



# Keten Complexe Zorg voor ouderen

---

Protocol ketenzorg aan kwetsbare ouderen

## Inhoud

Inleiding.....	2
1. Stroomschema.....	3
2. Inclusie ketenzorg.....	4
3. Behandeling en monitoring.....	5
3.1 Probleeminventarisatie .....	5
3.2 Individueel Zorgbehandelplan.....	5
3.3 Casemanagement en zorgcoördinatie .....	5
3.4 Multidisciplinair overleg.....	6
4 Modules binnen keten Ouderenzorg .....	7
4.1 Gezamenlijk medicatiereview .....	7
4.2 Eenmalig consult fysiotherapeut.....	7
4.3 Dieetzorg .....	7
5 Consultatie Specialist Oudergeneeskunde (SO) .....	9
6 Voorwaarden en deskundigheidseisen keten Ouderenzorg .....	11
6.1 Voorwaarden uitvoering keten Complexe Zorg voor Ouderen.....	11
6.2 Deskundigheidseisen .....	11

## Inleiding

ZIO wil de kwaliteit van de eerstelijnszorg voor ouderen in een kwetsbare positie en met een complexe zorgvraag, samen met ketenpartners verbeteren en borgen. Dit is in de periode 2008-2012 gebeurd aan de hand van project [G]OUD. [G]OUD is door ZIO in samenwerking met ketenpartners ontwikkeld met subsidie van het Nationaal Programma Ouderenzorg (VWS), Provincie Limburg en gemeente Maastricht en is in die periode in de helft van de huisartsenpraktijken in de regio uitgevoerd.

Gedurende de projectperiode van [G]OUD is gebleken dat een vorm van structurele financiering van de [G]OUD-consulten en van de coördinatie van de zorg, een belangrijke voorwaarde is om deze vorm van geïntegreerde ouderenzorg in de eerstelijns in de ZIO-regio te continueren en op wijkniveau verder vorm te geven. Om deze reden heeft ZIO in samenwerking met zorgverzekeraar VGZ de **Keten Complexe Zorg voor Ouderen** ontwikkeld. [G]OUD vormt de basis van deze keten. De ZIO-regio is hiermee één van de vier pilotregio's voor VGZ in het kader van de financiering Keten Complexe Zorg voor Ouderen. Deze keten is ter goedkeuring ingediend bij de NZA (onder de Beleidsregel-innovatie) en per januari 2013 officieel goedgekeurd. De officiële startdatum is 1 januari 2013 en 31 december 2017 is de einddatum. Het experiment is overeengekomen tussen zorgverzekeraar VGZ en ZIO.

De Keten Complexe Zorg voor Ouderen is gebaseerd op de ervaringen die in deze regio zijn opgedaan met het Project [G]OUD. De vragenlijsten en protocollen die met diverse zorgpartijen zijn opgesteld binnen dit project zullen toegepast worden en worden door de Ketenwerkgroep Kwetsbare Ouderen regelmatig geëvalueerd en bijgesteld.

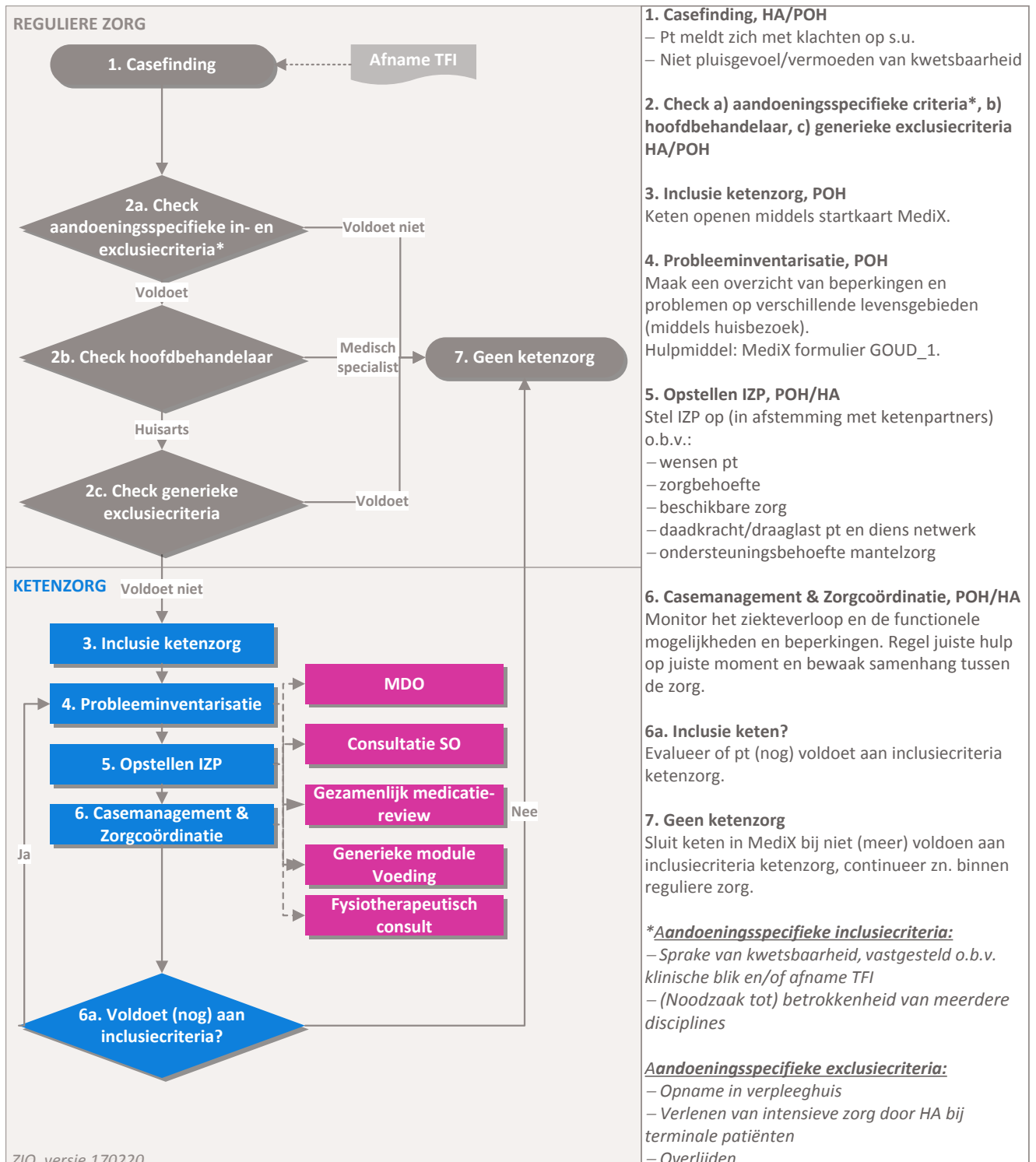
Bij vragen kunt u terecht bij:

Dhr. Frank Amory, coördinator Chronische Zorg  
T 043 350 69 37 E [f.amory@zio.nl](mailto:f.amory@zio.nl)

Mw. Maud van Hoof, medewerker Chronische Zorg  
T 043 350 69 28 E [m.van.hoof@zio.nl](mailto:m.van.hoof@zio.nl)

## 1. Stroomschema

In onderstaand figuur worden de stappen binnen de keten ouderenzorg gepresenteerd.



Figuur 1 Stroomschema keten Ouderenzorg.

## 2. Inclusie ketenzorg

De aandoeningsspecifieke in- en exclusiecriteria voor het ketenzorgprogramma worden onderstaand weergegeven.

Tabel 1 Aandoeningsspecifieke criteria keten ouderenzorg.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
<ul style="list-style-type: none"> <li>– <math>\geq 75</math> jaar<sup>1</sup></li> <li>– Sprake van kwetsbaarheid, vastgesteld o.b.v. klinische blik en/of afname <a href="#">Tilburg Frailty Index (TFI)</a></li> <li>– (Noodzaak tot) betrokkenheid van meerdere disciplines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Opname in verpleeghuis</li> <li>– Verlenen van intensieve zorg door de huisarts aan terminale patiënten<sup>2</sup></li> <li>– Overlijden</li> </ul>

<sup>1</sup>In principe geldt het leeftijds criterium  $\geq 75$  jaar voor inclusie in de keten ouderenzorg. Echter, wanneer kwetsbaarheid wordt vastgesteld op basis van de TFI bij een patiënt jonger dan 75 jaar én er noodzaak is tot betrokkenheid van meerdere disciplines, dan mag ook deze patiënt geïnccludeerd worden in de keten.

<sup>2</sup>Het verlenen van intensieve zorg door de huisarts aan terminale patiënten, is reden voor exclusie uit de keten ouderenzorg. Op dat moment kan de M&I verrichting Intensieve Zorg regulier gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar.

### 3. Behandeling en monitoring

De zorg die geleverd wordt binnen de keten ouderenzorg kenmerkt zich, door een combinatie van factoren die elkaar beïnvloeden en waarbij oorzaak en gevolg moeilijk te ontwarren zijn, door een grote complexiteit en diversiteit. Er is dan ook geen standaard procedure beschikbaar.

Kenmerken van de zorg aan kwetsbare ouderen zijn:

- integrale zorg en veel nadruk op functionele diagnostiek;
- casemanagement en zorgcoördinatie.

#### 3.1 Probleeminventarisatie

Als eerste stap maakt de POH een overzicht van beperkingen en problemen op verschillende levensgebieden. Deze probleeminventarisatie wordt middels een huisbezoek gedaan. Een hulpmiddel dat hierbij gebruik kan worden is het, ten tijde van het NPO project [G]OUD ontwikkelde, [\[G\]OUD assessment](#). De bevindingen en prioritering (welke problemen zijn het meest urgent voor de oudere zelf en voor de zorgverlening?) worden gerapporteerd in het MediX formulier GOUD\_1. Mintens éénmaal per jaar vindt een herbeoordeling van de kwetsbaarheid en functionele beperkingen plaats aan de hand van de probleeminventarisatie (MediX formulier GOUD\_1). Samen met de patiënt bekijkt de POH of er zaken spelen die afgelopen jaar veranderd danwel verslechterd zijn.

#### 3.2 Individueel Zorgbehandelplan

Ter ondersteuning van zelfmanagement wordt in afstemming met ketenpartners een individueel zorgplan (IZP) opgesteld. In dit plan staat welke doelen zijn afgesproken, welke beslissingen zijn genomen voor het realiseren van deze doelen, welke begeleiding de patiënt krijgt, hoe en wanneer wordt gecontroleerd en bijgesteld en wie vanuit het behandelteam verantwoordelijk is voor het behandelbeleid. Het IZP is onder andere afhankelijk van de wensen van de patiënt, de zorgbehoefte, de beschikbare zorg, de daadkracht en draaglast van patiënt (en diens mantelzorger) en de ondersteuningsbehoeften vanuit de mantelzorg.

Het IZP wordt in het journaal (in de SOEP regels) in MediX gerapporteerd.

#### 3.3 Casemanagement en zorgcoördinatie

Doel van casemanagement en zorgcoördinatie is monitoring van het ziekteverloop en van de functionele mogelijkheden en beperkingen, begeleiding en ondersteuning van de patiënt met persoonlijke adviezen en begeleiding, en het regelen en afstemmen van gelijktijdige of opeenvolgende zorg-, hulp- en/of dienstverlening rondom een patiënt met alle betrokken zorg-, hulp- en dienstverleners. De zorgcoördinator zorgt voor tijdige informatie-uitwisseling tussen de betrokkenen, houdt het zorgbehandelplan bij en plant indien nodig een MDO.

De POH schakelt in overleg met de huisarts gericht zorg- en dienstverlening in die functies kunnen herstellen of ondersteunen zoals fysiotherapie, ergotherapie en het gebruik van hulpmiddelen, welzijnswerk of dagopvang in een verzorgingshuis. Goede kennis van alle voorzieningen in de wijk is een voorwaarde.

De POH geeft als zorgcoördinator uitvoering aan het IZP, en monitort het proces. Aan de hand van het IZP bespreekt de POH met de oudere (en eventuele mantelzorger) welke acties nodig zijn. In vervolgesprekken evalueert de POH samen met de oudere de in gang gezette zorg. Indien van toepassing, wordt informatie opgevraagd bij en/of overleg gepleegd met ketenpartners. Na elk periodiek contact stelt POH het IZP bij, in overleg met de huisarts en andere betrokken zorgverleners.

Bij tussentijdse escalaties of belangrijke wijzigingen in het IZP van een individuele patiënt, wordt afstemming gezocht met de benodigde disciplines. De casemanager is zo nodig tussentijds

bereikbaar voor patiënt en mantelzorger. Patiënt en mantelzorger weten waarvoor en hoe zij de casemanager kunnen bereiken.

### 3.4 Multidisciplinair overleg

Het MDO (multidisciplinair overleg) is onderdeel van een cyclisch proces van zorgverlening, 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 MDO bestaat uit de volgende onderdelen: Informatie-uitwisseling, het vaststellen van zorgdoelen, interventies afspreken en evalueren. Hierdoor ontstaat tevens algemene afstemming tussen zorgverleners, leert men van elkaar en verbetert de onderlinge samenwerking en communicatie. Door het vaststellen van zorgdoelen is voor alle zorgverleners, maar ook voor de oudere en diens familie, duidelijk wat haalbaar is<sup>1</sup>.

ZIO heeft een document opgesteld om de praktijkmedewerkers te helpen met het organiseren van een MDO, zie ['Handreiking Organisatie MDO'](#). Indien er al initiatieven en/of samenwerkingsverbanden bestaan in de wijk/regio dan zoekt men daarbij aansluiting.

---

<sup>1</sup> LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde. Eerstelijns gestructureerd periodiek overleg (GPO) over ouderen met complexe problematiek. 2011 [cited 2016, dec].

## 4 Modules binnen keten Ouderenzorg

Binnen de keten Ouderenzorg is het gezamenlijk medicatiereview, het eenmalig consult van de fysiotherapeut en diëtzorg gecontracteerd.

### 4.1 Gezamenlijk medicatiereview

POH, huisarts en apotheker voeren éénmaal per jaar een gezamenlijk medicatiereview uit bij alle patiënten waarbij sprake is van polyfarmacie<sup>2</sup> en/of problemen met (het gebruik van) medicatie. Voor een instructie en verwijzen wij u naar het '[Protocol Medicatiereview](#)'.

NB. De inspectie ziet toe dat gezamenlijke medicatiereviews verricht worden<sup>3</sup>. De reviews uitgevoerd i.h.k.v. de keten Ouderenzorg kunnen hiervoor opgevoerd worden.

### 4.2 Eenmalig consult fysiotherapeut

binnen de keten ouderenzorg bestaat de mogelijkheid de patiënt voor een eenmalig consult naar de (gespecialiseerd) fysiotherapeut te verwijzen, zonder dat het eigen risico van de patiënt wordt aangesproken. De fysiotherapeut besluit in overleg met de patiënt of verdere fysiotherapeutische behandeling geïndiceerd is. Via MediX, in het patiëntdashboard, kan de patiënt doorverwezen worden naar de fysiotherapeut (zie de gebruikershandleiding MediX voor een verdere instructie). Enkel bewegingsarmoede kan al de aanleiding zijn dit te doen. De fysiotherapeut zorgt voor een terugkoppeling naar de verwijzer door het rapporteren van zijn bevindingen en besluit in het hiervoor bestemde MediX formulier.

De gecontracteerde fysiotherapeuten treft u op de website van ZIO.

Tabel 2 Inclusiecriteria eenmalig consult (gespecialiseerd) fysiotherapeut.

Inclusiecriteria eenmalig consult fysiotherapeut
– Bewegingsarmoede
– Val- e/o mobiliteitsproblematiek
– Incontinentie

Wanneer stuurt u de patiënt naar een fysiotherapeut met een specifiek aandachtsgebied?

- Wanneer sprake is van een duidelijke hulpvraag op één domein is een algemeen fysiotherapeut voldoende competent de patiënt te behandelen.
- Wanneer er geen duidelijke hulpvraag is en er problemen zijn op meerdere domeinen is de geriatriesch fysiotherapeut de aangewezen behandelaar.
- Wanneer sprake is van incontinentie, is de geregistreerd bekkenfysiotherapeut de aangewezen behandelaar.

### 4.3 Diëtzorg

Individuele en gespecialiseerde diëetbehandeling door een diëtiste is gecontracteerd binnen de keten ouderenzorg. Dat betekent dat een patiënt verwezen kan worden naar de diëtist zonder dat het eigen risico wordt aangesproken e/o een aanvullende verzekering noodzakelijk is. Via MediX, in het patiëntdashboard, kan de patiënt doorverwezen worden naar de diëtist (zie de gebruikershandleiding MediX voor een verdere instructie). De inclusiecriteria worden in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 3 Inclusiecriteria diëtzorg.

Inclusiecriteria diëtzorg
– Overgewicht (BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> ) en gemotiveerd en andere medische redenen een gewichtsreductie vereisen

<sup>2</sup> Polyfarmacie:  $\geq$  5 geneesmiddelen op ATC3-niveau die chronisch gebruikt worden door een patiënt. Geneesmiddelen met een gelijke ATC3- code (gelijke therapeutische subgroep) tellen als 1 geneesmiddel.

<sup>3</sup> Zie voor meer informatie [Vastgestelde handhavingsnormen medicatiebeoordelingen](#), 2015.



- Ondergewicht:
  - BMI  $\leq 21$  kg/m<sup>2</sup>, e/o
  - Vetvrije massa index (VVM-i)  $\leq 16$  (mannen); VVM-i  $\leq 15$  (vrouwen), e/o
  - Ongewenst gewichtsverlies ( $> 5\%$  in een maand of  $> 10\%$  in zes maanden)

## 5 Consultatie Specialist Oudergeneeskunde (SO)

In de regio Maastricht-Heuvelland kunnen huisartsen (en praktijkondersteuners) met vragen over complexe problematiek bij hun oudere patiënten, voor consultatie en advies bij een specialist ouderengeneeskunde (SO) van het team van Envida en Mosae Zorggroep terecht. De specialist ouderengeneeskunde biedt specifieke medische geneeskundige zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieke patiënten. De expertise van de specialist ouderengeneeskunde is zeer waardevol bij de analyse van de problematiek, bij het diagnostisch proces in een complexe zorgsituatie en bij het opstellen van een zorgplan. De specialist ouderengeneeskunde doet, onder andere, anamnese, lichamelijk onderzoek, eenvoudige (laboratorium) diagnostiek en de verwijzing naar een medisch specialist. Ook kan hij medicijnen voorschrijven en eenvoudige verrichtingen uitvoeren. Zie voor meer informatie de handreiking ‘Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde’<sup>4</sup>.

### Indicatie voor consultatie SO

Consultatie van de SO wordt geadviseerd bij:

- Vragen rondom medisch beleid of diagnostisering bij patiënten met complexe co- en multimorbiditeit.
- (Onbegrepen of plotselinge) mobiliteitsproblemen of valincidenten en verminderde zelfredzaamheid.
- (Onbegrepen of plotselinge) atypische klachten en problemen die de kwaliteit van leven van de patiënt aantasten.
- Dementie, geheugenproblemen, wanen, hallucinaties en verwardheid.
- Apathie, depressie en stemmingsstoornissen.
- Gedragsproblemen, agitatie, achterdocht of afwerend gedrag.
- Late gevolgen van het CVA en andere chronische aandoeningen (waaronder de ‘onzichtbare’ gevolgen).
- Problemen als gevolg van chronische progressieve en neurologische aandoeningen (MS, Parkinson).
- Palliatieve en terminale zorg voor patiënten met complexe multimorbiditeit.
- Complexe polyfarmacie als gevolg van multimorbiditeit.
- Vragen over medische beslissingen bij wilsonbekwaamheid of verminderd ziekte-inzicht.
- Advies over zorg of opname/indicatie voor de specifieke doelgroep.
- Complexe palliatieve zorg.
- Complexe palliatieve terminale zorg.
- Vragen rondom levenseinde.

De geriatisch internist van het MUMC+ consulteert u wanneer snelle en/of technische diagnostiek vereist is.

### Werkwijze consultatie

De werkwijze is afhankelijk van de afspraken die op praktijkniveau met de SO gemaakt zijn. Er zijn verschillende mogelijkheden zoals telefonische consultatie, gezamenlijk spreekuur of een visite door de SO.

Tabel 4 Telefoonnummers telefonische consultatie.

Contactpersoon	Tel.nummer	Overige gegevens
Envida	043 850 93 84	Secretariaat Envida ( <a href="mailto:secretariaatexpertise@envida.nl">secretariaatexpertise@envida.nl</a> )

<sup>4</sup> LHV & Verenso. Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde; Samenhangende geneeskundige zorg voor patiënten met een complexe zorgbehoefte. 2016 [cited 2016, dec]. Available from: <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/nieuw-handreiking-samenwerking-huisarts-specialist-ouderengeneeskunde>.

Mosae Zorggroep	0468 001 940, 06 51 24 90 99	Novicare, M. van Iersel ( <a href="mailto:MvanIersel@novicare.nl">MvanIersel@novicare.nl</a> )
--------------------	---------------------------------	--

## 6 Voorwaarden en deskundigheidseisen keten Ouderenzorg

### 6.1 Voorwaarden uitvoering keten Complexe Zorg voor Ouderen

Gezien het multidisciplinaire karakter van ouderenzorg, zijn voorwaarden voor de uitvoering van de keten de volgende:

- samenwerking en/of overleg met de wijkverpleegkundige;
- samenwerking met/consultatie van de SO (Specialist Ouderengeneeskunde), zie [hoofdstuk 5](#);
- minimaal jaarlijks gezamenlijk medicatie review bij patiënten met polyfarmacie en/of problemen in (gebruik van) medicatie, zie [paragraaf 4.1](#).

### 6.2 Deskundigheidseisen

Afhankelijk van de achtergrond van de POH, bestaat de volgende scholingsverplichting voor de uitvoer van de keten Ouderenzorg door de POH:

	Mogelijke achtergrond POH	Beleid ZIO
1	DA + module POH vóór 2012	Verplichting tot volgen post-hbo module 'Ouderenzorg voor Praktijkondersteuners' (of andere gelijkwaardige opleiding e/o ervaring*)
2	DA + module POH vanaf 2012	Geen verplichting, wel sterk advies: <ul style="list-style-type: none"> <li>– volgen post-hbo module 'Ouderenzorg voor Praktijkondersteuners', e/o</li> <li>– uitvoering 3 assessments in aanwezigheid van W. Engering (adviseur POH ZIO)</li> </ul>
3	DA + module POH (ongeacht voor of na 2012) + post-hbo module 'Ouderenzorg voor Praktijkondersteuners'	Geen verplichting, wel sterk advies uitvoering 3 assessments in aanwezigheid van W. Engering (adviseur POH ZIO)
4	VP + module POH vóór 2012	Verplichting tot volgen post-hbo module 'Ouderenzorg voor Praktijkondersteuners' (of andere gelijkwaardige opleiding e/o ervaring*)
5	VP + module POH vanaf 2012	Geen verplichting, wel sterk advies uitvoering 3 assessments in aanwezigheid van W. Engering (adviseur POH ZIO)
6	VP + module POH (ongeacht voor of na 2012) + post-hbo module 'Ouderenzorg voor Praktijkondersteuners'	Geen verplichting, wel sterk advies uitvoering 3 assessments in aanwezigheid van W. Engering (adviseur POH ZIO)
7	HBO-V + POH uitstroomprofiel POH	Geen verplichting, wel sterk advies uitvoering 3 assessments in aanwezigheid van W. Engering (adviseur POH ZIO)

\* In hoeverre alternatief volstaat is ter beoordeling van de inhoudelijke werkgroep Ouderenzorg.

Bovendien geldt, als contractvoorwaarde binnen de ketenzorg, het volgen van scholing door POH (4 uur per keten). ZIO biedt een nascholingscurriculum aan voor huisartsen en POH waarmee aan deze verplichting voldaan kan worden, zie voor programma en aanmelden de website [www.zio.nl](http://www.zio.nl).