

# KETEN ZORG NU

## Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen

### ZorgCirkels en KetenzorgNU

*Versie 3.0 – Oktober 2019*



## INHOUDSOPGAVE

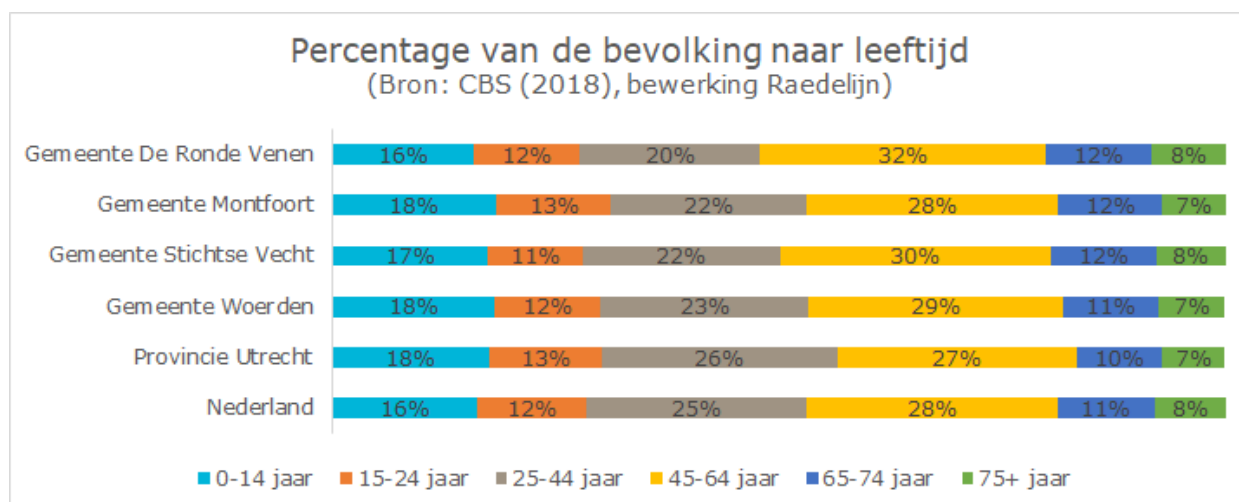
	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Doelstellingen</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Het Chronic Care Model</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Implementatie</b>	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>MDO</b>	<b>11</b>
<b>6</b>	<b>Samenwerking Specialist Ouderengeneeskunde</b>	<b>12</b>
<b>7</b>	<b>Consultatie in of verwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijn</b>	<b>12</b>

## INLEIDING

Voor u ligt het Zorgplan kwetsbare ouderen opgesteld door de Zorggroep KetenzorgNU en Zorgcirkels.

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

Uitgangspunt van dit zorgprogramma is een gezamenlijke ontwikkeling naar doelmatige, zinnige en zuinige ouderenzorg, met behoud van regionale accenten en waarin de opgedane ervaringen en verbeterpunten worden uitgewisseld.



Afbeelding 1. Percentage bevolking leeftijd

In dit zorgprogramma worden eerst de doelgroep en doelstellingen besproken. Vervolgens wordt de signalering van de kwetsbaarheid en de implementatie van het zorgprogramma uiteengezet. Ook wordt het opstarten van een MDO uitgelegd. Tenslotte wordt de niet onbelangrijke samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde (SO) besproken. Behalve dit zorgprogramma kan de in 2019 gepubliceerde Handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis\* met het 6 stappen model helpend zijn bij het maken van een plan van aanpak in de huisartsenpraktijk.

### Dankwoord

Dit zorgprogramma is opgesteld met dank aan de Kwaliteitswerkgroep Ouderenzorg en met dank aan de werkgroep leden ge-update in 2019.

\* [https://www.beteroud.nl/beteroud/media/documents/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis-mei-2019\\_1.pdf](https://www.beteroud.nl/beteroud/media/documents/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis-mei-2019_1.pdf)

# 1. Doelgroep

## Wie zijn de kwetsbare ouderen?

Het begrip kwetsbaarheid ("frailty") of kwetsbare ouderen wordt vaak gebruikt om die groep ouderen te definiëren die aan meerdere ziekten lijdt, 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 is een dynamisch begrip. 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 multimorbiditeit. 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..

Wanneer is iemand nu kwetsbaar? Functies die maken of er sprake is van enige kwetsbaarheid zijn: gebrek aan bewegen, evenwicht, lichamelijk actief zijn, zintuiglijke functies (horen, zien), kracht, uithoudingsvermogen, voeding, cognitie, stemming en coping, sociale steun en sociale relaties (SCP 2010).

Er zijn diverse screeningsinstrumenten ontwikkeld waarin deze criteria zijn verwerkt en op basis waarvan bepaald wordt of er sprake is van kwetsbaarheid: Easycare.TOS, GFI, TFI, TraZAG. De werkgroep heeft voor de TraZAG (Transmurale Zorgassessment Geriatrie) gekozen. Zie hierover meer in hoofdstuk 4.3.

De volgende groepen kwetsbare ouderen worden niet in het zorgprogramma opgenomen (exclusiecriteria):

- Kwetsbare ouderen die geen zorgverleners toelaten of niet willen deelnemen aan het programma. (Zij dienen wel vervolgd te worden. Indien mogelijk wordt hen jaarlijks een TraZAG startdocument aangeboden).
- Kwetsbare ouderen met een hoofdbehandelaar voor ouderenzorg in de tweede lijn of die in een intramurale zorginstelling verblijven.

Uitgangspunten voor taakverdeling tussen eerste en tweede lijn zijn landelijke richtlijnen (CBO, NHG) en regionale transmurale afspraken (RTA\*).

## 2. Doelstellingen

### 2.1 Doelstellingen voor ouderen

---

\* Zorg voor ouderen <https://trijn.nu/zorgafspraken/>

De doelstelling is om kwetsbare ouderen proactief en multidisciplinair te ondersteunen, met de volgende doelen voor de ouderen:

- Realiseren van een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven.
- Voorkomen van onnodig verlies van zelfredzaamheid.
- Opstellen van een zorgbehandelplan, met doelen, acties en interventies, gemaakt op de persoonlijke omstandigheden en met oog voor de eigen regie en het welzijn van de kwetsbare oudere.
- Voorkomen van overbelasting mantelzorg, evenwicht tussen draagkracht en draaglast bewaken.
- Met de juiste interventies zo lang mogelijk een veilige thuissituatie kunnen waarborgen.
- Optimale gezondheid in de voorkeursomgeving.
- Voorkomen van crisissituaties, hoog complexe zorg verminderen en de overgang naar institutionalisering in zorginstelling uitstellen. Zo kunnen zorgkosten in deze levensfase aanzienlijk worden beperkt.
- Dit alles in gezamenlijke besluitvorming met de kwetsbare oudere.

## 2.2 Doelstellingen voor de huisartsenpraktijk

Voor de huisartsenpraktijk zijn de doelen:

- Op structurele manier inzicht krijgen in de fysieke en psychosociale omstandigheden van ouderen in de praktijk.
- Gestructureerde samenwerking tussen de actoren cure en care.
- Kwetsbaarheid bij ouderen (75+) in de toekomst tijdig signaleren.
- Periodieke evaluatie van het zorgbehandelplan in een MDO (multidisciplinair overleg). De zorg wordt verleend door een scala aan zorgverleners. Door regelmatig een MDO te plannen zijn alle zorgverleners optimaal betrokken bij de doelgroep.

## 3 Theoretische basis – Het Chronic Care Model

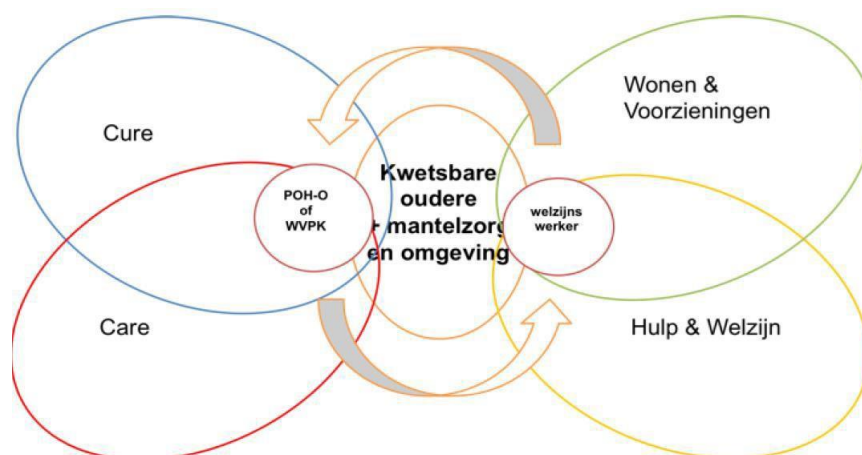
### 3.1 Het Chronic Care Model

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'. Hierin staat de kwetsbare oudere centraal en is de POH/wijkverpleegkundige de spil. Ook liggen er verbindingen tussen cure en care en wonen en welzijn. Dit betekent dat de zorg multidisciplinair van aard is.



Afbeelding 2. Vlindermodel Kwetsbare oudere mantelzorg en omgeving

## 2.1 Case- en care complexity

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 herstelmogelijkheden;

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.



## 4. Implementatie

### 4.1 Voorbereiding

De gestructureerde ouderen zorg kan van start gaan wanneer aan een aantal randvoorwaarden is voldaan:

- Opleiding en instructie van POH-S met het TraZAG-instrument (alle POH's hebben een TraZAG- boekje in hun bezit om te gebruiken bij invullen van de vragenlijsten).
- Instructie aan de POH's geven hoe de TraZAG lijsten geïnterpreteerd moeten worden (wanneer is iemand kwetsbaar?).
- Uitbreiding/opstellen van de sociale kaart/ netwerk van de praktijk met speciale aandacht voor ouderenzorg.
- Opzetten van gestructureerd overleg, in de vorm van MDO (Multidisciplinair Overleg). Zie pagina 11.
- Inventarisatie van de wijk gebonden activiteiten en stedelijke ontwikkelingen. Belangrijk is op de hoogte te zijn van wat er al ontwikkeld is of nog ontwikkeld wordt voor de ouderen in uw wijk/gemeente.

### 4.2 Signalering kwetsbare ouderen

Signalering kan door middel van:

- Case finding op het spreekuur, via mantelzorg, wijkzorg, andere zorgverleners. Verschillende beroepsgroepen in het medische en sociale domein hebben tools ontwikkeld om eerste signalen op te merken,
- Selectie doormiddel van een vragenlijst op kwetsbaarheid, toegestuurd met antwoordenvelop aan de doelgroep.
- Gericht case finding: jaarlijks de ingeschreven 75-plussers uit te draaien uit het HIS en te beoordelen op risicofactoren met betrekking tot kwetsbaarheid.

### 4.3 In kaart brengen van kwetsbaarheid

TraZAG (Transmurale Zorgassessment Geriatrie) is een hulpmiddel om een oudere gestructureerd in kaart te brengen.

Bij het huisbezoek wordt na het doorlopen van het Start document van de TraZAG het geïdentificeerde probleemgebied door een specifiek vervolgvormulier verder uitgevraagd door de praktijkondersteuner van de huisarts (POH). Het afnemen van de vragenlijst vindt bij voorkeur plaats in de thuissituatie, omdat de oudere hier beter geobserveerd kan worden op het gebied van cognitie en handelen. Indien de POH in de loop van tijd nieuwe problemen signaleert start de POH opnieuw de vragenlijst op.

Naast de TraZAG wordt de bloeddruk, lengte en het gewicht bepaald. Tevens kan een aanvullend laboratoriumonderzoek aangevraagd worden ter opsporing van eventueel behandelbare aandoeningen; Hb, BSE, glucose, TSH en kreatinine.

Op indicatie kunt u het volgende aanvragen: natrium en kalium (diuretica, braken/diarree), vitamine B1, B6 (onvolwaardig dieet, alcoholabusus), vitamine B12 en foliumzuur (anemie, paresthesieën, ataxie) urine op infectie (delier), vitamine D (bij vermoeden op osteomalacie: diffuse bot- en spierpijnen en proximale spierzwakte). (Bronnen; LESA laboratoriumdiagnostiek psychogeriatric en vit-D)



Met betrekking tot vitamine D: laboratoriumbepaling is vaak niet nodig, aangezien suppletie reeds wordt aanbevolen bij vrouwen  $\geq 50$  jaar en mannen  $\geq 70$  jaar, onafhankelijk van de vitamine D spiegel (bron Gezondheidsraad)

Bij een vermoeden van dementie vindt de screening nog gericht plaats op een aantal gebieden. Er wordt naast de standaard MMSE extra aandacht besteed aan:

- Heteroanamnese van partner/mantelzorgers naar ADL- en HDL-functioneren, gedragsverandering en beloop door de tijd. Hoe vergaat het aanleren van nieuwe vaardigheden.
- Zo nodig wordt de casemanager dementie in consult gevraagd.
- Eventueel kan voor de patiënt de specialist ouderengeneeskunde of geriater in consult gevraagd worden.

Het item polyfarmacie in de TraZAG kan gebruikt worden ter voorbereiding op de jaarlijkse polyfarmaciebespreking met de apotheker.

#### 4.4 Registratie in HIS en KIS

Zolang er geen sprake is van kwetsbaarheid wordt in HIS de episode A49.01 (ouderenzorg) gebruikt met de vermelding niet kwetsbaar, volgend jaar opnieuw beoordelen.

Is een patiënt kwetsbaar (geworden) dan wordt de episode A05 (algehele achteruitgang) gebruikt, met de vermelding kwetsbaar. In een deelcontact wordt een korte beschrijving opgenomen van de kwetsbare punten die uit de TraZAG zijn gekomen. In het diagnostisch dossier HIS kan de code kwetsbaar ja of nee in worden gevuld.

Daarnaast wordt de patiënt in keteninformatiesysteem (KIS) Portavita aangemeld in de module ouderenzorg.

Portavita is toegankelijk gemaakt als informatie- en communicatievoorziening voor alle geautoriseerde zorgverleners en mantelzorgers.

Het is belangrijk om al in dit stadium expliciet toestemming te vragen aan oudere en mantelzorgers om gegevens te mogen delen met andere betrokken professionals.

Vervolgens wordt in Portavita de TraZAG ingevuld met eventuele vervolgvragenlijsten, een consult ingevoerd, en een individueel zorgplan (IZP) opgesteld, zie bij 4.5.

De praktijkondersteuner bewaakt dat er goed wordt geregistreerd in het HIS en KIS.

Naast de goede registratie zorgen de huisarts en de praktijkondersteuner ervoor dat in het huisartsinformatiesysteem (HIS) de juiste ICPC-codes en ruiters worden aangebracht zodat er voortdurend een up to date bronbestand is gekoppeld aan het KIS.

Bij ieder volgend huisbezoek wordt wederom een IZP ingevoerd of de bestaande aangevuld en een consult ingevoerd.

In het HIS wordt onder het kopje memo volgende aanvullende gegevens genoteerd:

- Welke POH bezoekt deze patiënt.
- Frequentie van deze bezoeken.
- Eventuele contactpersonen en hoe ze bereikt kunnen worden.
- Eventueel welke thuiszorgorganisatie zorg levert.
- Of de voorgeschreven medicatie per baxter gaat
- Eventueel de dementieconsulente die betrokken is.

Zo mogelijk wordt in een vroeg stadium door de huisarts de wensen t.a.v. het levenseinde besproken (Advances Care Planning, zie de toolkit \*) en genoteerd in de episode A20 (Gesprek levenseinde/ behandelwensen) In geval van de wens Niet Reanimeren kan deze hier genoteerd worden en met toestemming van de kwetsbare oudere ( OPT-IN) is dit ook zichtbaar bij contact met de Huisartsenpost (HAP).

\*[https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/uploads/toolkit\\_acp\\_mbt\\_het\\_levenseindeokt\\_2017.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/toolkit_acp_mbt_het_levenseindeokt_2017.pdf)

Als voor de signalering met een selectiemethode gewerkt is en een score niet bekend is, omdat er geen respons was op de vragenlijst dan volgt onder een deelcontact in het HIS de episode A49.01 (ouderenzorg) met de vermelding: geen reactie ontvangen op de brief. Non-respondenten kunnen telefonisch worden benaderd.

Weigeraars worden in het HIS in een nieuw deelcontact geregistreerd onder A49.01 (ouderenzorg) onder notitie: weigert deelname. Er kan toestemming worden gevraagd om het volgende jaar opnieuw een formulier toe te sturen.

## 4.5 Opstellen zorgplan

Na de screening en eventuele aanvullende diagnostiek, wordt op basis van de zorgbehoefte van de oudere en de ondersteuningsbehoefte van de mantelzorg een zorgplan opgesteld. Dit plan bevat doelen, acties en (multidisciplinaire) interventies en wordt gemaakt op de persoonlijke omstandigheden en met oog voor de eigen regie en het welzijn van de kwetsbare oudere.

In het zorgbehandelplan worden de aandachtsgebieden besproken volgens het **SF MPC-model**:

- **S**omatisch
- **F**unctioneel
- **M**aatschappelijk
- **P**sychisch
- **C**ommunicatief

Het opstellen van het zorgbehandelplan gebeurt door de POH, eventueel samen met de huisarts, de wijkzorg en zo nodig met de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) of geriater. Naar aanleiding van het zorgbehandelplan volgt een gesprek met de patiënt en de mantelzorger over de behandeling die het best bij hem en zijn situatie past, en dit vormt de basis van het individueel zorgplan (IZP). Voor huisarts en praktijkondersteuners is het overzicht van doelen en afspraken een middel om de betrokkenheid van de patiënt in het zorgproces te bevorderen.

Het zorgplan kan ook in een multidisciplinair zorgbehandelplanoverleg (MDO) met patiënt, partner en/of mantelzorgers besproken en vastgesteld worden.

Belangrijk is dat per IZP duidelijk is wie de casemanager is: POH, wijkverpleegkundige, casemanager dementie enz.

In het IZP wordt vastgelegd welke acties door wie worden ondernomen en hoe deze worden geëvalueerd.

## 5. Multidisciplinair zorgplan overleg (MDO)

Voor dit MDO kunnen naast de patiënt en diens mantelzorger alle zorgverleners en welzijnsfunctionarissen worden uitgenodigd waarvan op voorhand een duidelijke toegevoegde waarde in de zorg en het MDO kan worden verwacht. Het IZP vormt de leidraad voor het MDO.

Een MDO team kan bestaan uit:

- Patiënt
- Mantelzorger
- Huisarts
- Praktijkondersteuner
- Wijkverpleging
- Specialist ouderengeneeskunde (SO)
- Casemanager dementie
- GGZ consulent
- Apotheker, jaarlijkse polyfarmacie beoordeling
- Diëtist
- Fysiotherapeut/ ergotherapeut/ oefentherapeut
- Sociaal wijkteam/ WMO consulente

### 5.1 Voorbereiding van een MDO in de huisartsenpraktijk

Een aantal keer per jaar vindt een MDO plaats, georganiseerd door de praktijkverpleegkundige/ POH ouderen. Elke kwetsbare oudere wordt tenminste één keer per jaar besproken. De POH selecteert de kwetsbare ouderen die besproken worden, nodigt de deelnemers uit die bekend zijn bij de patiënt als zorgverleners en maakt de agenda.

### 5.2 Uitwerking MDO

Na afloop van een MDO wordt e.e.a. als volgt verwerkt:

- Punten worden in het SFMPC -formulier uitgewerkt door de casemanager van het IZP.
- Actiepunten worden in Portavita gezet en het IZP aangevuld.
- Eventuele actiepunten en wie daar verantwoordelijk voor is, worden vermeld in het HIS onder een nieuw deelcontact in de episode A05.
- De besproken kwetsbare oudere wordt vast ingepland voor het volgende MDO.

### 5.3 Follow up

Complexe ouderenzorg is zorg op maat. De frequentie van de bespreking in het MDO hangt af van het opgestelde zorgplan en de complexiteit van de zorg. De aangewezen casemanager is verantwoordelijk voor de organisatie en opvolging van de afspraken naar de wensen van de oudere.

## 6.0 Samenwerking Specialist Ouderengeneeskunde (SO)

Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde werken steeds meer samen in de eerste lijn. De specialist ouderengeneeskunde heeft namelijk specifieke expertise over de groep kwetsbare patiënten met een complexe zorgbehoefte door hun co- of multimorbiditeit. (zie handreiking samenwerking huisarts-specialist ouderengeneeskunde\*)

De specialist ouderengeneeskunde (SO) kan deelnemen aan het MDO. Daarnaast is er de mogelijkheid van telefonische of e-mail consultatie van de SO. De huisarts kan reeds via het KIS Portavita consultatie aanvragen bij de SO. De SO heeft inzage in het patiëntendossier via Portavita (na toestemming van de patiënt) en zal ook zijn advies hierin registeren. Deze specialisten zijn daarnaast betrokken bij casuïstiekbesprekingen en scholing van de huisartsen en praktijkondersteuners. Daarnaast zijn de SO en samenhangend (paramedisch) expertteam (dementie consultatieteam, psycholoog, dementieconsulente, maar ook gespecialiseerde fysiotherapie en ergotherapie) op verzoek beschikbaar voor (thuis) diagnostiek en behandeling. Uitgangspunt bij de taakverdeling tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde is de complexiteit van de zorg en niet de vraag of de zorg in of buiten een verzorgingshuis plaats vindt.

Per 2020 wordt de zorg geleverd door de SO overgeheveld naar de zorgverzekeringswet.

\*<https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/nieuw-handreiking-samenwerking-huisarts-specialist-ouderengeneeskunde>

## 7.0 Consultatie in – en verwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijn

Criteria voor **consultatie** van een medisch specialist (klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde/ neuroloog/psychiater/geheugenpoli):

- Advies bij acute- en chronische complexe somatische en psychische problemen zoals een delier, (ernstige) gedragsproblemen bij dementie
- Medicatievragen bij complexe multimorbiditeit en complexe polyfarmacie
- Advies over al dan geen opname in het ziekenhuis of poliklinische verwijzing
- Advies over (aanvullend) onderzoek, diagnostiek en behandeling
- Advies over afwijkende labuitslagen
- Palliatief (of terminaal) (zorg)beleid, gericht op kwaliteit van leven bij complexe multimorbiditeit of vragen over euthanasie

Een **verwijzing** van een patiënt naar de 2e lijn, is gewenst indien:

- er sprake is van acute medische noodzaak tot opname in het ziekenhuis
- huisarts of SO tot de conclusie komt dat er onvoldoende onderzoeks-, behandel- en/of verzorgingsmogelijkheden zijn of onvoldoende veiligheid is in de thuissituatie en medisch specialistisch onderzoek en/of behandeling nodig is
- in de eerste lijn ingezette interventies niet tot het gewenste resultaat leiden.

Zie <https://trijn.nu/zorgafspraken/> RTA ouderenzorg

---

**KETENZORGNU**

**KetenzorgNU** is dé organisatie in de regio Noordwest-Utrecht  
voor betrokken zorgverleners in de chronische ketenzorg

**[WWW.KETENZORGNU.NL](http://WWW.KETENZORGNU.NL)**