = wijkverpleegkundige,

2.3. Functioneel Onderzoek

Doel en resultaat van de fase

In deze fase wordt beoordeeld of de signalen aanleiding zijn tot nadere ziekte- en zorgdiagnostiek. Centraal staat een gesprek met de patiënt tijdens een huisbezoek. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een semigestructureerde vragenlijst om op een systematische wijze het functioneren van de patiënt, op de verschillende levensdomeinen, in kaart te brengen. Huisbezoeken hebben een meerwaarde omdat dit inzicht geeft in de thuissituatie.

De uitkomst van deze fase is een overzicht van [geconstateerde problemen](#), met kwalificatie van de ernst en [een prioritering van de patiënt en/of de mantelzorger](#). Op basis van de uitkomst kan een gewogen besluit genomen worden of de oudere wel of niet kwetsbaar is. Dit is de uitgangssituatie voor een eventueel vervolgtraject.

Zoals eerder aangegeven kunnen zowel de huisarts, POH-O, de PVK of WVK het functioneel onderzoek uitvoeren.

Er zijn twee casussen beschreven ter verduidelijking van de besluitvorming van de huisarts na beoordeling van een signaal met betrekking tot het uitvoeren van functioneel onderzoek of dat functioneel onderzoek niet nodig is, maar wel onderzoek van wijkverpleegkundige of sociaal team.

Casus 1

Mevrouw X, 76 jaar komt al jaren bij de POH in verband met controle diabetes, waarvoor ze medicatie gebruikt. Bij de laatste controles valt op dat het HbA1c aan het stijgen is. Mevrouw vertelt dat ze niet goed weet of ze de medicatie wel goed heeft ingenomen. Het valt de POH op dat de kleding van mevrouw minder verzorgd is dan gewoonlijk en het kost mevrouw moeite te vertellen wat ze de laatste dagen heeft gedaan. Kortom, er zijn signalen van cognitieve achteruitgang.

De POH-O is de aangewezen professional om het functioneel onderzoek te doen.

Casus 2

De heer S., 83 jaar komt op het spreekuur bij de huisarts in verband met een lelijke wond aan zijn scheenbeen, opgelopen door te stoten aan de afwasmachine.

Zij ziet meneer S zelden, alleen als de nood aan de man is. Het kost hem veel moeite om naar de praktijk te komen. In verband met de grote afstand naar de huisartsenpraktijk moet hij de bus nemen.

De huisarts vraagt de wijkverpleegkundige voor de wondbehandeling en om te inventariseren of er andere problemen spelen.

De WVK zal een eigen inventarisatie maken. Zo nodig koppelt ze terug bij medische vragen.

In het toetsingskader (<https://www.beterbeteroud//2018/DEF-DEF-toetsingskader.pdf>) van de ouderen van BeterOud is omschreven waar de signalering zich volgens ouderen op moet richten, en hoe de signalering er uit moet zien. De ouderen van BeterOud hebben 6 aandachtspunten geformuleerd waar de signalering zich op moet richten en hoe de signalering er uit zou moeten zien (zie onderstaand figuur).

De zes aandachtspunten van de ouderen van BeterOud

- **1. Kijk niet alleen naar gezondheid van ouderen, maar naar alle levensdomeinen.**

Signalering moet zich richten op het sociale, het fysieke, het psychische en het existentiële domein. Deze domein hangen samen, vermindering van het functioneren op het ene domein kan tot vergroting op een ander domein leiden. De benadering 'positieve gezondheid' (Huber) sluit hier goed op aan. De ouderen van BeterOud vinden het meest belangrijke terrein om te signaleren: 'meedoen': heeft de oudere nog contacten, worden ze serieus genomen, kunnen ze met anderen leuke dingen doen, horen ze er nog bij, hebben ze nog interesse in de wereld om hen heen, doen ze nog zinvolle dingen?

- **2. Baken de doelgroep af, niet alle ouderen lopen risico.**

Maak een voorselectie, bijvoorbeeld o.b.v. belangrijke levensmomenten en selecteer periodiek.

- **3. Beschrijf op welke wijze wordt gesignaleerd.**

Zowel digitaal als via huisbezoek kan worden gesignaleerd: beschrijf waarom je voor een

manier kiest. Heb je veel mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden in je populatie, kies dan niet voor digitaal.

- **4. Kies een benadering die past bij de doelgroep**

Een goede introductie is belangrijk: iemand voelt zich misschien nog niet kwetsbaar, of is dat nog niet. De oudere moet dan nee kunnen zeggen. Belangrijk om informatie schriftelijk aan de oudere te verstrekken.

- **5. Maak gebruik van vertrouwde personen om met ouderen in contact te komen.**

Sluit aan bij de leefwereld van de oudere en maak gebruik van vertrouwde personen. Bijvoorbeeld huisbezoek door de bekende POH, familie aanwezig laten zijn of laten helpen bij het invullen van een vragenlijst.

- **6. Laat het niet bij signaleren alleen. Zorg voor een vervolgstap indien nodig.**

De oudere beslist zelf of er een vervolgstap komt of niet, en hoe die eruit ziet.

2.3.1 Activiteiten, taakverdelingen en werkafspraken functioneel onderzoek

Er is geen gevalideerde instructie beschikbaar voor welke lijsten gebruikt dienen te worden tijdens het functioneel onderzoek. In onderstaande tabel is op basis van standaarden en richtlijnen, een aanbevolen set opgenomen.

Nadere exploratie eventueel door middel van functioneel onderzoek	PT	MZ	FO	Instrumenten	Vermoeden van	Toelichting
Gesprek (anamnese) met de oudere	X	X	X	Het gesprek met de oudere en diens wensen staan centraal. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de GFI of TRAZAG startdocument.	Kwetsbaarheid	Het gesprek door de functioneel onderzoeker vindt bij voorkeur thuis plaats, maar kan ook in de huisartspraktijk plaats vinden. De huisarts geeft aan wanneer een huisbezoek wenselijk is.
Medicatie en probleemlijst bekijken en bespreken met patiënt.	X		X	Volledig overzicht, mist er medicatie, gebruik van zelfzorgmiddelen?	Orderingsproblemen of farmaco-therapeutische aandachtspunten, zoals over- of onder-behandeling.	Functioneel onderzoeker neemt tevoren (extra) aandachtspunten van de huisarts mee in het gesprek (huisbezoek).
Maken overzicht van geconstateerde problemen			X	SFMPC (somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatief domein).		Zie het werkprotocol HA/POH in bijlage 1. LESA zorg voor kwetsbare ouderen 2017
Prioriteren van problemen die aangepakt moeten worden	X	X	X			Het gaat in deze fase om de prioritering van de patiënt en/of de mantelzorger. Zie het werkprotocol HA/POH in bijlage 1.
Vragen rondom levenseinde bespreken	X		X		Beperkte levensverwachting	Zie zorgpad in hoofdstuk 3, blz. 31
Geven van voorlichting	X	X	X	Patiëntenbrieven		Hierbij kan gebruik worden gemaakt van thuisarts.nl (bijvoorbeeld geheugenproblemen, wensen rond levenseinde, Vitamine D enz.)
HIS registratie			X	HIS: episode en ICPC, SOEP registratie. Gebruik maken van protocol Ouderenzorg in HIS of bij voorkeur KIS		Invoer door POH of praktijk-verpleegkundige ICPC A49.01 (Ouderenzorg).

PT = patiënt, MZ = mantelzorger, FO = functioneel onderzoeker

2.4. Diagnose en het starten van de Behandeling

Doel en resultaat van de fase

Het verslag van het functioneel onderzoek wordt door de huisarts of POH/PVK/WVK samen met de patiënt besproken. In dit gesprek komt aan de orde of er voldoende zicht is op de problematiek. Vervolgens worden de kwetsbaarheid en de aanwezigheid van een complexe zorgvraag bepaald. Zo nodig wordt er een zorgbehandelplan opgesteld. Eventueel kan aanvullende diagnostiek in de tweede lijn plaatsvinden.

Het doel is tijdig interventies toe te passen bij gezondheidsproblemen, zodat patiënten zo goed mogelijk op hun niveau blijven functioneren. Bij tijdelijke problemen kan de kwetsbaarheid ook tijdelijk verhoogd zijn. Bij herstel gaan ouderen dan weer van groep 3 naar groep 2. Bij chronische aandoeningen zullen ouderen in groep 3 blijven.

Overzicht bepaling wel of niet opstellen zorgbehandelplan

Bepaling kwetsbaarheid	Behandeling op hoofdlijnen	HIS registratie ¹⁴
Groep 1: Robuust Goed functionerende ouderen, al dan niet met een chronische aandoening of gebrek.	In de huisartsvoorziening vinden de gebruikelijke spreekuurcontacten op initiatief van de patiënt plaats, zo veel als mogelijk bij dezelfde huisarts. Ondersteuning en waar mogelijk stimulering van zelfredzaamheid vormen een vast aandachtspunt tijdens deze contacten. De POH of praktijkverpleegkundige biedt begeleiding bij eventuele chronische aandoeningen. Binnen deze groep ligt de regie bij de patiënt zelf. Het gaat om reguliere zorg die verder niet is uitgewerkt in dit zorgprogramma.	blijft A49.01
Groep 2 Kwetsbaar, niet complex Ouderen met verhoogd risico op functieverlies / kwetsbaarheid met functionele beperkingen door één of meer chronische aandoeningen, die zich in een stabiele situatie bevinden.	Naast de gebruikelijke spreekuurcontacten biedt de POH/verpleegkundige begeleiding bij chronische aandoeningen. Ook heeft de ondersteuner of verpleegkundige aandacht voor de zelfredzaamheid van de patiënt en de belasting van de mantelzorg. De regie ligt zoveel mogelijk bij de oudere zelf, echter waar nodig vult de huisarts aan. De POH/verpleegkundige coördineert de zorg onder supervisie van de huisarts indien er ook andere professionals bij de zorg betrokken zijn. Na een bepaalde periode vindt weer controle plaats (afhankelijk van de problematiek na 3, 6 of 12 maanden). Het gaat om reguliere zorg die verder niet is uitgewerkt in dit zorgprogramma.	blijft A49.01
Groep 3 Kwetsbaar, complex <u>Kwetsbare ouderen</u> met ernstige functionele beperkingen en/of cognitieve stoornissen. Vaak ten gevolge van multimorbiditeit met neiging tot decompensatie. Score GFI >3 TRAZAG startdoc >3	De zorg is, uitgaande van de wensen en mogelijkheden van ouderen zelf, proactief van aard en wordt geleverd vanuit een kleinschalig team. Er is een individueel zorgplan dat periodiek wordt geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. De regie wordt meestal niet meer door de patiënt zelf gevoerd maar door de huisarts (in overleg met een naast familielid) of een zorgcoördinator. De huisarts consulteert waar nodig een kaderhuisarts ouderengeneeskunde, een specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde. De POH, huisarts of praktijkverpleegkundige verzorgt systematisch de functionele diagnostiek en coördineert de zorg die door de betrokken zorgverleners wordt geboden. Opstelling, uitvoering en evaluatie van het zorgbehandelplan vinden plaats in een multidisciplinair overleg. Implementatie vraagt om duidelijke taak- en rolverdeling en informatie-uitwisseling. De oudere wordt geïncludeerd in het ketenzorgprogramma ouderen. Deze vorm van zorgverlening is verder uitgewerkt in dit ketenzorgprogramma. De oudere wordt bij de huisartsenpost gemeld als aandachtspatiënt (zie werkprotocol HA/POH en bijlage 12)	Conversie naar A05. Mogelijk door interventie of herstel in een later stadium weer terug naar groep 2. Voorbeeld: herstel na heupfractuur.

¹⁴ Conform NHG advies op dit moment

2.4.1. Activiteiten, taakverdeling en werkafspraken Ziekte- en Zorgdiagnostiek en het opstellen van het zorgbehandelplan

Ziekte en zorgdiagnostiek	PT	MZ	HA	FO	Instrumenten	Toelichting en HIS registratie
Verslag functioneel onderzoek wordt besproken			X	X		POH / verpleegkundige die het functioneel onderzoek heeft gedaan.
Diagnostiek huisarts			X		Afhankelijk van probleem volgens NHG standaard.	
Op indicatie aanvullende testen	X		X	X	Alle testen beschikbaar via de website.	http://www.platformouderenzorg.nl/screening/screening website protocolaire ouderenzorg via NHG.org
	X		X	X	TRAZAG vervolg diagnostiek.	
	X		X	X	OLD Observatielijst geheugenproblemen.	Screening geheugen op cognitieve stoornissen. Hier kan goed de POH-GGZ ingezet worden.
	X		X	X	MMSE	
			X	X	Clock drawing test.	
	X		X	X	GDS 15	Screening stemming op depressie.
	X			X	Barthel index	Bij stoornissen ADL; screening ADL.
				X	Get up en Go test	Bij valrisico.
				X	Valanamnese	Bij een val.
				X	SNAQ 65 ¹⁵ plus SNAC RC (test voor signalering ondervoeding)	Bij signalen van (risico op) ondervoeding. Bovenarmomtrek Handknijpkracht (♀ < 20 kg, ♂ < 30 kg) Loopsnelheid < 0,8 m/s (4 meter in meer dan 3 sec).
	X	X		X	Easycare	Zorgbehoefte
	X	X		X	Zelfredzaamheid-radar	Zorgbehoefte
Verwijzing voor aanvullende diagnostiek			X		Volgens NHG richtlijn en transmurale afspraken zodra deze zijn gemaakt.	
Indien van toepassing zorgdiagnostiek				X	Easycare, CSI (care giver strain-index), EDIZ (ervaren druk informele zorg)	Bij signalen op overbelasting van de mantelzorg en vermoeden dan wel diagnose dementie. In ieder geval bij: cognitieve problemen/dementie
Beoordeling Wilsbekwaamheid			X			Bij cognitieve problemen, zwakbegaafdheid of psychiatrische problematiek. Eventueel consultatie SOG of GGZ
Gesprek met oudere en (indien gewenst) mantelzorg	X	X Optio- neel	X	X		Registratie van contact gegevens mantelzorg in HIS
Vervolgstappen voorstellen en afspreken	X	X Optio- neel	X	X		

HA = huisarts, FO = functioneel onderzoeker, PT = patiënt, MZ = mantelzorg

¹⁵ SNAQ 65 zie: [Stappenplan ondervoeding in de eerste lijn](#)

Zorgbehandelplan	PT	MZ	HA	FO	Instrumenten	Toelichting
Opstellen van een voorlopig zorgbehandelplan (ZBP)			X	X	Zie bijlage 1 monodisciplinair werkprotocol HA/POH	Het gaat hier om een eerste versie van het ZBP met een overzicht van de problemen, doelen en in gang te zetten acties.
Bespreken ZBP met oudere en eventueel mantelzorger	X	X		X		Tevens zorgt de POH voor een kopie van dit ZBP voor bij de oudere thuis, indien aanwezig in de thuiszorg map met toestemming van betrokkene.
Het in gang zetten van de juiste zorg door te verwijzen naar ketenpartners volgens de afspraken in het voorlopig zorgbehandelplan (ZBP)			X			In het eerste GPO, of op basis van schriftelijke terugkoppeling wordt het zorgbehandelplan aangevuld met de actieplannen per discipline en wordt er een zorgcoördinator ¹⁶ benoemd. Zie 2.6.2

HA = huisarts, FO = functioneel onderzoeker, PT = patiënt, MZ = mantelzorger

Het aanbevolen format voor een Zorgbehandelplan is opgenomen in bijlage 11 Zorgbehandelplan NHG/LAEGO

¹⁶ Na vaststelling van het zorgbehandelplan wordt in overleg met de huisarts de zorg coördinator ouderenzorg benoemd. Dit kan, afhankelijk van de organisatie in de eerste lijn en de reeds bestaande contacten en problematiek, een POH somatiek, POH ouderenzorg, POH GGZ, wijkverpleegkundige of casemanager dementie zijn. Een opleiding op Hbo-niveau is vereist. Dit mede gezien de noodzaak tot zelfstandig en planmatig kunnen werken en het beschikken over probleemoplossend vermogen.

2.5. Verwijscriteria multidisciplinaire samenwerking

Doel en resultaat van deze fase

De patiënt wordt door de huisarts/POH gericht verwezen, om de juiste zorg in gang te zetten op basis van het voorlopige zorgbehandelplan. Het beoogde resultaat is de start van de juiste zorg op de juiste plek, waarbij het streven is om een zo klein mogelijk team van zorgverleners te betrekken bij de behandeling.

Hieronder volgt een overzicht met de meest voorkomende problemen bij kwetsbare ouderen, de mogelijke interventies en wie deze uit kan voeren. Voor een aantal klachten is de optimale zorg uitgewerkt in een multidisciplinair zorgpad of ketenzorgprogramma. Voor deze klachten wordt in het onderstaand schema verwezen naar de betreffende ketenzorgprogramma's of de uitwerking van de zorgpaden in hoofdstuk 3. Alleen van de kerndisciplines zijn werkprotocollen met nadere informatie over de verwijscriteria en de monodisciplinaire werkwijze zijn opgenomen in de bijlagen. Het overzicht staat alfabetisch in het SFMPC model¹⁷.

2.5.1. Verwijscriteria in het SFMPC model

Somatisch aandachtsgebied		
Problemen	Mogelijke interventies	Uitvoering door
Chronische ziekten zoals DM 2, COPD, CVRM, Osteoporose	Verwijzing naar ketenzorgprogramma's.	Zoals uitgewerkt in het betreffende ketenzorgprogramma.
Duizeligheid	Uitsluiten cardiovasculaire en neurologische oorzaken	Huisarts, zo nodig medisch specialist.
Gewrichtsaandoeningen	Spierversterking, Balansverbetering, Cursus valpreventie	(geriatrie) Fysiotherapie, WMO beweegprogramma's voor ouderen
Gebitsproblemen	Hulpmiddelen	Tandarts
Incontinentie	Blaastraining, training bekkenbodemspieren	(bekkenbodem) fysiotherapeut (zie LESA incontinentie)
	Advisering incontinentiemateriaal	Apotheker (assistent)
Ondervoeding en voedingsproblemen	Zorgpad (onder)voeding	Hoofdstuk 3, blz. 46
Pijn	Monitoring	Huisarts
	Activeren	Fysiotherapie
	Hulpmiddelen	Ergotherapeut
Parkinson	Optimaliseren medicamenteuze behandeling	Huisarts z.n. medisch specialist, SOG via Parkinsonnet
	Evenwicht en ADL training	Fysiotherapeut, via Parkinsonnet
	ADL training, eventueel hulpmiddelen/voorzieningen/aanpassingen adviseren en realiseren	Ergotherapeut, via Parkinsonnet
Polyfarmacie	Zorgpad polyfarmacie	Zie hoofdstuk 3, blz.28
Valrisico	Zorgpad valpreventie	Hoofdstuk 3, blz. 39
Voeten en schoeisel	Aanpassing schoeisel	Podotherapie
	Voetbehandeling	Pedicure
Vitamine D profylaxe	Zelfzorgadvies dan wel voorschrijven Vitamine D	POH

Functioneel aandachtsgebied		
Problemen	Mogelijke interventies	Uitvoering door
Beperking persoonlijke verzorging	ADL ondersteuning	Mantelzorg
		Ergotherapeut
		Thuiszorg, in samenwerking met sociaal team
Beperking in en om huis	Aanpassing woning	Ergotherapeut, WMO
	Huishoudelijke ondersteuning	Huishoudelijke hulp, particulier of WMO

¹⁷ SFMPC = somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatief domein

Functioneel aandachtsgebied		
Problemen	Mogelijke interventies	Uitvoering door
	Hand- en spandiensten	Welzijn/WMO; inzet klusjesman, boodschappendienst
Beperking voortbewegen	Mobiliteit en spierkracht verbeteren	Fysiotherapeut
	Adviseren hulpmiddelen	Ergotherapeut
		WMO-loket
Beperking vervoer	Ondersteuning vervoer	Welzijn; inzet gemaksdiensten zoals: maaltijdvoorziening, boodschappendienst, klussendienst
	Regiotaxi, Valys	WMO-loket

Maatschappelijk aandachtsgebied		
Problemen	Mogelijke interventies	Uitvoering door
Financiële situatie	Praktische hulp	Maatschappelijke dienstverlening; financiële ondersteuning (AMW/MEE); eventueel via sociaal team
Onveilige woonsituatie	Woningaanpassing en voorzieningen	Ergotherapeut
		WMO-loket
	persoonsalarmering	Ouderenadviseur
	Telefooncirkel, domotica	Ergotherapeut
Problemen met mantelzorg	Ondersteuning mantelzorg (te coderen als Z14.00)	Wijkverpleegkundige
		Ouderenadviseur, AMW, steunpunt mantelzorgondersteuning, sociaal team, zorgloket
Psychische problemen zoals eenzaamheid, rouwverwerking en relatieproblemen	Inventarisatie problematiek, steunende gesprekken	POH-GGZ
	Steunende gesprekken...	AMW, Geestelijk verzorger
Afname mogelijkheden tot zelfregie	Inventarisatie problematiek	Afhankelijk van de zwaarte problematiek: wijkverpleging, ergotherapeut of consultatie SOG

Psychisch aandachtsgebied		
Problemen	Mogelijke interventies	Uitvoering door
Cognitieve stoornissen/dementie	Zorgpad cognitieve stoornissen/dementie	Hoofdstuk 3, blz. 34
Ouderenmishandeling	Inschakelen: 'Veilig Thuis'	Zie meldcode blz. 52
Psychische stoornissen zoals depressie, angst	Zorgprogramma depressie, angst indien aanwezig	Zoals uitgewerkt in het betreffende ketenzorgprogramma indien aanwezig Anders POH-GGZ
Verslavingsproblematiek	Motiverende gesprekken	POH-GGZ, verslavingszorg
Vragen rond levenseinde en euthanasie	Zorgpad wilsverklaring en wensen levenseinde	Zoals uitgewerkt in het zorgpad advance care planning (wilsverklaring en wensen levenseinde)
Zelfbeeld en zingeving		AMW
		Geestelijk verzorger

Communicatie aandachtsgebied		
Problemen	Mogelijke interventies	Uitvoering door
Digitale communicatie	Cursus/hulpmiddel	Welzijn, ergotherapeut
Gehoörproblemen	Vervolgdiagnostiek	Kno-arts
	Hulpmiddelen	Audicien
Sprakestoornissen	Training	Logopedist
	Hulpmiddelen	Ergotherapeut/logopedist
Visuele problemen	Vervolgdiagnostiek en behandeling	Oogarts
	Hulpmiddelen	Opticien, VISIO
		Ergotherapeut

2.6. Behandeling, evaluatie en follow up

Zorg voor ouderen met complexe problematiek wordt door verschillende hulpverleners geleverd. Als er meerdere hulpverleners bij de zorg betrokken zijn en de oudere verminderd regie kan voeren is goede onderlinge informatie-uitwisseling en afstemming nodig. Een voorwaarde is dat het multidisciplinaire samenwerkingsverband een systeem heeft georganiseerd waarin regelmatig overleg gevoerd wordt om de geleverde zorg te evalueren en onderling af te stemmen. Daarnaast is het van belang dat er een zorgcoördinator is aangewezen die de multidisciplinaire behandeling coördineert, onder de regie van de huisarts.

In paragraaf 2.6.1 wordt een toelichting gegeven op het multidisciplinair overleg. In paragraaf 2.6.2 volgt een toelichting op de rol en de taken van de zorgcoördinator.

2.6.1. Multidisciplinair overleg

Het multidisciplinair overleg kan op verschillende manieren vorm krijgen. Deze kunnen naast elkaar bestaan. Er is op hoofdlijnen een splitsing te maken tussen een patiëntgebonden overleg en een beleidsoverleg. Beide soorten overleg kunnen op meerdere manieren georganiseerd worden. Hieronder volgt een uitwerking van het patiëntgebonden overleg. Een samenwerkingsverband/de deelnemende praktijken moeten kiezen welke zorgteams prioriteit hebben en welke disciplines daaraan deelnemen. De zorgcoördinator ouderen (POH, PVK, WVK) organiseert en coördineert dit multidisciplinaire overleg.

Het beleidsoverleg is uitgewerkt in hoofdstuk 3: de organisatiestructuur van het programma.

Patiëntgebonden overleg kernteam

Het team bestaat uit: huisartsen, POH en wijkverpleegkundigen. In beginsel is dit overleg 2-wekelijks dan wel maandelijks. Het moet vooraf duidelijk zijn welke patiënten voor bespreking worden ingebracht. Dit overleg is minder gestructureerd dan het GPO. Deze overlegvorm is geschikt om de minder complexe ouderen te bespreken.

Gestructureerd periodiek overleg (GPO¹⁸ thuiswonende ouderen)

Wanneer bij de oudere kwetsbaarheid is vastgesteld en er meer dan drie zorgverleners bij betrokken zijn wordt een gestructureerd periodiek overleg (GPO) georganiseerd. Het doel is om te komen tot een gezamenlijk beleid, het afstemmen van de geboden zorg en te anticiperen op mogelijke problemen omtrent het welbevinden van de oudere. Tevens wordt het zorgbehandelplan besproken. Zo mogelijk worden de patiënt of de mantelzorger betrokken. Eventueel kan dit GPO virtueel plaatsvinden, bijvoorbeeld via een KIS. Voorwaarde voor dit grote overleg is dat er financiering beschikbaar is voor alle betrokken disciplines.

De specialist ouderengeneeskunde (SO) kan worden geconsulteerd. De SO kan ook de coördinatie van het GPO overnemen.

Deze overlegvorm is geschikt om de complexe zorgvragen te bespreken. Vaak zal ook de aanwezigheid van een betrokken welzijnswerker gewenst zijn. In bijlage 9 wordt de opzet van een GPO beschreven.

Er zijn veel verschillende mogelijkheden voor digitale communicatie in ontwikkeling. Overleg zal plaats kunnen vinden via bijvoorbeeld eGPO, ZWIP of HIS-applicaties. Het is belangrijk dat lokale netwerken hierin een keuze maken.

2.6.2. Zorgcoördinatie Ouderenzorg

NB. De zorgcoördinator kan een POH of praktijkverpleegkundige zijn, maar ook een wijkverpleegkundige, met de POH als contactpersoon tussen zorgcoördinator en huisartsenpraktijk. De huisarts is regisseur en bewaakt of er in zorgcoördinatie is voorzien, via de eigen POH of via afspraken binnen de keten.

¹⁸Bij patiënten die verblijven in een woonzorgcentrum, wordt het GPO vandaar georganiseerd. De zorgcoördinator plant samen met het woonzorgcentrum wanneer welke patiënt in een MDO besproken wordt, bereidt deze bespreking samen met de contactverzorgende voor en bekijkt welke ketenpartners betrokken dienen te worden. De zorgcoördinator is standaard bij het GPO over een patiënt uit de eigen praktijken aanwezig.

Plaatsbepaling

De huisarts (of de POH/PVK namens de huisarts) biedt zorgcoördinatie aan als na functioneel onderzoek en probleeminventarisatie blijkt dat de patiënt functionele beperkingen heeft op meerdere gebieden en de patiënt de gevolgen daarvan zelf niet goed meer kan hanteren. Dit is een subjectief oordeel.

Deze zorgcoördinatie omvat:

- Monitoring van het ziekteverloop en de functionele mogelijkheden en beperkingen
- Begeleiding en ondersteuning van de patiënt
- Ondersteuning van de mantelzorg.

Met deze omschrijving voldoet de zorgcoördinatie aan de definitie van casemanagement van Zorgverzekeraars Nederland¹⁹.

Doel

Het streven is om ouderen te ondersteunen en begeleiden om het functioneren te optimaliseren. Hiermee wordt getracht de zelfredzaamheid te versterken. Mantelzorgers worden zo nodig ondersteund. De coördinator stemt de zorg af binnen de keten. Tot slot schakelt zij, in overleg met de huisarts, gericht zorg- en dienstverlening in welke functies kunnen herstellen of ondersteunen zoals:

- Fysiotherapie en bewegingsprogramma's
- Ergotherapie en het gebruik van hulpmiddelen
- Deelname aan sociale activiteiten (welzijnswerk of dagopvang in een woonzorgcentrum)
- Gemaksdiensten (maaltijdvoorzieningen, boodschappendienst, klussendienst en vervangend vervoer)
- Vrijwilligershulp.

Goede kennis van alle voorzieningen in de wijk is hiervoor een voorwaarde. Zie bijlage 16 - Format Sociale Kaart.

Crisissituaties worden zo goed mogelijk voorkomen door voortdurend her-beoordelen en vooruitzien. Als zich onverhoopt toch een crisis in de zorgsituatie voordoet is de zorgcoördinator de eerste contactpersoon en zet deze acties in gang om tot een oplossing van de crisis te komen. Bij crises van medische aard is de huisarts het eerste aanspreekpunt. Huisarts en andere betrokken zorgverleners weten dat ze de zorgcoördinator bij een crisis kunnen inschakelen en weten hoe ze die kunnen bereiken.

Betrokken uitvoerders

De POH-Ouderenzorg/praktijkverpleegkundige is vaak zelf zorgcoördinator. Dit kan echter ook een wijkverpleegkundige of een casemanager dementie zijn afhankelijk van de lokale situatie en mogelijkheden. Indien de WV of PVK de coördinerende rol uitvoert is afstemming met de huisarts/POH belangrijk (zie ook paragraaf 1.3 blz. 7- 9).

Een belangrijk uitgangspunt is dat er één vaste hulpverlener over de vloer komt. Bij voorkeur blijft de bekende hulpverlener de zorgcoördinator. Dat wil zeggen: als een oudere uitgebreid bekend is bij de Praktijkondersteuner Somatiek zal deze de periodieke controles blijven uitvoeren alsmede de zorgcoördinatie gaan uitvoeren. Als een oudere uitgebreid bekend is bij de wijkverpleging zal de wijkverpleging de zorgcoördinatie gaan uitvoeren.

Bij patiënten die ook psychische problemen hebben, werkt de POH-O als zorgcoördinator samen met een POH-GGZ voor advies en consultatie. De POH-GGZ kan de begeleiding eventueel overnemen als de psychische problematiek dominant is. De zorgcoördinator informeert de huisarts na elk contact met de patiënt. De huisarts bepaalt of er contact nodig is met de patiënt voor nader onderzoek of controle. De zorg coördinator dient goed bereikbaar te zijn en maakt afspraken over beschikbaarheid, ook over vervanging bij afwezigheid.

¹⁹ Standpunt CVZ, casemanagement, 25 maart 2011 vastgesteld en uitgebracht aan de minister van VWS

Om inzicht te geven over de besluitvorming omtrent het doelmatig inzetten van een zorgcoördinator volgen hieronder drie casus ter verduidelijking.

Casus 3

Mevrouw C., 82, is bekend bij de huisarts en POH in verband met COPD, waarbij ze elke winter wel een exacerbatie doormaakt. Tijdens de laatste luchtweginfectie heeft zij tgv het hoesten een ribcontusie ontwikkeld. Door de pijnstilling was ze wat versuft. Ze viel en kneusde haar heup. De fysiotherapeut probeert haar weer goed te mobiliseren. De pijn is nog niet onder controle. Mevrouw is aangemeld voor maaltijdvoorziening en de huishoudelijke hulp is uitgebreid.

De POH heeft deze uitbreiding van zorg geregeld en houdt de voortgang in de gaten.

De zorgcoördinatie wordt het meest doelmatig uitgevoerd door de POH-O.

Casus 4

De heer W. 82 jaar woont samen met zijn vrouw in een aanleunwoning naast het woonzorgcentrum. Jaren geleden heeft hij een CVA gekregen, waardoor hij halfzijdig verlamd is geraakt en cognitieve problemen heeft gekregen. Daarbij heeft hij COPD. De laatste tijd neemt de benauwdheid fors toe en is hij een paar keer gevallen. Na de laatste val heeft hij een wond op zijn onderbeen gekregen. De POH bezoekt de patiënt 4 keer per jaar voor zijn COPD en CVRM. Dagelijks komt de verzorgende van de thuiszorg langs, gecoördineerd door de wijkverpleging voor de wondverzorging. 's Nachts moet hij een paar keer zijn bed uit om te plassen. Zijn vrouw helpt hem hierbij. De laatste tijd valt deze zorg erg zwaar voor mevrouw.

De zorgcoördinatie wordt het meest doelmatig uitgevoerd door de WVK.

Casus 5

Mevrouw H. komt in tranen op uw spreekuur. Ze zorgt al jaren voor haar dementerende man, maar hij wordt nu zo onrustig dat ze geen nacht meer door kan slapen. Zo houdt ze het niet meer vol. De burens en kinderen zijn van goede wil om haar te ontlasten, maar haar man wordt erg achterdochtig als zij niet in de buurt is. Ze wil graag thuis voor haar man blijven zorgen, maar zou graag advies en hulp krijgen hierbij.

U meldt het echtpaar aan bij sociaal team voor casemanagement dementie, opdat het echtpaar begeleiding op maat krijgt.

De zorgcoördinatie wordt het meest doelmatig uitgevoerd door een gespecialiseerd casemanager zoals een casemanager dementie.

3. Multidisciplinaire Zorgpaden

In dit hoofdstuk is een aantal zorgpaden uitgewerkt: zorgpad polyfarmacie, advance care planning cognitieve stoornissen, valpreventie, (risico op) ondervoeding, en de meldcode ouderenmishandeling.

Voor de behandeling van de volgende ziekten wordt verwezen naar de hiervoor uitgewerkte ziekte-specifieke ketenzorgprogramma's: COPD, CVRM, DM 2, Osteoporose.

3.1. ZORGPAD KWETSBARE OUDERE MET ACUTE ONBEGREPEN VERWARDHEID THUIS (DELIER)

3.1.1. Inleiding

Een delier is een ernstig, spoedeisend beeld dat wordt uitgelokt door één of meer somatische stoornissen. Een delier kan op alle leeftijden ontstaan, maar komt het meest voor bij kwetsbare, oudere patiënten. Voor zowel de patiënt als de naasten en verzorgers kan een delier een beangstigende ervaring zijn.

Een delier kenmerkt zich door:

- een aandachtstoornis (verminderd vermogen de aandacht ergens op te richten, vast te houden of te wisselen) en bewustzijnsstoornis (gedaald bewustzijn of gedaald besef van de omgeving) én
- acuut opgetreden verandering (in uren tot dagen) en fluctuerende symptomatologie (de verschijnselen manifesteren zich in de avond en nacht doorgaans nadrukkelijker dan overdag);
- een verandering in cognitie (zoals een geheugenstoornis, oriëntatiestoornis, taalstoornis) of de ontwikkeling van een waarnemingsstoornis (hallucinaties), die niet beter verklaard wordt door pre-existente of zich ontwikkelende dementie.

Daarnaast kunnen zich (paranoïde) wanen voordoen.

Patiënten met een cognitieve stoornis/dementie hebben een (sterk) verhoogde kans op een delier. Van belang is een proactieve aanpak bij patiënten met een hoog risico op het ontwikkelen van een delier. Vooral bij patiënten in de palliatieve fase is het van belang extra alert te zijn op prodromale verschijnselen. Bij vroege herkenning kunnen maatregelen worden genomen om te voorkomen dat een delier en een crisissituatie ontstaan.

Er zijn verschillende psychomotorische verschijningsvormen van delier:

- De onrustige/hyperactieve vorm wordt gekarakteriseerd door motorische onrust en agitatie, rusteloosheid.
- Bij de apathische/hypoactieve vorm ('stil delier') is sprake van bewegingsarmoede en verminderde interactie met de omgeving.
- Bij de gemengde vorm is de patiënt afwisselend hyper- en hypoactief; dit komt bij ouderen veel voor.

3.1.2. Inclusiecriteria

Patiënten waarbij acute verandering van gedag wordt gezien, maar ook patiënten die aangeven zich niet meer zichzelf te voelen.

3.1.3. Doelstelling

Vroeg signalering waarbij prodromale symptomen worden herkend. Grondige analyse naar oorzakelijke factoren. Accurate behandeling: medisch, oog voor beïnvloedende factoren en een herstellende omgeving. Snel organiseren van intensieve zorgverlening, maar ook preventie.

3.1.4. Betrokkenen

- Huisarts (HA)
- POH
- Wijkverpleegkundig
- Signalerende functie voor mantelzorgers, persoonlijk begeleider in woonzorgcentrum (EVV'er) en alle eerstelijns hulpverleners

a. Bij lichte verwardheid en opvangmogelijkheid thuis: • Aanvullend onderzoek • Start behandeling onderliggende oorzaak en symptoombestrijding	HA POH Thuiszorg Apotheker	• Dagelijkse monitoring regelen (HA, VPK-O, Wvpk) • Veiligheid en voldoende hulp borgen • Educatie mantelzorger • HA coördineert tenzij anders afgesproken • Medicatie aanpassing en wijze van toediening • Aanmaken formulier aandachtspatient (HAP)	NHG standaard delier Thuisarts.nl (delier) ; informatie voor pat en mantelzorgers over delier
b. Bij milde verwardheid en/of onrust en beperkte draagkracht mantelzorger en/of onveilige thuissituatie overweeg: • Onderzoek onderliggende somatiek • Consult specialist ouderengeneeskunde mogelijk spoedopname instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf • Opname eerstelijnsvoorziening • Aanvullende diagnostiek via SEH bij onduidelijke oorzaak • Consult crisisteam GGZ	HA POH Thuiszorg Apotheker Regionaal consultatieteam (Topaz , Marente , wijdzorg) Crisisteam GGZ Rivierduinen	Huisarts bespreekt mogelijkheden en noodzaak met patiënt en mantelzorger en i.p. met wettelijke vertegenwoordiger. Arts kan beslissen als wettelijke vertegenwoordiger niet bereikbaar is en patiënt in gevaar is. Patiënt alleen naar SEH als onderzoek in de thuissituatie niet mogelijk is. Aanmaken formulier aandachtspatient (HAP)	Keten zorgprogramma complexe ouderenzorg WGB0 (zie tabel 1 en literatuurlijst WGB0) Regionaal Stroomschema diagnostiek Transmurals (blz..) RAP-ZHN regionaal aanmeldpunt
c. Bij ernstige verwardheid en onrust: • Crisisteam GGZ • Bij verdenking (ernstig) somatisch lijden: spoedeisende zorg in algemeen ZH • Bij verdenking (ernstig) psychiatrisch lijden: spoedeisende zorg in psychiatrisch ZH	VPK-P/SPVer? en Psychiater Relevante medisch specialist Psychiater	Nagaan of er een reanimatiebeleid is geuit of vastgelegd. Nagaan of er een wilsbeschikking is vastgelegd.	RAP-ZHN regionaal aanmeldpunt Crisisteam GGZ Rivierduinen

Behandelfase

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
a. Thuis • Behandeling onderliggende oorzaak en symptoombestrijding • Dagelijks evaluatie • Aanpassing hulp en inzet hulpmiddelen	HA, Thuiszorg, en SO-team, Apotheker Paramedici Psychiater	Bij melding vragen naar veiligheid en risico op gevaar. Educatie mantelzorger Huisarts regisseert dagelijkse evaluatie	DOS Thuisarts.nl (delier)
b. Spoedopname c. instelling d. tijdelijk en chronisch verblijf • Met patiënt en mantelzorger verwachtingen opname, duur	SO en VPK	Goede overdracht conform Transmurale afspraken	RAP Afwegingsinstrument ELV Handreiking Verenso Spoed-/crisisopname

opname en vervolgbeleid bespreken • Advance care planning starten/vervolgen			
c. Algemeen ziekenhuis • Opname op afdeling afhankelijk van onderliggende pathologie, met in ieder geval medebehandeling van internist ouderengeneeskunde of klinisch geriater en consult psychiater). • Met patiënt en mantelzorger verwachtingen opname, duur opname en vervolgbeleid bespreken	Arts	Op indicatie andere medisch specialist betrekken Goed overdracht conform Transmurale afspraken	Richtlijn Delier Transmurale afspraken informatieoverdracht (blz..)
d. Psychiatrisch ziekenhuis • Behandeling door psychiater en consult geriater/internist- O/SO • Met patiënt en mantelzorger verwachtingen opname, duur opname en vervolgbeleid bespreken	Arts		Afdeling psychiatrische ouderenzorg Voorhout/Leiden(Rivierduinen) Richtlijn NVVP

Nazorg

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
Geriatrisch assessment en zorgbehandelplan samen met patiënt en mantelzorger opstellen met aandacht voor Advance Care Planning	Huisarts, POH, SO	Educatie mantelzorger en patiënt.	Zie Zorgpad ACP (blz..) Thuisarts.nl (delier) Mijnkwaliteit- vanleven.nl NHG LESA
Implementeren van adviezen/aanbevelingen uit de overdracht (Zelijn) en follow -up van delier	Huisarts, POH, thuiszorg, apotheker, SO	Tijdig paramedici inschakelen op indicatie: Fysiotherapeut, Ergotherapeut, Diëtist, Maatschappelijk werk, Psycholoog (neuropsychologisch onderzoek en traumaverwerking), Psychiatrische Zorg	

Het is van belang te weten dat er in regionaal initiatieven zijn om kortdurende opname voor observatie en behandeling van ouderen met acute verwardheid mogelijk te maken. Dit vindt plaats in samenwerking met VVT en ziekenhuizen. Informatie hierover volgt in de Zorgapp en via HAWEB.

Tabel 1. Aandachtspunten ter beoordeling wilsbekwaamheid

Vragen voor de evaluatie van de beslisvaardigheid bij een patiënt die een onderzoek of behandeling moet ondergaan ¹⁴	
vaardigheid	vraag
1 het vermogen een keuze uit te drukken	wat is de beslissing van de patiënt ten aanzien van het voorstel voor onderzoek of behandeling?
2 het begrijpen van de medische informatie, relevant voor de behandelbeslissing	kan de patiënt in eigen woorden vertellen welke informatie hij of zij heeft gekregen over aard, doel, gevolgen en mogelijke risico's van het voorgestelde onderzoek of de behandeling en wat de gevolgen zijn bij het nalaten daarvan?
3 het toepassen van de medische informatie op de eigen situatie van de patiënt	wat denkt de patiënt echt dat er mis is met zijn of haar gezondheid? gelooft de patiënt onderzoek of behandeling nodig te hebben en wat zal het effect voor hem of haar zijn bij het wel of niet volgen van het voorstel? waarom denkt de patiënt dat zijn of haar dokter onderzoek of behandeling heeft aangeraden?
4 in staat te zijn de keuze logisch te beredeneren	hoe is de patiënt tot zijn of haar besluit gekomen en welke factoren waren daarbij belangrijk? hoe heeft de patiënt die factoren tegen elkaar afgewogen?

Bron: *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2007 29 september;151(39)

Voor achtergrondinformatie WGBO zie: [Implementatie van de WGBO, van wet naar praktijk, deel 2.](#) 2004

3.2. ZORGPAD POLYFARMACIE

3.2.1. Inleiding

Kwetsbare ouderen zijn extra gevoelig voor schadelijke effecten van geneesmiddelen door een veranderde fysiologie (zoals een verminderde nierfunctie) en hebben vaak meerdere chronische ziekten (multimorbiditeit), waardoor zij vaak meerdere geneesmiddelen gebruiken. Er is sprake van polyfarmacie als een patiënt vijf of meer geneesmiddelen uit verschillende therapeutische groepen of subgroepen chronisch gebruikt.

Het zorgpad is uitgewerkt op basis van de Multidisciplinaire richtlijn "Polyfarmacie bij ouderen". De inspectie voor de gezondheidszorg verwacht in 2017 per apotheek minstens 100 medicatiebeoordelingen bij ouderen > 75 jaar, met meer dan 7 geneesmiddelen en een beperkte nierfunctie (GFR<60 ml/min).

3.2.2. Verwijscriteria

Patiënten van 75 jaar en ouder met minimaal 5 geneesmiddelen voor chronisch gebruik en minimaal één risicofactor. Risicofactoren zijn verminderde nierfunctie, verminderde cognitie, verhoogd valrisico, signalen van verminderde therapietrouw en niet-zelfstandig wonend.

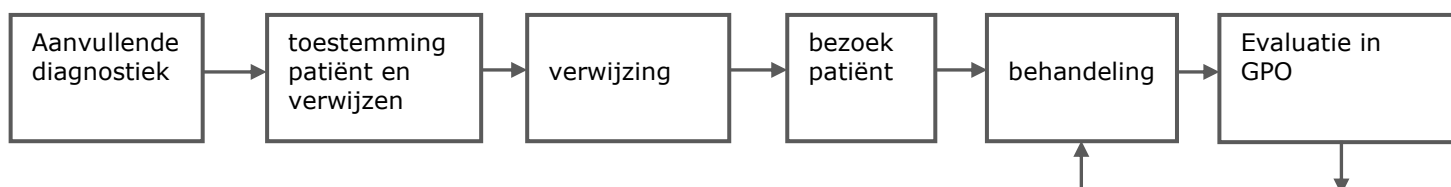
3.2.3. Doelstelling

De kwetsbare oudere met polyfarmacie wordt in de zorgketen kwetsbare ouderen optimaal behandeld of begeleid ten aanzien van de medicatie, zodat deze de medicatie en de eventuele hulpmiddelen op de juiste manier gebruikt.

3.2.4. Betrokkenen

- Huisarts
- POH
- Apotheker
- Signalerende functie voor wijkverpleging, mantelzorgers, bezorgers

3.2.5. Stroomschema zorgpad Polyfarmacie



3.2.6. Uitwerking stappen Zorgpad Polyfarmacie

Hieronder is per stap het stroomschema verder uitgewerkt. Op hoofdlijnen wordt aangegeven wie welke acties binnen deze stap uitvoert en welke instrumenten of richtlijnen gebruikt dienen te worden. Voor de inhoudelijke uitwerking van de acties wordt verwezen naar de monodisciplinaire bijlagen en relevante richtlijnen.

De gebruikte afkortingen voor de betrokkenen bij de verschillende fases in de zorg zijn: PT = patiënt, MZ = mantelzorger, HA=huisarts, PA=praktijkassistente, POH = praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige, AP= apotheker, BA = bezorgers apothek, PAR = paramedisch²⁰, WV = wijkverpleegkundige, TZ = thuiszorg, HP=huisartspost GM = Gemeente²¹

Aanvullende diagnostiek en toestemming patiënt

Activiteiten aanvullende diagnostiek en toestemming	HA	POH	PT	Instrumenten/toelichting
Uitleg over belang medicatiebeoordeling en vraag voor akkoord voor huisbezoek door apotheker voor een medicatiebeoordeling.		X	X	Als patiënt niet akkoord gaat: vastleggen in dossier. POH verstrekt informatie over medicatiebeoordeling.
Registratie in het HIS				Episode polyfarmacie (A13, wordt A49.02)+ toestemming patiënt

Verwijzing

Activiteiten verwijzing	HA	POH	PT	Instrumenten/toelichting
Bij een akkoord van de PT verwijzing naar apotheek voor medicatiebeoordeling met benodigde informatie.		X		De POH stuurt de volgende gegevens mee: • Relevante voorgeschiedenis/ episodelijst/ probleemlijst • Labwaarden (Nierfunctie, Na, K, eventueel HbA1c, lipidspectrum, enz) • Indien recente (<1 jaar) nierfunctie niet beschikbaar vraagt de POH deze aan zodat gegevens voor het bezoek van de AP bekend zijn.

Bezoek aan de patiënt

Activiteiten bezoek patiënt	PT	AP	Instrumenten/toelichting
Farmacotherapeutische Anamnese (stap 1)	X	X	Bij voorkeur bij de patiënt thuis zie werkprotocol apotheker en MDR polyfarmacie

²⁰ Paramedici: fysiotherapeut, diëtist, ergotherapeut

²¹ Ouderenadviseurs/algemeen maatschappelijk- en/of welzijnswerkers en medewerkers van organisaties die veel met ouderen in aanraking komen zoals woningbouwcorporaties, wmo loketten

Behandeling

Activiteiten behandeling	PT	HA	POH	AP	Instrumenten/toelichting
Farmacotherapeutische analyse (stap 2)				X	Identificatie van farmacotherapie-gerelateerde problemen (FTP's) en bijbehorende aanbevelingen met doelstellingen welke worden vastgelegd in een concept farmacotherapeutisch behandelplan (FBP) naar de POH en HA
Overleg huisarts/POH - apotheker (stap 3)		X	X	X	Bespreken aanbevelingen (concept FBP) en afspraken welke worden doorgevoerd en welke niet en door wie
Registratie in het HIS		X	X		Zie werkprotocol Huisarts/POH
Registratie in het AIS				X	Zie werkprotocol apotheker
Uitvoer acties (stap 4)	X	X	X	X	
Registratie in het HIS		X	X		Zie werkprotocol Huisarts/POH
Registratie in het AIS				X	Zie werkprotocol apotheker

Evaluatie/GPO

Activiteiten evaluatie/GPO ²²	PT	HA	POH	AP	Instrumenten/toelichting
Bespreken/evalueren afspraken met patiënt	X		X		
Bespreken patiënt op het eerst volgend GPO		X	X	X	
Evaluatie acties (stap 5)		X	X	X	Zijn de acties van het FBP doorgevoerd en hebben deze geleid tot het gewenste resultaat (bereiken doelstellingen)?
Registratie afspraken in het HIS			X		In episode (A13 wordt A 49.02)
Registratie afspraken in AIS				X	Registratie in EPD en vastleggen Nza prestatie 3 medicatiebeoordeling

²² In principe is een overleg van POH/HA en apotheek bidisciplinair en niet multidisciplinair: pas als de thuiszorg betrokken wordt is het overleg multidisciplinair

3.3. ZORGPAD ADVANCE CARE PLANNING

3.3.1. Inleiding

Op dit moment is er groeiende aandacht voor de zorg in de laatste levensfase, waarbij de vraag gesteld wordt of alles wat medisch mogelijk is ook wenselijk is voor de kwetsbare oudere. Recent onderzoek laat zien dat nabestaanden in retrospectief zich afvragen of de juiste keuzes zijn gemaakt, of de oudere niet beter af zou zijn geweest met minder uitgebreide behandelingen en meer nadruk op optimale palliatieve zorg.

Met dit zorgpad beogen we het gesprek over de verwachtingen omtrent het levenseinde onder de aandacht te brengen, met daarnaast een goede communicatie van deze wensen naar andere zorgverleners rondom de patiënt.

Het gaat dan om het bespreken van gewenste zorg, behandelgrenzen en vaak scenario's die patiënten willen voorkomen. In de richtlijn communicatie tussen huisarts en specialist wordt dit beschreven als behandelgrenzen.

Het zorgpad is opgedeeld in 2 thema's die in elkaars verlengde liggen, maar een verschillende doelgroep kennen. Het stroomschema is afwijkend van de andere zorgpaden en start bij de selectie op basis van criteria en niet met aanvullende diagnostiek.

3.3.2. Verwijscriteria

- A) Thema: wens wel/niet reanimeren
 - Patiënten die (komen) wonen in een woonzorgcentrum
 - Zelfstandig wonende ouderen, het gesprek kan plaatsvinden op initiatief van patiënt of van de hulpverlener
- B) Thema: advance care planning
 - Kwetsbare ouderen met een beperkte levensverwachting, waarbij de vraag "zou het mij verbazen als deze persoon binnen een jaar komt te overlijden" met nee beantwoord wordt.

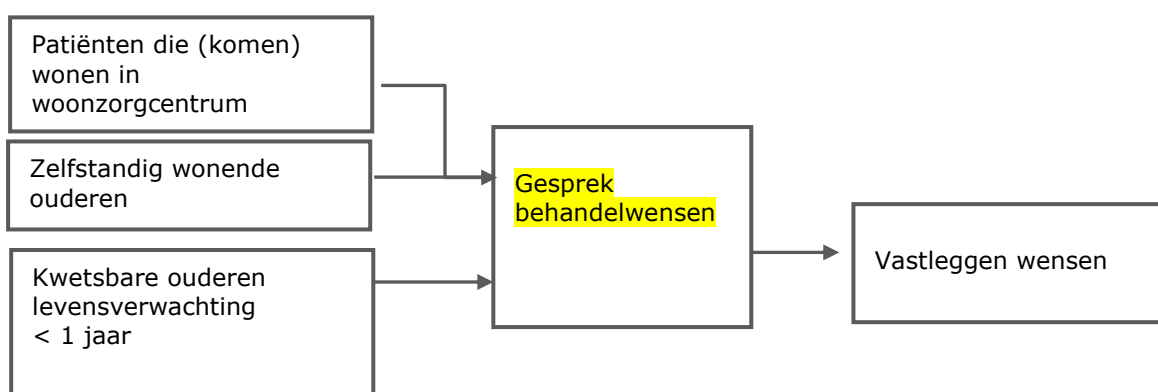
3.3.3. Doelstelling

De doelstelling van het zorgpad is om zoveel mogelijk ouderen de wensen rondom het levenseinde bespreekbaar te maken en deze wensen zo goed mogelijk met mogelijk betrokken zorgverleners te communiceren.

3.3.4. Betrokken

- Huisarts
- POH
- Persoonlijk begeleider in woonzorgcentrum (EVV'er)
- Wijkverpleegkundige
- Huisartsenpost

3.3.5. Stroomschema Zorgpad Advance Care Planning



3.3.6. Uitwerking stappen Zorgpad Advance Care Planning Thema: wens wel/niet reanimeren

De vraag omtrent wel/niet reanimeren is belangrijk voor alle ouderen, doch met name voor ouderen met **gezondheidsproblemen en bijvoorbeeld een diagnose dementie**.

Deze vraag kan worden gesteld door de patiënt, door verzorgers of medebehandelaars bijvoorbeeld bij opname in ziekenhuis of woonzorgcentrum, of door u bij een verslechtering in de gezondheidssituatie. Dit zijn gesprekken die voor de meeste patiënten en beroepsbeoefenaren gevoelig liggen. Wij menen dat het belangrijk is dit thema wel aan de orde te stellen opdat de patiënt indien mogelijk zijn laatste levensfase doorbrengt in de omgeving en omstandigheden die voor hem/haar het meest eigen zijn.

In onderstaande paragrafen is het stroomschema wensen reanimeren verder uitgewerkt. Op hoofdlijnen wordt aangegeven wie welke acties binnen deze stap uitvoert en welke instrumenten of richtlijnen gebruikt dienen te worden. Voor de inhoudelijke uitwerking van de acties wordt verwezen naar de monodisciplinaire bijlagen en relevante richtlijnen

De gebruikte afkortingen voor de betrokkenen bij de verschillende fases in de zorg zijn: PT = patiënt, MZ = mantelzorger, HA=huisarts, PA=praktijkassistente, POH = praktijkondersteuner, WV = wijkverpleegkundige, ZCO= zorgcoördinator ouderenzorg, EVV = eerstverantwoordelijke verzorgende, HP=huisartspost

Gesprek wensen bij reanimeren-besluit

Activiteiten bij gesprek wensen reanimeren	PT	HA	ZCO	PA	EVV	HP	Toelichting/afspraken vastleggen gegevens
Gesprek over verwachtingen omtrent reanimatie	X	X	X		X		Patiënt komt tot weloverwogen besluit, aanvullende informatie te vinden op thuisarts.nl en in de LESA "anticiperende besluitvorming omtrent reanimatie bij kwetsbare ouderen" (2013)

Vastleggen gegevens bij reanimeren

Activiteiten bij vastleggen wensen reanimeren	PT	HA	ZCO	PA	EVV	HP	Toelichting
HIS registratie		X	X				episode A20.00 episodetitel veranderen in wensen behandelgrenzen
Verklaring tekenen	X						Bij wens niet-reanimeren wordt een verklaring getekend door patiënt. Een voorbeeld van een niet-reanimeren verklaring is te vinden op www.thuisarts.nl
Registratie verklaring			X				De verklaring wordt opgenomen in het HIS, een memo NR wordt aangemaakt, de behandelgrens wordt doorgegeven aan de huisartsenpost, de verklaring wordt in de huisartsenpraktijk bewaard
						X	Op de huisartsenpost wordt de verklaring tot niet-reanimeren in het dossier verwerkt (pop-up NR)
					X		In het woonzorgcentrum wordt de verklaring toegevoegd aan het zorgbehandelplan
	X						De patiënt kan een kopie van de wilsverklaring bij zich dragen.
Bespreken besluit	X						de patiënt bespreekt zijn besluit met zijn mantelzorger, familie en de

Activiteiten bij vastleggen wensen reanimeren	PT	HA	ZCO	PA	EVV	HP	Toelichting
							thuiszorgmedewerker. Er wordt eventueel een niet-reanimeren penning aangevraagd door patiënt. Dit kan via de Nederlandse Patiëntenfederatie.
Actie bij verwijzing		X					het afgesproken beleid wordt in de verwijsbrief verwerkt

3.3.7. Uitwerking stappen Zorgpad Advance Care Planning Thema: advance care planning wensen levenseinde

De vraag betreffende gewenste medische zorg rond het levenseinde komt aan de orde bij patiënten met een beperkte levensverwachting.

De vraag omtrent wensen rondom het levenseinde kan aan de orde komen bij de patiënt, de mantelzorg, de huisarts, POH of wijkverpleegkundige bij een verslechtering in de gezondheidssituatie. Het gesprek met de huisarts dient om de patiënt de gelegenheid te geven de wensen rond de laatste levensfase duidelijk te maken. We beseffen dat deze wensen een continu proces zijn en aan veranderingen onderhevig, het is dan ook belangrijk de communicatie zo up-to-date mogelijk te houden in het zorgbehandelplan of zorgleefplan (woonzorgcentrum). In bijlage 12 is de toolkit ACP met betrekking tot het behandelwensen gesprek opgenomen.

In onderstaande paragrafen is het stroomschema wensen rondom het levenseinde verder uitgewerkt. Op hoofdlijnen wordt aangegeven wie welke acties binnen deze stap uitvoert en welke instrumenten of richtlijnen gebruikt dienen te worden. Voor de inhoudelijke uitwerking van de acties wordt verwezen naar de monodisciplinaire bijlagen en relevante richtlijnen.

Activiteiten bij gesprek wensen rondom het levenseinde

Activiteiten bij gesprek wensen levenseinde	PT + MZ	HA + POH	ZCO	PA	EVV	HP	Toelichting/afspraken vastleggen gegevens
Gesprek met patiënt en mantelzorger over wensen ten aanzien van ziekenhuisopname, behandeling ziekte en/of complicaties of kiezen voor symptoombestrijding	X	X	X				Patiënt komt tot weloverwogen besluit. Patiënt en huisarts kunnen gebruik maken van KNMG Handreiking "Tijdig spreken over het levenseinde". Patiënt geeft aan wie zijn wettelijk vertegenwoordiger is in het geval hij niet meer voor zichzelf kan spreken.

Vastleggen wensen levenseinde

Activiteiten bij vastleggen wensen levenseinde	PT	HA + POH	ZCO	PA	EVV	HP	Toelichting
His registratie		X	X				episode A20.00 episodetitel veranderen in wensen behandelgrenzen
Vastleggen in zorgbehandel- of zorgleefplan		X	X		X		Afspraken worden genoteerd in HIS en in zorgmap, indien aanwezig.
Doorgegeven aan HAP Aandacht patiënt kwetsbare ouderen		X	X			X	Er komt een memo cq aandachtsformulier bij de patiënt in Topicus.
Evaluatie en aanpassing		X					Indien nodig, in ieder geval jaarlijks.

3.4. ZORGPAD COGNITIEVE PROBLEMEN, DEMENTIE

3.4.1. Inleiding

Bij ouderen die te maken krijgen met cognitieve problemen is op dit moment niet altijd duidelijk waar men terecht kan met vragen of zorgen en welke zorgverlener op welk moment aanspreekbaar is.

De laatste jaren wordt de diagnostiek van dementie steeds meer uitbesteed aan een polikliniek geheugenstoornis of GGZ. De huisarts is minder geroutineerd om zelf de diagnostiek uit te voeren. Met ondersteuning van de POH en duidelijke richtlijnen moet het mogelijk zijn om de diagnostiek van niet-complexe hulpvragen binnen de eerste lijn rond te krijgen. Soms kan een diagnose noodzakelijk zijn om in aanmerking te komen voor bepaalde voorzieningen.

In dit zorgpad²³ wordt schematisch uitgewerkt wat er van verschillende zorgverleners verwacht wordt bij ouderen met cognitieve problemen.

3.4.2. Inclusiecriteria

Patiënten van 75 jaar en ouder met (een vermoeden van) cognitieve stoornissen, waarbij door patiënt of zijn omgeving opgemerkt wordt dat het vermogen om zelfstandig te functioneren vermindert. De verminderde zelfredzaamheid lijkt het gevolg van stoornissen in het geheugen, de concentratie of oriëntatie en het verlies van overzicht in planmatige en praktische activiteiten.

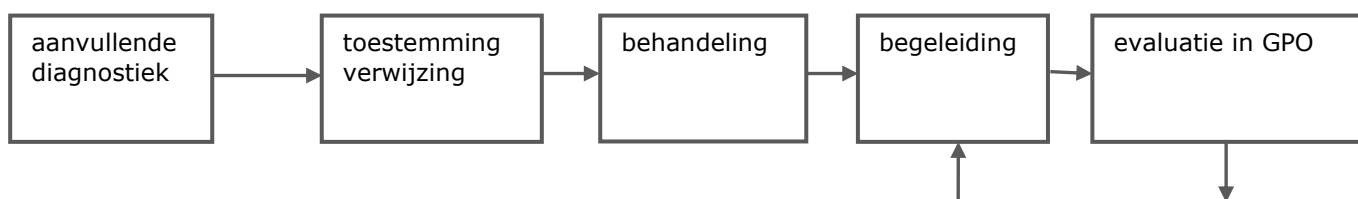
3.4.3. Doelstelling

De oudere met cognitieve problemen wordt in de zorgketen kwetsbare ouderen optimaal gediagnosticeerd, behandeld en begeleid opdat deze met het inzetten van de juiste therapie en zorg zijn/haar leven naar eigen wensen en mogelijkheden kan vormgeven.

3.4.4. Betrokkenen

- Huisarts
- POH
- Wijkverpleegkundige
- Signalerende functie voor mantelzorgers en alle eerstelijns hulpverleners
- Casemanager dementie
- Specialist Ouderengeneeskunde
- Apotheker
- Fysiotherapeut²⁴
- Ergotherapeut

3.4.5. Stroomschema Zorgpad Cognitieve Stoornissen



²³ Het zorgpad is uitgewerkt op basis van het boek Protocolaire Ouderenzorg, standaarden van het NHG en het deelprotocol Dementie van het Zorgprogramma van de Zorggroep Katwijk.

²⁴ Bewegen speelt een belangrijke rol bij het beperken van cognitieve en fysieke achteruitgang bij ouderen met dementie. De grootste cognitieve en fysieke effecten worden behaald met een gecombineerde wandelkrachttraining en de ADL verbeteringen kunnen bijdragen aan een betere kwaliteit van leven. Uit: proefschrift van dr. Bossers, <http://www.beweegstrategie.nl/wp-content/uploads/2016/03/PhDThesisBossers.pdf>

3.4.6. Uitwerking stappen Zorgpad Cognitieve stoornissen

In onderstaande paragrafen is per stap het stroomschema verder uitgewerkt. Op hoofdlijnen wordt aangegeven wie welke acties binnen deze stap uitvoert en welke instrumenten of richtlijnen gebruikt dienen te worden. Voor de inhoudelijke uitwerking van de acties wordt verwezen naar de monodisciplinaire bijlagen en relevante richtlijnen.

Aanvullende diagnostiek

Activiteiten diagnostiek	HA	POH	WV	derden	PT/MZ	Instrumenten/richtlijnen
Vervolg anamnese, lichamelijk onderzoek, bloedonderzoek, heteroanamnese	x				x	NHG Standaarden dementie, depressie, delier stroomschema diagnostiek, zie bijlage; hoofdstuk 21 protocollaire ouderenzorg
Consultatie andere hulpverlener op indicatie (met toestemming)	x			x	x	Geriatr, GGZ, specialist ouderengeneeskunde (zie stroomschema blz. 37) ; fysiotherapie, opticien, audicien, diëtist, ergotherapeut
Stellen diagnose en deze bespreken	x				x	Voorlichtingsmateriaal www.thuisarts.nl , www.alzheimer.nl
Zorgdiagnostiek		x	x			Easycare, CSI
Registreren in HIS	x					P20.00 geheugenstoornis of P70.00 (Alzheimer) dementie

Behandeling

Activiteiten Behandeling	HA	POH/CMD	WV/TZ	PT/MZ	AP	Instrumenten/richtlijnen
Inbrengen GPO, opstellen zorgbehandelplan	x	x	x	x	x	Praktijkwijzer ouderenzorg, LESA dementie met (wijk)verpleegkundige (2005)
Optimaliseren medicatie	x			x	x	NHG Standaard CVRM, dementie, Delier
Analyse en beleid bij probleemgedrag, eventueel verwijzing	x	x				Standaard dementie, delier; richtlijn probleemgedrag; LESA dementie met SOG (2009); verwijzing GGZ
Ondersteuning POH/Casemanager Dementie	x	x	x			Afhankelijk van de zorgzwaarte wordt er gekozen voor een gespecialiseerde casemanager dementie, volgens verwijsschema casemanagement dementie ZHN, www.transmuralis.nl (zie blz. 38)
Begeleiding zelfredzaamheid en mantelzorg	x	x	x			Verwijzing naar dagbesteding, ontmoetingscentrum, steunpunt mantelzorg, fysiotherapie, ergotherapie ²⁵ in samenwerking met wijkteam

²⁵ EDOMA Ergotherapie bij Ouderen met Dementie en hun Mantelzorgers Aan Huis

Begeleiding

Activiteiten begeleiding	HA	POH/CM D	WV/TZ	PT/MZ	AP	Instrumenten /richtlijnen
Aanspreekpunt, vaste begeleider		x	x			Zorgstandaard dementie (concept juli 2013); protocollaire ouderenzorg
Hulp/toezicht medicatiegebruik			x	x	x	Baxter of medido (afh van vergoeding)
Betrokkenheid bij crises/ bemoeizorg	x	x	x			
Eindverantwoordelijke zorgproces	x					
Verzamelen informatie andere Betrokken hulpverleners	x	x	x (indien casemanager)			

Evaluatie/ GPO

Activiteiten Evaluatie	HA	POH/CM D	WV/TZ	PT/MZ	AP	Instrumenten/richtlijnen
3 maandelijks overleg zorgplan bijstellen		x	x	x		KNMG richtlijn zorg voor kwetsbare Ouderen; GPO
GPO 1-2x per jaar	x	x	x	x	x	

De gebruikte afkortingen: PT = patiënt, MZ = mantelzorger, HA=huisarts, POH = praktijkondersteuner, CMD=casemanager dementie, AP= apotheker, WV = wijkverpleegkundige, TZ = thuiszorg.

3.4.7. Regionale afspraken diagnostiek en casemanagement

Regionaal zijn er afspraken gemaakt over diagnostiek en inzet casemanagement. Deze afspraken staan in onderstaande twee schema's.

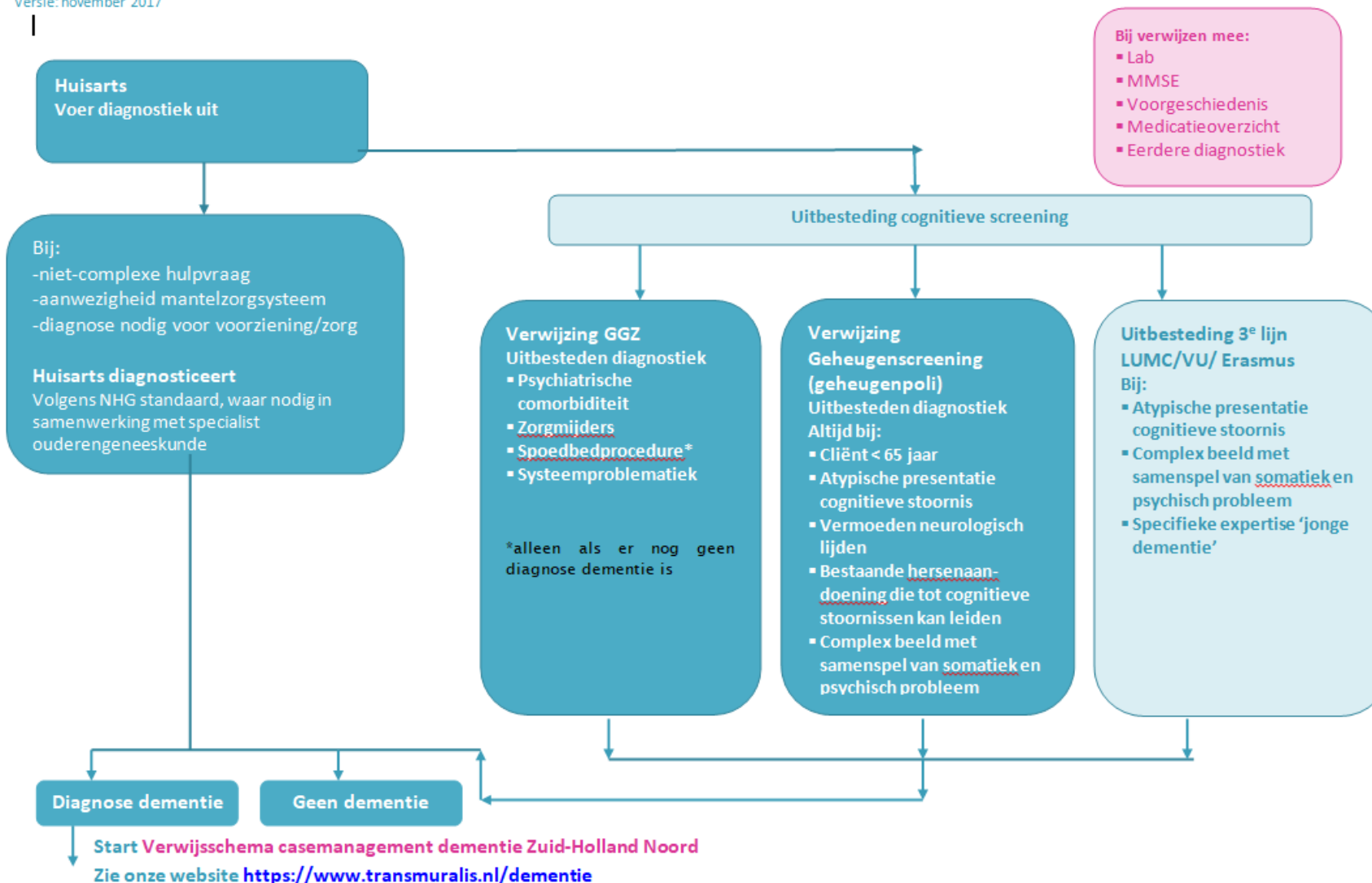
Wat betreft casemanagement kunnen de afspraken daarover per gemeente verschillen. Transmuralis heeft een actuele lijst beschikbare casemanagers per gemeente. Deze is te vinden op: haweb groep LHV kring Rijnland & Midden-Holland/HVR onder documenten ouderenzorg.

Basisroute ziekte- en zorgdiagnostiek bij dementie

Zuid-Holland Noord

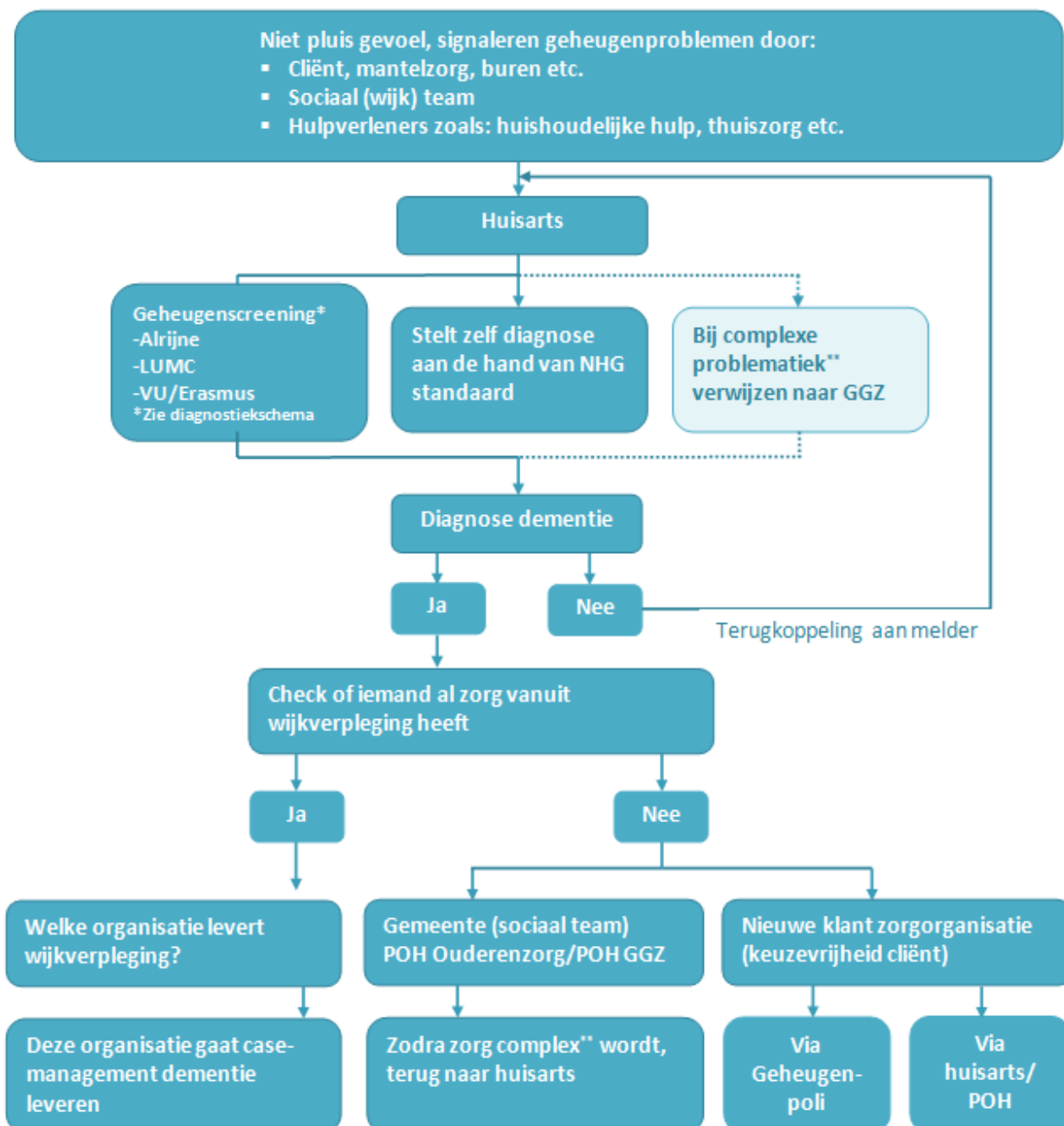
Versie: november 2017

transmuralis
transmuraal netwerk zuid-holland noord



Verwijsschema casemanagement dementie Zuid-Holland Noord

Versie: 26 januari 2016



**Complex is:

- Alleenwonend met onvoldoende ondersteunend systeem
- Vermoeden van bijkomende psychiatrische problematiek
- Ernstige gedragsstoornissen
- Gevaar voor zichzelf of omgeving
- Zorgmijder

3.5. ZORGPAD VALPREVENTIE

3.5.1. Inleiding

Een val kan worden gedefinieerd als 'een onbedoelde verandering van de lichaamspositie, die resulteert in het neerkomen op de grond of een ander lager niveau'.²⁶

Vallen vormt een groot gezondheidsprobleem bij ouderen. Een val kan ernstige gevolgen hebben en is een van de belangrijkste oorzaken van verminderd functioneren. Behalve lichamelijk letsel kan een valpartij ook psychosociale gevolgen hebben, zoals sociale isolatie en valangst. Na een val kan angst om opnieuw te vallen en onzekerheid bij bewegen leiden tot een toename van immobiliteit. Hierdoor kan een neerwaartse spiraal in functioneren ontstaan.

Websites en voorlichtingsmateriaal:

Op de onderstaande websites is veel materiaal te vinden zoals werkwijzen en instructies voor professionals, voorlichtingsmateriaal voor patiënten en overzichten van lopende projecten en onderzoeken:

[kennisnetwerkvalpreventie](#)

[valpreventie](#)

[veiligheid](#)

[platformouderenzorg /bestanden /ucare toolkit beveiligd](#)

[effectieveouderenzorg /toolkit](#)

[gezondheidsraad /documenten /adviezen /beweegrichtlijnen 2017](#)

3.5.2. Doelgroep

Patiënten van 75 jaar en ouder met functionele beperkingen, een verhoogd valrisico en/of een recent valincident.

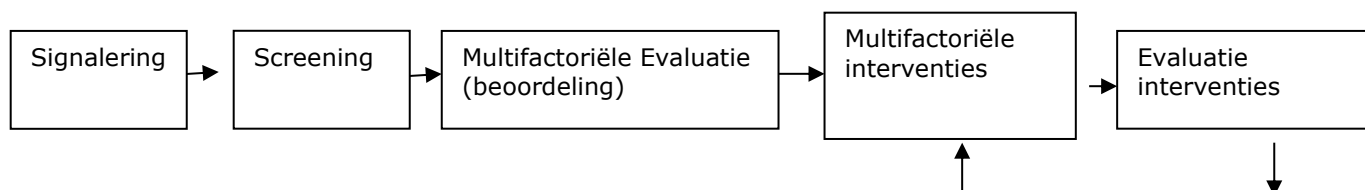
3.5.3. Doelstelling

Preventie van (recidief) valincidenten bij zelfstandig wonende ouderen of ouderen wonend in een verzorgingshuis.

3.5.4. Betrokken

- Huisarts
- POH
- Fysiotherapeut(e)
- Ergotherapeut(e)
- Diëtist(e)
- Signalerende functie voor wijkverpleging/thuiszorgorganisaties en mantelzorgers

Stroomschema zorgpad Valpreventie



²⁶ Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (2004). Preventie van valincidenten bij ouderen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.

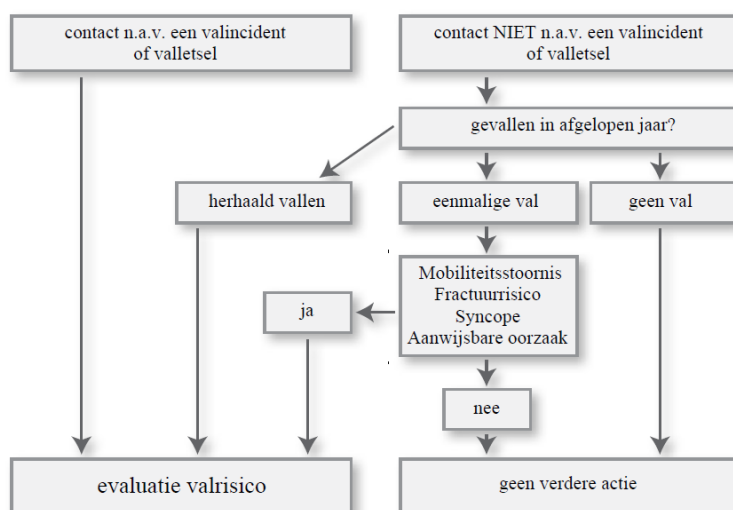
3.5.5. Uitwerking stappen Zorgpad Valpreventie

In onderstaande paragrafen is per stap het stroomschema verder uitgewerkt. Op hoofdlijnen wordt aangegeven wie welke acties binnen deze stap uitvoert en welke instrumenten of richtlijnen gebruikt dienen te worden. Voor de inhoudelijke uitwerking van de acties wordt verwezen naar de monodisciplinaire bijlagen en relevante richtlijnen.

De gebruikte afkortingen voor de betrokkenen bij de verschillende fases in de zorg zijn: PT = patiënt, MZ = mantelzorger, HA=huisarts, POH = praktijkondersteuner, FT = fysiotherapeut, ET = ergotherapeut

Signalering

Valpreventie is alleen zinvol als er risicofactoren aanwezig zijn (geen algemene preventie dus). Het schema hieronder (uit de CBO-richtlijn) laat zien wanneer risicofactoren aanwezig zijn en een evaluatie van de valrisico's nodig is. Deze evaluatie is de basis voor interventies en wordt uitgevoerd door de POH of de huisarts.



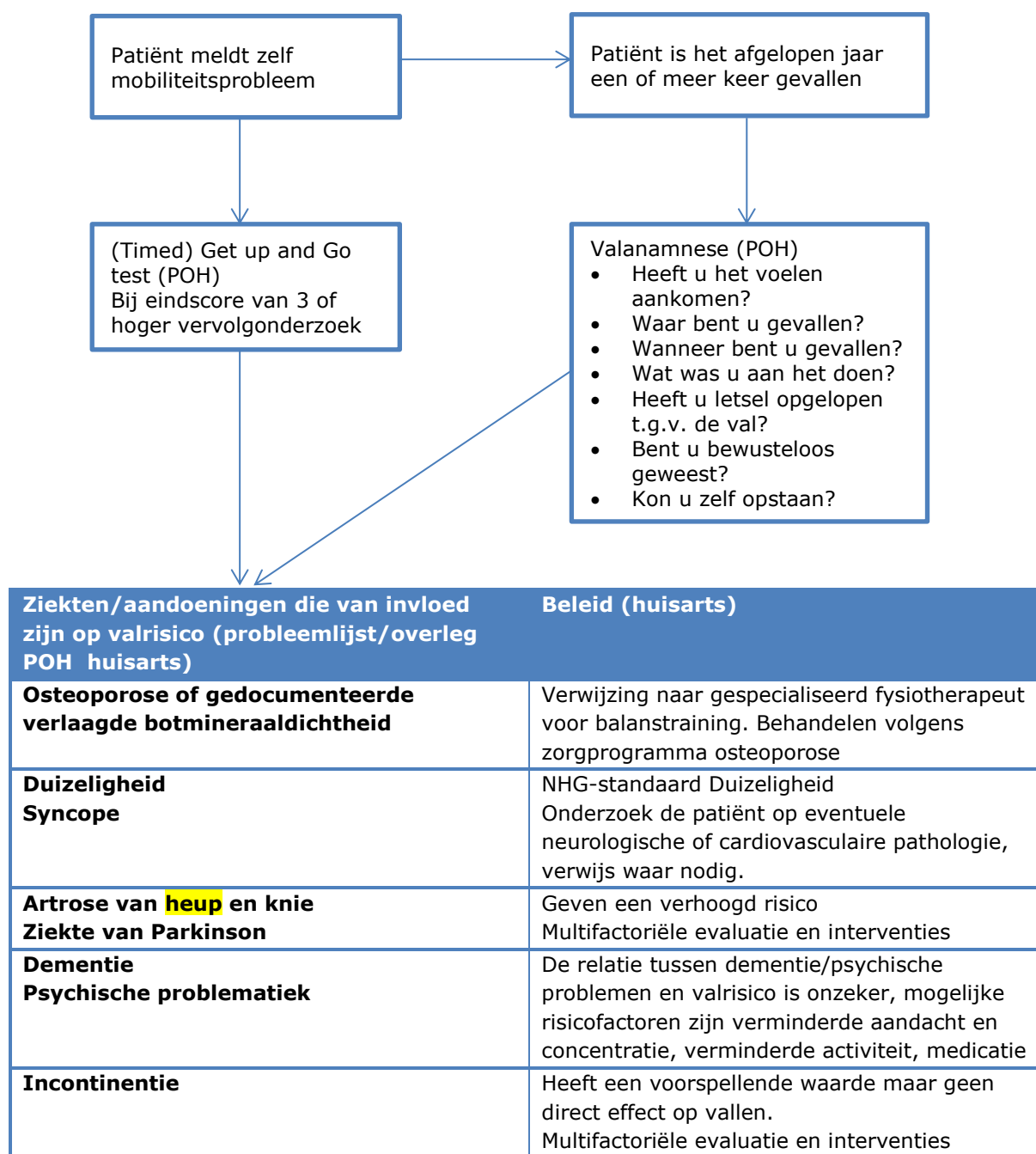
Screening

Valincidenten ontstaan vaak door een combinatie van oorzaken. Een analyse van de risico's en de interventies vragen een multifactoriële benadering. Interventies die afzonderlijk weinig effect hebben blijken in combinatie met andere acties toch zinvol zijn. Deze aanpak is hier uitgewerkt voor de proactieve screening door de POH. Het gaat dus om de uitwerking van het rechter deel in het schema, waarbij het contact niet plaatsvindt naar aanleiding van een valincident of letsel.

De eerste stap is nagaan of er sprake is van valrisico's en hoe groot die risico's zijn. Bij een hoog risico of een ziekte of aandoening als mogelijke oorzaak overlegt de POH met de huisarts. De huisarts doet nader onderzoek in eigen beheer of verwijst naar een valpoli of medisch specialist.

Bij alle andere risicopatiënten wordt binnen de eerste lijn een risico-evaluatie en een daarop gebaseerd preventiebeleid in gang gezet (zie stap 1.6.3).

Onderzoek naar valrisico's door de POH bij proactieve screening



Multifactoriële evaluatie en interventies

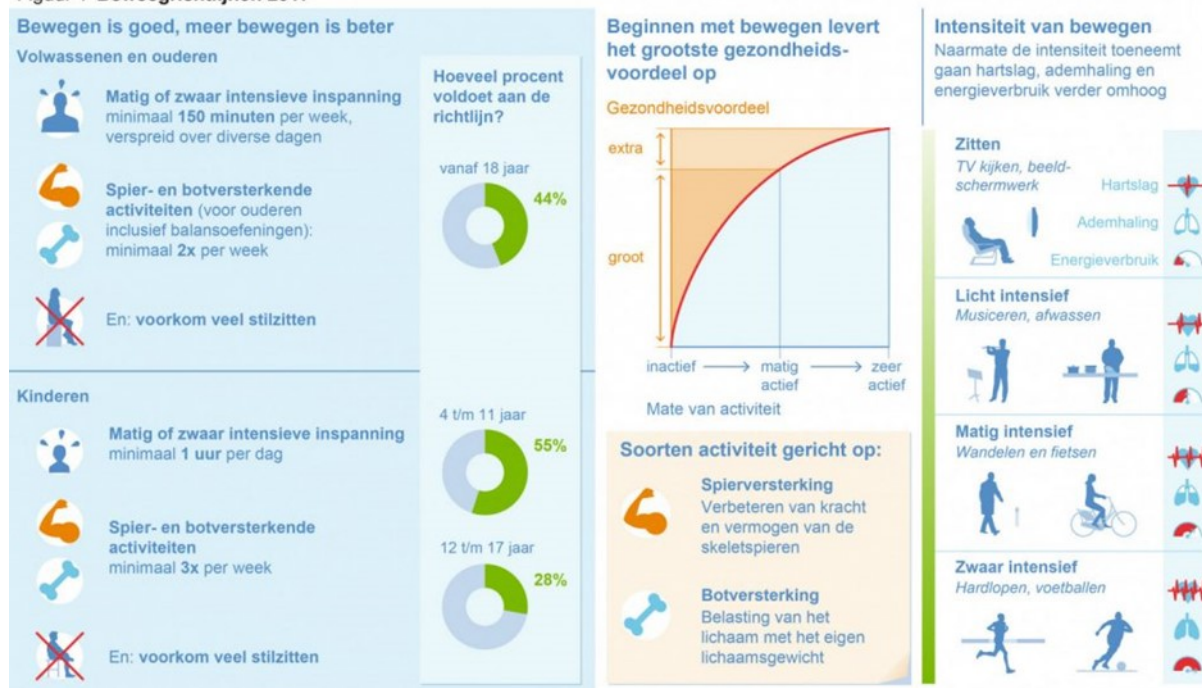
Adviseer de patiënt om de risico's nader te analyseren bij een indicatie voor een gestoorde mobiliteit (score van 3 of hoger Get up en Go test) en/of verhoogd valrisico en geen indicatie voor verwijzing naar valpoli of specialistisch onderzoek. De huisarts of POH kan dit advies geven. De POH of huisarts vraagt allereerst hoe de patiënt zijn eigen risico inschat, en in hoeverre deze bereid is iets aan het valprobleem te doen. Motiveer vervolgens de patiënt tot vervolgonderzoek.

Bij de multifactoriële evaluaties en interventies zijn verschillende disciplines betrokken. De POH voert een deel van de evaluaties en interventies zelf uit en coördineert het geheel. Verwijzingen lopen waar nodig via de huisartsen.

Risicofactor	Evaluatie	Wie	Interventie	Wie
Mobiliteitsstoornis (stoornissen in balans, lopen spierkracht)	- Stoornis nader onderzoeken <i>EMS</i> (Elderly Mobility Scale)	POH of fysiotherapeut	- Oefenprogramma voor evenwicht en functionele spierkrachtverbetering. - Als eventuele aanvulling daarop gericht voorschrijven van hulpmiddelen.	Fysiotherapeut Ergotherapeut
Medicatie	- Evaluatie van het gebruik psychotrope medicatie	Huisarts	- Psychotrope medicatie zo mogelijk stoppen of verminderen. Ondersteuning bij afbouw benzodiazepines of andere medicatie die het valrisico beïnvloeden. U vindt de <i>Minimale Interventie Strategie stoppen chronisch gebruik benzodiazepinen</i> (DGV) op www.medicijngebruik.nl (fto materialen).	Huisarts POH
Afhankelijkheid voor ADL	- <i>Barthel index</i> - <i>Gars</i>	POH	- Verwijzing naar ergotherapeut om eigen mogelijkheden zo goed mogelijk te benutten en te versterken. - Advies over hulpmiddelen en woningaanpassing.	Ergotherapeut
Lichaamsbeweging, lichamelijke activiteiten	- Activiteiten navragen (een hoge mate van lichamelijke activiteit beschermt tegen vallen).	POH Fysiotherapeut	- Advies voor en stimuleren van meer bewegen.	POH Fysiotherapeut
Gezichtsvermogen	- Visustest via vragen. - Nagaan effecten bij gebruik van een bi- of multifocale bril.	POH	- Verwijzing oogarts (wanneer er geen jaarlijkse controle door de oogarts plaatsvindt) voor detectie en behandeling van cataract, glaucoom, retinopathie. - Correcties aanbrengen.	Oogarts

Lichaamsbeweging, lichamelijke activiteiten: verwijs naar de beweegrichtlijnen 2017 voor ouderen (zie figuur beweegrichtlijnen 2017 hieronder).

Figuur 1 **Beweegrichtlijnen 2017**



- Mobiliteitsstoornissen:
 - a. Balanstest: 10 seconden voeten naast elkaar
 - b. Zonder handen opstaan uit stoel
 - c. Timed get up en go test: ouderen moet binnen 15 seconden uit de stoel kunnen opstaan, 3 meter lopen zich omdraaien en weer terug gaan zitten in de stoel
- Medicijnen die het valrisico verhogen: antihypertensiva, psychofarmaca, anticholinergica en antihistaminica.
- Verwijs waar mogelijk naar geriatrie fysiotherapeut of fysiotherapeut met ruime ervaring cq interesse in mobiliteitsproblemen bij ouderen.

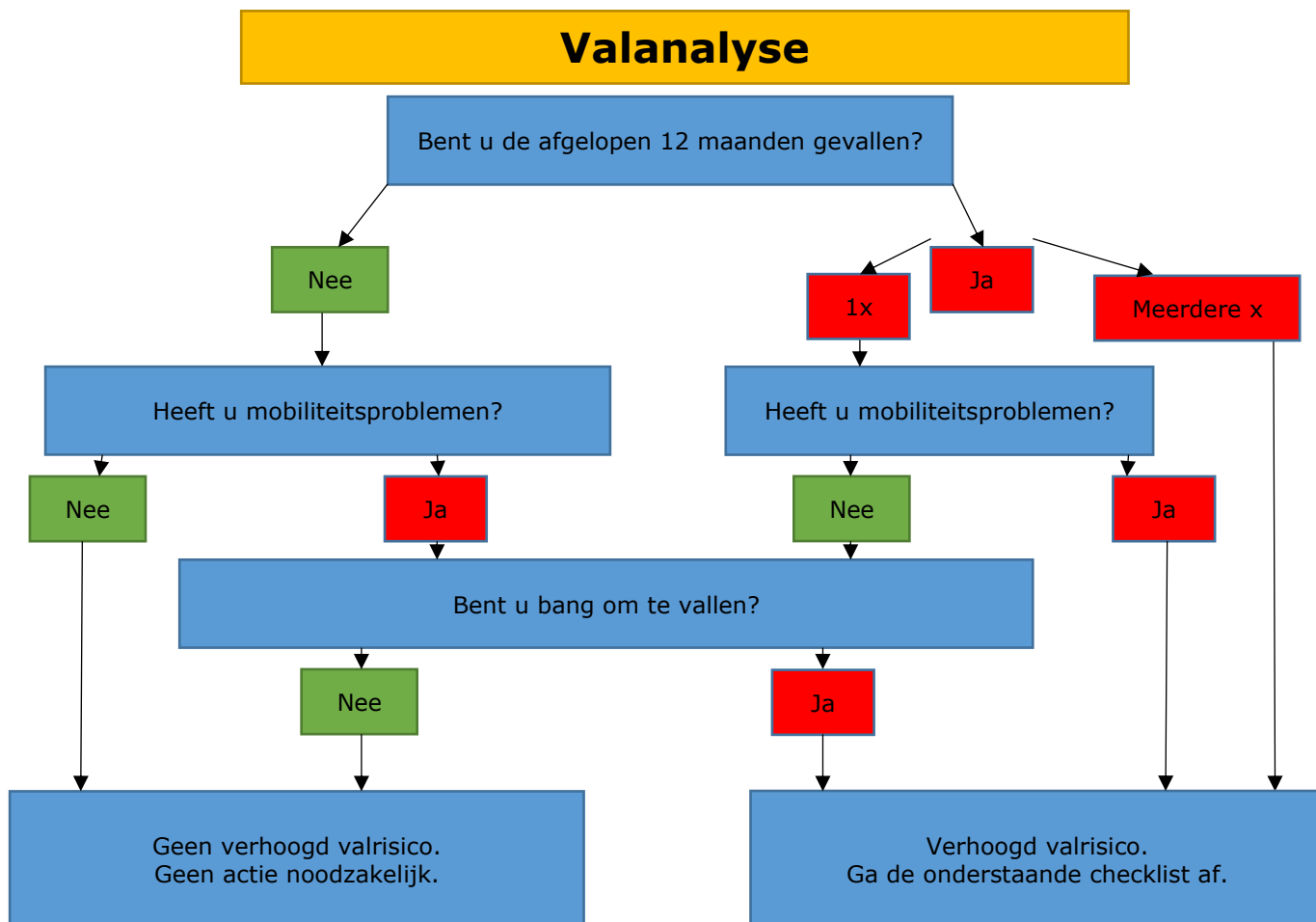
Risicofactor	Evaluatie	Wie	Interventie	Wie
Voetproblemen, schoeisel	- Is een risicofactor in combinatie met verminderde stabiliteit en balans. - Voetproblemen (eeltknobbels, teenafwijkingen, ingegroeide nagels, klapvoet, amputatie etc). - Risicohoudend schoeisel.	POH	- Advies over schoeisel. - Verwijzing naar podotherapeut. - Verwijzing orthopedisch chirurg.	POH Podotherapeut Orthopedisch chirurg
Valangst	- Angst om te vallen. - Patiënt doet bepaalde dingen niet meer uit angst om te vallen.		- Cursus valpreventie of verwijzing naar fysiotherapeut voor oefeningen die zelfvertrouwen versterken. - Aanleren hoe recht te komen na een val. - Persoonsalarmering.	
Veiligheid woning Omgeving	- De woning en woonomgeving blijken nauwelijks een risicofactor te zijn.	Huisbezoek ergotherapeut of 'Halt u valt' adviseurs. ⁴	- Aanpassingen in de woning kunnen zinvol zijn, mits onderdeel van een veel breder interventiepakket. - De POH kan patiënten stimuleren om onveiligheid in de omgeving, losse stoeptegels, boomwortels en andere obstakels waar zij zich zorgen over maken, zelf te melden bij de gemeente.	Ergotherapeut Adviseur 'halt u valt' POH

Aanvullend onderzoek:

- Opsporen orthostase: daling van meer dan 20 mmHg systolisch of meer dan 10 mmHg diastolisch na 1 en 3 minuten. Bloeddruk meten liggend en staand (na 1, 3 en 5 minuten). Orthostase treedt vaak op in de ochtend of postprandiaal: gemakkelijk te missen, dus meerdere metingen doen.
- Navragen alcoholgebruik.
- Patiënten kunnen zelf een onderzoek in de eigen woning laten uitvoeren door opgeleide 'Halt u valt' adviseurs. <https://www.veiligheid.nl/valpreventie/interventies/integrale-aanpak/halt-u-valt>

Evaluatie interventies

Activiteiten evaluatie/MDO	PT	HA	POH	FT/EG/MZ/TZ	Instrumenten/toelichting
Bespreken patiënt op het eerst volgend MDO		x	x	x	
Verslag afspraken		x	x	x	
Bespreken/evalueren afspraken met patiënt	x	x	x	x	
Registratie afspraken in het HIS/KIS			x		Zie werkprotocol Huisarts/POH



Checklist valanalyse

Mogelijke oorzaken	Interventie
Cardiovasculaire aandoeningen (Orthostase, syncope, aritmie)	Check orthostatische hypotensie: Daling van de systolische bloeddruk met > 20 mmHg, of van de diastolische bloeddruk met > 10 mmHg, wanneer men overeind komt van liggende houding (5 min) naar staande houding (meten na 1 en 3 min, eventueel na 5 min.) Is er een regulair hartritme?
Polyfarmacie / risicovolle medicatie	Zie zorgpad polyfarmacie (blz. 28) In samenwerking met apotheker
Visusstoornissen Voetproblemen	Observatie voeten/schoeisel Oogcheck door opticien Verwijzing naar oogarts / podoloog Verwijzing ergotherapeut / gespecialiseerd ergotherapeut van Visio
Spierzwakte Evenwichts- en gangstoornis Valangst	Verwijzing fysio -> bijv. Handknijpkracht, TUG/GUG, BBS (berg balans schaal), miniBESTest/DGI (dynamic gait index), 5 times stand to sit
Neurologische aandoeningen (cognitieve achteruitgang, Parkinson, CVA)	Kloctest / MMSE Indien nodig verwijzing neuroloog/geriater
Musculoskeletale aandoeningen (artrose, artritis, spinaalkanaalstenose, osteoporose)	Uitsluiten PMR -> BSE, CRP Neurologische pathologie? Vitaminedeficiëntie? Overwegen beweegprogramma fysiotherapie
Extrinsieke factoren: schoeisel/thuisomgeving/verkeerd gebruik loop hulpmiddelen	Verwijzing ergo (blz. 69)/ fysio (blz. 65)
Verdenking op ondervoeding	Verwijzing diëtist Zie werkprotocol diëtist (blz. 71) Verwijzing ergotherapeut (ADL taken, koken, boodschappen halen)

3.6. ZORGPAD (RISICO OP) ONDERVOEDING

3.6.1. Inleiding

Ondervoeding bij kwetsbare ouderen is een omvangrijk probleem binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Ondervoeding kan worden beschouwd als een voedingstoestand waarbij sprake is van een tekort of disbalans van energie, eiwit en/of andere nutriënten (voedingsstoffen), die leidt tot meetbare nadelige effecten op de lichaamssomvang en lichaamssamenstelling, op het functioneren en op klinische resultaten (Stratton 2003).

Wanneer oudere mensen worden opgenomen in het ziekenhuis blijkt bij het screenen een grote groep ondervoed te zijn. Hieruit blijkt het belang om de diagnose ondervoeding in de eerste lijn vast te stellen zodat onnodige verwijzing naar de tweede lijn wordt voorkomen en de opnameduur in de tweede lijn kan worden beperkt.

Ondervoeding heeft ernstige gevolgen voor de gezondheid van de cliënt. Het leidt tot langzamer herstel, meer en ernstigere complicaties, een verminderde spiermassa met als gevolg een afname van de algehele conditie en van het functioneren. Daarnaast leidt ondervoeding tot substantieel hogere macrokosten binnen de gezondheidszorg. Bij mensen die nog thuis wonen, zorgt ondervoeding voor een toename van het aantal huisartsconsulten, verhoogd medicatiegebruik en een verhoogde kans op opname in het ziekenhuis. Bovendien veroorzaakt ondervoeding een verslechtering van de kwaliteit van leven en een grotere kans op sterfte. Zowel medische, fysiologische, sociale als psychische factoren kunnen de oorzaak zijn van gewichtsverlies en ondervoeding bij ouderen. Denk hierbij aan COPD, CVRM, hartfalen, CVA, IBD, Ziekte van Parkinson, depressie, dementie, decubitus, eenzaamheid, een slecht (passend) gebit en polyfarmacie.

3.6.2. Inclusiecriteria

Patiënten van 75 en ouder met morbiditeit en/of co-morbiditeit die daardoor het risico lopen ondervoed te raken of die al ondervoed zijn, te meten met de SNAQ65+.

3.6.3. Doelstelling

De kwetsbare oudere patiënt wordt in deze zorgketen optimaal begeleid om de ondervoeding te behandelen of om te voorkomen dat hij/zij ondervoed raakt.

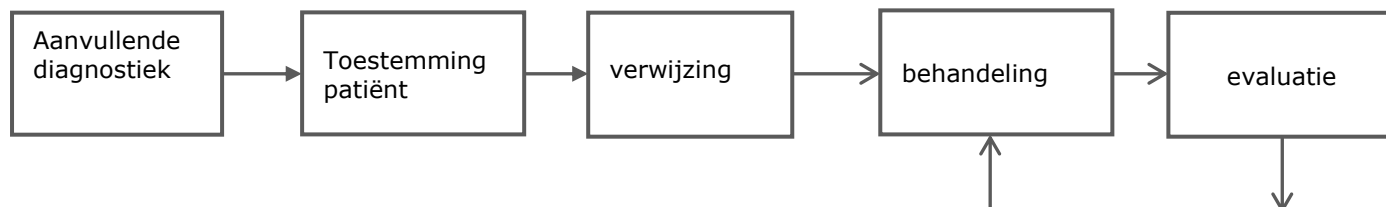
3.6.4. Betrokken

Het kernteam bij (risico op) ondervoeding bestaat uit

- Huisarts/POH
- Diëtist
- Apotheker
- Tandarts, mondhygiënist
- Signalerende functie voor mantelzorgers en wijkverpleging

Afhankelijk van de klachten kan er ook een rol zijn weggelegd voor de fysiotherapeut (krachttraining) en logopedisten (slikproblemen).

Stroomschema zorgpad (risico op) ondervoeding



3.6.5. Uitwerking stappen zorgpad (risico op) ondervoeding

In onderstaande paragrafen is per stap het stroomschema verder uitgewerkt. Op hoofdlijnen wordt aangegeven wie welke acties binnen deze stap uitvoert en welke instrumenten of richtlijnen gebruikt dienen te worden. Voor de inhoudelijke uitwerking van de acties wordt verwezen naar de monodisciplinaire bijlagen en relevante richtlijnen

De gebruikte afkortingen voor de betrokkenen bij de verschillende fases in de zorg zijn: PT = patiënt, HA=huisarts, ZCO = zorgcoördinator ouderenzorg, WV= wijkverpleegkundige, DT = diëtist

Aanvullende diagnostiek en toestemming

Activiteiten aanvullende diagnostiek en toestemming patiënt	PT	HA	ZCO	WV	Instrumenten/toelichting
Beoordeling ondervoeding		X	X	X	Ouderen SNAQ 65+ ²⁷ : >4 kg onbedoeld gewichtsverlies in het laatste half jaar Bovenarmomtrek < 25 cm
		X	X	X	Ouderen met COPD: > 5% onbedoeld gewichtsverlies in de laatste maand > 10% onbedoeld gewichtsverlies in het afgelopen half jaar BMI < 21
Beoordeling risico op ondervoeding		X	X	X	Ouderen SNAQ 65+ • Onbedoeld gewichtsverlies tussen 5 en 10% in het afgelopen half jaar • BMI < 20 Weinig eetlust: • 5 dagen (vrijwel) niet gegeten hebben • hulp nodig bij het eten Verminderde functionaliteit: • niet de 15 treden de trap op en af kunnen lopen zonder rusten
		X	X	X	Ouderen met COPD • Onbedoeld gewichtsverlies tussen 5 en 10% in het afgelopen half jaar • BMI < 21 Verminderde eetlust: • 5 dagen (vrijwel) niet gegeten hebben • hulp nodig bij het eten Verminderde functionaliteit: • niet de 15 treden de trap op en af kunnen lopen zonder rusten
Aanvullend laboratoriumonderzoek		X			Op indicatie: Hb, vitamine B1, B12, D en foliumzuur, nierfunctie, CRP, BSE, glucose en albumine.
Beoordeling overige factoren		X			Let op bij oedeem dit kan onbedoeld gewichtsverlies maskeren. Beoordeel factoren welke het eetgedrag negatief kunnen beïnvloeden: Droge mond, smaakverandering, misselijkheid, obstipatie, status van het gebit, mondslijmvlies, verminderde mobiliteit en cognitieve stoornis
Uitleg over het gevaar voor de gezondheid veroorzaakt door	X	X		X	Bij niet akkoord vermelden in dossier en zorgbehandelplan

²⁷ SNAQ 65 zie: [Stappenplan ondervoeding in de eerstelijns](#)

Activiteiten aanvullende diagnostiek en toestemming patiënt	PT	HA	ZCO	WV	Instrumenten/toelichting
ondervoeding en vraag akkoord voor doorverwijzen					Informatie via www.thuisarts.nl ondervoeding ²⁸
Registratie in het HIS		X			Gewichtsverlies/cachexie (ICPC-code T08) als aparte diagnose vastleggen

Verwijzing

Activiteiten verwijzing	PT	HA	ZCO	WV	Instrumenten/toelichting
Bij akkoord verwijzen naar diëtist		X	X		Resultaten van de metingen meegeven aan de PT bij eerste contact. Zo nodig diëtist aan huis regelen.
Zo nodig doorverwijzen naar een tandarts		X	X		Observatiegegevens zo nodig meegeven.
Zo nodig ondersteunende instanties inschakelen	X	X	X	X	Denk aan WMO - maaltijdvoorziening

Behandeling

Interventies bij risico op ondervoeding	PT	HA	ZCO	DT	WV	Instrumenten/toelichting
Algemene adviezen voor eiwit- en energieverrijkte voeding en tussenmaaltijden	X	X	X			www.thuisarts.nl Consultatie diëtist indien behandeldoel niet gehaald wordt.
Algemene adviezen voor eiwit- en energieverrijkte voeding en tussenmaaltijden.	X				X	Overleg met huisarts bij: - bijkomende ziekteverschijnselen - stagnerend herstel
Individueel voedingsbehandelplan	X			X		Overleg met huisarts bij stagnerend herstel. Verwijzing naar huisarts bij bijkomende ziekteverschijnselen.

Interventies bij ondervoeding	PT	HA	ZCO	DT	WV	Instrumenten/toelichting
Uitvoering voedingsbehandelplan en overleg met diëtist bij problemen.	X				X	Overleg met huisarts bij: - bijkomende ziekteverschijnselen - stagnerend herstel
Individueel voedingsbehandelplan	X			X		Overleg met huisarts bij: - risico op refeeding syndroom (complicaties die kunnen ontstaan na starten van volledige voeding bij ernstig ondervoede patiënten, zie richtlijn Refeeding Syndroom, UMC Utrecht) - stagnerend herstel Verwijzing naar huisarts bij bijkomende ziekteverschijnselen.

Evaluatie/GPO

Interventies bij evaluatie	PT	HA	ZCO	DT	WV	Instrumenten/toelichting
Besprekt patiënt op het GPO		X	X	X	X	
Bespreken afspraken met patiënt.	X		X	X	X	De casemanager ouderenzorg.

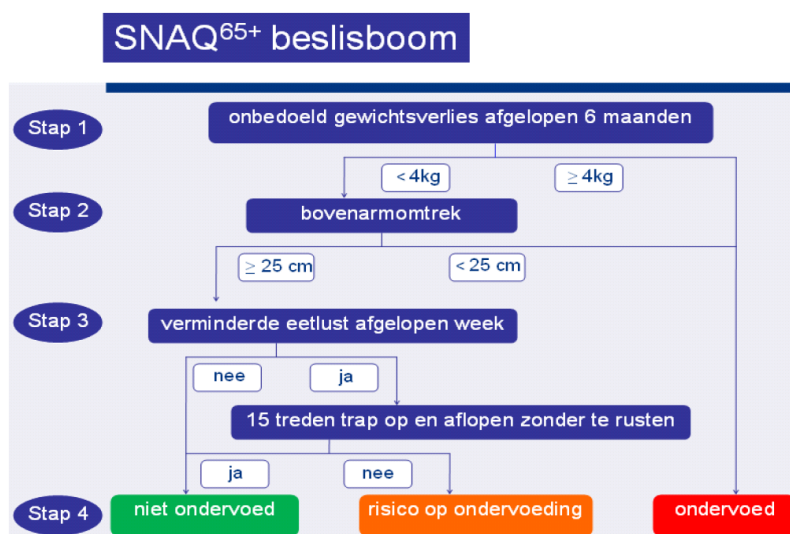
²⁸ Aandachtspunt is dat de informatie gaat over ondervoeding in het algemeen, niet specifiek voor kwetsbare ouderen

STAPPENPLAN ONDERVOEDING IN DE EERSTE LIJN

Doelen

1. Het vaststellen van ondervoeding;
2. Het aanbieden van de juiste interventies ter preventie of behandeling van ondervoeding;

STAP 1: Neem de SNAQ- 65 plus af.



STAP 2: Vraag de oudere of hij/zij het probleem herkent?

☐ ja ☐ nee (indien ja: door naar 3)

STAP 3: Vraag de oudere of hij/zij iets aan het probleem zou willen (laten) doen?

☐ ja ☐ nee (indien ja: door naar 4)



STAP 4: Verdere diagnostiek naar mate en oorzaken van ondervoeding.

Doel

Vaststellen van factoren die ondervoeding kunnen beïnvloeden.

4.1 Risicofactoren over te nemen uit CGA.

Risicofactor	Vraag	Opmerkingen/interpretatie
1) ADL	Hebt u hulp nodig bij het eten? ☐ nee ☐ ja Hebt u hulp nodig bij het boodschappen doen? ☐ nee ☐ ja Hebt u hulp nodig bij het bereiden van een maaltijd? ☐ nee ☐ ja	Patiënt heeft mogelijk ondersteuning nodig bij deze taken
2) Depressie	Hebt u zich de afgelopen maand meerdere malen somber, depressief of wanhopig gevoeld? ☐ nee ☐ ja Had u de afgelopen maand op meerdere momenten minder interesse of plezier in dingen? ☐ nee ☐ ja	Depressie kan leiden tot slechter eten
3) Alcoholgebruik	Score op de vragen over alcoholgebruik _____punten	Score van 4 bij vrouwen en 5 bij mannen duidt op overmatig alcoholgebruik
4) Bijwerkingen medicatie	Ervaart u problemen of bijwerkingen van uw huidige medicijnen? ☐ nee ☐ ja	Bijwerkingen van medicatie kunnen de eetlust beïnvloeden
5) Gewicht	_____kg	

STAP 5: Samenvatting van stap 1 t/m stap 4 (screeningsvraag en diagnostische vragen).

Doel

Vorbereiden overleg met de huisarts over ondervoeding.

1. Er is sprake van ☐ risico op ondervoeding
☐ ondervoeding

2. Patiënt heeft ☐ hulp nodig bij eten
☐ hulp nodig bij bereiden maaltijd
☐ hulp nodig bij boodschappen doen
☐ depressieve symptomen
☐ verhoogde alcoholinname
☐ bijwerkingen van medicatie

3. Patiënt weegt _____ kg

STAP 6: Overleg met de huisarts.

Doel

Opstellen van werkdiagnose en definitief voorstel voor interventie om ondervoeding te behandelen of eerst verder te onderzoeken.

Werkdiagnose: ☐ Risico op ondervoeding
 ☐ Ondervoeding

Zorgbehandelplan

1. Adviezen/ zelfzorg:
 - ☐ Uitleggen wat ondervoeding is en wat de gevolgen kunnen zijn
 - ☐ Bij risico op ondervoeding wijzen op belang van een goede Voedingstoestand (NHG-patiëntbrief: Voeding bij kans op ondervoeding)
 - ☐ Belang van bewegen tijdens ziekte
 - ☐ Monitoren van het gewicht
 - ☐ Tijdig herkennen van veranderingen in de voedingstoestand
2. Verdere diagnostiek/behandeling **eerste lijn**:
 - ☐ Verwijzing spreekuur **huisarts**
 - ☐ Verdere anamnese en eventuele diagnostiek naar oorzaak ondervoeding
 - ☐ Verwijzing **andere hulpverlener** eerste lijn voor:
 - ☐ Diëtist (bij ondervoeding binnen 5 dagen doorverwijzen)
 - ☐ Inschakelen WMO-loket voor maaltijdservice
 - ☐ Inschakelen thuiszorg voor ondersteuning eten
3. Verwijzing diagnostiek/behandeling **tweede lijn** (op advies van de huisarts; bijvoorbeeld pijnpoli).
 - ☐ Ja ☐ Nee

3.7. MELDCODE OUDERENMISHANDELING

Naar schatting 200.000 ouderen boven de 65 jaar worden jaarlijks mishandeld, bijvoorbeeld door partners, familieleden of zorgverleners. Ouderenmishandeling is niet alleen lichamelijke of psychische mishandeling. Ook verwaarlozing en financiële uitbuiting kunnen hieronder vallen. Ouderenmishandeling komt voor in huiselijke kring, maar ook in de ouderenzorg. In huiselijke kring betekent het: mishandeling door partners, ex-partners, gezinsleden, familieleden of huisvrienden. In de ouderenzorg kan er ook sprake zijn van mishandeling door zorgverleners. Er kan opzet in het spel zijn, maar dit is lang niet altijd het geval. Soms kunnen mensen de zorg voor hun naasten of voor cliënten niet meer aan. Hun gedrag kan dan ontsporen, met bijvoorbeeld mishandeling tot gevolg.

Ouderenmishandeling is onder te verdelen in:

- Lichamelijke mishandeling: bijvoorbeeld slaan of hardhandig beetpakken.
- Psychische mishandeling: voorbeelden zijn herhaaldelijk uitschelden, beledigen of isoleren.
- Financiële uitbuiting: denk aan diefstal, veranderen van het testament en ongewenste bemoeienis met geldzaken.
- Verwaarlozing: het onthouden van lichamelijke of psychische zorg of voeding.
- Seksueel misbruik: hier gaat het om ongewenste seksuele handelingen met of in het bijzijn van de oudere.

Signalen die op ouderenmishandeling kunnen wijzen, zijn bijvoorbeeld:

- Zichtbaar letsel
- Overdreven schrikreactie bij een onverwachte aanraking;
- Onsamenhangende verklaringen over verwondingen;
- Depressiviteit of onverklaarbare angst;
- Schichtig of teruggetrokken gedrag.

De Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling helpt professionals goed te reageren bij signalen van geweld. Bijvoorbeeld huisartsen, leerkrachten en medewerkers van jeugdinrichtingen. Sinds 1 juli 2013 zijn beroepskrachten verplicht een meldcode te gebruiken bij vermoedens van geweld in huiselijke kring. Een meldcode beschrijft in 5 stappen wat professionals moeten doen bij vermoedens van geweld. Organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren stellen een eigen meldcode op met daarin in ieder geval deze 5 stappen:

- Stap 1: in kaart brengen van signalen.
- Stap 2: overleggen met een collega, huisarts/POH of eventueel in het MDO. En eventueel raadplegen van instantie [Ouderenmishandeling | Ik vermoed huiselijk geweld](#) of een deskundige op het gebied van letselduiding.
- Stap 3: gesprek met de cliënt.
- Stap 4: wegen van het huiselijk geweld. En bij twijfel altijd Veilig Thuis raadplegen.
- Stap 5: beslissen: zelf hulp organiseren of melden. Plan van aanpak opstellen en zorgen voor veiligheid en comfort mogelijk slachtoffer. Noteer afspraken in het zorgbehandelplan/dossier

Veilig Thuis Hollands Midden - Leiden

Bereikbaarheid

Is telefonisch bereikbaar op telefoonnummer [0800-2000](tel:0800-2000): Maandag tot en met vrijdag van 9.00 tot 17.00 uur. Buiten deze tijden kunt u uw naam en telefoonnummer inspreken. Dan bellen zij u zo spoedig mogelijk terug. U kunt ook een e-mail sturen: veiligthuis@rdoghm.nl. Voor meer informatie kunt u kijken op de website: <http://www.veiligthuishollandsmidden.nl/>

Spreekuren

Er is geen inloopspreekuur.

Anderstalige medewerkers

Heeft zelf geen vaste anderstalige medewerkers in dienst. Een gesprek in het Engels is wel mogelijk. Ze kunnen de hulp inroepen van een Marokkaans-Arabisch en Berbers sprekende en een Turkstalige telefonische hulpverlener. Deze hulpverleners bieden een luisterend oor en kunnen eventueel bemiddelen in het maken van een afspraak met een hulpverleningsinstantie.

Specialisatie

Alle vormen van huiselijk geweld zijn bespreekbaar bij het SHG: lichamelijke, geestelijke en seksuele mishandeling en misbruik, verwaarlozing, financiële uitbuiting, bedreiging, stalking en schending van grondrechten.

Hulpverlening

Veilig Thuis Zuid-Holland-Noord is er voor slachtoffers, plegers, omstanders en beroepskrachten in de regio's Leiden en Alphen aan den Rijn en de Duin- en Bollenstreek. We werken nauw samen met Kwadraad (Maatschappelijk Werk), De Waag (plegerhulpverlening), Vrouwenopvang Rosa Manus, MEE (voor mensen met een beperking), Radius (welzijnsorganisatie voor ouderen en chronisch zieken), Bureau Jeugdzorg, Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, Kindertelefoon, GGD (Jeugdgezondheidszorg, Meldpunt Zorg en Overlast), Slachtofferhulp, Sensor (telefonische hulpdienst), GGZ Rivierduinen, Thuiszorg.

Literatuur:

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ouderenmishandeling>

<https://www.ikvermoedhuiselijkgeweld.nl/ouderenmishandeling>

Procedure signaleren, melden en aanpak ouderenmishandeling en ontspoorde zorg (Marente, 1 oktober 2013)

4. Organisatiestructuur van het zorgprogramma

Een ketenzorgprogramma is een dynamisch werkmodel dat regelmatig aanpassing vraagt op basis van ervaringen van de patiënt en de betrokken professionals en landelijke, professionele en politiek/maatschappelijke ontwikkelingen. Een ketenzorgprogramma vraagt daarmee om heldere afspraken over de organisatie van het samenwerkingsverband en het beheer.

4.1. Beheerder zorgprogramma versus beheer door Knooppunt Ketenzorg

De werkgroepen van het Knooppunt Ketenzorg toetsen en actualiseren het ketenzorgprogramma aan nieuwe richtlijnen, zorgstandaarden en eventueel prestatie-indicatoren en brengen hierover adviezen uit.

Binnen het samenwerkingsverband is een huisarts verantwoordelijk voor het beheer van het ketenzorgprogramma ouderenzorg. Deze beheerder zorgt er voor dat:

- Het samenwerkingsverband werkt volgens de laatste versie van het ketenzorgprogramma.
- De adviezen van het Knooppunt Ketenzorg verwerkt zijn in de werkafspraken van het samenwerkingsverband.
- Intern geconstateerde verbeterpunten en, bijvoorbeeld, resultaten uit een klanttevredenheidsonderzoek verwerkt worden indien deze van toepassing zijn op het ketenzorgprogramma.

4.2. Eindverantwoordelijke

De behandelend huisarts heeft de medische eindverantwoordelijkheid. Dit omvat de totale multidisciplinaire zorg in het ketenzorgprogramma. Daarbij heeft iedere zorgverlener de verantwoordelijkheid over dat deel van de zorg dat hij/zij aan de patiënt levert.

4.3. Zorgcoördinator ouderenzorg

Bij ouderenzorg kan de functie van zorgcoördinator ouderenzorg worden ingevuld door de POH, wijk- of praktijkverpleegkundige of ouderenadviseur. De zorg coördinator noteer je in het zorgplan, het is belangrijk dat de patiënt weet wie eerste aanspreekpunt is, dat wordt daar vooral mee geborgd. Zie voor de inhoudelijke uitwerking paragraaf 2.6.2. Afspraken over vervanging van de zorgcoördinator bij ziekte en vakantie zijn vastgelegd op lokaal niveau door het desbetreffende samenwerkingsverband. Hierbij wordt gestreefd naar continuïteit van de zorg.

4.4. Individueel zorgbehandelplan

De zorgcoördinator is er verantwoordelijk voor dat er een individueel zorgbehandelplan is. Dit wordt in nauwe samenwerking met de patiënt opgesteld. De zorgcoördinator zorgt ervoor dat het individueel zorgbehandelplan op basis van evaluatie wordt bijgesteld. Waar nodig gebeurt dit na ruggespraak met de huisarts. Ook is de zorgcoördinator er verantwoordelijk voor dat alle bij de behandeling betrokken personen invloed hebben op en op de hoogte zijn van actuele afspraken. Hierbij is aandacht voor integratie van verschillende (keten)zorgprogramma's. Het streven is dat er maar één zorgcoördinator is per patiënt. Zie ook hoofdstuk 2.4, 2.5 en 2.6 en bijlage 8 handleiding GPO

4.5. Gedeeld informatiesysteem

Voor goede ketenzorg is het noodzakelijk op gestructureerde manier informatie te delen. Een samenwerkingsverband moet hierover afspraken hebben. Een gedeeld informatiesysteem, bijvoorbeeld een KIS, is hiervoor zeer wenselijk. Als dit er nog niet is dan spreekt het samenwerkingsverband een alternatief af. Er kan gedacht worden aan een papieren zorgplan dat door de patiënt meegenomen wordt naar de consulten en/of de behandeldoelen worden per beveiligde e-mail verspreid onder de behandelaars.

Onderzoek naar de mogelijkheden in samenwerking met Sleutelnet is opgenomen in de aanbevelingen voor vervolgacties.

4.6. Organisatie multidisciplinair (beleids)overleg

Met alle betrokken eerstelijnszorgverleners uit uw samenwerkingsverband maakt u afspraken over de frequentie en inhoud van het multidisciplinair overleg. Er zijn verschillende soorten multidisciplinair overleg:

- Patiëntenoverleg: Het patiëntenoverleg is essentieel bij goede zorg voor kwetsbare ouderen en is daarom ook uitgewerkt in hoofdstuk 2 doelgroep specifieke zorg als onderdeel van de behandelfase in paragraaf 2.5
- Beleidsoverleg binnen de eerste lijn: in het overleg kunnen werkwijze, afstemming en aanpassingen van het protocol besproken worden evenals de afspraken over bereikbaarheid. De POH treedt als coördinator op van dit overleg.
- Beleidsoverleg tweede lijn: het Knooppunt Ketenzorg coördineert dit overleg. Jaarlijks worden de transmurale afspraken geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Hierbij wordt rekening gehouden met lokale variabelen.
- Beleidsoverleg met de nulde lijn: de coördinator GEZ of gezondheidscentrum of een verantwoordelijke van de GEZ-koepel (indien van toepassing) coördineert dit overleg.

4.7. Communicatie en bereikbaarheid

Als samenwerkingsverband maakt u aanvullende afspraken over het volgende:

Communicatie over het samenwerkingsverband aan patiënten: wie is op lokaal niveau verantwoordelijk voor de algemene informatievoorziening aan de patiënt over het ketenzorgprogramma. Hierin staat informatie over bijvoorbeeld de doelgroep, het beloop, de behandeling, de werkwijze van het samenwerkingsverband, het delen van informatie, de verwachtingen rondom de inzet van de patiënt, de bereikbaarheid en de klachtenprocedure. Communicatie binnen het samenwerkingsverband: alle partijen die bij dit ketenzorgprogramma betrokken zijn, zijn verantwoordelijk voor het vastleggen en actualiseren van de informatie over bereikbaarheid en onderlinge communicatie. Dit kan bijvoorbeeld via intranet, of door agendering van vakanties en/of mutaties bij periodiek overleg. Indien mogelijk worden er afspraken gemaakt over onderlinge vervanging binnen de beroepsgroep.

5. Kwaliteit

Het meten van de kwaliteit van zorg gebeurt met behulp van kwaliteitsindicatoren. Ook is (na)scholing nodig en een gedegen aanpak bij de implementatie om tot een goede kwaliteit van zorg te komen. Alleen implementeren is echter niet toereikend. Na implementatie is voortdurend verbetering nodig om tot een goede kwaliteit van zorg te komen. Hiervoor is het belangrijk om een kwaliteitsmanagementsysteem te implementeren. Meer informatie hierover vindt u in het implementatieplan.

5.1. Kwaliteitsindicatoren

Op dit moment zijn er nog geen landelijk gevalideerde kwaliteitsindicatoren voor de zorg voor kwetsbare ouderen. LAEGO en het NHG zijn hier wel mee bezig naar aanleiding van het NPO. Vanuit zorgbelang het initiatief tot het formuleren van kwaliteitscriteria: www.zorgbelang-nederland.nl: *Ouderen over ondersteuning en zorg (2013) en de zorgstandaard dementie (juli 2013) met kwaliteitsinformatie en netwerkindicatoren.*

Daarnaast is regionaal de koppeling gemaakt tussen Knooppunt Ketenzorg en het innovatieproject Gezonde Zorg Gezonde Regio (GZGR). Positieve uitkomsten van de werkgroep ouderen van GZGR worden door Knooppunt Ketenzorg geïmplementeerd. Het is de verwachting dat dit bijdraagt aan de vaststelling van zinvolle indicatoren te komen vanuit het perspectief van de afspraken zoals gemaakt in 'Het roer gaat om'

Verder hebben verschillende zorgverzekeraars naar aanleiding van de module kwetsbare ouderen voor de huisartsenpraktijk ook een aantal indicatoren benoemd. In het kader van ouderenzorg zijn met name structuur en procesindicatoren van belang, resultaatindicatoren blijven lastig.

In 2015 heeft LAEGO (Landelijke Adviesgroep Eerstelijns Geneeskunde voor Ouderen) een indicatorenmatrix beschreven (zie "Protocollaire Ouderenzorg" pagina 90). Omdat in de regio de huidige implementatie nog veel verschil kent, hebben wij de indicatoren in deze versie van het ketenzorgprogramma nu niet aangepast. Deze, in bijlage 10, opgenomen set indicatoren bestaat uit (minimum)indicatoren die vooral gericht zijn op het aanwezig zijn van de randvoorwaarden voor het implementeren van het ketenzorgprogramma.

De indicatorenset biedt mogelijkheden voor het verkrijgen van goede spiegelinformatie voor de individuele huisarts. Uitgangspunt is dat de kwaliteitsindicatoren goed extraheerbaar moeten zijn voor alle HIS'en. Om dat te bereiken is het noodzakelijk om voor elk HIS alle parameters in een protocol vast te leggen. De meeste HIS'en voorzien in zo'n protocol. Voor de HIS'en waarvoor dit niet aanwezig is dienen de huisartsen zelf een protocol aan te maken waarbij zij gebruik moeten maken van de NHG labcodes.

5.2. Identificatie en registratie patiënten

De POH draagt zorg voor de verwerking van de mutaties in het HIS en/of KIS. De in bovengenoemde paragraaf genoemde protocollen helpen om de onderzoeksgegevens (zoals beschreven in bijlage 1: werkprotocol huisarts en POH) volledig, correct en overzichtelijk te registreren. Van belang zijn onder andere een juiste ICPC-codering en een goede registratie van de hoofdbehandelaar. Sinds 2013 zijn de huisarts en apotheker verplicht om de patiënt nadrukkelijk toestemming te vragen voor het uitwisselen van medische gegevens tussen artsen en apothekers en het besluit van de patiënt te registreren (OPT IN regeling).

5.3. Informed consent

De betrokkenheid van patiënten op individueel niveau is vastgelegd in de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst). Deze wet bepaalt dat een zorgverlener een patiënt moet informeren over de behandel mogelijkheden en risico's of bijwerkingen. Op basis hiervan stemt de patiënt al dan niet in met de behandeling. De zorgverlener zorgt ervoor dat de patiënt de verkregen informatie begrepen heeft en legt de verkregen informed consent vast in het medisch dossier. Bij HKZ-accreditatie (voor GEZ-samenwerkingsverbanden verplicht) is dit een vereiste.

De wijze waarop u als samenwerkingsverband informed consent met de patiënt vastlegt, spreekt u op lokaal niveau met elkaar af. Dit geldt naast de OPT IN regeling. Binnen de huisartsenpraktijk is de POH hier de aangewezen persoon voor. Dit kan schriftelijk met een handtekening, met een vinkje in het HIS of op andere wijze.

5.4. Scholing

Er wordt van uitgegaan dat de huisarts, POH, apotheker, fysiotherapeut, wijkverpleegkundige en diëtist door hun respectievelijke opleidingen voldoende gekwalificeerd zijn voor deze vorm van ketenzorg. Daarnaast moet gestreefd worden naar een cyclisch scholingsprogramma voor de kerndisciplines van het ketenzorgprogramma waarin kennis adequaat op peil gehouden wordt.

Het Knooppunt Ketenzorg evalueert tenminste eenmaal per twee jaar de ketenzorgprogramma's bij de afnemers door middel van het meten van gebruikerservaringen en zo mogelijk de kwaliteitsindicatoren en klanttevredenheid. Hieruit volgt onder meer een advies ten aanzien van de scholingsbehoefte in de regio.

Het is wenselijk dat de samenwerkingsverbanden, de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH), de paramedische groepen en de regionale medisch specialisten hun jaarlijkse nascholingsactiviteiten over de ketenzorgprogramma's afstemmen op dit advies en tevens afstemmen op elkaar zodat het multidisciplinaire karakter versterkt wordt. Daarnaast kan een samenwerkingsverband het eigen scholingsprogramma aanvullend inrichten op basis van bovengenoemd advies en/of met inbreng van eigen elementen.

6. Implementatie

Het regionale ketenzorgprogramma kan 'één op één' overgenomen worden door een lokaal samenwerkingsverband. Wel vraagt het nog aanvulling op basis van lokale afspraken. U volgt hiervoor de aanwijzingen in dit ketenzorgprogramma. Verder verwijzen wij u naar de handleiding implementatie van het Knooppunt Ketenzorg.

Bijlage 1 Werkprotocol huisarts en praktijkondersteuner

1 Doelgroep

Ouderen van 75 jaar en ouder:
waarbij kwetsbaarheid en een complexe zorgvraag wordt verondersteld
die middels het stappenplan geïncorporeerd worden in verband met toenemende kwetsbaarheid en
complexe zorgvraag

2 Eisen aan de huisartsenpraktijken voor goede ouderenzorg:

De huisarts is eindverantwoordelijk voor alle handelingen die binnen de praktijk in het kader van
ouderenzorg uitgevoerd worden. Er is altijd een huisarts bereikbaar en er wordt structureel
overlegd.

De complexe ouderenzorg wordt uitgevoerd in een team van huisarts, POH-ouderen,
praktijkverpleegkundige en wijkverpleegkundige. Daarbij wordt samengewerkt met specialist
ouderengeneeskunde, ouderenadviseur, apotheker en paramedici.

Er is een praktijkprotocol waarin is vastgelegd op welke wijze de zorg voor de oudere met
complexe zorgvraag is geregeld. Dit praktijkprotocol wordt minimaal jaarlijks gereviseerd.

3 Doelen van de behandeling

Het leveren van kwalitatief hoogwaardige en doelmatige multidisciplinaire zorg aan een kritisch
geselecteerde groep complexe ouderen. Hierbij streeft men naar optimale kwaliteit van leven voor
de oudere. Eigen regie en zelfredzaamheid staan hierbij centraal. Zorg op maat dichtbij huis.
Bij calamiteiten kan er sprake zijn van een tijdelijke achteruitgang in zelfredzaamheid. Door
proactieve inzet van zorg en hulpmiddelen wordt deze achteruitgang beperkt en bijgesteld.

4 Werkwijze

Inclusie: casefinding in de praktijk door alertheid op signalen van afname zelfredzaamheid en
toename kwetsbaarheid. Voorbeelden van signalen: verminderde mobiliteit, sterke toename
ziektelast bij chronische ziekte, opvallende vergeetachtigheid, val met of zonder letsel, recente
opname in ziekenhuis van enkele dagen, verlies van partner, toenemende druk bij mantelzorger,
ontbreken sociaal netwerk, frequent gebruik HAP/SEH.

Achtereenvolgens worden de onderstaande stappen doorlopen om de kwetsbaarheid en
complexiteit van de zorgvraag te beoordelen. Het is belangrijk de mantelzorg en/of het sociale
steunsysteem hierbij te betrekken. Er volgt functioneel onderzoek, waarbij wordt onderzocht of er
sprake is van complexe ouderenzorg en zorg coördinatie nodig is.

Functioneel onderzoek: huisarts, POH-O of PVK legt een huisbezoek af en brengt situatie in kaart
(middels GFI of TRAZAG). Op indicatie kan het gesprek worden uitgebreid en kunnen extra tests
worden uitgevoerd.

Bij complexe ouderenzorg (GFI >3, TRAZAG startdocument >3): vaststellen van probleemgebieden
en prioritering in samenspraak met oudere en mantelzorger en deze beschrijven in het HIS. Bij
behoefte aan overzicht en bij meer dan 3 zorgverleners opstellen van individueel zorgplan volgens
richtlijn LAEGO/NHG. De oudere met een complexe zorgvraag wordt als aandacht patiënt
aangemeld bij de huisartsenpost **via Topicus**. Een procedure en aanmeldingsformulier daartoe **is**
ontwikkeld (zie bijlage overdrachtformulier). De oudere wordt toestemming gevraagd voor
aanmelding LSP om informatieoverdracht te faciliteren.

Zorgcoördinator benoemen, deze is aanspreekpunt, deze bespreekt oudere in het kernteam en
organiseert bij meer dan 3 zorgverleners 1-2x per jaar GPO. Zij is alert op signalen van
achteruitgang of ouderenmishandeling. De zorg coördinator is meestal de POH-O, PVK of
wijkverpleegkundige. De huisarts beslist aan de hand van de aard van de problemen en wie er
reeds (lang) betrokken zijn bij de oudere, wie de coördinatie zal uitvoeren.

Behandeling: de POH-O/PVK zet behandeling in van diverse problemen, volgens aanbevelingen
2.5.1. Vanuit de probleeminventarisatie worden samen met /door de oudere haalbare doelen
geformuleerd. De prioritering in deze aanpak wordt in samenspraak met oudere en de huisarts
vastgesteld. Bij het plannen hiervan wordt ook rekening gehouden met de belastbaarheid van de
oudere (niet teveel, niet alles tegelijk)

De POH-O/PVK verwijst naar en overlegt met wijkverpleegkundige, ouderenadviseur en paramedici waar nodig. Er is altijd nauw contact tussen POH-O/PVK en de wijkverpleegkundige, indien betrokken.

De huisarts en apotheker voeren samen een medicatie review uit, dit wordt voorbereid door de POH/PVK (zorgpad polyfarmacie, blz. 28).

Bij een beperkte levensverwachting bespreekt de huisarts de advance care planning (zorgpad advance care planning, blz. 31).

Bij cognitieve stoornissen doet de huisarts aanvullend onderzoek in de eigen praktijk volgens zorgpad blz. 34. In samenspraak met patiënt en mantelzorger wordt waar nodig voor verwijzing gekozen. Het stroomschema 'basisroute ziekte- en zorgdiagnostiek bij dementie' staat op blz. 37.

Bij een valincident in de anamnese verricht de POH of huisarts onderzoek naar verhoogd valrisico, als beschreven in het zorgpad op blz. 39.

Bij risico op ondervoeding verricht de POH of huisarts nader onderzoek middels de SNAQ65 +, in het zorgpad op blz. 46 omschreven.

Follow-up: de probleeminventarisatie en het zorgplan wordt elke 3 maanden (en waar nodig eerder) door de zorg coördinator met de oudere en de mantelzorg besproken en bijgesteld. Veranderingen worden in het kernteam besproken. Indien meer dan 3 zorgverleners bij de patiënt zijn betrokken, vindt er 1-2 x per jaar een (virtueel) GPO plaats. Een medicatie review vindt jaarlijks plaats.

5 Voorlichting, informatie en educatie

- Uitleg over werkwijze in de praktijk en samenwerking met diverse disciplines
- Uitleg over regels privacy (overleg met medebehandelaars is geoorloofd)
- In samenspraak met de oudere en diens mantelzorg wordt probleeminventarisatie en zorgplan opgesteld
- Mantelzorg informeren over steunpunt mantelzorgondersteuning
- Informatievoorziening:
 - van thuisarts.nl bij specifieke huisartsgeneeskundig gerichte vragen
 - voor algemene informatie zijn er de websites van gemeenten en lokale kranten, tevens www.vilans.nl en www.anbo.nl

6 Verwijscriteria

Er zijn vele samenwerkingsverbanden, zie tabel 2.5.1, een korte samenvatting:

- Ouderenadviseur of sociaal (wijk)team: bij vragen over welzijn, aanpassingen, wonen, respijtzorg en mantelzorgondersteuning
- Wijkverpleegkundige: bij zorgvragen, verpleegkundige handelingen, uitvoeren van zorg coördinatie/case-management
- Apotheker: medicatie bewaking en review
- Specialist ouderengeneeskunde: bij vraag om ondersteuning en advies ten aanzien van complexe ouderenzorg in de thuissituatie
- Diëtist: (risico op) ondervoeding, diabetes, CVRM, COPD, na CVA
- Fysiotherapie: artrose, herstel na ongeval of operatie, balanstreining, waar mogelijk verwijzing naar een geriatrie fysiotherapeut of fysiotherapeut met expertise/belangstelling in behandeling ouderen
- Ergotherapie: bij adviezen betreffende hulpmiddelen, het uitvoeren van praktische taken valgevaar, het blijven uitvoeren van betekenisvolle activiteiten bij dementie
- Logopedie: bij afasie en slikstoornissen
- Medisch specialisten 2^e lijn, inclusief GGZ: bij specifieke vragen
- **ELV – RAP ZHN.nl**

7 Verwijsinformatie

De huisarts vermeldt in zijn verwijsbrief naar de 2^e lijn (bij voorkeur via Zorgdomein):

- Reden en context verwijzing
- Ingestelde behandeling
- Voorgeschiedenis (episodenlijst)
- Uitkomst functioneel onderzoek naar kwetsbaarheid, individueel zorgplan indien aanwezig
- Behandelgrenzen indien besproken

- Medicatie bij verwijzing (tevens op te vragen bij eigen of dienstapotheek)
 - Psychosociale anamnese (woonvorm, steunsysteem)
 - Contactpersoon, naam en telefoonnummer, relatie tot patiënt
 - Zorgcoördinator, POH-ouderen of wijkverpleging, welke organisatie
- Bij verwijzing naar paramedici is de vraagstelling belangrijk, maar ook het algemene doel. Voorbeelden hierbij kunnen zijn: streven naar vooruitgang of behoud huidig niveau van functioneren, acceptatie achteruitgang.

8 Medicamenteuze therapie

In het algemeen geldt dat ouderen niet aan klinische trials hebben meegedaan. De werking en bijwerkingen zijn daarom niet altijd te voorspellen. Bovendien is er sprake van een veranderde farmacodynamiek en -kinetiek. Het voorschrijven van medicatie dient dan ook bedachtzaam te gebeuren. Baseer uw keuze met de START en STOPP criteria uit de multidisciplinaire richtlijn "polyfarmacie bij ouderen" in het achterhoofd. Zie www.ephor.nl: hulp bij voorschrijven, voorschrijfinstrumenten, STOPP criteria (versie 2015) en START criteria (versie 2015)

Bronnen:

Zorgprogramma "Complexe Ouderenzorg", Knooppunt Ketenzorg, 2015

Boek en website NHG "Protocollaire Ouderenzorg", versie 2015; S. van Maurik-Brandon e.a.

Bijlage 2 Werkprotocol Apotheek

1 Beschrijving taken apotheker

De apotheker en de apotheekmedewerkers zijn verantwoordelijk voor het veilig afleveren van medicatie en hulpmiddelen met behulp van medicatiebewaking gevolgd door de begeleiding van het medicatiegebruik van de patiënt en het beheer van het medicatiedossier. Daarnaast evalueert de apotheker in samenspraak met de patiënt en de huisarts de farmacotherapie minimaal 1 maal per jaar (medicatiebeoordeling), zo mogelijk tijdens een MDO, en stemt de voorlichting aan de patiënt af met de andere zorgverleners.

2 Doelgroep

Patiënten van 75 jaar en ouder met minimaal 5 geneesmiddelen voor chronisch gebruik en minimaal één risicofactor. Risicofactoren zijn verminderde nierfunctie, verminderde cognitie, verhoogd valrisico en verminderde therapietrouw.

3 Doelstelling van de behandeling

De kwetsbare oudere patiënt wordt in de apotheek optimaal begeleid opdat de patiënt zijn/haar geneesmiddelen en eventuele hulpmiddelen op de juiste manier gebruikt. Daarnaast voert de apotheker een medicatiebeoordeling uit conform de multidisciplinaire richtlijn (MDR) "Polyfarmacie bij ouderen".

4 Werkwijze behandeling apotheker

a. Verstrekking van medicatie en hulpmiddelen

Medicatiebewaking

- Controle op interacties en contra-indicaties
- Controle op (pseudo-) dubbelmedicatie
- Controle op wijzingen van sterkte en doseringswijzigingen
- Controle op therapietrouw
- Controle op geschiktheid, toedieningsvorm en doseringsmomenten van de medicatie.
- Medicatiebegeleiding
 - Begeleiding nieuw geneesmiddel en tweede uitgifte begeleiding
 - Begeleiding vervolgitgiften: indien bij herhaling therapieontrouw gaat de apotheek in gesprek om de onderliggende redenen te achterhalen en patiënt te motiveren tot therapietrouw. Zo nodig wordt ondersteuning aangeboden middels een toedieningsschema, weekdozen of herhaalservice,
 - Bij blijvende therapieontrouw of ordeningsproblemen kan de apotheek na verwijzing door een huisarts aanbieden medicatie te verpakken in een geïndividualiseerde distributievorm (GDV) bijvoorbeeld een medicatierol

b. Beheer van het medicatiedossier

De apotheker zorgt dat na aanvraag binnen 24 uur een actueel medicatieoverzicht beschikbaar is conform de richtlijn overdracht van medicatiegegevens.

c. Medicatiebeoordeling

Patiënten uit de doelgroep komen in aanmerking voor een medicatiebeoordeling conform de MDR "Polyfarmacie bij ouderen" en de richtlijn medicatiebeoordeling van de KNMP. De medicatiebeoordeling bestaat uit de volgende stappen:

Farmacotherapeutische Anamnese

De farmacotherapeutische anamnese wordt afgenomen door een apotheker met en in bijzijn van de patiënt. Het medicatieoverzicht en de medicijndoosjes van de patiënt vormen de basis voor de farmacotherapeutische anamnese. De volgende punten dienen in ieder geval besproken te worden:

- Verwachtingen van de patiënt met betrekking tot de farmacotherapie
- Ervaringen met huidige medicatie en eerder gebruikte medicatie
- Heeft de patiënt nog klachten, is de farmacotherapeutische behandeling effectief?
- Ervaart de patiënt bijwerkingen?
- Wat gebruikt de patiënt daadwerkelijk aan medicatie?
- Worden er zelfzorg- of kruidengeneesmiddelen gebruikt?
- Hoe worden de gebruiksadviezen opgevolgd?
- Ervaart de patiënt praktische problemen bij het gebruik van de medicatie? Wat zijn, indien van toepassing, de redenen van afwijken van het geadviseerde gebruik/ geadviseerde dosering?

Farmacotherapeutische Analyse

Koppel de actuele aandoeningen en problemen aan de voorgeschreven actuele medicatie en indien mogelijk aan meetwaarden. Controleer de geordende informatie op mogelijke farmacotherapeutisch gerelateerde problemen (FTP's):

- *Onderbehandeling.* Worden alle aandoeningen en klachten behandeld en is de behandeling doelmatig?
- *Niet effectieve farmacotherapie.* Worden behandeldoelen gehaald. Zijn er aandoeningen of klachten die onvoldoende effectief behandeld zijn. Is de voorgeschreven dosering effectief?
- *Overbehandeling.* Zijn er geneesmiddelen waarvoor geen indicatie (meer) is?
- *(Potentiële) bijwerking.* Ga na of dit een bekende bijwerking is, of er alternatieve verklaringen zijn voor de klachten en hoe de tijdsrelatie is. Overweeg om het middel te stoppen en te herstarten. Meld afwijkende bijwerkingen bij LAREB. Controleer of bij risico op bijwerking de benodigde monitoring wordt uitgevoerd.
- *Klinisch relevante contra-indicatie en interactie.* Denk ook aan interacties met zelfzorgmiddelen, voeding, grapefruitsap en kruidenmiddelen. Controleer of er geneesmiddelen gecontraïndiceerd zijn bij de huidige nierfunctie van de patiënt. Controleer of de benodigde monitoring wordt uitgevoerd.
- *Onjuiste dosering.* Past de dosering bij de indicatie? Is de dosering veilig? (sterkte, frequentie, duur, lab). Past de dosering bij de leeftijd en nierfunctie?
- *Probleem bij gebruik.* Gebruikt de patiënt zijn geneesmiddelen volgens voorschrift? Is de patiënt gemotiveerd om zijn geneesmiddelen te gebruiken? Is de toedieningsweg het meest gemakkelijk en effectief? Is de toedieningsvorm het meest gemakkelijk en effectief? Kan het geneesmiddelgebruik gemakkelijker voor de patiënt? (verlagen doseerfrequentie, baat bij andere formulering, hulpmiddelen om het gebruik makkelijker te maken)

Opstellen Farmacotherapeutisch behandelplan door arts en apotheker

- Vaststellen behandeldoelen voor de patiënt.
- Prioritering van de FTP's
- Bepalen mogelijke interventies met de verantwoordelijke.
- Bepalen hoe, wanneer en door wie geëvalueerd wordt.

Vaststellen farmacotherapeutisch behandelplan met de patiënt.

Bespreek met de patiënt de voorgestelde wijzigingen en neem op grond daarvan de definitieve beslissing welke wijzigingen worden doorgevoerd.

Follow/up en monitoring

Uitvoeren en evalueren van de voorgenomen interventies.

5 Voorlichting, informatie en educatie

Zie onder 4a *Medicatiebegeleiding* en 4c *Medicatiebeoordeling*

6 Criteria voor verwijzing naar de Apotheker

Bij mogelijke orderingsproblemen van de medicatie zoals functionele beperkingen bij gebruik medicatie dan wel vermoeden van onjuist gebruik medicatie kan de kwetsbare oudere met polyfarmacie voor een GDV naar de apotheek worden verwezen.

Bij vermoeden van mogelijke FTP's (zoals bijvoorbeeld bijwerkingen) door de huisarts en/of risicofactoren (verminderde nierfunctie, verminderde cognitie, verhoogd valrisico en verminderde therapietrouw) dan wel op verzoek van de kwetsbare oudere met polyfarmacie zelf (bijvoorbeeld bij vragen en/of problemen omtrent medicijngebruik) kan deze verwezen worden voor een medicatiebeoordeling.

NB uit handreiking: zorg in palliatieve/ terminale fase – één aanspreekpunt – concentratie zorg ? - zorg op maat (Martine Ruitenburg vragen)

7 Criteria voor overleg en terugverwijzing

naar huisarts/POH

Bij de medicatiebegeleiding van de oudere (zie 4a) kunnen bepaalde problemen met de medicatie (zoals bijwerkingen, onvoldoende effect) aanleiding zijn om deze terug te verwijzen naar de huisarts.

Binnen de medicatiebeoordeling (zie 4c) zullen na overleg van de apotheker met de huisarts (stap 3) eventuele medicatiewijzigingen veelal door de huisarts en/of POH worden besproken met de kwetsbare oudere (stap 4).

Naar diëtist

Advies naar de huisarts voor verwijzing naar diëtist bij voedingsproblemen.

Naar wijkverpleging

Afstemming medicatieoverzicht en toedienlijsten bij gebruik conform de samenwerkingsafspraken.

8 Terugrapportage naar de verwijzer

De apotheker verzorgt terugrapportage naar de huisarts bij medicatiebeoordeling conform de MDR "Polyfarmacie bij ouderen" en stelt gezamenlijk met de huisarts acties vast..

9 Eisen aan de apotheker voor goede zorg

De apotheker is geschoold in het uitvoeren van medicatiebeoordeling conform de richtlijnen van de beroepsgroep. De apotheker is BIG-geregistreerd en ingeschreven in het specialistenregister van openbaar apothekers.

Bijlage 3 Werkprotocol wijkverpleegkundige/thuiszorg

1 Beschrijving taken wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige in de geriatrie is gericht op het observeren, signaleren, interpreteren en rapporteren van diverse facetten (mobiliteit, veilige woonomgeving, voedingstoestand, incontinentie, huidletsel, medicijngebruik/beheer, zelfredzaamheid en lichamelijk en geestelijk welbevinden, het risico op eenzaamheid, hebben van klein netwerk) in het dagelijkse leven in de thuissituatie van kwetsbare ouderen en/of cliënten met een hoge biologische leeftijd.

Wijkverpleegkundigen die met kwetsbare ouderen te maken hebben, moeten alle bovengenoemde onderwerpen meenemen bij het in kaart brengen van de zorgvraag bij een nieuwe zorgvrager en/of bestaande zorgvragers van de doelgroep. Door middel van het invullen van risicosignaleringen kan inzichtelijk worden gemaakt waar de kwetsbare oudere een verhoogd risico loopt. Deze uitslagen moeten worden verwerkt, waar nodig omgezet in een zorgdoel, in het zorgbehandelplan van de cliënt.

De wijkverpleegkundige vervult de rol van zorgverlener, organisator, gezondheids- en kwaliteitsbevorderaar en samenwerkingspartner.

De verpleegkundige is daarbij dikwijls de schakel tussen de patiënt en de verschillende professionals. Door die schakelfunctie heeft de wijkverpleegkundige ook taken als signaleren, regisseren en coördineren welke taken mede zijn gericht op het zelfstandig kunnen wonen van de cliënten met behoud van een goede kwaliteit van leven. De wijkverpleegkundige dient daarom ook goed zichtbaar te zijn voor professionals op terreinen zoals wonen, welzijn, zorg. Daarnaast zijn er gespecialiseerde wijkverpleegkundigen die kunnen worden ingezet bij complexe problematiek rondom onder andere wondverzorging, neurologie, oncologie, astma/COPD. De wijkverpleegkundigen moeten met de diverse zorgverlenende disciplines bij kwetsbare ouderen 'samenwerken' en informatie kunnen 'doorgeven'. Op deze manier kan de wijkverpleegkundige als zorgcoördinator ouderenzorg worden ingezet.

2 Doelgroep

Kwetsbare ouderen die problemen ervaren in de thuissituatie door complexe gezondheidsproblematiek.

3 Doelstelling van de behandeling

De kwetsbare oudere cliënt wordt door de wijkverpleegkundige en andere thuiszorgmedewerkers ondersteund in de zelfzorg en gestimuleerd in het zelfredzaam zijn en blijven.

4 Werkwijze wijkverpleegkundige behandeling

Wijkverpleegkundigen zijn meestal in dienst van een thuiszorgorganisatie en hebben over het algemeen de regie over de totale verpleegkundige zorg. Zij voeren zelf hoog complexe zorg uit, onderhouden, als eindverantwoordelijke, de contacten met andere zorgverleners en coachen de verzorgenden en niveau 4 verpleegkundigen in de uitvoerende zorg.

De wijkverpleegkundige inventariseert de zorgbehoefte van de cliënt en stelt een zorgplan op volgens vaste methodiek, hierbij rekening houdend met zelfredzaamheid en eigen regie. Ieder half jaar wordt dit geëvalueerd en zo nodig tijd aangepast. De wijkverpleegkundige speelt hierin een coördinerende rol.

Inventariseren van de zorgvraag door middel van:

- Inventariseren van zorgproblemen
- Afnemen van de risicosignalering
- Opvolgen van preventieve maatregelen en/of consultatie en verwijzing naar aanleiding van uitslag risicosignalering
- Bespreken/ inzetten van informele netwerk
- Zorgdoelen opstellen
- Invullen zorgbehandelplan

Daarnaast voert zij verpleegkundige handelingen uit.

5 Voorlichting, informatie en educatie

Kwetsbare ouderen hebben vaak te maken met meerdere ziekten en kunnen daarover veel vragen hebben. De wijkverpleegkundige bezit kennis en communicatievaardigheden om deze vragen te kunnen beantwoorden. Bovendien speelt zij een belangrijke schakelrol bij thuiskomst na opname in het ziekenhuis om de zorgverlening thuis weer goed te organiseren of op te starten. Zij bespreekt met de cliënt welke zorgvragen er zijn en coördineert de zorg gedurende de tijd dit nodig is.

Dit is des te belangrijker in de tendens de opnameduur te verkorten.

6 Criteria voor verwijzing

De huisarts kan een oudere voor wijkverpleging verwijzen, maar de oudere kan ook zichzelf aanmelden of de mantelzorger of een andere hulpverlener. De huisarts kan de wijkverpleegkundige verzoeken de rol van zorgcoördinator op zich te nemen.

Als er nog geen concrete zorgvraag is maar de huisarts heeft bepaalde zorgen, kan de wijkverpleegkundige ook een preventief bezoek doen om alvast kennis te maken met de cliënt om zo op een laagdrempelige manier zorg te komen verlenen.

7 Criteria voor overleg of terugverwijzing

Bij veranderingen in de gezondheidssituatie of dagelijks functioneren die aandacht behoeven van huisarts of andere zorgverleners overlegt de wijkverpleegkundige over de te nemen stappen. Dit kan bij problemen ten aanzien van wonen of welzijn ook zijn naar het WMO-loket, of welzijnswerk. Zij neemt deel aan het kernteam en het GPO, als zorgcoördinator kan zij het GPO ook organiseren. Er is een nauwe samenwerking met de huisarts, POH-O/praktijkverpleegkundige.

8 Terugrapportage naar de verwijzer

Rapportage in zorgbehandelplan en ad hoc persoonlijk, per e-mail of telefoon naar huisarts of praktijkondersteuner. Daarnaast is er eenmaal per 2 a 3 maanden een overleg tussen wijkverpleegkundige en huisarts betreft voortgang/bijzonderheden cliënten in het werkgebied van de zorgverleners.

9 Eisen aan de wijkverpleegkundige voor goede zorg

Wijkverpleegkundigen hebben een HBO-V opleiding afgerond en zijn BIG geregistreerd. Zij/hij kan een scherpe visie formuleren met betrekking tot de situatie van de oudere, zeker als deze een leven lang geen hulp nodig heeft gehad en er zelf niet zo snel toe komt deze hulp te vragen, mede door onderschatting van eigen situatie. In dit geval inventariseert de verpleegkundige samen met de oudere de zorgvraag en geeft voorlichting. Zij gebruikt haar communicatieve vaardigheden om op een laagdrempelige manier binnen te komen en zo d.m.v. een vertrouwensband de zorg te kunnen gaan verlenen.

De wijkverpleegkundige dient de sociale kaart van de gemeente waar zij/hij werkt goed te kennen. Hij/zij moet goed bereikbaar zijn en voor de oudere en mantelzorger moet duidelijk zijn hoe vervanging geregeld is. Ook moet zij bereikbaar zijn voor andere zorgverleners in haar werkgebied, zoals de huisarts maar ook andere welzijnsmedewerkers. Zij is zichtbaar in de wijk en andere zorgverleners en cliënten kunnen op een laagdrempelige manier contact met haar zoeken.

Bijlage 4 Werkprotocol Fysiotherapie

1 Beschrijving taken Fysiotherapeut

De fysiotherapeut kan de fysieke en mentale belemmeringen, die de patiënt ervaart en die ten grondslag liggen aan het niet behalen van het gewenste activiteitsniveau, helpen opheffen en verminderen.

Na onderzoek, zo nodig bij de patiënt thuis in de eigen woonomgeving, maakt de fysiotherapeut een goede inschatting van de fysieke belastbaarheid en de adaptatiemogelijkheden van de patiënt. Met behulp van ziekte specifieke kennis en inspanning fysiologische trainingsprincipes kan een optimaal oefenprogramma uitgevoerd worden en kunnen adviezen gegeven worden om de functionaliteit en zelfredzaamheid te verbeteren. Het is voor kwetsbare ouderen belangrijk om in beweging te blijven voor behoud van functionaliteit en zelfredzaamheid. Hierbij kan de fysiotherapeut, specialist in bewegen en valpreventie, een belangrijke rol spelen. Daarnaast zijn vallen en bewegingsarmoede belangrijke risico's met kans op complicaties bij kwetsbare ouderen.

2 Doelgroep

Patiënten van 75 jaar en ouderen met functionele beperkingen, een verhoogde valrisico en/of een recent valincident **en/of nut van de beweegrichtlijnen**.

3 Doelen van de behandeling

Hoofddoel:

De (geriatrie)fysiotherapeut richt zich op het dagelijks bewegen van de cliënt en streeft er naar een positieve bijdrage te leveren aan het behouden en/of vergroten van de zelfredzaamheid als belangrijke voorwaarde voor de kwaliteit van leven en voor participatie in de samenleving. De zorgdoelen hebben betrekking op het hele gebied tussen cure, care en (val)preventie.

Subdoelen:

- 1 Functioneel trainen van dagelijkse activiteiten waar men moeite mee heeft;
- 2 Het verbeteren van inspanningsvermogen/beweegstimulering;
- 3 Het adviseren over hulpmiddelen, eventueel inschakeling ergotherapeut;
- 4 Instructies/advies aan mantelzorg/thuiszorg ook met betrekking tot schoeisel;
- 5 Valpreventie en balanstaining (tai chi, backward chaining, uitstap en opvangreacties);
- 6 Het verbeteren van de spierkracht;
- 7 Het verminderen van belemmerende psychologische factoren (zoals angst of te weinig zelfvertrouwen);
- 8 Het stimuleren om deel te nemen aan lokale aanbod 'bewegen voor ouderen' **en eHealth (stappenteller)**.

4 Werkwijze fysiotherapeutische behandeling (verdieping hoofdstuk 2)

Bij aanmelding wordt een afspraak gemaakt voor het eerste bezoek. Tijdens dit bezoek wordt in een gesprek (indien nodig met mantelzorger erbij) de hulpvraag geïnventariseerd en er wordt beoordeeld of deze vraag een aanleiding vormt voor verder fysiotherapeutisch onderzoek en behandeling.

Het onderzoek wordt uitgevoerd om de diagnose te stellen, en de oorzaken voor de klachten/beperkingen te vinden. Vervolgens wordt een behandelplan opgesteld. Tijdens de behandeling worden de oorzaken van de beperkingen, indien mogelijk, aangepakt. In de behandeling kan gebruik worden gemaakt van oefentherapie gericht op balans/evenwicht, oefentherapie gericht op spierkracht, training van het uithoudingsvermogen, functionele training, mobiliteitsverbetering, informatie en advies, ontspanningsoefeningen. Waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van meetinstrumenten om de voortgang te evalueren (bijv. BBS, handknijpkracht, TUG).

Indien een cliënt geïndiceerd is voor balanstaining, kan aan de hand van een beslisboom worden bekeken of hij/zij in groepsverband of individueel moet worden getraind. (zie artikel: Valrisico bij groepstraining. Sanne Visser-Luiten en Kim Morais-Pannekoek. fysiopraxis jaargang 25 nr. 1, feb 2016)

5 Voorlichting, informatie en educatie (verdieping hoofdstuk 2.3.2)

De fysiotherapeut geeft voorlichting en advies over een actieve leefstijl, medicatie, veilig bewegen, de risico's in de thuissituatie en het leren omgaan met pijn. Een professionele manier van voorlichten veronderstelt dat de fysiotherapeut kennis en inzicht heeft in de wijze waarop voorlichting vorm en inhoud kan krijgen en welke factoren een positieve dan wel negatieve invloed uitoefenen op het tot stand komen van (de gewenste) gedragsverandering. Een veel gebruikt theoretisch kader voor de beschrijving van gedragsverandering naar een actieve leefstijl is het Integrated Model for Change (I-Change Model). Om een gedragsverandering te bewerkstelligen moet men aansluiten bij de fase waarin de patiënt zich bevindt.

6 Criteria voor verwijzing

- (Vermoeden van) verhoogd valrisico
- Mobiliteitsbeperkingen door functionele en/of cognitieve achteruitgang (o.a. moeite met ADL-taken)
- Slechte conditie
- Verminderde spierkracht, transferproblemen.

7 Criteria voor overleg of terugverwijzen

Standaard krijgt de huisarts na 3 maanden een tussentijdsverslag van de vorderingen. Er vindt overleg of terug verwijzing plaats indien:

- De behandeling geen effect heeft
- De fysiotherapeut(e) een 'niet pluis' gevoel heeft (zie rode vlaggen vragenlijst).

8 Terugrapportages naar de verwijzer

De volgende informatie is bij rapportage naar de huisarts essentieel:

- Persoonlijk behandeldoel van patiënt
- Meetinstrumenten, NB in het GEZ wordt afgesproken welk instrument teruggekoppeld wordt
- Resultaat objectief
- Resultaat subjectief
- Conclusie
- Voorgesteld vervolgtraject

9 Eisen aan de fysiotherapeut voor goede ouderenzorg

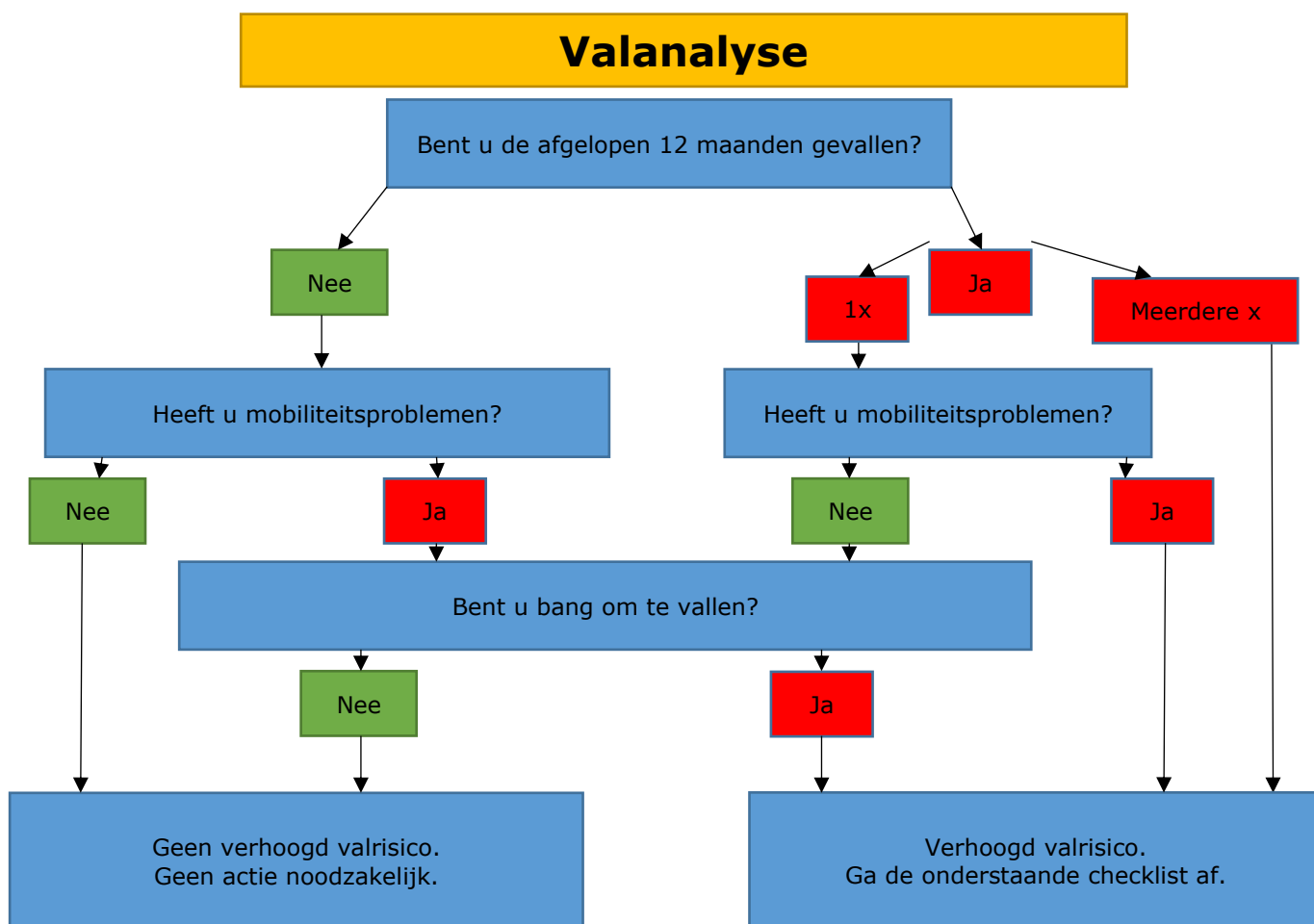
1. Registratie KNGF kwaliteitsregister algemeen- en geriatriefysiotherapie (zie Beroepscompetentieprofiel geriatriefysiotherapeut NVFG, 2007)
of indien niet beschikbaar
2. Registratie KNGF kwaliteitsregister algemeen fysiotherapie en het hebben van affiniteit met ouderen/specifieke cursussen gericht op deze doelgroep.

10 Vergoeding

Het merendeel van de fysiotherapiebehandelingen wordt vergoed vanuit de aanvullende verzekeringen. Een deel van de vergoeding vindt echter plaats vanuit de basisverzekering. Het aantal behandelingen dat wordt vergoed verschilt per verzekeraar. De fysiotherapeut kan u hier informatie over geven.

Bijlage 5

Checklist Valanalyse



29

Bron: www.veiligheid.nl

²⁹ Bij twijfel kan een objectief meetinstrument worden gebruikt zie schema op volgende blz. voor voorbeelden.

Checklist valanalyse

Mogelijke oorzaken	Interventie
Cardiovasculaire aandoeningen (Orthostase, syncope, aritmie)	Check orthostatische hypotensie: Daling van de systolische bloeddruk met > 20 mmHg, of van de diastolische bloeddruk met > 10 mmHg, wanneer men overeind komt van liggende houding (5 min) naar staande houding (meten na 1 en 3 min, eventueel na 5 min.) Is er een regulair hartritme?
Polyfarmacie / risicovolle medicatie	Zie zorgpad polyfarmacie (blz. 28) In samenwerking met apotheker
Visusstoornissen Voetproblemen	Observatie voeten/schoeisel Oogcheck door opticien Verwijzing naar oogarts / podoloog Verwijzing ergotherapeut / gespecialiseerd ergtherapeut van Visio
Spierzwakte Evenwichts- en gangstoornis Valangst	Verwijzing fysio -> bijv. Handknijpkracht, TUG/GUG, BBS (berg balans schaal), miniBESTest/DGI (dynamic gait index), 5 times stand to sit
Neurologische aandoeningen (cognitieve achteruitgang, Parkinson, CVA)	Kloctest / MMSE Indien nodig verwijzing neuroloog/geriater
Musculoskeletale aandoeningen (artrose, artritis, spinaalkanaalstenose, osteoporose)	Uitsluiten PMR -> BSE, CRP Neurologische pathologie? Vitamedeficiëntie? Overwegen beweegprogramma fysiotherapie
Extrinsieke factoren: schoeisel/thuisomgeving/verkeerd gebruik loophulpmiddelen	Verwijzing ergo (blz. 69)/ fysio (blz. 65)
Verdenking op ondervoeding	Verwijzing diëtist Zie werkprotocol diëtist (blz. 71) Verwijzing ergotherapeut (ADL taken, koken, boodschappen halen)

Bijlage 6 Werkprotocol Ergotherapeut

1 Beschrijving taken Ergotherapeut

De ergotherapeut levert een bijdrage aan het zo lang mogelijk zelfstandig functioneren van ouderen die niet langer in staat zijn hun dagelijkse handelingen naar wens uit te voeren. De ergotherapeut leert de patiënten vaardigheden die nodig zijn om zo zelfstandig mogelijk te functioneren. Zo nodig wordt er geadviseerd over aanpassingen aan de woning en het gebruik van hulpmiddelen. Hierbij behorende aanvragen richting gemeente en zorgverzekeraar worden door de ergotherapeut begeleid.

2 Doelgroep

Kwetsbare ouderen met fysieke beperkingen en/of cognitieve stoornissen die problemen ervaren bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten die voor de kwetsbare oudere van belang zijn.

3 Doelen van de behandeling

Hoofddoel:

De ergotherapeut richt zich op alle dagelijkse activiteiten waarbij het streven is naar zo zelfstandig en veilig mogelijk functioneren bij het uitvoeren van deze activiteiten binnen de door de cliënt gewenste omgeving.

Subdoelen

- Trainen van (betekenisvolle) activiteiten waar cliënt problemen bij ervaart
- Valpreventie
- Adviezen inrichting woning
- Adviseren en eventueel begeleiden aanvraag hulpmiddelen/voorzieningen WMO/zorgverzekering
- Trainen/oefenen met hulpmiddelen
- Adviezen dagplanning/structuur
- Adviseren met betrekking tot lighoudingen en zithoudingen (o.a. bij decubitus)
- Adviseren aan mantelzorger (o.a. volgens het EDOMAH³⁰ programma bij dementie)
- Adviseren aan betrokken thuiszorg

4 Werkwijze ergotherapeutische behandeling

Bij aanmelding wordt er een afspraak gemaakt voor het eerste bezoek. Dit zal vrijwel altijd plaatsvinden in de thuissituatie van de cliënt. In dit bezoek wordt samen met de cliënt en eventueel mantelzorger of thuiszorgmedewerker bekeken welke problemen ervaren worden. Op basis van dit gesprek wordt er gekeken of er een aanleiding is voor ergotherapeutische behandeling of advisering. Op basis van de uitkomsten hiervan wordt een behandelplan opgesteld.

5 Voorlichting, informatie en educatie

De ergotherapeut geeft advies over bijvoorbeeld hulpmiddelen of woningaanpassingen/woninginrichting. Daarnaast kan de ergotherapeut de mantelzorger of betrokken thuiszorgmedewerkers voorlichten en/of adviseren hoe een cliënt het beste te begeleiden.

6 Criteria voor verwijzing

- Problemen op gebied van mobiliteit (problemen met zelfstandig/veilig verplaatsen binnen- en buitenshuis, transferproblemen), valpreventie, decubitus.
- Problemen op gebied van zelfredzaamheid (problemen met zelfstandig/veilig uitvoeren van alle ADL activiteiten, huishoudelijke activiteiten)
- Problemen op gebied van participatie (sociale contacten, werk, hobby's, vrijwilligerswerk), overbelasting mantelzorger.

Aandachtspunten bij verwijzing:

De cliënt is vrij om zelf een keuze te maken welke ergotherapeut ingeschakeld wordt. Bij de huisartsen is een overzicht beschikbaar welke praktijken of instellingen extramurale ergotherapie kunnen leveren.

³⁰ EDOMAH: Ergotherapie bij Ouderen met Dementie en hun Mantelzorgers Aan Huis

Ergotherapeuten behandelen of op verwijzing van de huisarts of specialist, of er vindt een screening plaats volgens de DTE (Directe Toegankelijkheid Ergotherapie). Niet iedere praktijk of instelling werkt met de DTE, in dat geval is altijd een verwijzing nodig. Ergotherapeutische behandeling vindt vrijwel altijd in de thuissituatie plaats.

7 Criteria voor overleg of terugverwijzing

Er vindt overleg plaats met de huisarts wanneer de ergotherapeut andere hulpvragen opmerkt dan waarvoor verwezen is, de behandeling geen effect heeft of er twijfels zijn ("niet pluis" gevoel). Er vindt overleg plaats met POH, wijkverpleegkundige, fysiotherapeut, Sociaal wijkteam, WMO consulent, meestal na het intake gesprek en de eerste observaties.

8 Terugrapportages naar de verwijzer

In de terugrapportage dient in ieder geval de volgende informatie te worden vermeld:

- De vraagstelling op de verwijzing
- De ergotherapeutische probleemstelling
- De ergotherapeutische interventie
- Resultaten van de ergotherapeutische behandeling
- Voorstel ten aanzien van vervolgtraject

9 Eisen aan de ergotherapeut voor goede zorg

Registratie in het kwaliteitsregister paramedici.
Geschoold in het EDOMAH programma.

10. Vergoeding

Ergotherapie wordt vergoed vanuit het basispakket voor 10 uur per kalenderjaar. Eventueel zijn er nog extra vergoedingen mogelijk vanuit de aanvullende verzekering (verschillend per zorgverzekeraar en aanvullend pakket).

Het verplichte eigen risico is wel van toepassing op de vergoeding voor ergotherapie.

Bijlage 7 Werkprotocol Diëtist

1 Beschrijving taken diëtist

De diëtist levert een bijdrage aan het verbeteren van de voedingstoestand van de patiënt. De diëtist adviseert over gezonde voeding en geeft advies bij specifieke complexe voedingsproblemen zoals slikproblemen na CVA, Parkinson of dementie.

De begeleiding van de diëtist bestaat uit het geven van informatie over gezonde, gevarieerde en passende voeding. Ook adviezen en instructies over hoe goed, makkelijk en gezond gekookt kan worden zijn onderdeel van de begeleiding. Daarnaast geeft de diëtist informatie en instructie ten aanzien van het verbeteren van de voedingstoestand en spiermassa.

Wanneer verbetering van de voedingstoestand niet mogelijk is, wordt getracht de kwaliteit van leven rond voeding zoveel mogelijk te waarborgen.

2 Doelgroep

De cliënt wordt naar de diëtist verwezen bij (risico op) ondervoeding met speciale aandacht bij polyfarmacie en ziektebeelden waar een sterk verhoogde kans is op een slechte voedingstoestand. Extra aandacht is ook nodig voor alcoholisten, mensen met depressie, cliënten met een slechte mobiliteit, cliënten met een slechte mondgezondheid en zorgmijders. Zij zijn een kwetsbare groep met een (verhoogd risico op het ontwikkelen van een) slechte voedingstoestand.

3 Doelen van de behandeling

Het voedingspatroon van de cliënt voldoet aan de eisen van het dieetvoorschrift of wijkt daarvan af binnen acceptabele grenzen. De dieetbehandeling maakt deel uit van de totale multidisciplinaire behandeling. Individueel toegespitste voedings- of dieetadviezen zijn noodzakelijk bij het verbeteren van de voedingstoestand (toename van gewicht, vetvrije massa en functionaliteit) en levert een substantiële bijdrage aan de kwaliteit van leven. Wanneer verbetering van de voedingstoestand niet mogelijk is of wanneer de patiënt de situatie accepteert, is de doelstelling kwaliteit van leven rond voeding zoveel mogelijk te waarborgen. Hierbij staan de wensen en mogelijkheden van de cliënt centraal.

4 Werkwijze dieetbehandeling

Bij aanmelding wordt er een afspraak gemaakt voor het eerste gesprek. Dit kan op het spreekuur zijn of bij de cliënt thuis (huisbezoek alleen op aanvraag van de arts). Tijdens dit gesprek wordt samen met de cliënt en eventueel mantelzorger of thuiszorgmedewerker bekeken welke problemen ervaren worden.

5 Voorlichting, informatie en educatie

De begeleiding van de diëtist bestaat uit het geven van informatie en instructie ten aanzien van het verbeteren van de voedingstoestand, waarbij gestreefd wordt naar een intake van 100% van de eiwit- en energiebehoefte als mede van de micronutriënten.

De diëtist stelt de eiwit-, energiebehoefte en nutriëntenintake vast, rekening houdend met het medicijngebruik en de relevante laboratoriumwaarden. Aan de hand van de voedingsanamnese wordt de voedingsinname van de cliënt berekend.

Het behandelplan en de behandeldoelen worden afgestemd met de cliënt met eventueel familie, verzorgers en/of het multidisciplinaire team. Bij het behandelplan wordt rekening gehouden met de wensen en prognoses van de cliënt en eventuele andere factoren die bepalend zijn voor de aard van de medische interventies.

Het aantal consulten wordt bepaald aan de hand van welke doelen behaald moeten worden tijdens de begeleiding van de cliënt.

Binnen het behandelplan worden diverse onderwerpen besproken:

- Optimale voeding en medicatie;
- Dieetuitleg en risico op en gevolgen van onvolwaardige voeding;
- Kenmerken dieetbehandeling en leefregels;
 - Voor de ziektebeelden de passende kenmerken, zie hiervoor de artsenwijzer of de LESA ondervoeding.
 - bij ondergewicht: basaal metabolisme (Harris & Benedict) + 30% toeslag
 - 1,2-1,5 gram eiwit/kg huidig lichaamsgewicht. Bij BMI < 20 terugrekenen naar BMI 20. Bij BMI > 27 terugrekenen naar BMI 27,5. Aangepaste behoefte bij lever- en nierziekten.
- Relatie voeding, bewegen en VVMI (vet vrije massa index) bij ondervoeding en overgewicht;
- Bevorderen van het algemeen welbevinden: leren omgaan met de symptomen (bijvoorbeeld slijmvorming, droge mond en vermoeidheid);
- De diëtist stemt haar boodschap af op de fase van gedragsverandering waarin de cliënt zich bevindt, helpt bij het opsporen van barrières en coacht bij het structureel veranderen van de leefstijl;
- Praktische aanwijzingen voor cliënt en mantelzorgers om de zorg rondom de voeding zo efficiënt, effectief en plezierig mogelijk te organiseren;
- Adviezen en instructies over hoe makkelijk en gezond gekookt kan worden;
- Indien nodig het voorschrijven van drinkvoeding (inclusief machtiging) of het regelen van sondevoeding (inclusief toediening materialen en machtiging).

Zorgduur

In het jaar van het vaststellen van de gezondheidstoestand van de kwetsbare oudere zal de benodigde zorg geleverd worden in het kader van de bovengenoemde doelstellingen. De zorgduur is conform de in de Artsenwijzer Diëtetiek genoemde behandelingen. In de jaren daarna wordt de cliënt uitgenodigd voor jaarlijkse evaluatie van het dieet of wanneer er behoefte is aan eerdere evaluatie volgens het individuele zorgplan.

6 Criteria voor verwijzing

- Bij ondervoeding (cachexie, sarcopenie en/of wasting/starvation), te meten met SNAQ65+
- Bij een sterk verhoogde kans op een slechte voedingstoestand/ondervoeding. Denk ook hieraan wanneer er sprake is van een van de hieronder vermelde ziektebeelden:
 - Chronische nierschade
 - COPD*
 - Coronaire hartziekten*
 - Decubitus en/of wonden
 - Hartfalen*
 - Kauw- slikproblemen
 - Maag-darmproblematiek
 - Metabole ziekten (o.a. diabetes mellitus*, osteoporose)
 - Na ziekenhuisopname of bij ernstige ziekten
 - Neurologische en neuromusculaire aandoeningen zoals ALS, MS, ziekte van Parkinson en dementie
 - Oncologie
 - Overgewicht/Obesitas
 - Pre- en postoperatief

*Bij de aandoeningen met een * is de diëtist vaak in het kader van Ketenzorg ingeschakeld. Zie de betreffende protocollen voor verwijscriteria.*
- Wanneer bij een screening met een gevalideerd screeningsinstrument (bv SNAQ) een verhoogde kans op ondervoeding bestaat.
- Extra aandacht is nodig voor alcoholisten, mensen met depressie, cliënten met een slechte mobiliteit, cliënten met een slechte mondgezondheid en zorgmijders. Zij zijn een extra kwetsbare groep met (een verhoogd risico op het ontwikkelen van) een slechte voedingstoestand.

Aandachtspunten bij verwijzing:

De huisarts of praktijkondersteuner schrijft een verwijzing voor dieetbehandeling, indien nodig met indicatie voor het afleggen van een huisbezoek. De cliënt is vrij in keuze voor een diëtist. De huisartsenpraktijken beschikken over een overzicht van de verschillende diëtistenpraktijken in de regio die kwetsbare ouderen begeleiden.

Zowel de huisarts of praktijkondersteuner als de diëtist registreert het aantal doorverwezen kwetsbare ouderen, zodat er geëvalueerd kan worden hoeveel cliënten zich daadwerkelijk aanmelden. Indien een, bij de huisarts bekende, kwetsbare oudere zich zonder verwijzing bij de diëtist meldt, voert de diëtist een screening uit volgens de DTD (Directe Toegankelijkheid Diëtetiek).

7 Criteria voor overleg en terugverwijzing

- Huisarts/POH: als er ondanks begeleiding geen verbetering in de voedingstoestand of de uitleesparameters optreedt.
- Apotheek: informeren over gebruik voedingssupplementen/vitamines en dieetvoeding.
- Laboratorium: bij meer dan 2 medische voedingen per dag trombosedienst informeren.

8 Terugrapportage naar de verwijzer

De diëtist houdt de huisarts, de praktijkondersteuner en eventueel andere behandelaars (fysiotherapeut, logopedist, specialist ouderengeneeskunde en/of wijkverpleegkundige) op de hoogte van de dieetbehandeling.

De diëtist rapporteert de relevante gegevens aan de huisarts en/of andere behandelaars na het intakegesprek, bij de afronding van de verwijzing en bij complicaties. Wanneer er ondanks de begeleiding geen verbetering in de voedingstoestand optreedt neemt de diëtist tussentijds contact op met betrokkenen.

9 Eisen aan de diëtist voor goede zorg voor kwetsbare ouderen

De diëtist is een Hbo-opgeleide professional en staat ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. De diëtist levert transparante zorg van hoogwaardige kwaliteit, op het niveau van in de Zorgmodule Voeding genoemde zorgprofielen 3 en 4. Het zorgprogramma kwetsbare ouderen dient hierbij als leidraad. De adviezen zijn toegespitst op gedragsverandering en de bijbehorende fasen. De diëtist behandelt de cliënt volgens de laatste inzichten van de wetenschap, zoals die in Nederland bij consensus zijn aanvaard. Zij volgt bij- en nascholingen en houdt de vakliteratuur bij. Daarnaast bezit de diëtist:

- kennis over dieetrichtlijnen bij aan ouderen verwante ziektebeelden
- kennis over (het belang van) de multidisciplinaire behandeling bij kwetsbare ouderen
- kennis over het herkennen van de diverse vormen van ondervoeding en de behandeling hiervan
- in geval van sondevoeding: kennis over en ervaring met sondevoeding thuis

Verder beschikt de diëtist over de HBO competenties met betrekking tot communicatie.

Voor een uitgebreide en gedetailleerde beschrijving van de werkafspraken voor diëtisten wordt verwezen naar het document Voeding en Diëtetiek bij Kwetsbare Ouderen Zorg van de Diëtisten Expertgroep Kwetsbare Ouderen Zorg van de regio REOS.

Landelijke documenten:

Artsenwijzer: artsenwijzerdiëtetiek.nl/ondervoeding/gewichtsverlies-en-ondervoeding

Richtlijn: [stuurgroep-ondervoeding /Richtlijn-Ondervoeding-Stuurgroep-Ondervoeding-augustus-2017](https://stuurgroep-ondervoeding.nl/Richtlijn-Ondervoeding-Stuurgroep-Ondervoeding-augustus-2017)

Bijlage 8 Werkprotocol Specialist Ouderengeneeskunde (SO)

1 Beschrijving-deskundigheid en werkwijze ouderengeneeskunde

Specialisten Ouderengeneeskunde (SO) zijn voor de zorg thuis en in het woonzorgcentrum beschikbaar, als consulent, medebehandelaar of als hoofdbehandelaar. De kerncompetentie van de SO is dat zij medisch-geriatrische deskundigheid verbinden met deskundigheid op het gebied van zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en individueel zorgmanagement. Hiertoe bedienen zij zich van een integrale, probleemgeoriënteerde, cyclische methode van diagnostiek en interventies op het niveau van ziekten en ziektegevolgen en van het zorgsysteem.

2 Doelgroep

De SO is beschikbaar in complexe situaties, zowel thuis als in het woonzorgcentrum. De SO kan de huisarts (consultatief) ondersteunen bijvoorbeeld met het opstellen van behandeldoelen en advisering ten aanzien van medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies en met adviezen ten aanzien van gedragsproblemen. Een SO kan worden geconsulteerd bij kwetsbare ouderen met co- en multimorbiditeit en een complexe behandelvraag of ziekten die multidisciplinair vervolgd moeten worden zoals: dementiesyndroom, CVA en hun late gevolgen, status na orthopedische operatie, diabetes mellitus, Morbus Parkinson, hartfalen, COPD, depressie en angststoornissen, Multiple Sclerose, reumatische artritis, artrose, decubitus en delier.

3 Doelen van de behandeling

Doelen respectievelijk functies van het medisch handelen kunnen zijn:

- Probleemanalyse en zorgdiagnostiek aan de hand van SFMPC model
- Revalidatie (na revalidatie of andere vormen van tijdelijke opname (ELV) kan SO na ontslag ook naast de huisarts cliënt vervolgen, ook middels o.a. behandelplan)
- Chronische somatische en/of psychogeriatrische zorg, palliatieve terminale zorg, naast ziekte-diagnostiek ook zorgdiagnostiek met advies en crisisinterventie.
- Verbeteren signalering en preventie risico's bij delier, decubitus, vallen, probleemgedrag, dementie, etc.
- Cyclisch evalueren van functionele toestand kwetsbare oudere volgens SFMPC of de zorgdomeinen in zorgleefplan met bijzondere aandacht voor niet-acute en cognitieve achteruitgang en voor welzijn en zorgproblemen. Hierdoor blijven alle betrokken disciplines multidisciplinair efficiënt en op één lijn werken.
- Advance care planning (scenariodenken tav ziektebeloop en): wat iemand nog wel en niet meer aan interventies zou willen.
- Wilsbekwaamheid beoordelen; **bespreken met vertegenwoordiger.**

4 Werkwijze SO

De SO heeft een rol als medebehandelaar of consulent in de thuissituatie. Behandeling door de SO is bedoeld voor mensen met chronische gezondheidsproblemen en beperkingen, waarbij het veelal om CSLM zorg gaat: continue, systematische, langdurige, multidisciplinaire zorg, in te zetten bij complexe problematiek waarvoor substantiële en duurzame coördinatie, regie en supervisie van een multidisciplinair team onmisbaar zijn.

De SO wordt ingeschakeld na verwijzing door de huisarts. Soms wordt SO ingeschakeld door casemanager / thuiszorg, in dit geval neemt SO eerst contact op met de huisarts.

De meerwaarde van de SO ligt in de kennis en ervaring met betrekking tot complexe zorgvragen van kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers en eindstadia van ziekten. Met behulp van die ervaring in deze specifieke doelgroep kan door samenwerking tussen huisarts en SOG betere zorg geleverd worden. Vroege signalering van mogelijke problemen leidt tot minder crisissituaties en het langer thuis kunnen blijven wonen van mensen. Ook heeft de SO aandacht voor de mantelzorgers en polyfarmacie. Laagdrempelige doorverwijzing en snelle terugkoppeling naar de huisarts (liefst digitaal) is essentieel voor een goede samenwerking en het verkrijgen van draagvlak. De SO kan een team van paramedici aansturen/ inschakelen.

5 Voorlichting, informatie en educatie

SO geeft voorlichting omtrent verschillende chronische ziektes (ook beloop en prognose) en geeft deze informatie ook aan familie. De SO kan verpleging en andere behandelaren ondersteunen in het opstellen van de punten voor het zorgplan / behandelplan. Conform de richtlijnen van Verenso (beroepsgroep SO).

6 Verwijscriteria

- Cliënten met chronische ziektes die door disfunctioneren ten gevolge van de ziekte complexe zorgproblemen en functionele problemen krijgen.
- Cliënten bij wie het in kaart brengen van de zorgproblemen en het eigen disfunctioneren goed naast elkaar gezet moeten worden voordat behandelplannen multidisciplinair uitgezet, vervolgd en geëvalueerd worden.
- SO heeft deskundigheid op het gebied van zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en zorgmanagement.

Aandachtspunten bij verwijzing:

In de thuissituatie is de huisarts in principe de hoofdbehandelaar. De SO heeft een rol als medebehandelaar of consultant. Welke rol de SO heeft moet goed samen en per cliënt afgestemd worden. SO en huisarts stemmen af wie van de twee de hoofdcoördinator (regisseur) wordt. Voor een GPO / MDO bereiden alle betrokken disciplines het overleg voor, door op tijd informatie aan te leveren middels een gezamenlijk document. SO ontvangt van huisarts ook laatste actuele informatie. Zo nodig wordt ook bloedonderzoek door huisarts gedaan op verzoek SO. Zo mogelijk worden de gegevens van cliënt / vertegenwoordiger die ook van belang zijn voor de bespreking ook vast in het verslag meegenomen (via de casemanager). Financiering van consultatie SO is vanaf 2019 belegd in de zorgverzekeringswet.

7 Criteria voor overleg of terugverwijzing huisarts en POH

- SO heeft zo nodig tegelijk overleg met huisarts / POH en alle informatie doorgenomen. Na het opstellen van zorgplan / behandelplan maakt SO een verkorte versie ervan voor de huisarts / POH.
- Dit zorgplan / behandelplan wordt opgestuurd / gefaxt naar de huisarts (later hopen we op gezamenlijk digitaal systeem). Zo mogelijk hebben we na 2- 4 weken een kort GPO/ MDO samen met de huisarts en apotheker.
- Terugverwijzing naar de huisarts als een stabiele situatie is ontstaan of als behandeldoelen zijn gehaald.

8 Terugrapportage SO naar huisarts/POH

Na consultatie en na het GPO vindt terug rapportage plaats aan de huisarts/POH. De SO maakt een kort en bondig verslag van de belangrijke/besproken punten op het GPO.

9 Eisen aan de SO voor goede zorg

Aanvullende module voor de SO samenwerking in de eerste lijn. [Zie richtlijn van Verenso en document LHV samenwerking huisarts- specialist ouderengeneeskunde.](#)

Bijlage 9 Handleiding GPO (LAEGO/MOVIT/LUMC, 2014)



Eerstelijns gestructureerd periodiek overleg (GPO) over ouderen met complexe problematiek

Door Annet Wind

Introductie

Zorg voor ouderen met complexe problematiek wordt door verschillende hulpverleners geleverd. We willen toe naar een systeem waarin regelmatig overleg gevoerd wordt om de geleverde zorg te evalueren en onderling af te stemmen. Wat is een goed model voor een dergelijk overleg? Hieronder een praktische en gedetailleerde uitwerking.

Definities en terminologie

Onder *ouderen met complexe problematiek* verstaan we ouderen (geen hard leeftijds criterium) met problemen op meerdere domeinen (niet alleen somatische, maar ook functionele, sociale, psychische en/of communicatieve problemen) of ouderen met alleen cognitieve problemen en onvoldoende mantelzorg. Er zijn meerdere hulpverleners bij deze ouderen betrokken en er is sprake van een verhoogd risico op negatieve gezondheidssuitkomsten bij verstoring van het evenwicht, ook door relatief kleine gebeurtenissen.

Aan deze ouderen wil men *proactieve samenhangende zorg* leveren. Proactief wil zeggen dat, uitgaande van de wensen, problemen en mogelijkheden van de oudere (en familie), de gezondheidsrisico's in kaart worden gebracht en er interventies worden aangeboden, gericht op het voorkomen van verdere problemen in functioneren en welzijn. *Samenhangend* wil zeggen dat, als er meerdere hulpverleners bij de zorg betrokken zijn en de oudere (of de familie) zelf verminderd regie kan voeren, goede onderlinge informatie uitwisseling én afstemming plaatsvindt. Hiertoe wordt op gezette tijden een *gestructureerd periodiek overleg (GPO)* gevoerd. Dit GPO heeft als doel: Komen tot een gezamenlijk gedragen beleid om de geboden zorg af te stemmen en te anticiperen op mogelijke problemen en ten behoeve van het welbevinden van de oudere.

Inhoud GPO

Het GPO is onderdeel van een cyclisch proces van hulpverlening, waarbij steeds de problemen en wensen van de oudere geïnventariseerd worden en met elkaar de bijpassende zorgdoelen geformuleerd of bijgesteld worden en aangewezen interventies afgesproken en geëvalueerd.

Het GPO bestaat uit de volgende onderdelen: Informatie-uitwisseling, het vaststellen van zorgdoelen, interventies afspreken en evalueren. Hierdoor ontstaat tevens algemene afstemming tussen hulpverleners, leert men van elkaar en verbetert de onderlinge samenwerking en communicatie. Het vaststellen van zorgdoelen is misschien wel het belangrijkste onderdeel. Hierdoor is voor alle hulpverleners, maar ook voor de oudere en diens familie, duidelijk wat haalbaar is. Het gaat allereerst om het algemene doel: 'herstel van functioneren', 'behoud van functioneren' of 'symptoombestrijding en acceptatie van achteruitgang'.

Daarnaast gaat het per probleem om een specifiek geformuleerd subdoel. Bijvoorbeeld bij beperkingen in de ADL: 'zelfstandig uit de stoel komen' of bij obstipatie: 'elke 1 tot 2 dagen ontlasting'.

Omdat de zorgverlening aan deze kwetsbare ouderen proactief van aard is, worden risico's geschat: wat zijn de grootste bedreigingen voor het welbevinden van de oudere? Hoe kunnen we die voor zijn? Welke interventies zijn mogelijk en lijken effectief? Tijdens het GPO wordt ook besproken wat te doen als zich een bepaalde gebeurtenis voordoet. Zeker als de kans erop aanzienlijk is. Wat bij toename van pijn? Wat als de oudere naar het ziekenhuis moet? Hoe ver wil de oudere gaan ten aanzien van zijn behandeling? Wat is medisch gezien verantwoord?

Deelnemers aan het GPO

In het zorgproces zijn verschillende spelers te onderscheiden en is er één persoon eindverantwoordelijk. Deze laatste noemen we de regisseur en is een arts-generalist (huisarts of specialist ouderengeneeskunde). De regisseur zal taken delegeren aan de *zorgcoördinator*. Deze persoon is verantwoordelijk voor de praktische zaken en de afstemming met de oudere. Dit zal in de verzorgingshuissituatie de EVV-er zijn (eerst verantwoordelijke verzorgende) en bij zelfstandig wonende ouderen de praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige of de wijkverpleegkundige. De verschillende hulpverleners zijn zelfverantwoordelijk voor de door hun geleverde zorg.

De oudere zelf en/of een familielid neemt als regel niet deel aan het GPO, simpel omdat het GPO dan veel meer tijd vergt. Om de zorg goed aan te laten sluiten op de problemen en wensen van de oudere, vindt er zowel voor- als achteraf uitvoerig overleg met de oudere plaats, als regel door de zorgcoördinator. De oudere geeft, liefst schriftelijk, toestemming voor het houden van een GPO.

De deelnemers aan het GPO kunnen wisselen per situatie. Het kernteam van het GPO bestaat voor verzorgingshuusbewoners uit huisarts en EVV (eerst verantwoordelijke verzorgende), eventueel met de praktijkondersteuner/verpleegkundige, het afdelingshoofd of de teamleider. Dit kernteam wordt op indicatie aangevuld met een specialist ouderengeneeskunde (SO, voorheen verpleeghuisarts), apotheker en paramedici zoals fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist, logopedist. Indien er een casemanager dementie betrokken is bij de zorg, dan neemt deze ook deel.

Bij zelfstandig wonende ouderen bestaat het kernteam uit huisarts en verpleegkundige (wijk- of praktijkverpleegkundige, VPK) en nemen ook op indicatie paramedici, SO en/of apotheker deel.

Bij ouderen die minimaal 4 chronisch voorgeschreven middelen gebruiken, vindt naast het GPO eens per jaar een medicatiereview plaats, waarbij huisarts en apotheker (eventueel bijgestaan door de SO) nagaan of de gegeven medicatie adequaat is en of er geen indicaties over het hoofd worden gezien.

Een SO (of kaderhuisarts ouderengeneeskunde, KHOG) kan adviserend deelnemen aan het GPO, ook als deze niet direct betrokken is bij de zorgverlening aan de betreffende oudere. Echter, het is zeer aan te raden om bij meer complexe problematiek de SO of KHOG daadwerkelijk in consult te vragen, zodat deze zich zelf een oordeel kan vormen over de situatie van de oudere.

Uitvoering van het GPO

Het GPO vindt bij ouderen met complexe problematiek minimaal 1 keer per jaar plaats, zo mogelijk elke 6 maanden of zo vaak als nodig (na acute verslechtering en specifieke problemen). Tijdstip en plaats liggen vast. Per oudere is er ca. 15 min tijd.

De zorgcoördinator ziet erop toe dat 'haar' oudere elke 6-12 maanden besproken wordt. Minimaal 1 week voor het GPO wordt een agenda rondgestuurd (per mail). Alle deelnemers bereiden zich voor op de te bespreken ouderen en nemen deze informatie ook mee: de actuele probleeminventarisatie en het oude zorgbehandelplan, een uitdraai van het HIS en een actuele medicatielijst, het

© LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde. Postzone V0-P, Postbus 9800, 2300 RC, Leiden

zorgdossier (indien verzorging aanwezig). Allen formuleren vooraf gerichte vragen.

De zorgcoördinator stelt zich vooraf op de hoogte van de actuele problemen van de oudere en diens wensen en mogelijkheden, liefst aan de hand van een gestructureerde methode. Het aantal te bespreken problemen en vragen is per GPO praktisch gezien beperkt. Het is daarom zaak om snel overeenstemming te bereiken over de belangrijkste: welke vormen de grootste bedreiging voor het welbevinden van de oudere? Per gekozen probleem wordt een specifiek zorgdoel geformuleerd en worden mogelijke interventies besproken. Het liefst in de vorm van keuzes die met de oudere besproken kunnen worden. Als meer tijd nodig blijkt, dan wordt op kortere termijn een volgend GPO afgesproken.

Een succesvol GPO kent een strakke planning, alle deelnemers houden zich aan de regels voor efficiënt vergaderen. Het is de taak van de voorzitter om ervoor te zorgen dat de problemen en de deelnemende personen voldoende aan bod komen. Wie de voorzitter is, is niet heel relevant. Daarin kunnen per groep verschillende keuzes gemaakt worden. Het zelfde geldt voor de notulist. Van belang is dat dit vooraf goed afgesproken is, en dat men kort en helder verslag doet, zodat het ook voor afwezige hulpverleners duidelijk is. De zorgcoördinator past het zorgbehandelplan aan. Alle deelnemers zijn zelf verantwoordelijk voor de notities in het eigen dossier. Als het verslag per mail rondgestuurd wordt, is het vaak mogelijk om stukken tekst elektronisch te kopiëren.

Na het GPO wordt de oudere geïnformeerd over de gesignaleerde risico's en mogelijke interventies. Dit doet de zorgcoördinator. Als er belangrijke en specifiek medische interventies nodig zijn, zal de arts dit doen. Na instemming van de oudere worden de afgesproken interventies uitgevoerd. De zorgcoördinator ziet erop toe dat dit gebeurt en houdt een vinger aan de pols. Zij zorgt er ook voor dat er binnen de afgesproken evaluatietermijn informatie tav het verloop en effect van de interventie is en gedeeld wordt. De communicatie met andere hulpverleners tussendoor zal veelal per mail plaatsvinden, al zou het goed zijn als hier een handzame internetapplicatie voor komt (is in ontwikkeling). In meer acute situaties informeren zorgverleners elkaar per telefoon.

Vaak zal een eerste overleg inhoudelijk iets anders verlopen dan een vervolgoverleg. Men kan ervoor kiezen om hiervoor wat meer tijd uit te trekken, bijvoorbeeld 30 minuten. De eerste keer wordt er meer informatie uitgewisseld en wordt het algemene zorgdoel vastgesteld. Tijdens de overleggen die volgen, wordt dit algemene zorgdoel gecheckt en worden de afgesproken interventies geëvalueerd, maar ook nieuwe afgesproken, afhankelijk van de geactualiseerde probleeminventarisatie. Het lijkt raadzaam om te starten met GPO's waarbij de deelnemende zorgverleners daadwerkelijk fysiek aanwezig zijn. Op die manier leert men elkaar en ieders werkwijze kennen. In een vervolgfase kan het mogelijk zijn om bijvoorbeeld met een beveiligde videoverbinding te werken. Bij ouderen met dementie en gedragsproblemen is het belangrijk dat vooral verzorgenden adviezen krijgen hoe zij hier het beste mee om kunnen gaan. Een dergelijke coaching van verzorgenden maakt onderdeel uit van de af te spreken interventies; coaching op zich is geen onderdeel van het GPO.

Er zijn diverse factoren die de uitvoering van het GPO kunnen compliceren. Complicerende factoren die moeilijk te beïnvloeden zijn, zijn de aanwezigheid van meerdere organisaties voor thuiszorg in een regio en niet overlappende werkgebieden van hulpverleners. Deze zaken maken dat men met veel verschillende personen te maken heeft, waarbij het moeilijker wordt elkaar te leren kennen en te vertrouwen. Echter, juist ook in die situaties is periodiek gestructureerd overleg tussen huisarts en zorgcoördinator nuttig.



Belangrijke ingrediënten van een efficiënt en succesvol GPO zijn:

- a. Goede planning en agendasetting (tijd en plaats)
- b. Goede voorbereiding door alle deelnemers
- c. Goede communicatie en vergaderdiscipline
- d. Interesse in en respect voor elkaars werkwijze
- e. Systematiek, zowel in de voorbereiding, als bij de uitvoering
- f. Heldere afspraken en goede verslaglegging
- g. Uitvoering en evaluatie conform de afspraken

Als men zich houdt aan bovengenoemde punten wordt het GPO geen moeizame en slepende zaak die veel tijd kost, maar is het een inspirerende bijeenkomst die energie oplevert, zeker als de gestelde doelen daadwerkelijk gehaald worden.

In bijgaand schema staan de te nemen stappen vooraf, tijdens en na het GPO.

Gestructureerd periodiek overleg

Het GPO is onderdeel van een cyclisch proces van hulpverlening, waarbij, uitgaande van de actuele problemen en wensen van de oudere, de betrokken hulpverleners samen de bijpassende zorgdoelen formuleren en interventies afspreken en evalueren.

Het GPO heeft als doel: Komen tot een gezamenlijk gedragen beleid om de geboden zorg af te stemmen en te anticiperen op mogelijke problemen en ten behoeve van het welbevinden van de oudere.

Hoe te starten?

- 1) overleg met de potentiële deelnemers:
 - is men het eens over de doelstelling van het GPO?
 - welke ouderen worden besproken, hoeveel zijn dat?
 - deze ouderen eens per jaar bespreken of vaker?
 - taakverdeling: planner, voorzitter, notulist
 - bespreek planning, tijdstip, locatie
 - samenstelling
 - opzet: hoeveel tijd, wat wordt voorbereid en door wie
- 2) voer de eerste GPO's (15 – 30 min per oudere)
- 3) evalueer het proces na 6 maanden: wat gaat goed, wat moet aangepast?

Vorbereiding GPO

	actie	wat	wie
1	Planning overleg	Datum, tijd, plaats, Welke patiënten Welke deelnemers	Planner (teamleider, VPK)
2	Agenda sturen	Idem Tijdstip per patiënt aangeven	Planner
3	Probleeminventarisatie per patiënt	Adhv SFMPC-model	Zorgcoördinator (EVV of VPK)
4	Vorbereiding per patiënt	Eigen dossier doornemen Informatie selecteren Vragen formuleren	Allen
5	Delen informatie	Geselecteerde informatie en geformuleerde vragen rondsturen	Allen

Uitvoering GPO

	actie	wat	wie
1	Welkom	Evt kort voorstelrondje Verslaglegging afspreken	Voorzitter
2	Per patiënt (tijdsbewaking!)	Probleeminventarisatie en geformuleerde vragen inbrengen	Zorgcoördinator (EVV of VPK)
3		Algemeen zorgdoel formuleren / checken	Voorzitter
4		Problemen kiezen ter bespreking adhv wensen patiënt en risico analyse	Allen
5		Formuleren specifieke zorgdoelen per probleem	Allen
6		Interventies en evaluatie moment afspreken, inclusief 'wat als ...'	Allen
7		Keuzemogelijkheden en terugkoppeling naar de patiënt afspreken	Allen
8	Afsluiting	Afspraken verspreiding verslag en tussentijdse communicatie Dankwoord	Voorzitter

Na het GPO

	actie	wat	wie
1	Verslaglegging	Algemene punten overleg	Notulist
2	Per patiënt	Concept aanpassing zorgbehandelplan	Zorgcoördinator
3		Afstemming met patiënt	Zorgcoördinator
4		Definitief zorgbehandelplan opstellen en rondsturen	Zorgcoördinator
5		Uitvoeren interventies	Allen
6		Monitoring uitvoering en effect	Zorgcoördinator
7		Aanleveren verslag en informatie effect interventies	Allen
8	Agenda volgend GPO		Planner

© LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde. Postzone V0-P, Postbus 9600, 2300 RC, Leiden

Bijlage 10 Checklist implementatie zorgprogramma complexe ouderenzorg in de huisartsenpraktijk

Deze checklist biedt een handvat bij het implementeren van het ketenzorgprogramma complexe ouderenzorg, respectievelijk gestructureerde ouderenzorg in uw eigen praktijk. Het betreft nadrukkelijk de voorbereidingen die nodig zijn om een start te maken met het gaan werken volgens het ketenzorgprogramma kwetsbare ouderen. Voor een uitgebreidere beschrijving van de voorwaarden verwijzen we u naar het hoofddocument van het zorgprogramma.

Links naar relevante documentatie en aanbevolen lijsten/instrumenten kunt u vinden op protocollaire ouderenzorg via NHG.org en www.platformouderenzorg.nl/screening/screening

1 Voorbereiden

Stap 1 Bepaal voor je praktijk wie de functie gaat uitoefenen van functioneel onderzoeker en zorgcoördinator ouderenzorg.

De functie van functioneel onderzoeker kan worden uitgevoerd door de huisarts, POH, PVK. In paragraaf 2.3 is aan de hand van voorbeelden toegelegd welke functionaris wanneer het meest geschikt om de taak uit te voeren.

De functie van zorgcoördinator ouderenzorg kan worden uitgevoerd door de POH, PVK, WVK of ouderenadviseur. In paragraaf 2.6.2 is aan de hand van voorbeelden toegelegd welke functionaris wanneer het meest geschikt om de taak uit te voeren.

Stap 2 Maak afspraken voor het GPO en kernteam (zie paragraaf 2.6 en bijlage 8).

Belangrijke voorwaarden voor een goede uitvoering van het programma zijn: Regelmatig multidisciplinair overleg (GPO) volgens de methodiek zoals beschreven in bijlage 8 een heldere taakverdeling tussen huisarts en POH-O, wijkverpleegkundige en eventueel POH GGZ; maak afspraken over verslaglegging (inhoud en wijze waarop (KIS)) een goede sociale kaart met de begeleiding en zorg die lokaal voor ouderen aanwezig is.

Stap 3 Instrueer de praktijkmedewerkers in het waarnemen van risicofactoren, beginnende afwijkingen of kwetsbaarheid of signalen van ouderenmishandeling bij ouderen en spreek af hoe en wanneer deze signalen gerapporteerd en besproken worden. Dit ter voorbereiding op het structureel gaan werken met de methode selectieve casefinding.

De risicofactoren voor kwetsbaarheid zijn samenvattend multimorbiditeit, frequent contact met de praktijk door patiënt, mantelzorg of thuiszorg in verband met ziekte of zorgproblemen, frequente visites

Stap 4 Regel dat het boek protocollaire ouderenzorg van de NHG beschikbaar is voor alle betrokken medewerkers in de praktijk (zowel digitaal als een papieren versie).

Stap 5 Regel de beschikbaarheid van de geadviseerde instrumenten: GFI en TRAZAG startdocument voor een eerste inventarisatie, voor nader onderzoek de TRAZAG, MMSE, GDS (zie verder het zorgprogramma hoofdstuk 2).

Stap 6 Check of alle medewerkers die moeten werken met het boek protocollaire ouderenzorg en instrumenten voldoende deskundig en bekwaam zijn.

Implementeer het protocol Ouderenzorg in uw HIS of KIS.
Instrueer de relevante medewerkers in het opstellen van een individueel zorgbehandelplan.

2 Uitvoeren functioneel onderzoek

Selecteren patiënten voor wie nadere functionele diagnostiek aangewezen is:

Stap 1 Beoordelen signaal casefinding door de huisarts met POH, assistente respectievelijk thuiszorg of andere melder, waarbij gelet wordt op risicofactoren voor kwetsbaarheid en/of zorgmijders;

Stap 2 Deze selectie leidt tot een besluit van de huisarts of nadere exploratie gewenst is. Bij positief besluit volgt stap 4: functioneel onderzoek. Dit is inclusiemoment 1

Stap 3 De huisarts voert zelf uit of geeft opdracht voor het uitvoeren van het functioneel onderzoek naar (een van) de gekozen functioneel onderzoekers;

Interventie Functioneel Onderzoek (zie 2.3 van het hoofddocument)

Functioneel onderzoek tijdens consult op de praktijk of thuisbezoek?
Een huisbezoek levert veel relevante informatie op!

Stap 4 Het functioneel onderzoek wordt besproken met de huisarts waarna de patiënt wordt ingedeeld in een van drie subgroepen (inclusiemoment 2): intensieve begeleiding thuis; (groep 3 uit zorgprogramma = inclusie in zorgprogramma) jaarlijks op spreekuur; (groep 2 = exclusie uit zorgprogramma wel oplossen enkelvoudige problematiek) geen controle noodzakelijk. (groep 1 uit zorgprogramma)

Op basis van de indeling worden vervolgstappen bepaald (zie 2.4 van het hoofddocument).

3 Monitoring (zorgcoördinatie)

Voor het monitoren van de voortgang/ontwikkeling is adequaat registreren in HIS belangrijk! Gebruik daarbij het protocol Ouderenzorg in uw HIS of KIS; Codeer de patiënt met eenduidige ICPC codering waarmee wordt aangegeven dat/of de patiënt: in aanmerking komt voor een screening; (A49.01, titel screening op kwetsbaarheid/Ouderenzorg) kwetsbaar bevonden is; (A05.00 titel kwetsbare oudere)

Bij kwetsbare ouderen waarbij meer dan 3 disciplines betrokken zijn wordt een individueel zorgbehandelplan gemaakt en een zorgcoördinator aangewezen.

Opstellen zorgplan volgens SFMPC-methode en noteren in de P-regel, gekoppeld aan een episode en zo mogelijk aan het protocol ouderenzorg.

Indien bij de behandeling 3 of meer disciplines zijn betrokken wordt een gestructureerd periodiek overleg georganiseerd (GPO) eventueel digitaal.

Bijlage 11 Format Zorgbehandelplan

HUISARTSENZORG VOOR OUDEREN MET COMPLEXE PROBLEMATIEK



Ouderen met complexe problematiek vragen van u als huisarts en van de praktijkondersteuner een bijzondere, pro-actieve benadering (zie het NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen¹). Bij multimorbiditeit schiet een ziektegerichte benadering tekort. Het is zinvoller om de patiënt centraal te stellen, met aandacht voor behoud of herstel van functioneren, zelfredzaamheid en ervaren kwaliteit van leven. Pro-actieve zorg is het inschatten van de risico's op verslechtering in functioneren en het bieden van interventies die deze risico's verkleinen. Kernwoorden in dit proces zijn: *anticipeer, deleger, evalueer*.

Deze kaart bevat hulpmiddelen om de zorg voor ouderen met complexe problematiek vorm te geven.²

PROBLEEMINVENTARISATIE

(**S**FMPC-model: **S**omatisch, **F**unctioneel, **M**aatschappelijk, **P**sychisch en **C**ommunicatief)

Als eerste stap maakt u een overzicht van beperkingen en problemen op verschillende levensgebieden. Geef hierbij een prioritering aan; welke problemen zijn het meest urgent voor de oudere zelf en voor de hulpverlening?

Probleeminventarisatie van de heer/mevrouw

AANDACHTSGEBIEDEN	PROBLEMEN	URGENTIE
SOMATISCH		
SOMATISCH		
FUNCTIONEEL		
FUNCTIONEEL		
MAATSCHAPPELIJK		
MAATSCHAPPELIJK		
PSYCHISCH		
PSYCHISCH		
COMMUNICATIEF		
COMMUNICATIEF		

¹ Dit is te vinden op www.nhg.org > Kenniscentrum > Implementatie > NHG-Standpunten Toekomstvisie. Zie daar ook het artikel 'Een Praktijkplan Ouderen'.

² De schema's zijn afkomstig uit de NHG-Praktijkwijzer Ouderenzorg; zie www.nhg.org > Winkler > Implementatie.

Iaego

Landelijke Adviesgroep Kennisnetwerkende voor Dieren

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. Genoteerd wordt ook wie wat doet en wie de zorgcoördinator is.

Zorgbehandelplan van de heer/mevrouw

Hoofddoel:

Casemanager: 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: **F**unctioneren inventariseren (SFMP), **R**isico's inschatten, **A**fstemmen met de patiënt, **D**oelen formuleren (algemeen en specifiek), **I**nterventies plannen en uitvoeren en **E**valueren.

Bijlage 12 En wat als het thuis niet meer gaat

Op enig moment kan het voorkomen dat een oudere door een combinatie van factoren beter niet meer zelfstandig thuis blijft wonen. De zorg van mantelzorg, WMO voorzieningen, vrijwilligers, thuiszorg, paramedici en medici schiet tekort in de waarborg van een veilig dagelijks leven. Wat zijn dan de stappen?

Afwegingsinstrument Kortdurend verblijf www.rap-zhn.nl, tel nr. 088-3399999

Toelichting op het afwegingsinstrument:

Als herstel mogelijk is:

GRZ = Geriatrische Revalidatie Zorg : indicatie moet door SO of internist ouderengeneeskunde of geriater, dit kan ook poliklinisch , er moet sprake zijn van een revalidatie met meerdere disciplines

ELV = eerstelijnsverblijf: er is kans op herstel en terugkeer naar huis, echter geen multidisciplinaire behandeling mogelijk of wenselijk.

Hoogcomplex: multimorbiditeit met complexe zorgvraag, zorg wordt overgedragen naar SO

Laagcomplex: multimorbiditeit, maar huisarts verwacht dat huisartsgeneeskundige zorg tijdens opname volstaat; bij een opname buiten het eigen praktijkgebied draagt de huisarts over aan andere huisarts. Het RAP heeft een lijst met huisartsen die deze zorg coördineren per woonplaats.

Als herstel niet mogelijk is, palliatief-terminale setting:

Palliatief:aanmelding door huisarts of specialist bij hospice, evt. via app palliarts, zorg door eigen huisarts of SO indien nodig

Als herstel minder waarschijnlijk is en een blijvende opname nodig is:

Aanvraag WLZ bij CIZ door familie, in samenwerking met wijkverpleegkundige of casemanager dementie . De huisarts kan informatie meesturen of later de medisch adviseur informatie geven. Het is belangrijk te weten dat er geen sprake meer is van een "zorgval", zoals enkele jaren geleden. Ook na toekenning van een WLZ indicatie kan de oudere gebruik maken van thuiszorg en dagbesteding naar behoefte en noodzaak.

Het voordeel van een toegewezen indicatie is, is dat bij een spoedsituatie eerder een opname geregeld kan worden, omdat de VVT organisatie waar de oudere op de wachtlijst staat "dossierhouder" is en een spoedopname kan faciliteren. De VVT organisatie kan bij een WLZ indicatie in de thuissituatie meer zorg aanbieden.

Bij dementie zal het CIZ ook een gesprek voeren in het kader van de BOPZ, later Wet Zorg en Dwang. Als de oudere geen toestemming geeft voor opname is verwijzing naar de GGZ geïndiceerd. Vaak is er sprake van "geen bereidheid, geen bezwaar" en kan opname wel plaatsvinden.

Bij spoed:

Bij overwegend somatisch lijden:

- als specialistische medische zorg nodig is -> naar ziekenhuis
- als verpleging/verzorging nodig is -> ELV of GRZ of WLZ als er al een indicatie is
- Bij verwardheid,
- ten gevolge van intermitterende ziekte of omstandigheden (bv delier): overleg met SO en internist ouderengeneeskunde. Er wordt in de regio gewerkt aan mogelijkheden tot opname in verpleeghuis of ziekenhuis voor acuut zieke, verwarde ouderen met en zonder dwaalneiging
- bij indicatie tot permanente opname: bel RAP, 088-3399999

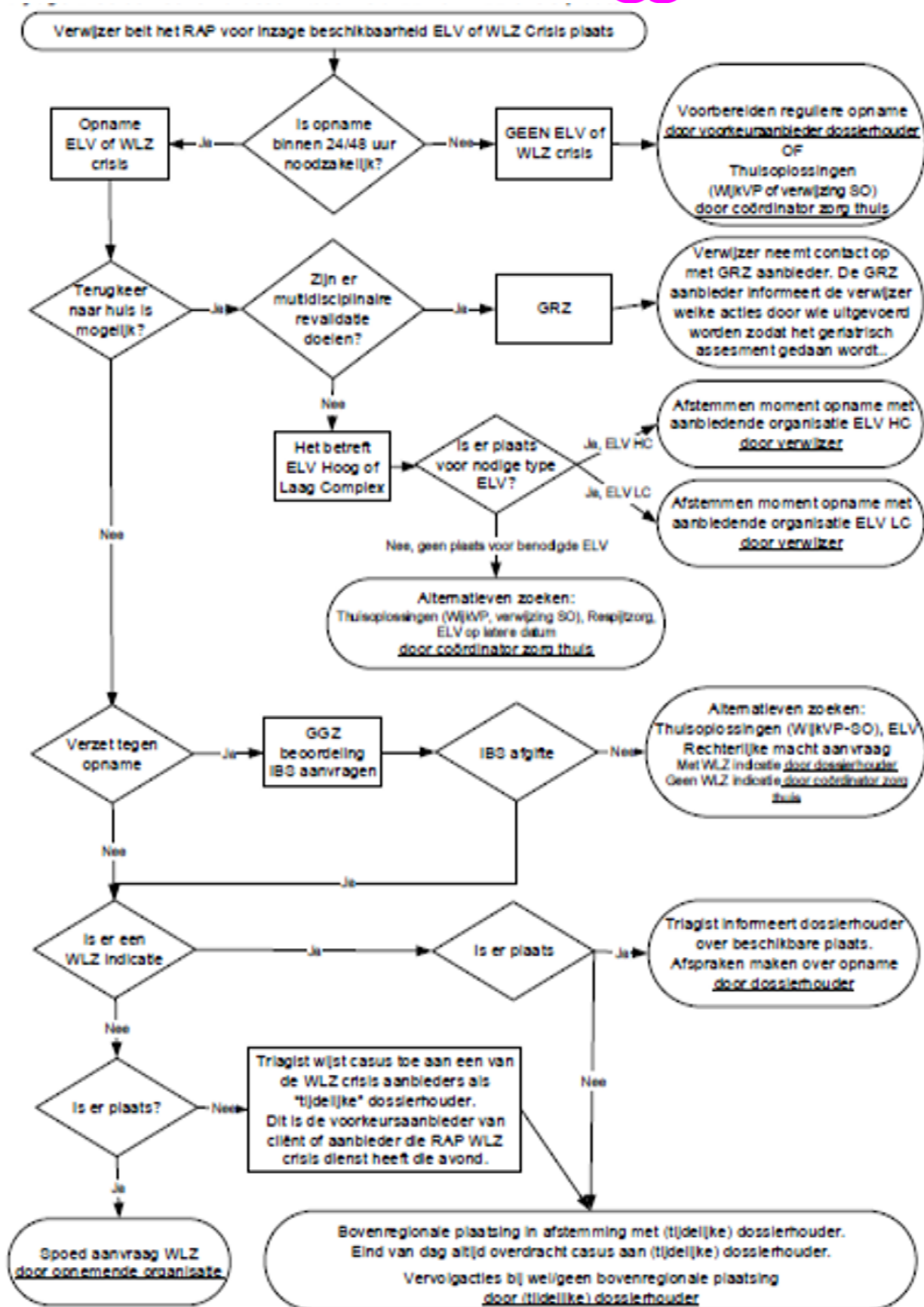
Bij psychiatrisch lijden:

- verwijzen naar GGZ ouderen of crisisdienst bij acuut gevaar voor de oudere of zijn omgeving

- NB als oudere niet mee wil werken aan opname overleggen VVT en GGZ hoe verder te handelen, de huisarts heeft hier geen verantwoordelijke rol in, zie onderstaande afspraken met VVT en GGZ:

Om de werkprocessen meer op elkaar aan te sluiten lijkt het toch goed om als RAP wel te zoeken naar een plaats in de regio voordat de IBS af is gegeven. Als er een plaats gevonden is dan wordt dit bed gereserveerd voor de betreffende cliënt. De VVT organisatie wordt daarover geïnformeerd door het RAP. Dit bed wordt maximaal 6 uur vrijgehouden. Zodra de GGZ de IBS heeft afgegeven wordt de VVT organisatie daarvan op de hoogte gesteld zodat zij vast de opname kunnen gaan regelen. De GGZ zal in die periode de verslaglegging doen. Indien na 6 uur geen bericht van de GGZ dan zal de VVT de GGZ bellen om aan te geven dat het bed niet langer beschikbaar is. Er kunnen zich natuurlijk situaties voordoen waarin de IBS niet afgegeven wordt maar dan is het ook geen Wlz crisis. De GGZ geeft aan dat zij de IBS laagdrempelig afgeven als zij weten dat er een bed beschikbaar is. Soms is een RM ook toereikend.

Onderstaand figuur het RAP ZHN stroomschema over beschikbaarheid ELV of WLZ crisis plaats inclusief toelichting van de begrippen.



Toelichting begrippen uit stroomschema

BOPZ-toetsing: Toetsing door het Centraal Indicatie Orgaan(CIZ) of een cliënt met dementie op een gesloten afdeling opgenomen kan worden waarbij de cliënt geen instemming geeft en geen bezwaar maakt tegen de opname.

Bovenregionale plaatsing: noodzaak tot Wlz crisisopname echter er is geen plaats in de regio Zuid Holland Noord. Dan wordt er naar de andere regio's in het land gekeken. Het zorgkantoor van die regio moet toestemming geven om de cliënt op te nemen. Het zorgkantoor is buiten kantoor tijden niet bereikbaar, hierdoor kan het bemiddelen voor eventuele plaatsing boven regionaal vertragings oplopen. Voor bovenregionale plaatsing op een gesloten afdeling is veelal een BOPZ toetsing vereist.

Coördinator zorg thuis: de zorginstantie die betrokken is in de thuissituatie. Dit kan de thuiszorg zijn, indien er geen zorg betrokken is dan is dit de huisarts.

Crisis: Zorgelijke situatie voor de verwijzer waarbij deze op zoek is naar een oplossing. Het RAPZHN kan alleen iets betekenen als er direct (binnen 24 tot 48 uur) een vraag voor intramurale zorg is omdat de cliënt niet verantwoord thuis kan verblijven waarbij in de thuissituatie niet aan de zorgvraag voldaan kan worden door mantelzorg, thuiszorg en andere professionals. De vraag kan van tijdelijke aard zijn of van blijvende aard zijn. NB de mogelijkheden om wel thuis te blijven zijn maximaal geprobeerd waaronder de inzet van wijkverpleging.

Dossierhouder: de zorgaanbieder die de Wlz indicatie van de cliënt toegewezen heeft gekregen. Indien de cliënt nog thuis woont met de Wlz indicatie en dit niet langer verantwoord is heeft de dossierhouder de verantwoordelijkheid om op zoek te gaan naar een bed voor opname. Dit kan binnen de eigen organisatie zijn of bij een andere zorgaanbieder. In deze situatie is er sprake van een Wlz crisisopname.

ELV: EersteLijns Verblijf. Is een vorm van zorg waarbij de cliënt kortdurend opgenomen wordt in een zorginstelling om te kunnen herstellen. Na deze periode kan de cliënt weer verantwoord thuis wonen. De kosten worden vergoed door de zorgverzekeringswet. Er zijn 3 vormen van ELV:

- ELV laag complex: er is een vraag voor verzorging en verpleging op onplanbare momenten. De huisarts blijft verantwoordelijk voor de medische behandeling.
- ELV hoogcomplex: er is een vraag voor verzorging en verpleging op onplanbare momenten en daarnaast is er een vraag voor multidisciplinaire behandeling van een aandoening of beperking waardoor de cliënt weer thuis kan functioneren. De huisarts draagt de medische behandeling tijdelijk over aan de Specialist Ouderengeneeskunde.
- ELV palliatief: de cliënt heeft een levensverwachting van maximaal 3 maanden en geeft verzorging en verpleging in de directe nabijheid nodig en eventueel behandeling om klachten te verminderen. De medische verantwoordelijkheid kan bij de huisarts blijven of overgedragen worden aan de opnemende organisatie. Dit wordt voor opname afgesproken.

GGZ: Geestelijke Gezondheids Zorg. Wordt betrokken bij het Wlz crisisopname proces als de cliënt zich verzet tegen een blijvende opname.

GRZ: Geriatrische Revalidatie Zorg. Is een vorm van zorg waarbij de cliënt multidisciplinaire behandeling krijgt om de revalidatiedoelen te behalen. Na doorlopen van dit traject kan de cliënt weer verantwoord thuis wonen. Deze zorg is alleen toegankelijk na een ziekenhuisopname. Indien de cliënt thuis woont is deze zorg alleen toegankelijk als er een geriatrisch assesment is afgenomen. De verwijzer kan met de GRZ aanbieder afspraken maken op welke wijze dit geriatrisch assesment afgenomen kan worden zodat er toegang tot GRZ gerealiseerd kan worden. Dit is een onderzoek dat door de klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde wordt uitgevoerd via de SEH of polikliniek van het ziekenhuis. GRZ aanbieders hebben hiervoor verschillende afspraken ingericht om tot een geriatrisch assesment te komen. De kosten worden vergoed door de Zorgverzekeringswet.

IBS: In Bewaring Stelling. De cliënt wordt direct gedwongen opgenomen in een instelling op een gesloten afdeling. Als dit niet gedaan wordt is er gevaar voor de cliënt en/of zijn omgeving. De IBS wordt gesteld door de GGZ en is 14 dagen geldig.

RAP: het regionaal aanmeldpunt Zuid Holland Noord (RAP-ZHN). Dit is een samenwerkingsverband van de VVT organisaties in de regio die inzage kan geven in de huidige beschikbaarheid van bedden voor ELV en Wlz Crisis. Het RAP –ZHN is voor ELV bereikbaar tussen 8 en 18 uur. Voor Wlz Crisis is het RAP-ZHN 24 uur per dag bereikbaar.

Respijtzorg: een vorm van tijdelijke opvang in een instelling. Dit is van toepassing als de cliënt niet thuis kan blijven wonen omdat de mantelzorg wegvalt of als er een verbouwing aan het huis gedaan wordt. Een vraag voor respijtzorg moet gedaan worden door de cliënt/familie/wijkverpleging bij het WMO loket van de gemeente die uitvoering geeft aan de Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

RM: Rechterlijke Machtiging. Uitspraak door de rechter dat de cliënt opgenomen moet zijn in een instelling op een gesloten afdeling.

Spoedopname: Het is duidelijk dat de cliënt niet verantwoord thuis kan blijven en opname binnen 24 tot 48 uur is noodzakelijk.

WLZ: Wet Langdurige Zorg. De wetgeving waar de verpleeg- en verzorgingshuizen onder vallen als het gaat om blijvend noodzakelijke zorg. Hiervoor is een indicatie voor Wlz zorg nodig welke door het Centrum Indicatiestelling Zorg(CIZ) gesteld wordt. Deze aanvraag kan gedaan worden door de cliënt, de mantelzorger, de huisarts. De cliënt of wettelijk vertegenwoordiger moet de aanvraag ondertekenen. Wlz zorg mag alleen geleverd worden door zorgaanbieders die daarover afspraken hebben gemaakt met het zorgkantoor. De zorg wordt betaald door het zorgkantoor in de regio die belast is met de Wlz zorg.

Wlz crisisopname: noodzaak tot opname van een cliënt binnen 24 uur in een zorginstelling waarbij geen terugkeer naar huis meer mogelijk is. Het betreft dus een blijvende opname. Om hiervoor in aanmerking te komen is het niet perse noodzakelijk om al een Wlz indicatie te hebben. Wel is het nodig dat de cliënt aan de voorwaarden van een Wlz indicatie voldoet waarbij blijvend verzorging en verpleging in de nabijheid nodig is. De cliënt wordt maximaal 14 dagen opgenomen op het Wlz crisisbed. Na die 14 dagen wordt de cliënt overgeplaatst naar een regulier Wlz bed. Dit kan bij in het door de cliënt gewenste huis zijn maar kan ook in een ander huis zijn. Dit huis levert dan de overbruggingszorg totdat het gewenste huis plaats heeft. Om een PG cliënt op te nemen op een gesloten afdeling moet de diagnose dementie gesteld zijn.

Wlz indicatie: een indicatie voor Wlz zorg die door het CIZ gesteld is. Cliënten kunnen met deze indicatie ook thuis blijven wonen mits de benodigde Wlz zorg op een verantwoorde manier thuis geleverd kan worden. Dit wordt in samenspraak met de cliënt bepaald. Als de benodigde zorg niet verantwoord thuis geleverd kan worden dan kan de cliënt met deze indicatie in een instelling gaan wonen.

Bijlage 13 Toolkit Behandelwensen gesprek

Toegevoegd de formulieren die een leidraad zijn voor het behandelwensen gesprek. De formulieren zijn compleet, wat niet ter zake doet vul je ook niet in.

Het behandelwensengesprek (voorlichting voor patiënt)

Zorg moet zo goed mogelijk aansluiten op uw wensen. Daarom is het goed om te bedenken welke wensen u heeft over uw gezondheid, uw leven en zorg.

Uw zorg- en behandelwensen bespreken

Bespreek uw wensen met uw familie en met uw (huis)arts. Dit heet een 'Behandelwensengesprek'. Hierin bespreekt u onder andere:

- Hoe u in het leven staat
- Of u weleens heeft nagedacht over welke behandelingen u wel of niet meer wilt ontvangen
- Of u thuis verzorgd wil worden en hoe u denkt over het wonen in een verpleeghuis.
- Of u gereanimeerd zou willen worden
- Of er iemand is die over behandelingen kan beslissen, wanneer u dit zelf niet meer kunt.

Dit heet een volmacht.

De huisarts schrijft uw wensen in uw dossier.

Uw zorg- en behandelwensen opschrijven

U kunt uw wensen ook zelf opschrijven, eventueel met hulp. Er zijn verschillende verklaringen waarin u uw wensen kenbaar kunt maken. Deze verklaring(en) op papier kunt u aan uw huisarts geven. De huisarts voegt ze toe aan uw dossier en overlegt met u bij welke zorgverleners uw wensen ook bekend moeten zijn.

Heeft u een levenstestament? Realiseert u zich dat u de inhoud van uw levenstestament deelt met uw huisarts.

Van gedachten veranderd?

Het kan zijn dat u later van gedachten verandert of twijfelt aan uw beslissing. Het is goed om dit dan tegen uw familie en uw huisarts te zeggen. De huisarts kan dit makkelijk veranderen in uw dossier.

Meer informatie?

Bij uw huisarts kunt u informatie opvragen of uw verklaringen inzien. Via deze websites kunt u ook betrouwbare informatie vinden die u kan helpen nadenken over uw zorg- en behandelwensen. U zult op deze websites vaak de term 'levenseinde' tegenkomen. Ons doel is met u te praten over uw behandelwensen en niet zozeer over het levenseinde.

<http://www.thuisarts.nl/levenseinde>

Ik wil nadenken en praten over mijn levenseinde

Ik wil de wensen voor mijn levenseinde vastleggen

Ik wil nadenken over reanimatie

www.knmq.nl

e-book Praat op tijd over het levenseinde

www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie

Hierop vindt u onder andere informatie over de volgende onderwerpen:

Wie beslist er over mijn medische behandeling als ik dit zelf niet (meer) kan?

Hoe stel ik een wilsverklaring op?

Leidraad Behandelwensengesprek

Bij wie?

- Patiënten die zelf een verzoek doen.
- Kwetsbare patiënten; in ieder geval de groep 70+ bij wie het antwoord "Nee" is op de surprise question "Zou het mij verbazen als deze persoon binnen 1 jaar overlijdt?".

Hoe?

1. Leg patiënt tijdens een regulier contact voor om een keer praten over hoe de patiënt in het leven staat en over hoe hij/zij tegenover diverse medische behandelingen staat.
2. Alleen als akkoord: Geef patiënt de informatiefolder 'Het Behandelwensengesprek' mee. Vraag om deze folder door te lezen en met dierbare te bespreken.
3. Laat patiënt zelf vervolgspraak maken op spreekuur of als visite met dierbare(n) erbij.
4. Maak een episode A20 aan (gesprek t.a.v. euthanasie):
 - verander de tekst in: 'Behandelwensengesprek'
 - schrijf bij P regel: gesprek aangeboden
5. Voer het behandelwensengesprek.

Verslaglegging / communicatie

1. Noteer na gesprek wensen in dossier onder S:
 - Wel / Niet reanimeren
 - Wel / Niet insturen ziekenhuis
 - Wel / Niet intensieve behandeling als kans groot is dat autonomie verloren gaat
 - Wie gemachtigd / eerste contactpersoon is met telefoon nummer
 - Overige bijzonderheden
2. Pas episode A20 aan in 'Behandelwensengesprek'
3. Scan eventuele (wils)verklaringen in dossier
4. Maak overdracht naar de HAP
 - Via zorgportaal naar Topicus. Aanmaken memo of overdrachtsformulier kwetsbare oudere
Tip: Laat de geldigheid datum van de memo doorlopen tot januari 2 jaar later. Je krijgt bericht via edifact een paar weken voor de verloopdatum.
5. Geef een kopie van het behandelwensenformulier mee aan patiënt en een kopie aan zijn dierbare. Laat de patiënt deze informatie ook delen bij eventueel contact met medisch specialist, thuiszorg en andere zorgverleners.

Behandelwensenformulier

in te vullen door zorgverlener

Datum:

Naam:

Geboortedatum:

Contactpersoon, naam en tel nr.:

Wat moet ik als zorgverlener van u weten om u de best mogelijke zorg te kunnen bieden?

Informatie behandelgrenzen

☐ Niets vastleggen: medisch beleid bij calamiteit bepalen iom patiënt/ vertegenwoordiger

Ziekenhuisopname	Ja	Nee	Niet besproken
Diagnostiek op SEH	Ja	Nee	Niet besproken
Beademing/IC opname c.q. intensieve behandeling als kans groot is dat autonomie verloren gaat	Ja	Nee	Niet besproken
Reanimatie	Ja	Nee	Niet besproken
Antibiotica bij ernstige infectie	Ja	Nee	Niet besproken
Palliatieve pijnbestrijding	Ja	Nee	Niet besproken

Verklaringen

NR- verklaring	Ja	Nee
Behandelvebod	Ja	Nee
Wilsverklaring	Ja	Nee
Euthanasieverklaring	Ja	Nee
Volmacht	Ja	Nee
Donorregistratie	Ja	Nee

Gevolmachtigde /Wettelijk vertegenwoordiger

De volgende persoon beslist namens mij wanneer ik dat zelf niet kan:

Met ondertekening van dit behandelwensenformulier, geef ik toestemming om betrokken artsen en zorgverleners te informeren over mijn behandelwensen.

Naam (patiënt):

Naam

vertegenwoordiger:

Tel nr.:

Tel nr.:

Handtekening:

Handtekening:

Afspraken vastgelegd met :

Naam huisarts:

Tel nr.:

Paraaf voor gezien:

Behandelwensenformulier in drievoud:

Kopie 1: voor uzelf, leg het op een zichtbare plaats (naast de telefoon)

Kopie 2: voor uw arts, wordt opgeslagen in medisch dossier en gedeeld met huisartsenpost

Kopie 3: voor andere betrokkenen (ambulance , ziekenhuis), mee te nemen

Overdracht kwetsbare oudere via Topicus voor HAP SHR/DDDB

NAW gegevens

Memo aanmaakdatum en einddatum
(je krijgt reminder om zo nodig aan te passen)

Eerste contactpersoon patiënt

- naam en telefoonnummer, relatie tot patiënt

Wettelijk vertegenwoordiger patiënt (hoeft niet dezelfde persoon als contactpersoon te zijn)

- naam en tel nr., relatie tot patiënt

Specifieke woonomstandigheden (alleen, met partner, instelling)

Opt-in ja (wenselijk), nee

Eigen huisarts bereikbaar voor overleg ja/nee, wanneer, tel nummer

Relevante diagnoses en huidige toestand

Naam specialist/ziekenhuis indien betrokken

Wie coördineert de zorg : huisarts, POH, wijkverpleging, casemanager dementie

Hulp van thuiszorg, zo ja, welke organisatie, tel nr.

Andere betrokkenen , bv specialist ouderengeneeskunde, dagbesteding

Medicatie, via LSP

Informatie behandelgrenzen

Niets vastleggen: medisch beleid bij calamiteit bepalen iom patiënt/ vertegenwoordiger

Ziekenhuisopname	Ja/	Nee	Niet besproken
Diagnostiek op SEH	Ja/	Nee	Niet besproken
Beademing/IC opname c.q. intensieve behandeling als kans groot is dat autonomie verloren gaat	Ja/	Nee	Niet besproken
Reanimatie	Ja/	Nee	Niet besproken
Antibiotica bij ernstige infectie	Ja/	Nee	Niet besproken
Palliatieve pijnbestrijding	Ja/	Nee	Niet besproken
Is er een donorregistratie?	Ja/	Nee	Niet besproken

Overige bijzonderheden/opmerkingen

Bijlage 14 Transmurale afspraken

Transmurale afspraken voor kwetsbare ouderen Zuid-Holland Noord overdracht kwetsbare ouderen tussen eerste en tweede lijn



Aanleiding

Er zijn steeds meer kwetsbare ouderen in de regio Zuid-Holland Noord (ZHN) en zij blijven langer dan voorheen thuis wonen. Zowel ambulancediensten als de eerste hulpdiensten bij ziekenhuizen zien een grote toename van de zorgvraag van kwetsbare ouderen. Voor deze groep is het van groot belang dat informatieoverdracht tussen eerste en tweede lijn optimaal is georganiseerd zodat zij aan de ene kant niet onnodig, soms zelfs ongewenste, zorg krijgen en aan de andere kant draagt goede informatie overdracht bij aan een 'zachte landing' thuis.

Vanuit het Ketenzorgprogramma complexe ouderenzorg zijn transmurale afspraken met de beide ziekenhuizen gemaakt m.b.t. overdracht van informatie van kwetsbare ouderen zowel in de dag- als in de avond-, nacht- en weekendsetting. Met als doel het verbeteren van de informatie overdracht tussen eerste- en tweedelijns zorgverleners (HA/HAP, ambulance, SEH en medisch specialist in de (poli)kliniek) en daarmee de zorg voor kwetsbare ouderen te verbeteren.

Met de juiste informatie op de juiste plaats willen de partijen een bijdrage leveren aan de juiste zorg op de juiste plaats en daarmee onnodige zorg opnames voorkomen. Deze kwaliteitsbevorderingen draagt bij aan besparing van kosten.

Doel van de transmurale afspraken

Er is sprake van aanwezigheid kwetsbaarheidsgegevens indien de code A49 (gescreende patiënten) en A05 (=gelabelde kwetsbare oudere) is meegegeven door de huisarts of wanneer in de overdracht informatie is vermeld over relevante gegevens met betrekking tot kwetsbaarheid zoals informatie over valrisico of mobiliteit, voeding, cognitie, thuissituatie, reeds aanwezige hulp thuis. Ziekenhuizen screenen bij een (klinische) opname alle 70+ patiënten op kwetsbaarheid volgens VMS (een landelijke screeningsinstrument). Dit instrument geeft inzicht op welke aspecten een oudere wellicht kwetsbaar is en aanvullende onderzoek of interventies gewenst is. In de Leidse regio is de zogenaamde VMS+ ontwikkeld. Dit instrument maakt gebruik van de VMS score en bepaalt aan de hand van een eenvoudig algoritme of iemand al dan niet kwetsbaar is. Het LUMC maakt daarnaast op de eerste hulp (SEH) gebruik van de zogenaamde APOP (Acuut Presenterende Oudere Patiënt) screeningsinstrument. Afhankelijk van de uitkomst geeft dit instrument aanvullende adviezen aan de SEH-arts.

Scope van de transmurale afspraken

- Overdracht van eerste (inclusief Hap) naar tweede lijn: verwijscriteria en minimale overdracht informatie (inclusief medicatieoverdracht en informatie over functioneren)
- Overdracht van tweede naar eerste lijn: minimale overdracht informatie (inclusief medicatieoverdracht en informatie over functioneren)
- Het op elkaar aansluiten van de zorgpaden/zorgcontinuüm voor kwetsbare ouderen.

Niet in scope van de transmurale afspraken:

- Ketenzorg zoals verleend in de eerste lijn inclusief screening op kwetsbaarheid
- Zorgpaden/zorgcontinuüm voor kwetsbare ouderen binnen de ziekenhuizen inclusief screening op kwetsbaarheid.

Overdracht kwetsbare ouderen tussen eerste en tweede lijn

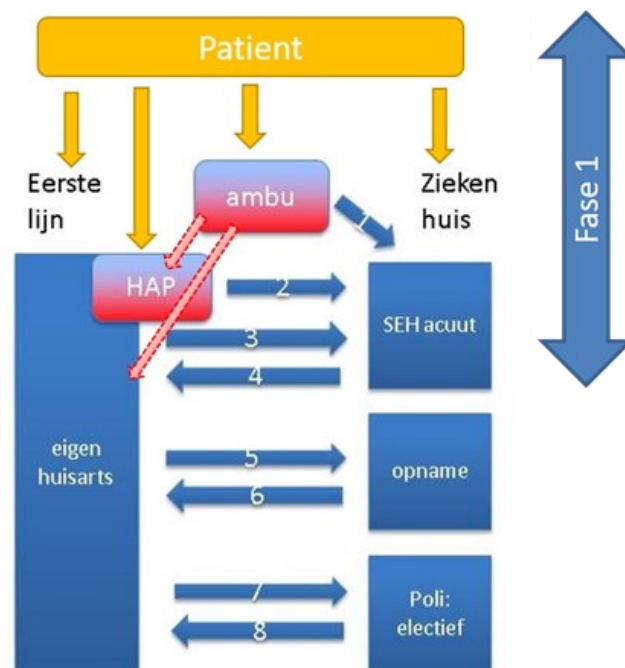
Dit document:

- geeft een overzicht van de verschillende overdrachtmomenten
- beschrijft de gewenste inhoud van de overdracht
- beschrijft de gewenste vorm passend bij elke van de overdrachtmomenten en de verantwoordelijke uitvoerders

De in te zetten middelen sluiten zoveel als mogelijk aan bij reeds bestaande afspraken en werkwijzen die voor alle patiënten of voor ouderen specifiek gelden, zoals verwijzing via zorgdomein, de procedure ontslagbrief en het 'project warme overdracht'.

Momenten van overdracht

In **onderstaand figuur** worden de overdrachtmomenten schematisch weergegeven



Inhoud van overdracht

De beschreven overdracht betreft een toevoeging aan reeds bestaande overdrachten (Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (HASP³¹) en richt zich specifiek op kwetsbaarheid van de geriatrische patiënt. Meer specifiek gaat het om de overdracht van:

- niveau van fysiek, mentaal en sociaal functioneren
- zorgplan en beleid n.a.v. functioneel onderzoek, geriatrisch assessment of (VMS) screening
- beleidsafspraken over advanced care planning, waaronder reanimatie-afspraken en eventuele behandelgrenzen

Door deze overdracht uniform vorm te geven vanuit alle huisartsen en beide ziekenhuizen in de regio, wordt de continuïteit van zorg voor de kwetsbare oudere gewaarborgd.

Voorwaarden

- Huisartsen werken conform de afspraken in het regionale Ketenzorgprogramma complexe ouderenzorg.
- De huisarts draagt er zorg voor dat patiënten die volgens het zorgprogramma complexe ouderenzorg kwetsbaar zijn (groep 3, episode A05.00), als aandachtspatiënt worden overgedragen aan de huisartsenpost **via zorgportaal/ Topicus**. Er wordt gecontroleerd of gegevens via LSP beschikbaar zijn voor de waarneming.

Gewenste werkwijze en informatie per overdrachtmoment

1. Met ambulance naar spoedeisende hulp (SEH)

Indien een patiënt zonder tussenkomst huisarts/HAP door een ambulance wordt bezocht (al dan niet terechte noodsituatie en buiten kantoor tijden) kan de ambulancedienst informatie opvragen bij de huisartsenpost. Tijdens kantoor tijden kan dat bij de eigen huisarts. Zij kunnen op basis van deze informatie bepalen welke actie gewenst is ten aanzien van de noodoproep. De ambulancedienst draagt deze informatie over aan de SEH arts bij overdracht naar SEH.

³¹ De informatiesystemen en software maken gebruik van de HASP richtlijn informatie-uitwisseling, vandaar de toevoeging in dit document

<i>Gewenste informatie die ambulancedienst van huisarts / HAP krijgt (mondelinge of (korte) schriftelijke overdracht)</i>
Ziektebeloop
Co morbiditeit, beoordeling kwetsbaarheid (uitkomst functioneel onderzoek)
Behandelgrenzen (indien besproken)
Actueel medicatie overzicht
Sociale omstandigheden
Contactpersoon, naam en telefoonnummer

2. Van huisartsenpost (HAP) - verwijzing naar spoedeisende hulp (SEH) – tussen 17 en 8 uur en in het weekend

De huisarts vermeldt in zijn verwijsbrief naar de 2e lijn (via overdrachtsformulier Topicus en LSP) de volgende gegevens, conform HASP-richtlijn en enkele toevoegingen:

<i>Verwijsinformatie van huisarts naar tweede lijn (SEH) (* verplicht bij kwetsbare ouderen)</i>
Reden + context verwijzing
Ingestelde behandeling
Episodelijst
Aanvullend Onderzoek/ Psychogeriatrisch onderzoek dit is de uitkomst van functioneel onderzoek naar kwetsbaarheid en zorgplan indien aanwezig in overdracht*
Behandelgrenzen*
Medicatie bij verwijzing
Psychosociale anamnese (woonvorm, steunsysteem)
Zorg coördinator, POH- ouderen of wijkverpleegkundige, welke organisatie
Contactpersoon, naam en telefoonnummer

NB. Bij het ontbreken van verwijsinformatie kan de SEH te allen tijde informatie opvragen bij de huisartsenpost. Het actueel medicatieoverzicht kan opgevraagd worden bij de (dienst)apotheek.

3. Verwijzing van huisarts naar SEH (van 8 – 17 uur)

Tijdens kantooruren is de huisarts de aangewezen persoon om gegevens aan te leveren. De huisarts vermeldt in zijn verwijsbrief naar de 2e lijn (bij voorkeur via Zorgdomein, spoedverwijzing betreffende specialisme) dezelfde gegevens als onder punt 2.

NB. Bij het ontbreken van informatie van de huisarts kan de SEH te allen tijde bij de eigen huisarts opvragen of het een kwetsbare oudere betreft en de gegevens zoals boven beschreven.

4. Ontslagbericht van SEH naar huisarts

Oudere patiënten worden op de SEH gescreend op kwetsbaarheid. Van kwetsbare oudere patiënten die vanaf de SEH naar huis worden ontslagen wordt de huisarts via de ontslagbrief op de hoogte gebracht van de eventuele kwetsbaarheid van de patiënt en van de extra maatregelen die daaruit voortkomen.

<i>Terugverwijsinformatie van tweede lijn naar huisarts, conform HASP (* verplicht bij kwetsbare ouderen)</i>
Reden bericht (reden van bezoek SEH)
Anamnese, lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek
Psychogeriatrisch onderzoek, dit is screening kwetsbaarheid en daaruit voortvloeiend aanvullend onderzoek*
Conclusie, diagnose
Aanbeveling follow-up, vervolgspraken huisarts, specialist; medicatiewijzigingen doorgeven aan apotheek en huisarts

5. Verwijsbrief van huisarts naar ziekenhuis bij klinische opname

Bij het grootste deel van alle patiënten wordt reeds op de SEH (zie 2-3) of op de polikliniek (zie 7) gegevens verzameld over kwetsbaarheid en gegevens zoals boven beschreven. Bij ontbreken daarvan ten tijde van opname, of bij noodzaak tot aanvullende gegevens kan de zaalarts altijd bellen met de eigen huisarts van de patiënt. De huisarts vermeldt in zijn verwijsbrief naar de 2e lijn (bij voorkeur via Zorgdomein) dezelfde gegevens als onder punt 2.

6. Ontslagbericht na klinische opname naar huisarts

Van alle ouderen die voor ziekenhuisopname door de huisarts als kwetsbaar zijn aangemerkt, of waarvan tijdens verblijf in het ziekenhuis kwetsbaarheid is vastgesteld middels VMS+ worden deze gegevens na ontslag overgedragen aan de huisarts. Naast de gegevens uit de klinische ontslagbrief worden schriftelijk gegevens overgedragen over kwetsbaarheid, geriatrisch functioneren en behandelplan. Deze gegevens worden toegevoegd aan de standaard ontslagbrief of in een separate brief via Sleutelnet verstuurd.

Indien een (kwetsbare) patiënt naar huis gaat, neemt de transfervernpleegkundige voor ontslag telefonisch contact op met de huisartsenpraktijk en overlegt met de huisarts wie de coördinatie na opname zal doen, de POH-ouderen of wijkverpleegkundige. Bij voorkeur voorafgaand aan het ontslag, en anders z.s.m.

Overleg van behandelend arts/zaalarts met huisarts over planning ontslag en overdracht daarvan, vindt plaats vóór het ontslag en in de volgende gevallen:

- als zorg geheel wordt overgedragen aan huisarts, bijv. bij terminale zorg
- als er binnen 3 dagen actie wordt verwacht van de huisarts, bijv. labcontrole
- als er aandacht gewenst is vanwege recent delier

Bij voorkeur is dit arts-arts contact. Indien huisarts niet bereikbaar is, wordt de informatie overgedragen aan de praktijkondersteuner of assistente met vermelding terugbelnummer.

<i>Inhoud ontslagbrief, conform HASP richtlijn (* verplicht bij kwetsbare ouderen)</i>
Reden bericht * (inclusief ontslagbestemming)
Voorgeschiedenis
Thuismedicatie
Psychogeriatrisch onderzoek* Conclusie, inclusief eventuele complicaties : somatisch, psychisch, functioneren
Beleid, ingezette zorg, ook paramedisch, tevens paramedische overdracht, informatie diëtetiek en fysiotherapie beknopt in ontslagbrief, overdracht in bijlage*
Medicatie bij ontslag (inclusief argumentatie wijzigingen naar huisarts en apotheek)
Behandelgrenzen*

7. Verwijzing van huisarts naar polikliniek (ongeacht specialisme)

Bij iedere verwijzing van een kwetsbare oudere wordt hiervan melding gemaakt in de poliklinische verwijzing via Zorgdomein. De huisarts vermeldt in zijn verwijsbrief naar de 2e lijn (bij voorkeur via Zorgdomein) dezelfde gegevens als onder punt 2.

8. Van polikliniek naar huisarts

Bij iedere patiënt waarbij tijdens consult op de polikliniek is vastgesteld dat sprake is van kwetsbaarheid of verminderd fysiek, cognitief of sociaal functioneren, wordt dit in de poliklinische ontslagbrief overgedragen aan de huisarts. De behandelend arts vermeldt in zijn rapportage naar de 1e lijn dezelfde gegevens als onder punt 4.

Reos, versie maart 2019

Bijlage 15 Alrijne: Zorgpad kwetsbare ouderen incl. transmuraal proces

Alrijne heeft sinds maart 2019 een ziekenhuis breed zorgpad voor kwetsbare ouderen (klinische afdelingen). Doel van het zorgpad: "een werkwijze aan te reiken aan Alrijne medewerkers voor de zorg aan kwetsbare ouderen zodat deze patiënten, ongeacht de afdeling waar ze worden opgenomen, dezelfde hoge standaard van zorg ontvangen, toegerust op hun specifieke behoeften als doelgroep en als individu"

Het zorgpad omvat: opname / diagnostische fase, behandelfase en ontslag incl. overdracht

Wat kunnen huisartsen verwachten van Alrijne

Met betrekking tot opname van de kwetsbare oudere:

- Patiënten met 'kwetsbaarheid' in verwijsbrief van de huisarts zijn kwetsbaar (Alrijne screent patiënten zelf ook op kwetsbaarheid, maar neemt deze diagnose over)
- Bij het ontbreken van de verwijsbrief ten tijde van de opname, of bij noodzaak tot aanvullende gegevens, belt de zaalarts met de eigen huisarts van de patiënt.

Mbt ontslag van de kwetsbare ouderen:

- Huisartsen willen kunnen anticiperen op het ontslag van kwetsbare ouderen, met name als in de thuissituatie nieuwe of andere zorg nodig is. De (zaal-) arts belt daarom de huisarts, bij voorkeur 48 uur voor ontslag, in ieder geval in de volgende gevallen:
 - Als de zorg geheel wordt overgedragen aan huisarts, bijv. bij terminale zorg.
 - Als er binnen 3 dagen actie wordt verwacht van de huisarts, bijv. laboratorium controle.
 - Als er aandacht gewenst wordt vanwege een recent delier of andere complexe problematiek
 - Bij voorkeur is dit een arts-arts contact. Indien de huisarts niet bereikbaar is, wordt de informatie overgedragen aan de praktijkondersteuner of assistente met vermelding van een terugbelnummer.
- Van kwetsbare oudere patiënten die naar huis worden ontslagen, wordt de huisarts via de ontslagbrief op de hoogte gebracht van de kwetsbaarheid van de patiënt en van de extra maatregelen die daaruit voortkomen en indien van toepassing wordt een behandelplan bijgevoegd. Deze gegevens worden toegevoegd aan de standaard ontslagbrief of in een separate brief via Sleutelnet verstuurd uiterlijk op de dag van ontslag.
- De patiënt krijgt de ontslagbrief uitgeprint mee naar huis, omdat niet altijd de digitale gegevens voorhanden zijn.
- Patiënt ontvangt ook een patiënten brief mee naar huis. Hierin staat, naast een beknopt verslag in begrijpelijke taal ook de contactinformatie van de afdeling (naam behandelaren, telefoonnummer van de afdeling).

NB inhoud verwijsbrief huisarts en Alrijne ontslagbrief: conform HASP 2.0 (implementatie volgens huidig regionaal project)

Inclusie criteria

Doelgroep van het zorgpad: kwetsbare ouderen van 70 jaar en ouder die worden opgenomen in Alrijne ziekenhuis

Definitie kwetsbare ouderen:

Alle patiënten van 70 jaar en ouder die na screening met behulp van het VMS-kwetsbare oudere (VMS+ instrument) binnen Alrijne als kwetsbaar worden aangemerkt. Alle patiënten van 70 jaar en ouder die door de huisarts als kwetsbare oudere zijn aangemerkt conform het ketenzorgprogramma kwetsbare ouderen in de 1e lijn.

Afdelingen in scope:

- Klinische afdelingen (met uitzondering van de kinderafdeling, de dagbehandeling en de afdeling verloskunde)
- Geriatrische revalidatie afdelingen

Afdelingen niet in scope:

- SEH
- ICU
- Polikliniek
- Opnamen < 24 uur

Bijlage 16 Kwaliteitsindicatoren

Nr.	Indicator Algemeen	Indicator	Resultaat	Opmerkingen
1	POH ouderenzorg of wijkverpleegkundige geschoold binnen praktijk beschikbaar	Formatie POH-O/WV	Aantal fte op aantal 75+ in de praktijk	De POH heeft een HBO opleiding tot praktijkondersteuner afgerond of is wijkverpleegkundige niveau 5 met een relevante aanvullende opleiding.
2	Boek en website protocollaire ouderenzorg NHG beschikbaar	beschikbaar	Ja/nee	Digitale en papieren versie.
3	Sociale kaart ouderenzorg	beschikbaar	Ja/nee	Actueel. Toegespitst op lokale situatie, welzijn en zorg.
4	De huisarts en praktijkondersteuner volgen jaarlijks een nascholing op het gebied van ouderenzorg	4 uur nascholing per jaar	Certificaat	Met name op het gebied van het gebruik van (screenings-)instrumenten, opstellen zorgbehandelplan en MDO/GPO.
5	GPO per huisartsenpraktijk of samenwerkingsverband	Wordt minimaal zes maal per jaar georganiseerd	Aantal en wie aanwezig	Gestructureerd Periodiek Overleg voor patiënten waarbij meer dan drie disciplines betrokken zijn bij de behandeling. Wordt georganiseerd door de POH ouderenzorg.
6	Er zijn afspraken over de communicatie	beschikbaar	Ja/nee	Zowel over communicatie tussen de betrokken professionals als tussen de patiënt en de betrokken professionals.
7	Aantal ouderen waar functioneel onderzoek bij heeft plaatsgevonden	GFI/TRAZAG A49.1	Aantal ten opzichte van totaal 75+ in de praktijk	
8	Aantal ouderen met de diagnose kwetsbaarheid	A05	Aantal ten opzichte van totaal aantal X functioneel onderzoek	Groep 3 (zie paragraaf 2.4).
9	% zorgbehandelplan opgesteld bij kwetsbare ouderen		Aantal ten opzichte van het aantal diagnoses kwetsbaar	Een zorgbehandelplan wordt opgesteld bij de diagnose kwetsbaar en meer dan drie betrokken professionals in de behandeling.

Bijlage 17 Financiering ouderenzorg

Per 1 januari 2015 is de AWBZ zoals we die voorheen kenden opgeheven. AWBZ-taken zijn ondergebracht bij nieuwe en bestaande wetten. In het geval van de ouderenzorg gaat het om de Wet Langdurige zorg (WLZ), de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en de Zorgverzekeringswet (ZVW). Daarbij zijn ook de financieringsvormen en stromen gewijzigd.

De indicering voor zorg en begeleiding volgens de methodiek van de zorgzwaartepakketten (ZZP) is veranderd.

Het blijkt voor hulpverleners binnen de ouderenzorg moeilijk te zijn om op de hoogte te blijven van alle mogelijkheden en beperkingen van deze veranderingen. Ook de financiering is moeilijk te doorgronden. Zo kan een aanvraag van bepaalde zorg grote consequenties hebben voor de hoeveelheid zorg die geleverd kan worden, zowel in positieve als negatieve zin.

Een voorbeeld is de aanvraag van een WLZ-indicatie. Deze kan negatieve consequenties hebben voor de hoeveelheid zorg die aan een thuiswonende patiënt geleverd kan worden. (De zorg vanuit de Zvw en WMO vervalt grotendeels). Daarom is het belangrijk om bij complexe casuïstiek vooraf goed geïnformeerd te worden door bijvoorbeeld zorgbemiddeling of het regionale zorgkantoor.

Een belangrijke verandering voor 2017 is dat er nu een vergoeding is voor kortdurend Eerstelijnsverblijf, in verpleeghuis of woonzorgcentrum.

Dit zal in de regio op verschillende manieren vorm gegeven worden, afhankelijk van de lokale situatie en wensen. Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde zullen afspraken gaan maken over ieders verantwoordelijkheden. Dit zal door Knooppunt in samenwerking met de HVR opgepakt worden.

De meest recente informatie:

Dossier Ouderenzorg LHV algemeen ([LHV /dossier /ouderenzorg](#)) daar vindt u:

- Praktijkaart ouderenzorg LHV
- Factsheet huisartsenzorg voor patiënten met een WLZ indicatie, 2015 LHV/Actiz
- Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde (okt 2016)

Eerstelijns Opvang (ELV en crisiszorg):

In januari 2018 wordt het regionaal aanmeldpunt operationeel, voor het faciliteren van het vinden van een crisis of ELV plaats:

- Regionaal aanmeldpunt Zuid-Holland Noord [RAP zhn](#)
- [Verwijskader ELV](#)
- [Zorgkantoor zorgzekerheid / ik ben zorgaanbieder](#)

Bijlage 18 Literatuurlijst

Ketenzorgprogramma's

Regionaal

- Zorgprogramma kwetsbare ouderen, Rijncoepel, Auteurs: Mijke Hensing en Esther de Jager, 2012
- Zorgprogramma kwetsbare ouderen, Katwijk, Auteurs: Zorggroep Katwijk, Mirjam Schonenberg, 2012
- Protocol ouderenzorg nieuwe stijl coöperatie Vizionair, Auteurs: Jacobine van der Dussen (huisarts), Renate Agterhof (Praktijkverpleegkundige), Karin Broers (Praktijkverpleegkundige), Debbie Kneefel (Praktijkverpleegkundige), 2006
- Evaluatie ouderenzorg nieuwe stijl, Auteurs: Jacobine van der Dussen (huisarts), Hanneke Zandbergen (Adviseur Reos), 2010

Landelijk

- Zorgmodel Walcheren
- Zorgpad geriatrie
- Zorgprogramma kwetsbare ouderen : een model LVG publicatie

Algemeen Richtlijnen/Standpunten

- Dossier Ouderenzorg LHV algemeen ([LHV actueel dossiers ouderenzorg](#)) daar vindt u meerder documenten.
- Visie Huisartsenzorg voor Ouderen; NHG, Laego en LHV, september 2017
- NHG advies vastleggen programmatische zorg in H-EPD, Khing Nioo, afdeling implementatie, sectie automatisering NHG 2013
- NHG protocollaire ouderenzorg. Publicatie 2015 S van Maurik Brandon e.a., [NHG producten/nhg-protocollaire-ouderenzorg](#)
- Complexe ouderenzorg in woonzorgcentrum en thuis; LHV handreiking samenhangende zorg in de eerste lijn. Publicatie 2009
- Hoe houden we de ouderenzorg behapbaar, notitie LHV geeft richtlijnen voor regierol huisarts en financiering publicatiedatum: 21 mei 2013
- Samen werken in de wijk Publicatiedatum 8 mei 2013
- KNMG rapport, Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, publicatie maart 2010, [KNMG publicatie kwetsbare-ouderen](#)
- Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2011, Cretien van Campen (red.)
- CVZ; Standpunt Casemanagement, 25 maart 2011 vastgesteld en uitgebracht aan de minister van VWS
- **LESA zorg voor kwetsbare ouderen 2017**
- **[BETEROUD handreiking kwetsbare ouderen thuis mei 2019](#)**

Specifiek Zorgpaden

Zorgpad kwetsbare oudere met acute onbegrepen verwardheid thuis (Delier)

- **Zorgpad kwetsbare ouderen over de keten in het ziekenhuis, kwetsbare oudere met acute onbegrepen verwardheid thuis, 2018 Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie**
- **FMS. Richtlijn Overdracht Medicatiegegevens in de keten. 2017.**
- **NHG/FMS. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist bij verwijzingen (HASP). 2017.**
- **NHG. Boek "Protocollaire ouderenzorg". 2015**
- **NHG. NHG-Standaard Delier. 2014**
- **NVKG. Richtlijn Delier. Volwassen & ouderen. 2013.**
- **NVvP "verbeterde zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen" 2016; Addendum KNMG standpunt "sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen".**
- **Thuisarts.nl: patiëntinformatie NHG voor mantelzorgers van delirante patiënt**
- **Verenso. Handreiking Spoed-/ crisisopnames in het verpleeghuis. 2013.**
- **WGBO, zie <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/wgbo-1.htm>**

Zorgpad Polyfarmacie

- Improving appropriate medication use for older people in primary care. Thesis Utrecht University - with ref. - with summary in Dutch, ISBN/EAN: 978-94-6169-373- Kwint, H.F.
- Multi-disciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen NHG (2012)

Zorgpad wilsverklaring/wensen levenseinde

- LESA studie anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen; Van Delden JJM, De Ruiter CM, Van der Endt RP, De Graaf E, Helle R, Ikking H, Kaptein HVU, Van Leen MWF, De Vries L.
- Landelijke Eerstelijns Samenwerking Afspraak Anticiperende besluitvorming. Verenso, NHG en V&VN, 2013. Publicatie Huisarts Wet 2013;56(4):S1-7.
- Handreiking Tijdig spreken over het levenseinde; een uitgave van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), derde versie juni 2017 (eerste versie juni 2011).
- [toolkit ACP mbt levenseinde LAEGO okt 2017](#) [NHG toolkit acp mbt het levenseinde okt 2017](#)

Zorgpad Cognitieve Stoornissen

- NHG standaard Dementie,
- Zorgstandaard Dementie, 2013, Alzheimer Nederland en Vilans

Zorgpad ondervoeding

- Richtlijn ondervoeding, 2017, Nederlandse Vereniging van Diëtisten

Divers

- Module POH Somatiek, Zorg en Zekerheid,
- Overzicht relevante stukken website LHV, [LHV huisartsenzorg Ouderen](#)
- Informatie over Zorgzwaarte pakketten, VWS

Voetnoten:

- LASA resultaten van de Longitudinal Aging Studie Amsterdam Deeg, DJh et al. Het kwetsbare succes van ouder worden. Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde 2007; 32 (5). ⁽²⁾ pagina 5
- KNMG Rapport sterke medische zorg voor kwetsbare Ouderen ⁽³⁾ pagina 5
- NHG Praktijkwijzer Ouderenzorg en LHV handreiking. Complexe ouderenzorg in het woonzorgcentrum en thuis pagina 5
- Kwetsbare ouderen Cretien van Campen, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2011 (red.) ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ pagina 5, 11

Bijlage 19 Format Sociale kaart

Dit format is bijgevoegd als praktisch handvat voor het maken van een complete sociale kaart voor uw eigen werkgebied om goede multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen te realiseren.

- Regio-overstijgende voorzieningen zijn reeds ingevuld (voor zover nu bekend)
- Lokale contacten kunt u zelf aanvullen in het format
- u vindt tevens veel regionale informatie op de website [Ouderenzorg hvrijnland](http://Ouderenzorg.hvrijnland.nl)

Ziekenhuizen in de regio

Alrijne locatie Leiden	Alrijne Leiden Houtlaan 55, 2334 CK Leiden Telefoon: 071-517 81 78 www.alrijne.nl
LUMC, Leiden	Bezoekadres Albinusdreef 2, 2333 ZA Leiden Telefoon: 071-5265221 www.lumc.nl
Alrijne locatie Leiderdorp	<u>locatie Leiderdorp:</u> Simon Smitweg 1 2353 GA Leiderdorp Telefoon: 071 - 582 8031 <u>locatie Alphen a/d Rijn:</u> Meteoorlaan 4 2402 WC Alphen a/d Rijn Telefoon: 071-5828031 www.alrijne.nl

Huisartsen & praktijkverpleegkundigen

Huisartsen	

Praktijkverpleegkundigen	

Overige professionals

Apotheek	
Diëtiste	
Fysiotherapie	
Gespecialiseerd fysiotherapeut	www.defysiotherapeut.nl , zoek geriatriefysiotherapeut in de buurt.
Oefentherapie	
Ergotherapie	
Via thuiszorginstelling of lokaal verpleeghuis	
Ouderenadviseur	
lokaal	

Maatschappelijk werk	
<i>Kwadraad</i>	www.kwadraad.nl ; inloopsprekuren in alle gemeenten ZHN en op afspraak 088-9004000, ook te bereiken buiten kantooruren
Logopedie	
Podotherapeuten	
Pedicure	
Zorgverlener / instantie	
Lokaal stichting welzijn ouderen	Activiteiten voor 50+
Ouderenbonden ANBO, KBO	
Sporten / beweegactiviteiten	Zwemmen, sportschool, nordic walking enz. Lokaal in te vullen, informatie meestal via gemeentecentrum
Regelhulp	www.regelhulp.nl voor het regelen van zorg, hulp, of financiële steun.
Alzheimercafe	www.alzheimer-nederland.nl maandelijkse informele bijeenkomsten
GHW / Activite	Ontmoetingscentrum Dementie
Galmproject	Beweegprogramma voor ouderen
WMO-loket	Hulp bij huishouding, woon-, rolstoel en vervoersvoorziening

Aanvragen zorg & verzorging/verpleeghuizen

CIZ	
Indicatieorgaan bij voor AWBZ Zorg	www.ciz.nl
Thuiszorg	
Marente	071-4093333 www.marente.nl
Activite	071-5161415 www.acitivite.nl
Buurtzorg	0900-6906906 www.buurtzorgnederland.nl
Ondersteuning mantelzorg	
Mantelzorg ondersteuning Duin en Bollenstreek	www.mantelzorgsteunpunt.nl Telefoon: 071 4093210
Thuiszorgwinkel	
Vegro of Welzorg	
Zorgkantoor	
Nederlandse Patiënten Consumentenfederatie	Informatie over wilsverklaringen www.ncpf.nl ; Zorgzine juni 2012
Huishoudelijke hulp	

Via lokaal WMO loket	
Woonzorgcentrum	
Verpleeghuis	
Topaz Zuydthijck Leiden	Noodbedregeling VPH, 071-5798300, www.topaz.nl
Overleg met specialist ouderengeneeskunde	Via lokaal verpleeghuis, consultatie - zorgdomein
Hospice	
De Mare	Duin en bollenstreek www.hospicedemare.nl
Zorgcentrum	
Zorgcentrum	

Psychosociale ondersteuning

GGZ Ouderen	
Casemanagement Dementie	Dementie Thuiswonenden. Aanmelding: via WMO of thuiszorgorganisatie
GGZ Ouderen	Afdeling ouderen GGZ Leiden 071-8908888, GGZ Duin en Bollenstreek 0252-243400 of Alphen (GGZ Rijnstreek) 0172-898500
GGZ tweede lijn	
GGZ cursus "In de put – uit de put"	Depressieve klachten bij ouderen
Neuropsycholoog via lokale contacten met specialist ouderengeneeskunde	Aanvullende diagnostiek aan huis
Veilig Thuis Hollands Midden	Mishandeling bij ouderen. David Keers GGD dkeers@ggdhm.nl telefoon 0182 545589/06 57710719
Stichting Welzijn Ouderen	
lokaal	Telefoon:
Crisisdienst / Spoed	
	Telefoon: Telefoon:
Stichting MEE	
Stichting MEE	Ondersteuning bij leven met een beperking. Telefoon: 0900-9998888
Vrijwilligers organisaties	
Zonnebloem	www.zonnebloem.nl

	huisbezoeken, activiteiten en vakanties
Rode Kruis	www.rodekruis.nl vakanties voor zieken en gehandicapten
EVA Vier het leven	www.4hetleven.nl
Hulpmiddelen	
Thuiszorgwinkel, Vegro, Welzorg	
Lopende wetenschappelijke onderzoeken	

Overige belangrijke telefoonnummers

Ambulance	
Waarnemend Huisartsen	
	Telefoon:
Laboratorium	
Trombosedienst	
Trombosedienst Leiden	071-5262449, www.trombosedienst-leiden.nl
Rollator aanschaf en reparatie	
(kosten reparatie voor eigen rekening)	
Vrijwillige hulpdienst	Telefoon: 0900-6120909
Depressie lotgenoten contact	Telefoon: 0900 6120909