

# Zorgplan Kwetsbare Ouderen



Atoomweg 50 | 3542 AB Utrecht

Kaderartsen Ouderengeneeskunde:

*Eugenie Hodes*

*Carien Tibosch*

*Marjon Oude Ophuis*



## Inhoudsopgave

1. Inleiding .....	Pag. 3
2. Project Kwetsbare Ouderen .....	Pag. 4
3. Het zorgprogramma .....	Pag. 9
4. Consultatie en verwijzing .....	Pag. 14
5. Onderwijs .....	Pag. 15
<b>Bijlage 1:</b> TRAZAG Startformulier .....	Pag. 16
<b>Bijlage 2:</b> Dementie netwerk .....	Pag. 17
<b>Bijlage 3:</b> Afkortingenlijst .....	Pag. 18
<b>Bijlage 4:</b> Opleiding kaderarts ouderen.....	Pag. 19

# 1. Inleiding

Dit zorgprogramma beschrijft de integrale multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen en is ten behoeve van de contractering uitgewerkt in een eerstelijns keten DBC 'Kwetsbare Ouderen'.

In een gezamenlijke ontwikkeling naar doelmatige, zinnige en zuinige ouderenzorg - met behoud van regionale accenten en waarin de opgedane ervaringen en verbeterpunten worden uitgewisseld.

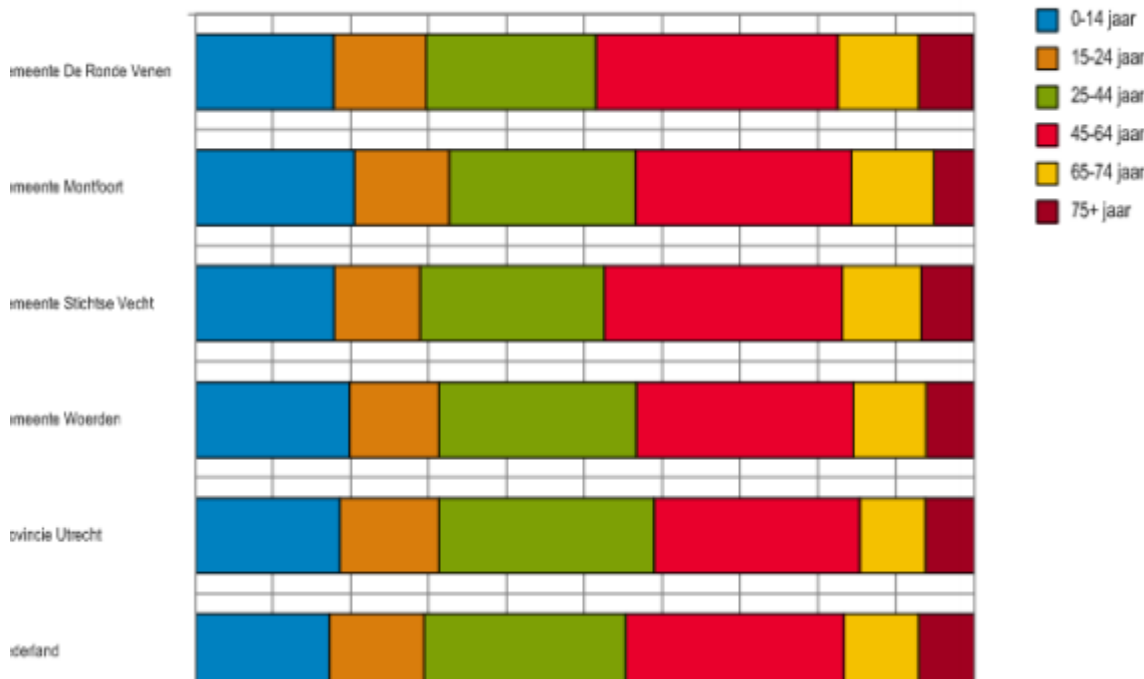
Het afgelopen jaar heeft de werkgroep ouderen NW Utrecht dit verder ontwikkeld.

De werkgroep bestaat uit drie kaderartsen ouderenzorg, een POH (praktijkondersteuner), een wijkverpleegkundige, een SO (specialist ouderen) en een dementie consulente. De grote lijn werd door hen afgelopen twee jaar uitgezet. Op lokaal niveau wordt het programma nu verder uitgewerkt met de lokale netwerken en accenten. Lokale netwerken en samenwerkingsteams op wijkniveau zijn juist een absolute voorwaarde. Deze netwerken worden ingericht met ondersteuning van de genoemde regionale organisaties.

De regio Noord West Utrecht betreft de gemeenten Utrecht (Leidse Rijn - Vleuten -de Meern), Stichtse Vecht, Woerden, Montfoort, Ronde Venen.

## **INDICATOR : % 75+**

Perc bevolking leeftijd [%], 2013 - Gemeenten: De Ronde Venen, Montfoort, Stichtse Vecht, Woerden



## 2. Project kwetsbare ouderen ZORG NU

Geschiedenis: In deze regio zijn drie kaderartsen ouderen geneeskunde werkzaam en vanuit dit gegeven is een initiatief ontstaan om de ouderenzorg op een juiste manier op de kaart te zetten voor de regio Noord West Utrecht. Er zijn contacten gelegd met de lokale thuiszorg organisaties, het regionaal netwerk dementie en de SO ( specialist ouderengeneeskunde) en de huisartsenpraktijken. Vanuit deze disciplines is de werkgroep ouderen ontstaan en is dit zorgprogramma verder ontwikkeld.

Afgelopen jaar is er een eerste pilot gestart met 5 praktijken om de samenwerking tussen de huisartsenpraktijken en de SO te onderzoeken. De SO kan ingeschakeld worden bij ingewikkelde problematiek van de groep kwetsbare ouderen. Dit heeft geleid tot verbeterde samenwerking en regelmatige consultatie, waarbij aanwijsbaar er minder verwijzingen zijn geweest naar de geriater uit het werkgebied.

### **Uitkomsten Pilot**

Tijdens de pilot periode (6 maanden) zijn er 20 consulten gedaan door de SO bij een kwetsbare oudere thuis en is er 13 maal een zorgplan bespreking geweest. De problematiek is zowel complexe chronische zorg (14 ) als dementie/cognitieve problemen (15). De inhoud van het advies betreft vooral diagnostiek (10): het in kaart brengen van complexe problemen op het gebied van Multi morbiditeit, mobiliteit, pijn, maar ook cognitief screenen; behandeladvies (8) wat kan variëren van inzetten van fysiotherapie/ergotherapie tot medicatie advies; en zorgadvies (8): omgangsadviezen, verpleegkundige zorg.

Bij 22 van deze 33 consultaties zou er anders verwezen zijn naar een geriater. De daarbij behorende IT ondersteuning wordt geleverd door Portavita het Keteninformatie systeem dat tevens gebruikt wordt voor de chronische zorg. Portavita heeft een ouderenmodule en een IZP specifiek gericht op ouderenzorg.

### **Individueel Zorgplan**

**Nieuw probleem**

**Weergaveopties**

*Detailniveau*    problemen    en doelen    en acties    en evaluaties  
 toon betrokkene/behandelaar    toon organisatie

*Periode tot*    1 maand    3 maanden    6 maanden    volledig

*Filter op*    actieve problemen

SFMPCC    Prioriteit    Datum    Consent    Status    Details

Geen zorgplangegevens gevonden voor deze huidige weergaveopties

### **Missie zorgprogramma kwetsbare ouderen**

De missie van het zorgprogramma is om kwetsbare ouderen zo lang mogelijk in optimale gezondheid in hun voorkeursomgeving te laten wonen, en hen te helpen om de regie over de eigen gezondheid te verstevigen. Dat betekent streven naar evenwicht tussen draagkracht en draaglast, behoud en zo mogelijk verbeteren van functies en bevorderen van zelfredzaamheid, zelfstandigheid en welbevinden. Welzijn is immers in hoge mate afhankelijk van de mate waarin mensen hun eigen doeleinden kunnen realiseren, en regie over hun eigen leven kunnen behouden.

## **Visie zorgprogramma kwetsbare ouderen**

Daarnaast wordt met dit zorgprogramma beoogd de vraag naar hoger complexe zorg te verminderen en de overgang naar institutionalisering in zorginstellingen uit te stellen. Zo kunnen de zorgkosten in deze levensfase aanzienlijk worden beperkt.

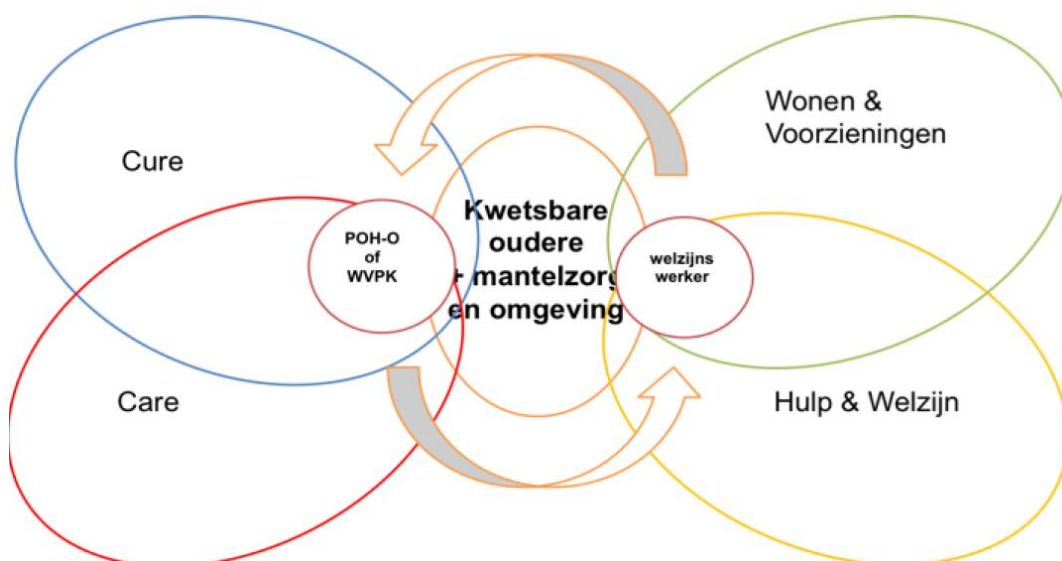
### **Het Chronic care model als theoretische basis**

De basis van het zorgprogramma ligt in het chronic care model. Het Chronic Care model is een hulpmiddel voor de ontwikkeling en verbetering van de chronische zorg. Het model bestaat uit 6 elementen die van invloed zijn op het resultaat van de zorg.

- ondersteuning van zelfmanagement (vergroten zelfredzaamheid patiënt)
- beslissingsondersteuning (toepassen van evidence-based zorg)
- ontwerp van het zorgproces (organiseren van een efficiënte, gecoördineerde samenwerking)
- klinische informatiesystemen (ICT-oplossingen)
- afstemming op de maatschappij (coördineren van mogelijkheden voor de patiënt buiten de gezondheidszorg)
- gezondheidszorgsysteem (continu verbeteren van de chronische zorg aan de hand van bewezen strategieën)

Het doel van het model is om zorg voor chronisch zieken te verbeteren door goede samenwerking tussen de patiënt en een team van zorgverleners. Daarbij is de patiënt goed geïnformeerd en werkt hij actief mee aan de behandeling. Het team van zorgverleners is goed voorbereid en pro actief. Elk element uit het Chronic Care Model kan bijdragen aan het verbeteren van deze zorg. Het combineren van elementen vergroot de kans op betere uitkomsten op patiëntniveau, zoals betere kwaliteit van leven en minder complicaties.

Dit toespitsend op de ouderzorg komen we tot het zogenaamde vlindermodel, waarin de kwetsbare ouder centraal staat, de POH/wijkverpleegkundige de spil is en ook verbindingen liggen tussen cure en care en wonen en welzijn. Dat betekent dat de zorg multidisciplinair van aard is.



[https://laego.nhg.org/sites/default/files/content/laego\\_nhg\\_org/uploads/visie\\_op\\_de\\_eer\\_stelijngeneeskunde\\_voor\\_ouderen\\_20141.pdf](https://laego.nhg.org/sites/default/files/content/laego_nhg_org/uploads/visie_op_de_eer_stelijngeneeskunde_voor_ouderen_20141.pdf)

## **Multidisciplinaire zorg op maat**

Om die doelen te bereiken zet het zorgprogramma in op individueel maatwerk voor elke kwetsbare oudere, een integrale aanpak van zorg en welzijn, multidisciplinair van aard. Het zorgplan wordt gemaakt samen met de kwetsbare oudere, diens eventuele partner en mantelzorgers, waarbij het niet gaat om het overnemen maar op het aanvullen van de regie van de oudere en diens mantelzorger. De noodzakelijke multidisciplinaire Ketenzorg wordt georganiseerd en gecoördineerd vanuit de huisartsvoorziening c.q. geïntegreerde eerste lijn.

De zorg wordt verleend door een scala aan zorgverleners: huisarts, POH, wijkverpleegkundige, dementieconsultant, SO, apotheek, fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog, algemeen maatschappelijke werk, ouderenadviseur gemeente.



### **Wie zijn de kwetsbare ouderen?**

### **INDICATOR: Kwetsbaarheid**

Het begrip kwetsbaarheid ("frailty") of kwetsbare ouderen wordt vaak gebruikt om die groep ouderen te definiëren die aan meerdere ziekten leidt, functionele, psychische of sociale beperkingen heeft en gevoeliger is voor nadelige effecten van bijkomende ziekten en medische behandelingen, en hierdoor een grotere kans heeft op functionele achteruitgang en sterfte (SCP 2010).

Het is echter lastig om kwetsbaarheid exact te definiëren. Kwetsbaarheid is geen diagnose of verklaringsmodel. Het wordt gezien als een geriatrisch syndroom met meerdere etiologische factoren, die op complexe wijze interacteren, om zich uiteindelijk te presenteren met een of meerdere symptomen, bijvoorbeeld vallen, verlies van gewicht of van regiecapaciteit.

Kwetsbaarheid wordt niet veroorzaakt door hogere leeftijd. Hoewel het voorkomen toeneemt met de leeftijd zijn verreweg de meeste ouderen niet kwetsbaar. Kwetsbaarheid is niet hetzelfde als Multi morbiditeit. Het hebben van meerdere chronische aandoeningen verhoogt de kans op beperkingen en overlijden. Toch is van de groep ouderen met 3 of meer aandoeningen slechts 10% kwetsbaar volgens de meest gebruikte criteria (het hebben van een chronische ziekte zegt weinig over de ernst en impact)<sup>2</sup>.



### **Criteria voor kwetsbaarheid**

### **INDICATOR Frailty analyse**

Wanneer is iemand nu kwetsbaar?

Functies die maken of er sprake is van enige kwetsbaarheid zijn: Bewegen, evenwicht, lichamelijk actief zijn, zintuiglijke functies (horen, zien), kracht, uithoudingsvermogen; voeding; cognitie; stemming en coping; sociale steun en sociale relaties (SCP 2010)

Problemen om kwetsbaarheid te vermoeden is mogelijk te identificeren door gebruik te maken van de ICPC (International Classification of Primary Care) codes die vaak al geregistreerd zijn de huisartsen praktijken.

### **Selectie op een van de volgende ICPC codering**

P20.00 (geheugen)  
P03.00 (depressie)  
P70.00 (seniele dementie)  
P70.01 (alzheimer)  
P74.01 (angst)  
H86.00 (doof)  
U04.00 (urine incontinentie)  
T08.00 (gewichtsverlies),  
U99.01 (Nierinsufficiëntie),  
Z04.03 (eenzaamheid)

**EN** lft >75 jaar.

Ook de volgende selectie geven al een enigszins geselecteerde lijst

1. Medicatie >5 **EN** lft>75 jaar
2. GFR <50 ml/mm **EN** lft >75 jaar

Er zijn diverse meetinstrumenten ontwikkeld waarin deze criteria zijn verwerkt en op basis waarvan bepaald wordt of er sprake is van kwetsbaarheid . De werkgroep heeft voor de TRAZAG (Transmurale Zorgassessment Geriatrie) gekozen. Wanneer 3 of meer vragen (is op 3 of meer terreinen problemen) van het startdocument positief beantwoord worden, is er sprake van kwetsbaarheid. *Zie bijlage 1*

Verdere screening volgt door uitgebreidere vragenlijsten per onderwerp.

## HISTORISCH OVERZICHT I TraZAG, startdocument

### TraZAG, startdocument

Aanvragen

Plannen

Invoeren

#### Historisch overzicht

Datum / tijd	Fase	Onderzoek	Uitkomst
01-07-2014 13:20	Uitgevoerd	▶ TraZAG, startdocument	

### **Kwetsbaarheid en dementie**

### **INDICATOR**

Mensen bij wie de diagnose dementie is gesteld zullen vaak (maar niet automatisch) onder deze de definitie kwetsbaarheid vallen. De dementieconsulenten vervullen ieder binnen hun eigen gemeente/werkgebied een specialistische rol t.a.v. coördinatie en complexe problematiek voor mensen met dementie. Van alle kwetsbare ouderen heeft ongeveer 33% een vorm van (beginnende) dementie. In NW Utrecht bestaat al jaren "Ketenzorg Dementie", waarin de zorgtrajectbegeleiders een centrale rol vervullen bij het casemanagement van de patiënten met dementie en hun systeem. *Zie bijlage 2*

In dit zorgprogramma wordt deze dementiezorg geïntegreerd met de overige zorg die de betreffende patiënt nodig heeft. Dat leidt uiteindelijk tot één integraal zorgplan. Als in het zorgplan vooral de dementiezorg op de voorgrond staat, zal de dementie consulente de rol van casemanager op zich nemen, waarbij hij/zij nauw zal samenwerken met POH, WV en HA.

### **Case- en carecomplexity**

Uitingen van kwetsbaarheid vragen om geïntegreerde zorg met bio psychosociaal en Multi causaal denken in plaats van het opeenstapelen van zorgketens. Kwetsbaren zouden in de Ketenzorg ouderen moeten vallen en buiten de Ketenzorg DM, VCRM en COPD, mede omdat de uitkomstmaten ook niet voor deze groep gelden. Ouderenzorg kan complex zijn als gevolg van ingewikkelde problematiek (**case** complexity). Ziekten, beperkingen en kwetsbaarheid zijn verweven en bemoeilijken de diagnostiek. Het kan ook zijn dat de zorg aan de patiënt complex is (**care** complexity), bijvoorbeeld als een combinatie van zorg nodig is en de mantelzorg beperkt is of uitvalt.

Bij **case** complexity ligt het accent op samenwerking van de huisartsvoorziening met medisch specialisten, specialisten ouderengeneeskunde, gespecialiseerde paramedici en psychologen voor de ziektediagnostiek en het benutten van nog aanwezige herstel mogelijkheden;

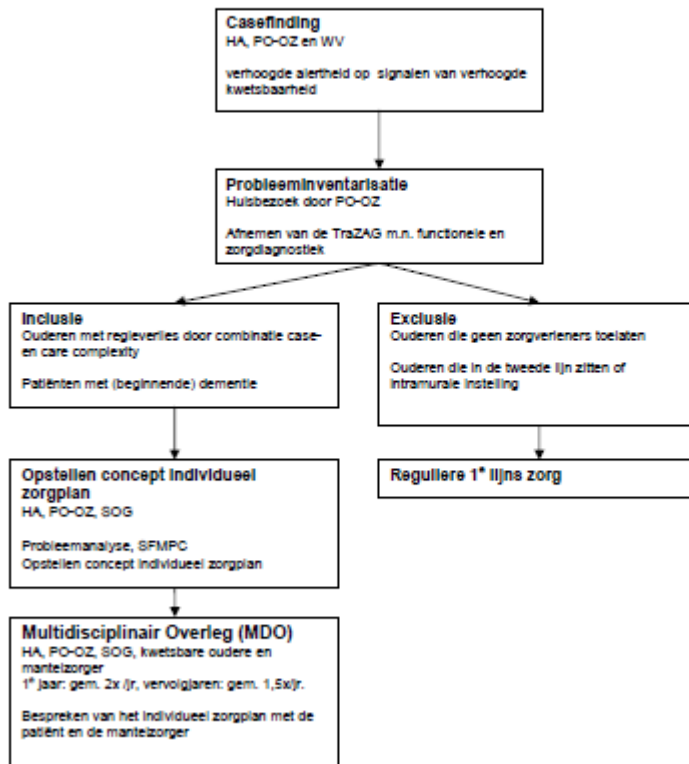
Bij **care** complexity ligt het accent meer op samenwerking met wijkverpleegkundigen, maar ook met specialisten ouderengeneeskunde en in ouderenzorg gespecialiseerde paramedici, verpleegkundigen en psychologen, welzijn en WMO, nu gericht op het vertragen of compenseren van functionele beperkingen.



### 3. Het zorgprogramma

#### Werkwijze zorgprogramma Kwetsbare Ouderen

##### Samenvatting werkwijze



#### Opsporing

Bij de opsporing van kwetsbare ouderen is niet gekozen voor systematische screening van de populatie ouderen op kwetsbaarheid, maar voor gerichte casefinding door de betrokken zorgverleners.

Daarbij wordt uitgegaan van de dagelijkse signalen uit de praktijk (huisarts, praktijkassistente, praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige of anderen).

Daarnaast kan een grove selectie gemaakt worden op bovenstaande ICPC codes of op polyfarmacie, GFR < 50 en leeftijd (zie criteria voor kwetsbaarheid). Door een proactieve houding van de zorgverleners ten aanzien van ouderen die al in zorg zijn worden diegenen opgespoord die dreigen kwetsbaar te worden door verlies van regie. Als eerste interventie wordt het Trazag Startdocument afgenomen (zie bijlage 1). Bij minimaal 3 maal antwoord "ja" wordt gestart met probleeminventarisatie middels de Trazag vragenlijsten.

#### In- en exclusie criteria

De inclusiecriteria voor het zorgprogramma zijn direct gerelateerd aan de definitie van kwetsbaarheid:

*Ouderen met regieverlies door een combinatie van case- en care complexity waardoor casemanagement met MDO's noodzakelijk wordt, en die instemmen met opname in het zorgprogramma.*

De volgende groepen kwetsbare ouderen worden **niet** in het zorgprogramma opgenomen:

- Kwetsbare ouderen die geen zorgverleners toelaten of niet willen deelnemen aan het programma, dienen wel in de gaten gehouden worden; Indien mogelijk wordt hen jaarlijks een Trazag startdocument aangeboden.
- Kwetsbare ouderen met een hoofdbehandelaar voor ouderenzorg in de tweede lijn of die naar een intramurale zorginstelling worden verwezen;
- Ouderen die door gunstige veranderingen in hun situatie niet meer aan de inclusiecriteria c.q. de definitie van kwetsbaarheid voldoen.
- Uitgangspunten voor taakverdeling tussen eerste en tweede lijn zijn landelijke richtlijnen (CBO, NHG) en regionale transmurale afspraken (RTA).

Daarbij geldt:

- Chronische zorg vindt in principe in de eerste lijn plaats, zolang die daar op kwalitatieve gronden goed kan worden uitgevoerd. Bij deze eerstelijns Ketenzorg worden de tweedelijns specialisten betrokken middels consultatie, casusbespreking en scholing.
- Chronische zorg, waarbij de tweede lijn op kwalitatieve gronden meerwaarde heeft voor de patiënt vindt (eventueel tijdelijk) plaats in de tweede lijn (bv. bij ernstige complicaties, of hoog complexe zorg).

### ***Probleeminventarisatie en nadere diagnostiek***

De praktijkondersteuner ouderenzorg verzamelt met behulp van het TraZAG instrument alle relevante elementen voor case- en carecomplexity. Afhankelijk van de bevindingen volgt zo nodig aanvullend onderzoek of ontstaan indicaties voor nadere diagnostiek naar nieuwe aandoeningen of bijvoorbeeld dementie. Dit wordt ingezet door de huisarts, meestal in samenwerking met de praktijkondersteuner, en op indicatie met specialist ouderengeneeskunde, of geriater (aanvullende diagnostiek op basis van de TraZAG).

Als alle noodzakelijke gegevens zijn verzameld worden deze door de praktijkondersteuner uitgewerkt in een zorgplan. In voorkomende gevallen kan de wijkverpleegkundige of de dementie consulente deze taak van de POH overnemen.



### ***Individueel zorgplan en multidisciplinair zorgplanoverleg (MDO)***

Het zorgplan kan een aanleiding zijn om een multidisciplinair overleg (MDO) met

patiënt, partner en/of mantelzorgers te beleggen. De POH is hiervoor de aanjager. Voor dit MDO nodigt POH de WV, DC, HA en SO uit en, indien gewenst, de patiënt en dienst mantelzorger en de zorgverleners en welzijnsfunctionarissen waarvan op voorhand een duidelijke toegevoegde waarde in de zorg en het MDO kan worden verwacht. In het MDO worden de persoonlijke doelen en prioriteiten met betrekking tot gezondheid en welzijn geformuleerd. Voorkeuren en opvattingen van de patiënt en de mantelzorger zijn hierin leidend. Deze worden in het *individueel zorgplan* opgenomen. Hierin wordt ook vastgelegd welke acties er door wie worden ondernomen en hoe deze worden geëvalueerd. Het is niet per se noodzakelijk dit in een MDO te bespreken; de HA en casemanager kunnen dit in de minder ingewikkelde casussen prima samen bespreken. Eventueel kan er nadien nog separaat met SO of andere betrokken disciplines overlegd worden. De vorm van het MDO is niet eenduidig, maar regionaal ingevuld. De follow-up is afhankelijk van de complexiteit van de zorg en het zorgplan. De casemanager is verantwoordelijk voor de organisatie en opvolging van de afspraken.

### ***Zelfmanagement en mantelzorg***

Het uitgangspunt in dit zorgprogramma is het ondersteunen van de kwetsbare oudere bij het verlies aan regie. Zelfmanagement in de ouderenzorg beoogt te anticiperen op- en het leren omgaan met de afname van regie. Het borgen van de noodzakelijke medische- en welzijnszorg zijn hierin belangrijke elementen.

Onmisbare partner in de ouderenzorg is de mantelzorger. Bij veel mantelzorgers is sprake van een zware belasting of overbelasting waarvoor adequate afstemming en ondersteuning noodzakelijk is.

De mantelzorger wordt desgewenst uitgenodigd voor het MDO en in ieder geval bijgepraat door de casemanager.

Op dit moment wordt de koppeling tussen het portaal van Portavita en het IZP geïntroduceerd, zodat er voor de patiënt en/of diens mantelzorger een online toegang ontstaat (E-health). Zo kunnen zij het zorgplan inzien en hierover meedenken.

### ***Zorgcoördinatie, centrale zorgverlener en eerstelijns kernteam***

Het samenbrengen van verschillende zorgverleners en voorzieningen vraagt om coördinatie. Daarbij worden twee functies onderscheiden.

De **casemanager**: Deze casemanager heeft een duidelijk beeld van wat het totaal aan zorg moet inhouden en geeft op basis daarvan aanwijzingen aan alle betrokken zorgverleners. Zij ordent, stelt prioriteiten en bewaakt dat alle zorg op elkaar wordt afgestemd. Ze is tevens de eerste contactpersoon voor de patiënt en de mantelzorgers en ondersteunt het zelfmanagement. De rol van de casemanager kan, afhankelijk van de situatie en de zorgbehoefte van de patiënt, worden vervuld door een praktijkondersteuner ouderenzorg, wijkverpleegkundige of dementie consulente.

Dan is er de **zorgcoördinator** (zorgorganisator, contactpersoon in de huisartsvoorziening). Dat is in alle gevallen de praktijkondersteuner ouderenzorg. Zij coördineert vanuit de huisartspraktijk de medische zorg, en organiseert de MDO's, en houdt contact met de casemanagers.

De huisarts wordt ingeschakeld als de problematiek daarom vraagt en is medisch-inhoudelijk eindverantwoordelijk.

Het eerstelijns kernteam bestaande uit (vertegenwoordigers van) HA, WV en SO, liefst aangevuld met een kaderhuisarts of een SO -kaderarts en zal op lokaal niveau de

voortgang van de Ketenzorg volgen en kan bij nieuwe initiatieven, problemen etc. de ketenpartners ondersteunen.

### **Medisch dossier en KIS PORTAVITA**

De casemanager bewaakt dat het actuele zorgplan wordt beschreven in het keteninformatiesysteem (KIS) Portavita. Dit wordt toegankelijk gemaakt als informatie- en communicatievoorziening voor alle geautoriseerde zorgverleners en mantelzorgers. Daarnaast zorgen huisarts en de praktijkondersteuner er voor dat in het HIS (huisartsinformatiesysteem) de juiste ICPC-codes worden aangebracht zodat er voortdurend een up to date bronbestand is gekoppeld aan het KIS.

ICPC codes :	Analyse kwetsbaarheid	A49.01
	Kwetsbaar	A05
	Polyfarmacie (medicatie review)	A49.02
	Fractuurpreventie	L49.01
	Valgevaar	L28
	CVRM	K49.01
	Gesprek over levenseinde	A58
	Niet reanimeren (en andere beslissingen rond levenseinde)	A20

In het komende jaar wordt er pilot gestart met een Patiënten portaal waarmee vraagsturing, mantelzorg en zelfmanagement verder zal worden ondersteund.



### **Polyfarmacie**

### **INDICATOR**

Niet alle kwetsbare ouderen die alle voorgeschreven medicijnen op de juiste wijze en op het goede moment innemen. Daarnaast hebben vrijwel alle kwetsbare ouderen veel verschillende medicamenten vanwege meerdere onderliggende aandoeningen. Een en ander houdt grote risico's in.

Ongeveer 30-45 procent van de 65-plussers (zo'n 750.000 tot 1 miljoen mensen) gebruikt 5 of meer verschillende geneesmiddelen. Voor bijna 20 procent van de 75-plussers loopt dit aantal op tot meer dan 9. Dat komt neer op ongeveer 200.000 mensen. De meest frequente problemen bij ouderen met polyfarmacie zijn dat ze te veel medicijnen innemen: men gebruikt een of meer geneesmiddelen die niet, of niet meer, nodig zijn (overbehandeling). Ook kan er sprake zijn van onder behandeling: dan is een

geneesmiddel wél nodig, maar wordt het niet voorgeschreven. Voor sommige groepen ouderen, zoals bewoners van verzorgingshuizen, blijkt dat **ongeveer 40 procent van hen wordt over-of onder behandeld**. Ook wordt een ongunstige wisselwerking tussen verschillende geneesmiddelen, evenals vermijdbare bijwerkingen als probleem bij mensen met polyfarmacie gemeld

Hier ligt een grote taak voor de huisartsvoorziening, apotheek en thuiszorg. Goede (afspraken over) instructie en toetsing door deze zorgverleners is essentieel. Er ligt een verantwoordelijkheid bij de apotheek en zullen er goede afspraken gemaakt moeten worden door HA en apothekers over de werkwijze hieromtrent.

#### *Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens*

*De richtlijn heeft als doel het voorkomen van fouten bij de overdracht van medicatiegegevens én het vergroten van de patiëntveiligheid doordat zorgprofessionals elkaar op tijd en goed informeren. De basis van de richtlijn is dat er altijd een actueel medicatieoverzicht van de patiënt beschikbaar is en dat dit overzicht meeverhuist naar de volgende zorgverlener van deze patiënt.*

Allereerst is de keuze van de medicatie een vast onderdeel bij het maken van het individueel zorgplan (huisarts en specialist ouderengeneeskunde). Daarnaast is in dit kader een jaarlijkse medicatiebeoordeling vanaf aanvang van het zorgproces aangewezen. De werkwijze wordt gebaseerd op de polyfarmaciecheck van de NHG. In voorkomende gevallen wordt overlegd met de specialist Ouderengeneeskunde of de geriater. Alle kwetsbare ouderen komen in aanmerking voor een medicatiebeoordeling.

#### **Advanced care planning**

#### **INDICATOR :ACP**

Advanced care planning beslaat het bespreken en registeren van de wensen ten aanzien van het levenseinde. Zowel het Niet Reanimeren, als bespreken van wel/niet behandelen vallen onder dit thema.

Registreren in het HIS en ICPC coderen (A20 NR, A58 gesprek over levenseinde) en doorgeven aan de HAP en indien nodig aan het ziekenhuis.

Er bestaat een toolkit ACP (NHG) met informatie en voorbeeldbrieven. Daarvan zal de werkgroep ouderenzorg, daar waar van toepassing is, gebruik van maken.

#### **Welzijn**

Welzijn is op dit moment nog regionaal geregeld, of moet nog geregeld worden. Van belang is dat er een contactpersoon is (WV uit sociaal wijkteam? Ouderenadviseur?) die de brug vormt tussen welzijn en zorg. Ook dit punt wordt nader uitgewerkt, maar veelal op gemeentelijk niveau.

## 4. Consultatie en verwijzing

### ***Specialist ouderengeneeskunde***

Bij patiënten in de eerstelijns DBC neemt de specialist ouderengeneeskunde (SO) deel aan het eerste multidisciplinair overleg. Daarnaast is er de mogelijkheid van telefonische of e-mail consultatie van de SO.

De huisarts kan reeds via KIS Portavita consultatie aanvragen bij de SO. DE SO heeft inzage in patiënten dossier via Portavita (na toestemming patiënt) en zal ook zijn advies hierin registreren. Deze specialisten zijn daarnaast betrokken bij casuïstiekbesprekingen en scholing van de huisartsen en praktijkondersteuners. Dit alles maakt deel uit van de eerstelijns DBC. Daarnaast zijn de SO en samenhangend (paramedisch ) expertteam (dementie consultatieteam, psycholoog, DC, maar ook gespecialiseerde fysiotherapie en ergotherapie) op **verzoek** beschikbaar voor (thuis) diagnostiek en behandeling.

Uitgangspunt bij de taakverdeling tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde is de complexiteit van de zorg en niet de vraag of de zorg in of buiten een verzorgingshuis plaats vindt.

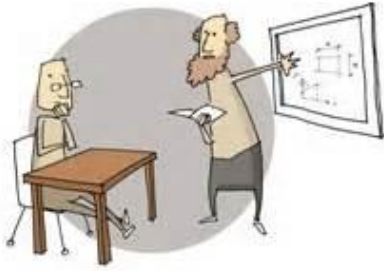
### ***Geriatr, internist ouderengeneeskunde***

Bij aanvang van de zorg zijn een aantal kwetsbare ouderen nog onder controle bij orgaanspecialisten in de tweede lijn. Een ander deel zal in verband met de kwetsbaarheid al zijn terugverwezen naar de huisartspraktijk. Slechts af en toe zal de medische zorg dermate specialistisch en hoog complex zijn dat deze langdurig en voornamelijk in de tweede lijn moet worden verricht.

Wel kan er sprake zijn van shared care waarbij de zorg vooral in de Eerstelijns wordt geleverd en medisch specialisten nog incidentele controles uitvoeren. De zorg voor kwetsbare ouderen kan doorgaans het best worden verricht (c.q. overgenomen) door de eerstelijnsketenzorg waarbij medisch specialisten als consulent geraadpleegd kunnen worden.

Geriaters en/of internisten ouderengeneeskunde zijn beschikbaar voor telefonische, e-mail- of fysieke consultaties, nemen deel aan scholing en feedbackbijeenkomsten. Bij complexe problematiek kan ook tijdelijk opname door een geriatr aangewezen zijn. Daarnaast vervullen zij (bij voorkeur) een coördinerende rol bij een ingreep of opname door andere medisch specialisten in het ziekenhuis.

Transferzorg is een aandachtspunt en het overleg met het St. Antonius ziekenhuis Utrecht/ Nieuwegein en Hofpoort Ziekenhuis in Woerden is gaande.



## 5. Onderwijs

Alle huisartsen/ POH's en eventueel thuiszorgmedewerkers zullen meer geschoold moeten worden in de materie van de complexe situatie rondom een oudere, waarbij autonomie en zelfredzaamheid de boventoon voert.

Het gaat een andere aanpak vergen ook van de "traditionele" vraaggerichte rol van de huisarts, naar meer een proactieve functionele benadering van de kwetsbare. Daarnaast zal aandacht besteedt moeten worden aan diverse specifieke onderwerpen, zoals advanced care planning, dementie, Multi morbiditeit etc. .

Wil het hele plan slagen (de keten) dan is onderwijs essentieel.

Met onderwijs aan huisartsen is reeds een start gemaakt op de Duodagen van november 2014. Het verdere onderwijs is in ontwikkeling.

## BIJLAGE 1 TRAZAG Startformulier

**Naam:**

**Geboortedatum:**

**Huisarts:**

		<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
<b>1.</b>	Heeft u regelmatig hulp nodig in het huishouden? (Stofzuigen, koken, schoonmaken etc.)		
<b>2.</b>	Heeft u hulp nodig bij het uitvoeren van de algemene dagelijkse activiteiten? (Wassen, aankleden etc. )		
<b>3.</b>	Heeft u de afgelopen periode (halfjaar) vaker de huisarts geconsulteerd / bent u opgenomen geweest in het ziekenhuis?		
<b>4.</b>	Heeft u moeite met zien en/of horen?		
<b>5.</b>	Heeft u problemen met uw geheugen?		
<b>6.</b>	Bent u somber gestemd, heeft u last van depressieve gevoelens?		
<b>7.</b>	Gebruikt u meer dan 3 verschillende medicijnen?		
<b>8a.</b>	Heeft u problemen met uw mobiliteit?		
<b>8b</b>	Bent u in het recente verleden gevallen?		
<b>9a.</b>	Bent u in de laatste periode afgevallen?		
<b>9b.</b>	Heeft u moeite met eten of drinken?		



## **BIJLAGE 2 Dementie Netwerk**

Als gevolg van de extramuralisering van de zorg zien we dat de eerstelijns zorg in toenemende mate geconfronteerd wordt met meer thuiswonende ouderen, die steeds vaker zwaardere en Multi morbiditeit problematiek hebben. De huisarts is de voor de hand liggende regisseur voor de zorg van deze thuiswonende ouderen.

De Ketenzorg Dementie Westelijk Utrecht met als zorginstellingen en De Rijnhoven zien een belangrijke toegevoegde waarde van de dementieconsulent ten behoeve van thuiswonende kwetsbare ouderen, vooral genoemd de toenemende groeiende doelgroep van mensen met dementie.

Het begeleiden van cliënten thuis vereist ook nauwe samenwerking en afstemming met de huisarts. De huisarts heeft in de thuissituatie de medische eindverantwoordelijkheid. Daarnaast wordt samengewerkt met vele andere zorgprofessionals, zoals de wijkverpleegkundige en andere thuiszorgmedewerkers, praktijkverpleegkundigen, medewerkers van dagbehandelingen en woon- zorgcentra, welzijnswerkers en vrijwilligers.

Ten aanzien van kwetsbare ouderen met dementie is de dementieconsulent inzetbaar vanaf het moment van een niet pluis gevoel.

In de praktijk wordt dat vorm gegeven middels een multidisciplinair zorgoverleg bij de huisarts waarin afstemming en verwijzing plaatsvindt. Binnen het werkgebied van de Ketenzorg Dementie Westelijk Utrecht is dit nog niet in alle huisartsenpraktijken uitgewerkt.

De dementieconsulent is een Hbo-opgeleide hulpverlener.

Hij/zij zorgt er voor dat mensen met dementie zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en zorgt daarbij dat de kwaliteit van wonen, zorg en welzijn gewaarborgd wordt. De dementieconsulent coördineert en zorgt voor continuïteit en afstemming van het zorgaanbod; geeft informatie, advies, begeleiding en ondersteuning aan mensen met dementie en hun mantelzorgers.

Hij/zij bemiddelt en behartigt de belangen van de cliënt en mantelzorger bij dienstverlening op het gebied van wonen zorg en welzijn. De dementieconsulent adviseert, ondersteunt en coördineert waar nodig tussen andere hulpverleners.

De huisarts is degene die start met het stellen van de diagnose. Als de huisarts twijfels heeft over de juiste diagnosestelling kan deze een aanvullend advies vragen aan het psychogeriatrisch consultatie-team.

De dementieconsulent werkt nauw samen met het psychogeriatrisch consultatieteam en blijft ook tijdens het diagnosetraject en daarna het aanspreekpunt voor de cliënt en diens relatie.

Casemanagement bij dementie heeft een duidelijk doel: ervoor zorgen dat de persoon met dementie zo lang mogelijk thuis kan wonen, met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Niet alleen voor de cliënt zelf, ook voor diens mantelzorger.

### **BIJLAGE 3 Afkortingenlijst**

SO	specialist ouderengeneeskunde
POH	praktijkondersteuner huisartsen
ICPC	International Classification of Primary Care
WP	Wijkverpleegkundige
HA	Huisarts
DC	Dementie consulente
TRAZAG	Transmuraal Zorg Assessment Geriatrie
KIS	Keteninformatiesysteem
DM	Diabetes Mellitus
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CVRM	Cardiovasculair risicomanagement

## **BIJLAGE 4 Uitleg opleiding kaderarts ouderen**

<https://laego.nhg.org/nhg-kaderopleiding-ouderengeneeskunde>

Kennis en vaardigheden op het gebied van de medische zorg voor ouderen komen aan de orde, zowel diagnostisch als qua aanpak, behandeling en begeleiding. Uw kennis van veel voorkomende ouderdomsziekten wordt opgefrist en geactualiseerd. Multimorbiditeit leren we aan te pakken aan de hand van een goede probleemanalyse, gevolgd door een zinvolle prioritering in diagnostisch en therapeutisch beleid. Dit alles met de bril van functionele geriatric: het behoud van functioneren staat voorop. Dat kan niet zonder goede communicatie en samenwerking met zowel de ouderen zelf, als met de familie en andere zorgverleners en disciplines. Regie voeren voor ouderen die dat zelf niet meer kunnen, met als kernwoorden anticiperen, delegeren, evalueren. Met oog voor ethische en maatschappelijke vraagstukken. Daarnaast willen we de organisatie van de medische zorg in verzorgingshuizen en in de regio verbeteren, aan de hand van voorbeeldpraktijken en projecten. Deelnemers gaan zelf aan de slag met verbeterplannen en een kwaliteitsproject. Ook besteden we aandacht aan wetenschappelijke vorming, onderwijs en consultaties aan collega's.

Kaderhuisartsen ouderengeneeskunde zijn toegerust om gewenste veranderingen in de eerstelijns ouderengeneeskunde uit te dragen en hebben zich verenigd in Laego: landelijke adviesgroep eerstelijns geneeskunde voor ouderen.