



Keten Complexe Zorg voor ouderen

Protocol ketenzorg aan kwetsbare ouderen

Inhoud

Inhoud.....	1
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 (MDO).....	6
4. Modules binnen keten Ouderenzorg.....	7
4.1. Advance Care Planning (ACP) gesprek.....	7
4.2. Medicatie Beoordeling (MBO).....	7
4.3. Eenmalig consult fysiotherapeut.....	7
4.4. Dieetzorg.....	7
5. Inzet Specialist Oudergeneeskunde (SO).....	9
6. Inzet Casemanager Dementie (CMD).....	10
7. Voorwaarden en deskundigheidseisen keten Ouderenzorg.....	11
7.1. Voorwaarden uitvoering keten Complexe Zorg voor Ouderen.....	11
7.2. Deskundigheidseisen.....	11
7.2.1 Deskundigheidseisen POH.....	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 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.

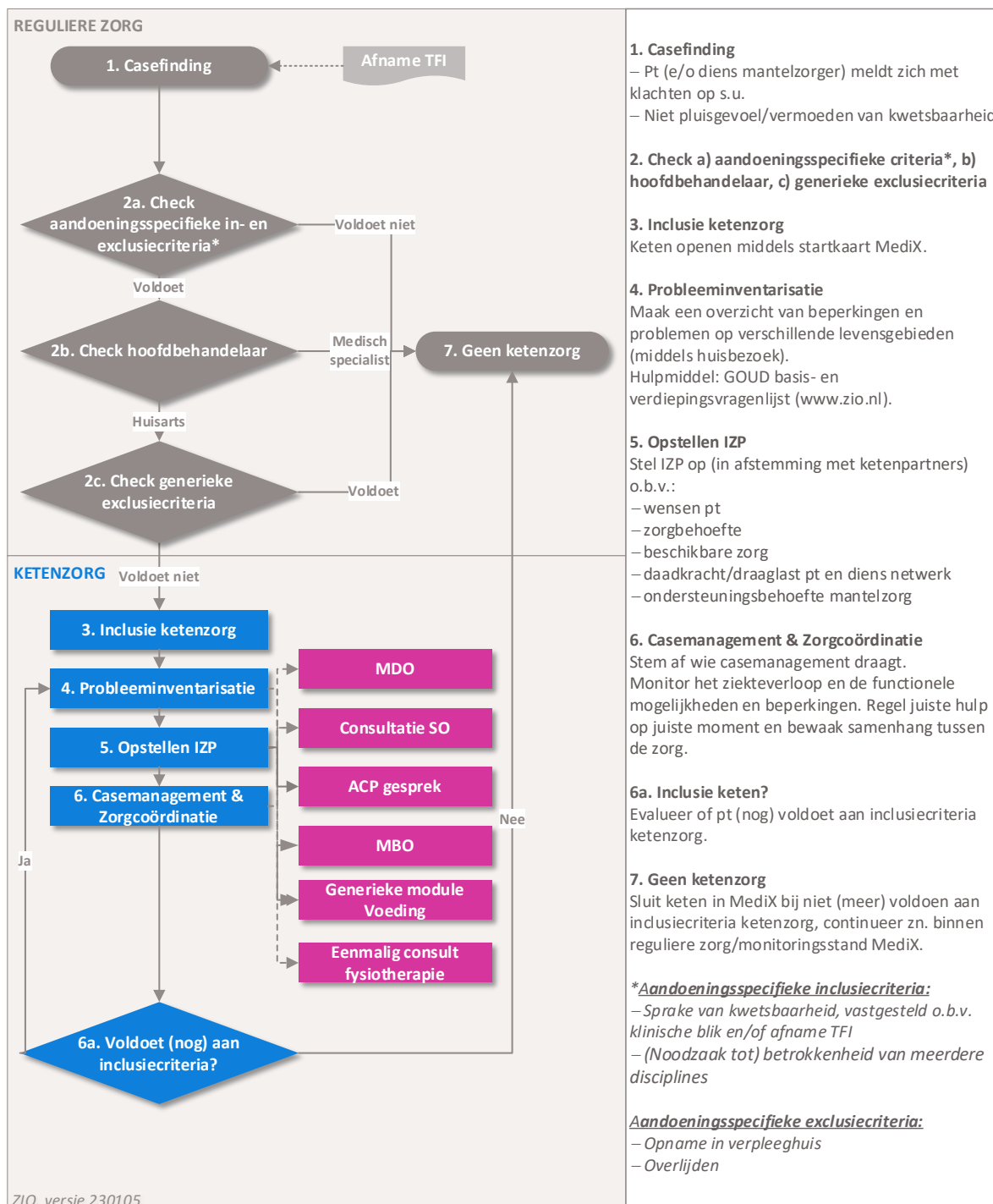
Bij vragen kunt u terecht bij:

Dhr. Frank Amory, programmamanager Ouderenzorg
T 043 350 69 37 E f.amory@zio.nl

Mw. Maud van Hoof, medewerker Chronische Zorg
T 043 350 69 28 E 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"> – ≥ 75 jaar¹ – Sprake van kwetsbaarheid, vastgesteld o.b.v. klinische blik en/of afname Tilburg Frailty Index (TFI) – (Noodzaak tot) betrokkenheid van meerdere disciplines 	<ul style="list-style-type: none"> – Opname in verpleeghuis – Overlijden

¹In principe geldt het leeftijdscriterium ≥ 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.

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/WVK 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, te vinden op de ZIO website, [Protocollen en documenten - ZIO](#). 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. Samen met de patiënt bekijkt de POH/WVK 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

Deze taak kan worden uitgevoerd door de POH ofwel de WVK. Op basis van de probleeminventarisatie en in overleg met de huisarts wordt afgesproken wie de taak van casemanagement/zorgcoördinatie op zich neemt.

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/WVK 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/WVK geeft als zorgcoördinator uitvoering aan het IZP, en monitort het proces. Aan de hand van het IZP bespreekt de POH/WVK met de oudere (en eventuele mantelzorger) welke acties nodig zijn. In vervolgesprekken evalueert de POH/WVK 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/WVK 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 (MDO)

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. Bij het MDO sluit in ieder geval het kernteam aan, bestaande uit huisarts en POH en/of WVK. Idealiter sluiten ook de CMD (casemanager Dementie) en SO (Specialist Ouderengeneeskunde) aan.

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 is¹.

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

¹ LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde. 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 ACP (Advance Care Planning) gesprek, het gezamenlijk medicatiereview, het eenmalig consult van de fysiotherapeut en dietzorg gecontracteerd.

4.1. Advance Care Planning (ACP) gesprek

Advance care planning is een proces waarbij de patiënt met zijn of haar behandelend arts zijn wensen, doelen en voorkeuren voor zorg rond het levenseinde bespreekt en eventueel vastlegt, vooruitlopend op het moment dat de patiënt zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen. Aanleiding dit gesprek te voeren is een negatief antwoord op de zogenaamde Surprise Question (*Zou ik verbaasd zijn als deze patiënt binnen 12 maanden komt te overlijden?*). Dit gesprek wordt gevoerd door de huisarts en levenseindewensen worden vastgelegd in het HIS en het zorgdossier van de patiënt. De huisarts draagt bovendien de verantwoordelijkheid informatie omtrent levenseindewensen te delen met waarnemers, huisartsenpost en specialisten. Zie voor verdere informatie de [Toolkit Advance Care Planning m.b.t. het levenseinde van de LAEGO](#).

4.2. Medicatie Beoordeling (MBO)

Het MBO is een integrale beoordeling van de farmacotherapie door patiënt (of mantelzorger), arts en apotheker op basis van een gestructureerde, kritische evaluatie van de medische-, farmaceutische- en gebruiksinformatie met als doel het optimaliseren van de effectiviteit van de farmacotherapie en het verminderen van de kans op farmacotherapeutische problemen. Het MBO is onderdeel van de keten.. De SO (Specialist Oudergeneeskunde), kan indien gewenst, betrokken danwel geconsulteerd worden. De indicatie, frequentie en procedure van dit MBO wordt beschreven in het 'Protocol Medicatie Beoordeling' op de ZIO website, [Protocollen en documenten - ZIO](#).

4.3. 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.

4.4. Dietzorg

Individuele en gespecialiseerde dieetbehandeling 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 indicaties voor verwijzing naar de diëtist bij een kwetsbare ouderen zijn in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 3 Indicaties dieetzorg.

Indicaties dieetzorg	
–	Indien er sprake is van onbedoeld gewichtsverlies van >5% binnen 1 maand of >10% binnen 6 maanden en/of een te laag lichaamsgewicht (18-65 jaar: BMI <18,5kg/m ² , en 65 jaar: BMI <20kg/m ²)Bij een screeningsuitslag “ondervoed of “risico op ondervoeding” met een gevalideerd screeningsinstrument,)

5. Inzet 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) 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'².

Indicatie voor inzet SO

Betrokkenheid 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, aansluiten bij MDO of een visite door de SO.

Meer informatie

Voor meer informatie kunt u terecht bij Frank Amory, programmamanager ouderenzorg ZIO (E: f.amory@zio.nl, T: 043 350 69 87).

² 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>.

6. Inzet Casemanager Dementie (CMD)

Wanneer de bovenliggende problematiek dementie betreft, kan het casemanagement overgedragen worden aan de CMD (Casemanager Dementie).

De huisartsenpraktijk heeft een vaste Casemanager Dementie (CMD). De CMD is een onafhankelijke vaste begeleider voor mensen met dementie en hun naasten. Een casemanager informeert, begeleidt, denkt mee, adviseert en regelt zorg en helpt zo mensen om te gaan met de ziekte en met de gevolgen ervan in het dagelijks leven.

De casemanager kan worden ingeschakeld bij mensen waar een ernstig vermoeden op dementie bestaat of vlak na de diagnose. De casemanager dementie heeft specifieke kennis, vaardigheden en ervaring op het gebied van dementie en dementiezorg. De casemanager helpt en ondersteunt mensen met dementie en hun naasten bij het vinden van passende oplossingen voor de problemen die mensen ondervinden in het dagelijks leven. Wijst mensen de weg in alle wet- en regelgeving. Daarbij werken ze nauw samen met de huisarts/POH en de WVK. Het welzijn van de mensen staat telkens centraal.

De casemanager staat naast een persoon met dementie en zijn/haar naasten tot aan overlijden of opname in het verpleeghuis.

Voorbeelden van wat de casemanager te bieden heeft:

- Informatie en advies geven over o.a. het verloop van de ziekte,
- Een luisterend oor bieden en meedenken bij bijvoorbeeld onbegrepen gedrag van de naaste met dementie
- Inzicht geven in de mogelijkheden van zorg en ondersteuning
- Helpen bij het inschakelen en aanvragen van passende ondersteuning
- In overleg met cliënten contacten onderhouden met betrokken zorgverleners en de zorg op elkaar afstemmen
- Organiseren van familiegesprekken

7. Voorwaarden en deskundigheidseisen keten Ouderenzorg

7.1. Voorwaarden uitvoering keten Complexe Zorg voor Ouderen

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

- Op basis van een multidomein probleeminventarisatie is een IZP (Individueel Zorgplan) opgesteld en vastgelegd voor de in de keten geïnccludeerde patiënt, zie [paragraaf 3.1](#) en 3.2;
- De in de keten geïnccludeerde patiënt is besproken in een MDO en het IZP is afgestemd met alle betrokkenen, zie [paragraaf 3.4](#);
- Behandelwensen t.a.v. ACP van de in de keten geïnccludeerde patiënt zijn besproken, vastgelegd en ketenpartners zijn geïnformeerd, zie [paragraaf 4.1](#);
- Er vindt, bij indicatie, een medicatiebeoordeling plaats in samenwerking met de apotheker, zie [paragraaf 4.2](#).

7.2 Deskundigheidseisen

7.2.1 Deskundigheidseisen POH

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

	Mogelijke achtergrond	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"> – volgen post-hbo module 'Ouderenzorg voor Praktijkondersteuners', e/o – uitvoering 3 assessments in aanwezigheid van W. Engering (adviseur POH ZIO)
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 ervaren POH
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 ervaren POH
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 ervaren POH
7	HBO-V + POH uitstroomprofiel POH	Geen verplichting, wel sterk advies uitvoering 3 assessments in aanwezigheid van ervaren POH

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