

# Multidisciplinaire programmatische aanpak van de zorg voor kwetsbare ouderen

Geaccordeerd door:

**Datum**

20 december 2016

**Werkgroepleden**

Peter Willems  
Marie-Elise Heijboer  
Christianne Joossen  
Liesbeth Krijnen  
Kirsten Schugard

**Eindredactie**

Dominiek Rutters

Huisartsenorganisaties	Thuiszorgorganisaties
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Huisartsen Zorggroep Breda e.o.</li> <li>▪ Zorggroep Het Huisartsteam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avoord Zorg en Wonen</li> <li>▪ Careyn</li> <li>▪ Thebe</li> <li>▪ Ookthuis</li> <li>▪ Surplus</li> <li>▪ St. Elisabeth</li> <li>▪ TWB Thuiszorg met Aandacht</li> </ul>

## **Inleiding**

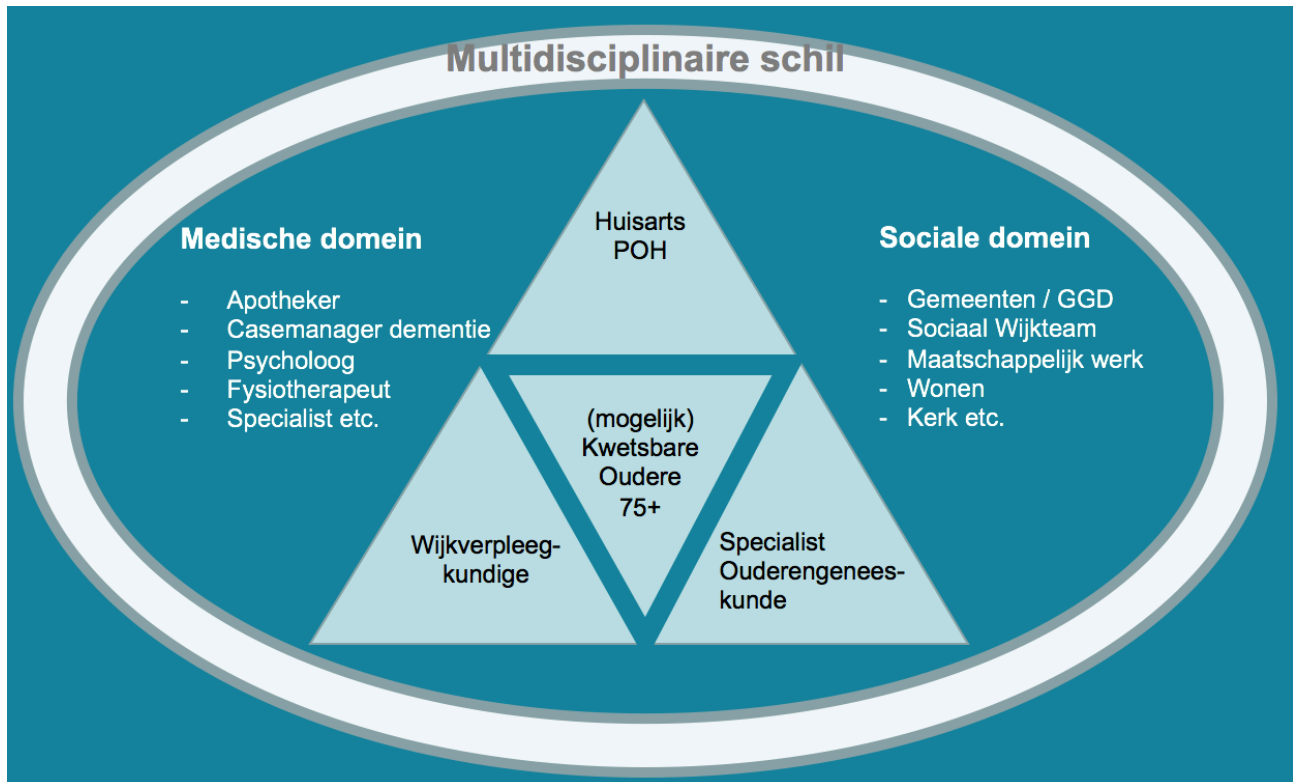
De toename van het aantal ouderen brengt met zich mee dat we te maken hebben met een groeiende groep kwetsbare ouderen waarbij vaak sprake is van multimorbiditeit. Het aantal ouderen met complexe zorgvragen neemt toe. Ouderen hebben behoefte aan zorg die gericht is op de kwaliteit van leven, een beter functioneren en meer zelfredzaamheid. Tegelijkertijd leven we in een klimaat en stelsel van wetgeving waarbij ouderen met een zware lichamelijke zorgvraag – en bijvoorbeeld ook beginnende dementie – voor ondersteuning en zorg zullen zijn aangewezen op zichzelf, hun mantelzorgers en de eerstelijns.

## **Multidisciplinaire programmatische aanpak vanuit Kernteam Ouderenzorg**

Dit document beschrijft de gewenste multidisciplinaire programmatische aanpak voor samenhangende zorg en begeleiding vanuit de eerstelijns voor kwetsbare 75-plussers. De aanpak is persoonsgericht, vraaggericht, proactief en preventief en beschrijft de werkwijze vanuit het Kernteam Ouderenzorg. Dit is een team van zorgverleners rondom een kwetsbare patiënt. In dit team werken de huisarts, de praktijkondersteuner, de wijkverpleegkundige en de specialist ouderengeneeskunde nauw met elkaar samen. Het team zorgt ervoor dat een oudere zo lang als mogelijk en wenselijk op een prettige manier thuis kan blijven wonen. Vanuit een multidisciplinaire schil rondom het team is een breed pallet aan zorg- en hulpverleners als nodig inzetbaar, uit zowel het medische als het sociale domein.

Naast zorg heeft het team aandacht voor preventie en alle aspecten op het gebied van wonen en welzijn waar iemand mee te maken krijgt bij het ouder worden. Hiervoor legt het team de verbinding met de gemeente voor het regelen van aanpassingen in huis, de aanschaf van hulpmiddelen of bij het organiseren van andere vormen van ondersteuning, waaronder ook de inzet van informele zorg.

### Inrichting Ouderenzorg<sup>1</sup>



Voor alle gehanteerde afkortingen uit dit document, zie de lijst achteraan dit document.

#### **Multidisciplinair samenwerkingsverband**

Vanuit Triple-Aim perspectief<sup>2</sup> is het wenselijk het Kernteam Ouderenzorg te faciliteren in hun dagelijkse zorg en begeleiding van kwetsbare ouderen. Dit vraagt in eerste instantie om afstemming tussen de organisaties van de leden van het kernteam (huisartsen(zorggroepen) en thuiszorgorganisaties) om de werkwijze van de professionals op elkaar af te stemmen en gezamenlijk beleid te vormen. Daarna om een doorontwikkeling met gemeenten, welzijnsorganisaties, zorgverzekeraars en andere zorgverleners uit de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn. Het maatschappelijk vraagstuk van de ouderenzorg kan namelijk pas echt goed worden opgepakt als een breed pallet aan disciplines meedoet en alle radertjes van zorg, wonen, welzijn en preventie goed op elkaar zijn afgestemd, zowel op lokaal als regionaal niveau.

De regionaal faciliterende organisatie gaat volgens de filosofie van VIZ de triple aim nastreven voor ouderenzorg. Dat betekent de kwaliteit verbeteren, de kosten beheersen en betere gezondheidsuitkomsten nastreven. Om regionaal een duurzaam goed georganiseerde ouderenzorg te garanderen is het wenselijk een faciliterende organisatie te benoemen die tot doel heeft het kernteam maximaal te versterken zodat het beter functioneert, sneller maatwerk kan bieden, snel in staat is interventies door te voeren en innovatie of nieuwe werkafspraken te organiseren. De faciliterende organisatie kan voor dit beleid verantwoording nemen omdat het voldoende mandaat heeft om maximale sturing uit te oefenen op de kernteams. Tevens heeft deze organisatie de middelen en het mandaat om verantwoording te nemen voor het komen tot regionale werkafspraken.

<sup>1</sup> Dit model is gelijk aan het model zoals gehanteerd bij VKO.

<sup>2</sup> 1) Patiënt langer gezond en gelukkig thuis, 2) Kwaliteit van zorg, 3) Betaalbaarheid van zorg

### **Onderbouwing**

Bij de ontwikkeling van deze multidisciplinaire programmatische aanpak van de zorg voor kwetsbare ouderen is gebruik gemaakt van visies, standpunten en handreikingen die in de laatste jaren zijn ontwikkeld door diverse beroepsorganisaties zoals LHV, NHG, KNMG. Daarnaast zijn inzichten gebruikt uit publicaties van Het Huisartsteam, Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen (VKO), Vilans, Nationaal Programma Ouderenzorg, Zorggroep RHC Midden Brabant, Zorggroep Walcheren, ZIO (Zorg in Ontwikkeling), en de organisaties Avoord, Surplus, Thuiszorg West-Brabant, St. Groenhuysen, Thebe en Careyn, allen uit West-Brabant.

## **Inhoudsopgave**

1. Definities, visie, doelstelling en doelgroep	4
2. Stappenplan multidisciplinaire zorg kwetsbare ouderen	7
<b>BESCHRIJVING STAPPENPLAN ZORG</b>	<b>8</b>
Stap 1: Casefinding	8
Stap 2: Uitvoer assessment	9
Stap 3: Bespreking en probleemanalyse	10
Stap 4: Opstellen en bespreken Individueel Zorgbehandelplan	11
Stap 5: Multidisciplinair Overleg	12
Stap 6. Opvolging: coördinatie en uitvoer interventies en zorgpaden	13
3. Kernteam Ouderenzorg	16
Gebruikte afkortingen	19

# 1. Definities, visie, doelstelling en doelgroep

## **Definitie Kwetsbaarheid**

“Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)<sup>3</sup>.”

Niet alle kwetsbare ouderen hebben complexe (zorg)problemen. Kwetsbare ouderen hebben wel allemaal een groot risico op complexe (zorg)problemen.

## **Definitie Complexe problematiek**

“Bij complexe problematiek is er sprake van een oudere persoon met één of meer van de volgende problemen, die vaak met elkaar interacteren: cognitieve beperkingen, handicaps, psychosociale problematiek, multimorbiditeit, polyfarmacie en maatschappelijk isolement (alleen wonen, zonder of met weinig mantelzorg, eenzaamheid). Het gaat expliciet niet alleen om chronische zorg, maar ook om veelvoorkomende klachten/aandoeningen van ouderen<sup>4</sup>.” Daarbij zijn meerdere hulpverleners op verschillende levensdomeinen betrokken bij de zorg voor deze kwetsbare ouderen.

## **Visie op gezondheid**

Wij hanteren de definitie van Machteld Huber: “Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven. Door op deze manier naar gezondheid te kijken ligt de nadruk op onze potentie om gezond te zijn of te worden, zelfs als we door ziekte zijn getroffen. Ook benadrukt het de mogelijkheid voor persoonlijke groei en ontwikkeling om zo onze persoonlijke levensdoelen te kunnen vervullen<sup>5</sup>.”

## **Visie op zorg**

Zorg aan en begeleiding van kwetsbare ouderen vereist een vraaggerichte, proactieve en preventieve werkwijze vanuit een multidisciplinair samengesteld team dat zich kenmerkt door:

- Vroegsignalering door middel van casefinding.
- Maken van een multi-domein-problemanalyse.
- Opstellen van een individueel zorgbehandelplan.
- Instellen en coördineren van opvolging.
- Periodieke screening polyfarmacie.

Naast een proactieve werkwijze, vraagt de zorg aan kwetsbare ouderen om een goede organisatie van de zorg om te komen tot een samenhangend zorgaanbod. Organisatie van de zorg bestaat uit:

- Regie van de zorg door de huisarts.
- Coördinatie van de zorg rond de patiënt vanuit een Kernteam Ouderenzorg
- Multidisciplinair overleg (MDO) met meerdere disciplines
- Praktijkgerichte samenwerking in een wijknetwerk
- Regionale samenwerking (consultatiefunctie) met bijvoorbeeld een Geriatisch Expertise Team.

---

<sup>3</sup> Kwetsbare Ouderen. Campen C van (red). Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2011

<sup>4</sup> NHG-standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen.

<sup>5</sup> Machteld Huber, 2011

### **Doelstelling Multidisciplinaire Programmatische Aanpak Zorg Kwetsbare Ouderen**

Het ontwerpen van een werkwijze – een programmatische aanpak – voor de zorg en begeleiding van kwetsbare ouderen (75+<sup>6</sup>) vanuit een Kernteam Ouderenzorg. De aanpak is vraaggericht, proactief en preventief en beschrijft de werkwijze vanuit het dat kernteam. Dit is een team van zorgverleners rondom een kwetsbare patiënt. In dit team werken de huisarts, de praktijkondersteuner, de wijkverpleegkundige en de specialist ouderengeneeskunde nauw met elkaar samen. Het team zorgt ervoor dat de kwetsbaarheid en achteruitgang bij 75-plussers eerder wordt opgemerkt, ondersteund en behandeld kan worden en dat een oudere zo lang als mogelijk en wenselijk op een prettige manier thuis kan blijven wonen. Naast zorg heeft het team aandacht voor preventie en alle aspecten op het gebied van wonen en welzijn waar iemand mee te maken krijgt bij het ouder worden. Hiervoor legt het team de verbinding met de gemeente voor het regelen van aanpassingen in huis, de aanschaf van hulpmiddelen of bij het organiseren van andere vormen van ondersteuning, waaronder ook de inzet van informele zorg.

Ouderen meer in hun eigen kracht, meer aan het stuur van hun eigen gezondheid en welbevinden. Dat is in wezen de stip op de horizon.

### **Betrokken zorgverleners en zorgorganisaties**

#### Zorggroepen

- Huisartsen en praktijkondersteuners, aangesloten bij Huisartsen Zorggroep Breda en Zorggroep Het Huisartsteam. Binnen beide zorggroepen zijn in totaal 138 praktijk houdende huisartsen werkzaam, gevestigd in 8 gemeenten: 1) Breda, 2) Etten-Leur, 3) Zundert, 4) Rucphen, 5) Moerdijk, 6) Halderberge, 7) Alphen-Chaam en 8) Baarle-Nassau.

#### VVT-organisaties

- Wijkverpleegkundigen en Specialisten Ouderenzorg, werkzaam bij de thuiszorgorganisaties 1) Avoord Zorg en Wonen, 2) Careyn, 3) Thebe, 4) Ookthuis en vanuit een nieuwe coöperatie in oprichting 5) Surplus, 6) St. Elisabeth, 7) TWB Thuiszorg met Aandacht en 8) De Kruisvereniging.

### **Doelgroep**

De doelgroep wordt gevormd door alle mogelijk kwetsbare 75+ patiënten van de huisartspraktijken van Zorggroep Het Huisartsteam en Huisartsen Zorggroep Breda e.o. Het betreft hier ca. 150 huisartsen gevestigd in 8 gemeenten: Breda, Etten-Leur, Zundert, Rucphen, Moerdijk, Halderberge, Alphen-Chaam, Baarle-Nassau.

Uit 'Populatiegebonden aanpak ouderen zorg ViZ' 7 juli 2016:

- 75+ers met meervoudige complexe problemen, gecombineerd met een aantoonbaar problematisch verlies aan regiemogelijkheden waarbij er een noodzaak is voor meerdere zorgaanbieders om af te stemmen over de zorg middels een MDO, vertaald in een individueel zorgbehandelplan en waarbij behoefte is aan casemanagement.
  - Het betreft kwetsbare ouderen die een TFI-score hebben  $\geq 5$ .
  - Bij complexe ouderen is sprake van 'case complexity' en/of 'care complexity'.
  - Wat betreft het casemanagement kunnen de kwetsbare ouderen worden opgevolgd door de POH<sup>7</sup> en/of de wijkverpleegkundige en de complexe ouderen door de (coördinerend) wijkverpleegkundige en/of de POH-O.

---

<sup>6</sup> De richtlijn is de leeftijdsgrens 75+ maar het op inhoud includeren (een kwetsbare patiënt van bv. 70 jaar) prevaleert boven de leeftijdsgrens.

<sup>7</sup> De POH-Ouderenzorg of de POH-Somatiek die specifiek geschoold is in ouderen zorg.

- Bij deze doelgroep is in feite de onderliggende ziekte of beperking secundair en gaat het uiteindelijk om de gewenste interventies met betrekking tot functioneren en daarmee op behoud van zo veel mogelijk kwaliteit van leven.

Omvang doelgroep	West-Brabant (HHT + HZG)	HHT	HZG
<i>Aantal patiënten ingeschreven bij aangesloten huisartsen</i>		108.102	222.976
<i>Aantal 75+ patiënten</i>	100%	8.816	17.883
<i>Niet kwetsbaar</i>	70%	6.171	12.518
<b>Kwetsbaar<sup>8</sup></b>	<b>30%</b>	<b><u>2.645</u></b>	<b><u>5.365</u></b>
• Kwetsbaar zonder complex problematiek	70%	1.852	3.756
• Kwetsbaar met complexe problematiek	30%	793	1.609

<sup>8</sup> Wetenschappelijke cijfers over de prevalentie van kwetsbaarheid bij 75+ patiënten in Nederland lopen uiteen. Bestaande prevalentie metingen van kwetsbare ouderen in Nederland zijn moeilijk te vergelijken door verschillen in definitie (en operationalisering) en leeftijdsgrenzen. De hier gehanteerde cijfers, voor een belangrijk gedeelte gebaseerd op cijfers van het Cultureel Plan Bureau, zijn in onderling overleg tussen de kaderartsen van HZG Breda en HHT tot stand gekomen en geven een zo reëel als mogelijk beeld van de omvang van de populatie. Het uiteenlopen van wetenschappelijke cijfers heeft te maken met twee zaken: ten eerste het gebruik van een smalle of een brede definitie, waarbij de laatste vanzelfsprekend in een hogere prevalentie resulteert; en ten tweede de ondergrens in leeftijd, waarbij een hogere ondergrens van bijvoorbeeld 75-plus of 85-plus een hogere prevalentie voortbrengt dan een ondergrens van 65-plus.

## 2. Stappenplan multidisciplinaire zorg kwetsbare ouderen

### 1. Casefinding:

Opsporen mogelijke kwetsbare 75+  
In HA-praktijk: via reguliere contactmomenten +  
cf. selectiecriteria, stepped care  
Buiten HA-praktijk: via eigen observatietechnieken

Door:

In HA-praktijk: HA/POH/Ass.  
Buiten HA-praktijk: WVK, SOG,  
wijknetwerk, netwerk oudere etc.

Vermoeden kwetsbaarheid

### 2. Uitvoer assessment

Korte vragenlijst (TFI) + evt. observatie in thuisituatie,  
als TFI > 5: breed assessment (Trazag, Easycare)  
+ lichamelijk onderzoek  
+ in kaart brengen medicijngebruik

Door:

POH-O of (Coördinerend) WVK  
Evt. voorbereiding APO bij medicijngebruik

Kwetsbaar

### 3. Bespreking en probleemanalyse

Analyse bevindingen uit assessment, stepped care:  
evt. verdiepend onderzoek, evt. consultatie SOG, eerstelijns  
diagnostiek  
Verslaglegging cf. SFMPC-model

Door:

HA en POH-O of (Coördinerend) WVK  
Evt. SOG-consultatie

### 4. Concept Individueel Zorgbehandelplan

Bespreken en formuleren problemen, doelen, acties + wie doet  
wat (cf. SFMPC-systematiek)  
Evt. uitzetten zorgpaden

Door:

POH-O of (Coördinerend) WVK

### 5. Multidisciplinair Overleg

Afstemmen Individueel Zorgbehandelplan  
Vaststellen vervolgenterventies evt. zorgpaden  
Aanwijzen casemanager  
Na afloop: bespreken IZP met ptn.

Door:

Coörd. door caseman.: POH-O of  
(Coördinerend) WVK of Casema. Dementie.  
Uitvoer door verzorging/verpleging, SOG,  
APO, paramedici etc.

### 6. Opvolging: coördinatie en uitvoer interventies

Casemanagement  
Opvolging zorg = uitvoer interventies, waaronder zorgpaden,  
zoals vastgelegd in IZP.  
Monitoring cf. PDCA

Door:

Leden MDO: HA + (Coördinerend) WVK  
en/of POH-O + SOG + op uitnodiging:  
APO, Caseman. Dementie, ergo, fysio,  
logo, maatsch. werk

## BESCHRIJVING STAPPENPLAN ZORG

In dit deel van dit document worden de 6 zorgstappen beschreven van de multidisciplinaire programmatische aanpak van de ouderenzorg. Per stap wordt het doel, de werkwijze en de betrokkenen weergegeven.

### Stap 1: Casefinding<sup>9</sup>

#### 1.1 Doel

Onder casefinding wordt verstaan: het opsporen c.q. het identificeren van mogelijke kwetsbaarheid bij patiënten van 75 jaar en ouder in de huisartsenpraktijk door mensen binnen of buiten de praktijk. De doelstelling hiervan is om kwetsbare ouderen zo vroeg mogelijk te identificeren om goede diagnostiek, behandeling, opvolging en begeleiding mogelijk te maken.

#### 1.2 Werkwijze en betrokkenen

Casefinding is een werkwijze waarbij de stepped care methodiek in gang wordt gezet zodra er signalen zijn van mogelijke kwetsbaarheid. Signalen kunnen worden aangeleverd aan de huisarts door praktijkondersteuners of assistentes of door ieder ander persoon buitende huisartspraktijk die betrokken is bij de oudere. De signalering leidt vervolgens tot een door de huisarts te bepalen vervolgactie conform het stepped care principe (klein beginnen, indien nodig grootser aanpakken).

#### Casefinding in huisartspraktijk

##### *Door wie*

De casefinding in de huisartspraktijk kan worden gedaan door de huisarts, de praktijkondersteuner of door de assistente.

##### *Werkwijze*

Casefinding kan gebeuren op de volgende manieren:

- 1) Tijdens reguliere contactmomenten/ op basis van 'niet pluis' gevoel.
- 2) Doorlopen van het patiëntenbestand, om te onderzoeken of er mogelijk kwetsbare ouderen binnen de huisartspraktijk aanwezig zijn, welke nog niet in beeld zijn. Dit gebeurt op basis van de onderstaande selectiecriteria:

##### *Selectiecriteria/ risicofactoren voor kwetsbaarheid*

- *Multimorbiditeit*
- *Care gap (>3)*
- *Polyfarmacie (> 5)*
- *Gewichtsverlies*
- *Incontinentie*
- *Operaties*
- *Life events, verwachte eenzaamheid*
- *Valincidenten*
- *Geslacht*

---

<sup>9</sup> Alternatieve termen die vaak worden gehanteerd zijn vroegsignalering en identificatie. Een systematische vorm van casefinding wordt ook wel screening genoemd. We hanteren hier één enkele overkoepelende term: casefinding.



- *Oplopende leeftijd*

### **Casefinding buiten huisartspraktijk**

#### *Door wie*

De casefinding door derden kan worden gedaan door leden van het MDO, door mensen uit het netwerk van de oudere, leden van het wijknetwerk – waaronder wijkbewoners en vrijwilligers – of andere samenwerkingspartners.

#### Werkwijze

Genoemde personen signaleren mogelijke kwetsbaarheid vanuit verschillende perspectieven (waaronder zorg-, welzijns- en sociale problematiek). Zij hanteren hiervoor eigen observatietechnieken en instrumenten. Indien iemand als mogelijk kwetsbaar wordt aangemerkt, zal de betreffende persoon dit kenbaar maken aan de huisartsenpraktijk. De huisarts bepaalt vervolgens of een vervolgactie wordt ondernomen.

## Stap 2: Uitvoer assessment

### 2.1 Doel

Als de huisarts vaststelt dat er een redelijk vermoeden van kwetsbaarheid is, dan wordt in deze fase (middels huisbezoek of anders) onderzocht of de oudere wel of niet kwetsbaar is.

### 2.2 Werkwijze en betrokkenen

Het meten van de mate van kwetsbaarheid van de oudere wordt stapsgewijs uitgevoerd. Een eerste oriëntatie gebeurt met een korte vragenlijst (gebruikelijk is de Tilburg Frailty Indicator te hanteren). Scoort de oudere boven een bepaalde grenswaarde en hebben ze een grote kans op kwetsbaarheid, dan is een breed assessment geïndiceerd.

#### *Door wie*

Het assessment wordt uitgevoerd door een daartoe opgeleide functionaris. Dat kan een POH-Ouderenzorg zijn of een (coördinerend) wijkverpleegkundige. De keuze wordt door de huisarts gemaakt en is afhankelijk van de lokale situatie en de afspraak tussen de huisartspraktijk en de thuiszorgorganisatie.

### **Korte vragenlijst**

Het meest gebruikte en aanbevolen instrument (naast persoonlijke observatie van de oudere en zijn omgeving) is de Tilburg Frailty Indicator<sup>10</sup>, een korte vragenlijst die bij voorkeur<sup>11</sup> in een persoonlijk gesprek met de oudere in de thuish situatie wordt afgenomen. Ter voorbereiding op dit huisbezoek (bij voorkeur in aanwezigheid van de mantelzorger) wordt de oudere telefonisch en/of per brief uitgenodigd en ontvangt hij of zij een folder met nadere informatie over het doel van het huisbezoek.

#### *TFI bij patiënten > 75 jaar*

- **Onder grenswaarde:** bij een TFI score < 5 vindt geen vervolg assessment plaats. De patiënt wordt hierover geïnformeerd. Na 1–3 jaar (afhankelijk van de ingeschatte vitaliteit) wordt de TFI opnieuw

---

<sup>10</sup> Alternatieven zijn het startdocument Trazag en de Groninger Frailty Index, maar de voorkeur in West-Brabant gaat uit naar de TFI.

<sup>11</sup> Maar kan ook op een andere manier.

afgenomen of toegestuurd of bij signaleren (niet-pluisgevoel) van personen met klachten en vergeetachtigheid.

- Boven grenswaarde: bij een TFI-score  $\geq 5$  vindt een breed assessment plaats (zie hieronder). Patiënten worden geïnformeerd. De persoon die de kort vragenlijst heeft afgenomen informeert de huisarts over de resultaten van de TFI.

### **Breed assessment bij grote kans op kwetsbaarheid**

Het brede assessment wordt doorgaans uitgevoerd tijdens hetzelfde huisbezoek<sup>12</sup> en volgt vloeiend op de eerste oriëntatie met de korte vragenlijst. Met het brede assessment wordt de kwetsbaarheid verder in kaart gebracht. Dit kan met behulp van het ziekte/zorgdiagnostiekinstrument Easycare of Trazag. Met dit brede assessment kan voor een groot gedeelte de fysieke en geestelijke gezondheid en het sociale welzijn van oudere worden vastgesteld. Het geeft een omvattend totaalbeeld van de zorg- en welzijnsbehoeften van ouderen vanuit de visie op gezondheid van Machteld Huber. Hierbij gaat de aandacht tijdens het gesprek eerder uit naar de kwaliteit van leven dan naar eventuele ziektes. De oudere kan aangeven wat hij graag veranderd zou willen zien en op welke wijze. Dit vormt de basis van het zorg/behandelplan met als doel de gezondheid, zelfstandigheid en het welzijn te verbeteren.

Op onderdelen kunnen gericht deelinstrumenten worden gebruikt, zoals een MMSE om bij het vermoeden van cognitieprobleem de analyse meer te kunnen onderbouwen.

### **Aansluitend lichamelijk onderzoek**

Het wordt aangeraden dat degene die het brede assessment uitvoert ook meteen lichamelijk onderzoek uitvoert. Dit bestaat uit het meten van gewicht, lengte, pols en de bloeddruk.

### **In kaart brengen medicijngebruik**

Degene die het assessment uitvoert brengt met de oudere en aan de hand van het KIS het medicijngebruik in kaart. Als er sprake is van meer dan 5 medicijnen wordt in het MDO het zorgpad polyfarmaciecheck ingebracht (zie verder het desbetreffende hoofdstuk).

## **Stap 3: Bespreking en probleemanalyse**

### **3.1 Doel**

Het doel van deze fase is het integrale probleem van de oudere – bij wie naar aanleiding van het assessment kwetsbaarheid is vastgesteld – inzichtelijk te krijgen. Het gaat hierbij niet alleen om medische aspecten maar ook om functionele, psychische, communicatieve en maatschappelijke aspecten in de context van de leef- en denkwereld van de oudere.). Het resultaat van deze processtap is of er wel of geen sprake is van kwetsbaarheid en de mate van complexiteit wordt vastgesteld van de gesignaleerde problemen.

**Kwetsbaar**: ouderen zonder complexe zorgbehoeften die al wel kwetsbaar zijn en daardoor een verhoogd risico op complexe zorgbehoeften hebben.

**Complex**: ouderen met een complexe zorgbehoefte die kortdurende of langdurige intensieve begeleiding krijgen vanuit het Kernteam Ouderenzorg.

---

<sup>12</sup> Of andere manier.

### 3.2 Werkwijze en betrokkenen

#### *Door wie*

In eerste instantie door huisarts en degene die het assessment heeft uitgevoerd. De SO kan geconsulteerd worden of gevraagd worden bij de oudere een consult uit te voeren.

**Bespreking, analyse en evt. nader onderzoek.** De bevindingen uit het assessment worden in eerste instantie besproken tussen de huisarts en degene die het assessment heeft uitgevoerd (de POH-O of de (C) WVK). Soms is verdiepend onderzoek, nadere eerstelijns diagnostiek en consultatie nodig. Ook hier wordt gekozen voor een stepped care benadering. De huisarts neemt samen met degene die het assessment heeft uitgevoerd de eerste analyse voor haar rekening en betreft daarbij 'op indicatie' in een tweede ronde andere disciplines van het Kernteam Ouderenzorg, zoals de specialist ouderengeneeskunde. Deze SO kan zowel worden geraadpleegd als op verzoek van de huisarts een consult uitvoeren, desgewenst tijdens een huisbezoek. De probleemanalyse wordt samengevat in een overzicht van alle geconstateerde problemen. Hierbij wordt het LAEGO-model gebruikt. Beperkingen en problemen op verschillende levensgebieden worden gestructureerd genoteerd conform het SFMPC-model: Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch en Communicatief.

1. Kwetsbaar. Als er sprake is van kwetsbaarheid maar geen sprake is van complexe problematiek dan bespreekt de huisarts met de POH of wijkverpleegkundige hoe het beste de vinger aan de pols gehouden kan worden om eventuele toekomstige problemen vroeg te signaleren. Het is aan de huisarts om te bepalen of het al dan niet zinvol is een Individueel Zorgplan op te stellen<sup>13</sup>.
2. Complex. Bij alle kwetsbare patiënten met complexe problematiek wordt een Individueel Zorgbehandelplan worden opgesteld.

## Stap 4: Opstellen en bespreken Individueel Zorgbehandelplan

### 4.1 Doel

Het bevorderen van de vertaling van algemene normen voor goede zorg en normen zoals vastgesteld vanuit de kwaliteitsstuurgroep van de kernteams naar de individuele doelen, behoeften en situatie van de patiënt. Het Individueel Zorgplan 'groeit' als het ware met de veranderende gezondheidsproblematiek, behoeften en levensfasen van een patiënt mee. Hierin maakt het team eenduidige afspraken met de patiënt. En worden relevante afspraken zoals sturing op zelfzorg bevorderd.

### 4.2 Werkwijze en betrokkenen

#### *Door wie*

Degene die het assessment heeft uitgevoerd (de POH-O of de (C) WVK) stelt het IZP op in afstemming met de patiënt en bespreekt dit met de huisarts. Zo nodig wordt het IZP besproken in het MDO en advies gevraagd aan de leden van het MDO.

---

<sup>13</sup> Het Huisartsteam heeft het beleid dat voor iedere kwetsbare oudere een IZP wordt opgesteld; Huisartsen Zorggroep Breda stelt dat in ieder geval voor iedere complexe patiënt een IZP moet worden opgesteld.

### **Opstellen Concept Individueel Zorgbehandelplan**

Het IZP wordt geformuleerd in problemen, doelen en acties. Aangegeven wordt welke problemen zijn gesignaleerd, welke zorgbehoefte de patiënt heeft en door wie welke vervolgactie ingezet wordt en met welk doel, welk doel de patiënt wil behalen en wanneer het resultaat van deze actie geëvalueerd wordt. Het IZP wordt opgesteld volgens het NHG-model waarbij de SFMPC-systematiek wordt gevolgd.

Waar nodig worden zorgpaden uitgezet (desgewenst allemaal over te nemen uit plan Walcheren)

- Polyfarmacie
- Cognitieve problemen/ vermoedelijk dementie
- Vallen (valrisico) en mobiliteit
- Vroegtijdige zorgplanning
- Voeding (SNAQ-score)
- Uitdroging
- Diabetes
- Eenzaamheid
- Cardiovasculair Risico Management
- Incontinentie
- Overbelaste Mantelzorg
- Zelfzorgmogelijkheden (e-health domotica)
- Dementiezorg
- Transferzorg
- Informatievoorziening bij acute zorg (SEH)
- Einde-leven planning
- Palliatieve zorg
- Enz.

## **Stap 5: Multidisciplinair Overleg**

### **5.1 Doel**

Het doel van het Multidisciplinair Overleg is het afstemmen van een IZP en het maken van afspraken over verdere coördinatie en casemanagement; het biedt een structuur om de zorg voor de kwetsbare oudere te evalueren en integraal aan te pakken waarbij het Individueel Zorgbehandelplan leidend is.

### **5.2 Werkwijze en betrokkenen**

*Door wie*

In het Multidisciplinair Overleg (frequentie 1 x per 6 – 8 weken) zitten de volgende personen aan tafel:

- Huisarts (evt. + POH-S en/of assistente)
- Praktijkondersteuner Ouderenzorg en/of (coördinerend) wijkverpleegkundige
- Specialist Ouderengeneeskunde

Op uitnodiging of op consultatiebasis kunnen ook de volgende personen betrokken worden:

- Apotheker
- Casemanager dementie
- Ergotherapeut
- Geriatriefysiotherapeut

- Logopedist
- Maatschappelijk werker
- Psycholoog
- Diëtiste
- Etc.

### **Inhoud Multidisciplinair Overleg**

Alle (concept) IZP's van de ouderen met complexe problematiek worden door degene die het in een eerdere fase heeft opgesteld in het MDO gebracht en besproken. Eventuele vervolginventies en zorgpaden voor de patiënt worden vastgesteld. Hierdoor worden de belangrijkste aandachtspunten van de patiënt behandeld, zodat het behandelplan op de juiste manier kan worden besproken en vastgesteld. Aan de hand van zorgpaden wordt behandeling en begeleiding vastgesteld.

Daarnaast brengt de (coördinerend) wijkverpleegkundige of casemanager in het MDO nieuwe problematiek bij bekende kwetsbare ouderen in of bespreekt of vraagt advies over lopende zorgverlening.

### **Vervolginterventies Zorg, Wonen, Welzijn, Preventie**

Naast zorg heeft het team aandacht voor preventie en alle aspecten op het gebied van wonen en welzijn waar iemand mee te maken krijgt bij het ouder worden. Hiervoor legt het team de verbinding met de gemeente voor het regelen van aanpassingen in huis, de aanschaf van hulpmiddelen of bij het organiseren van andere vormen van ondersteuning, waaronder ook de inzet van informele zorg.

### **Aanwijzen casemanager**

In het MDO wordt de casemanager aangewezen. Dat kan een POH-O zijn, een wijkverpleegkundige of een dementieverpleegkundige. De keuze hangt af van de accenten in het individueel zorgplan, de mate van betrokkenheid en de voorkeur van de oudere. De casemanager vormt samen met de huisarts de regie-tandem: de huisarts heeft de (medische) eindverantwoordelijkheid, de casemanager neemt het meer operationele deel voor rekening en is eerste aanspreekpunt voor alle betrokkenen.

### **Bespreken IZP met patiënt**

Na afloop van het overleg bespreekt de aangewezen casemanager het Individueel Zorgplan met de oudere en evt. diens verzorgende (b.v. wijkverpleegkundige) en mantelzorger en stelt zij samen met de patiënt het IZP vast, inclusief mogelijke zelfmanagementacties voor de oudere zelf.

## **Stap 6. Opvolging: coördinatie en uitvoer interventies en zorgpaden**

### **6.1 Doel**

Onder opvolging wordt verstaan: het coördineren en uitvoeren van de zorg (interventies) zoals vastgelegd in het Individueel Zorgbehandelplan. De interventies worden gemonitord, geëvalueerd en – indien wenselijk – bijgesteld, zodanig dat deze bijdragen aan de doelen zoals geformuleerd door en voor de oudere.

### **6.2 Werkwijze en betrokkenen**

*Door wie*

Coördinatie door casemanager, uitvoer door evt. andere betrokken hulpverleners

### **Casemanagement**

In het IZP is vastgelegd wie welke actie gaat uitvoeren. De casemanager schakelt de benodigde zorg- en dienstverlening in die bijdraagt aan het herstel van de kwetsbaarheid. Dit zijn zorg- en hulpverleners uit het medische en sociale domein (zie Figuur Inrichting Ouderenzorg, pg 2). Iedere betrokkene heeft dus een eigen aandeel.

Goede kennis van alle voorzieningen in de wijk is een randvoorwaarde. De casemanager houdt actief vinger aan de pols door regelmatig contact te houden met de oudere en het ziekteverloop, de kwetsbaarheid, de functionele mogelijkheden en beperkingen te monitoren. De casemanager ondersteunt ook het zelfmanagement van de oudere. Daarnaast biedt zij advies, begeleiding en ondersteuning (eventueel ook aan de mantelzorger).

### **Monitoring Interventies**

Het monitoren van de interventies loopt volgens de PDCA-cyclus (Plan-Do-Check-Act).

**PLAN:** Het Individueel Zorgplan vormt het uitgangspunt voor deze fase.

**DO:** De uitvoer van de hulpverlenings- en zorginterventies worden uitgevoerd door de oudere en/of diens mantelzorger waarbij de hulp- of zorgverlener adviseert en/of ondersteunt. Naast de in het IZP vastgelegde interventies moet er ook rekening gehouden worden met crisisinterventies.

#### **Niet beschreven in programmatische aanpak**

Het uitvoeren van de interventies (paramedische zorg, verpleging & verzorging, sociale zorg) wordt in de onderhavige programmatische aanpak niet beschreven maar coördinatie van deze zorg- en hulpverlening is een essentiële taak van het Kernteam Ouderenzorg.

**CHECK:** Monitoren interventies. De casemanager zal de situatie bij de kwetsbare oudere goed blijven monitoren, door het regelmatig onderhouden van contact met de oudere en/of mantelzorger en door regelmatig een update te ontvangen van de betrokken hulpverlener. Dat kan via de module Ouderenzorg van het Keten Informatie Systeem (KIS) Care2U of telefonisch.

**ACT:** Bijstellen Individueel Zorgbehandelplan. Op basis van de voorgaande stappen bepaalt de casemanager of aanpassingen in het IZP nodig zijn. Indien dit het geval is, zal de casemanager dit inbrengen in het MDO. Eventuele voorgestelde wijzigingen worden allereerst besproken met de oudere/mantelzorger alvorens te worden doorgevoerd in het IZP.

### **Ondersteuning bij monitoring interventies door zorgpaden**

De volgende zorgpaden zijn beschikbaar (danwel in een ver gevorderd stadium van ontwikkeling<sup>14</sup>) en kunnen ter ondersteuning van de coördinatietaak van het kernteam worden ingezet<sup>15</sup>:

1. Zorgpad polyfarmaciecheck

<sup>14</sup> Ontwikkeld vanuit Zorggroep Het Huisartsteam in overleg met wijkverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde en apothekers uit de regio.

<sup>15</sup> Hiernaast zijn meerdere interventies die in een zorgpad beschreven kunnen worden (met als doel de zorg tussen verschillende zorgverleners beter op elkaar af te stemmen. Gedacht kan worden aan: 1) Voeding, 2) Incontinentie, 3) Overbelaste Mantelzorg.

2. Zorgpad vallen (valrisico) en mobiliteit
3. Zorgpad cognitieve problemen en vermoedelijk dementie
4. Zorgpad vroegtijdige zorgplanning

#### Ad 1. Zorgpad polyfarmaciecheck

- *Doel*

De medicamenteuze behandeling van oudere – met 5 of meer medicijnen – optimaliseren waarbij zoveel als mogelijk (vermijdbare) bijwerkingen van medicatie voorkomen wordt. Het betreft het in kaart brengen en beoordelen van het medicatiegebruik bij de oudere (75+), een vast onderdeel van het IZP tijdens het MDO. De (coördinerend) wijkverpleegkundige of POH-O beschikt over de medicijnenlijst van de oudere aan de hand van een uitdraai uit het HIS van de huisarts. Zij brengt bij het assessment van de (potentieel) kwetsbare oudere het medicijngebruik in kaart. In het MDO is de beoordeling van het medicatiegebruik een vast onderwerp ter bespreking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde. De apotheker wordt betrokken om een goede medicatiereview te borgen.

- *Door wie*

Huisarts, apotheker, POH-O en (coördinerend) wijkverpleegkundige.

#### Ad 2. Zorgpad vallen (valrisico) en mobiliteit

- *Doel*

Het doel van dit zorgpad is het beperken van het valrisico van de oudere en het zorgdragen voor verbetering van de mobiliteit.

- *Door wie*

Huisarts, POH-O en (coördinerend) wijkverpleegkundige.

#### Ad 3. Zorgpad cognitieve problemen en vermoedelijk dementie

- *Doel*

Het doel van dit zorgpad is het signaleren en vaststellen van cognitieve problemen die mogelijk duiden op dementie.

- *Door wie*

Huisarts, POH-O en (coördinerend) wijkverpleegkundige, casemanager dementie, SO.

#### Ad 4. Zorgpad vroegtijdige zorgplanning (advanced careplanning)

- *Doel*

Het zorgpad geeft een richtlijn aan de hand waarvan het gesprek/de gesprekken gevoerd kan worden met de oudere over medische behandeldoelen en eventuele behandelbeperkingen, welke schriftelijk vastgelegd worden.

- *Werkwijze en betrokkenen*

*Door wie*

**Door** huisarts

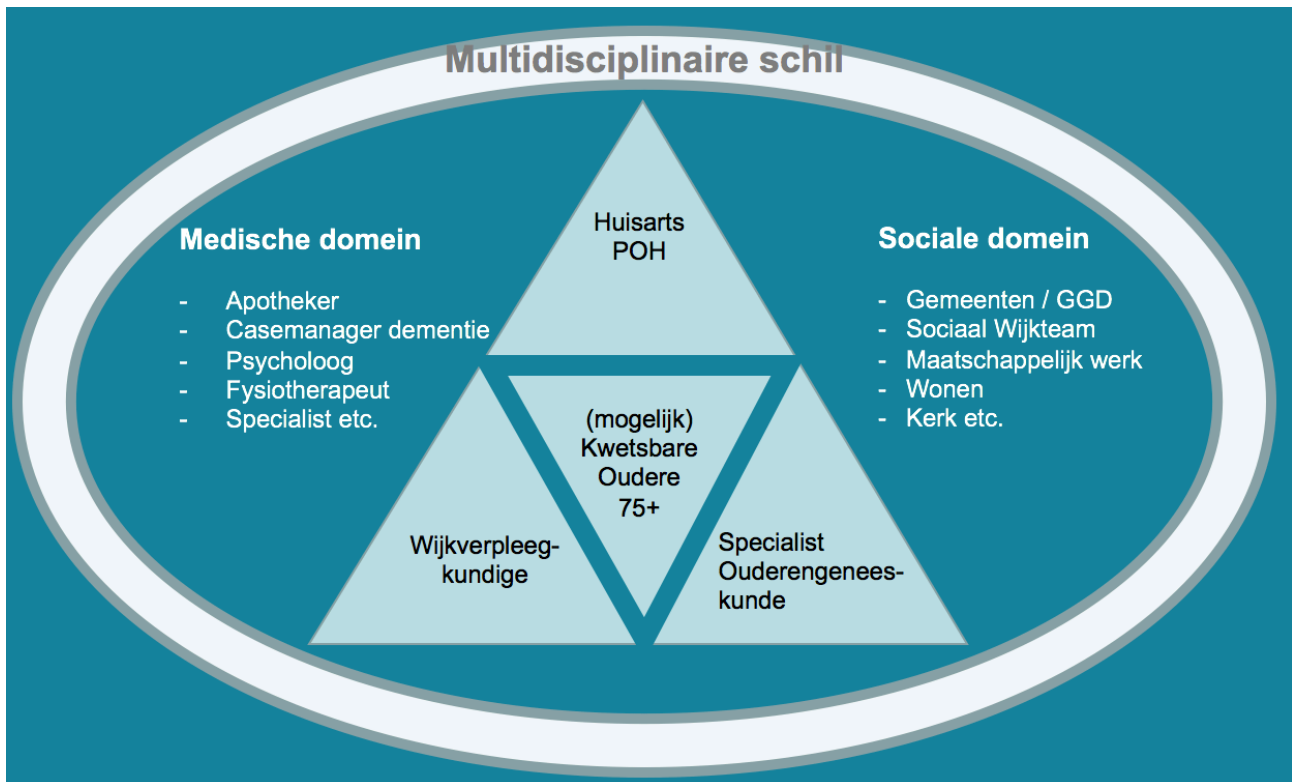
### 3. Kernteam Ouderenzorg

In dit hoofdstuk wordt een beknopte beschrijving gegeven van de profielen van de leden van het Kernteam Ouderenzorg. Na verdere afstemming en uitwerking zou (vanuit het op te richten multidisciplinaire samenwerkingsverband i.o.) uitgewerkt moeten worden wat er voor nodig is om de zorg – zoals beschreven – te kunnen uitvoeren, in termen van capaciteit, kwaliteit, scholing, ICT, stroomlijnen zorgprocessen etc.

De (mogelijk) kwetsbare oudere weet zich omgeven door een Kernteam Ouderenzorg.

Dit team bestaat uit de volgende personen:

- Huisarts
- Praktijkondersteuner
- Wijkverpleegkundige<sup>16</sup>
- Specialist Ouderengeneeskunde



#### 3.1 Huisarts

De huisarts is de regisseur van de multidisciplinaire zorg voor de ouderen in de patiëntenpopulatie. De huisarts is in staat om een MDO vorm te geven, voor te zitten en prioriteiten te kunnen stellen. De huisarts is goed op de hoogte van de expertise van de samenwerkingspartners.

<sup>16</sup> Soms is er ook sprake van een Geriatrisch Verpleegkundige



### **3.2 Praktijkondersteuner en wijkverpleegkundige**

De praktijkondersteuner (in dienst van de huisarts) en de wijkverpleegkundige (in dienst van een VVT-organisatie) vormen beide een belangrijke schakel tussen de patiënt enerzijds en het Kernteam Ouderenzorg – met daarom heen ook het hele pallet aan zorg- en hulpverleners uit het medische en sociale domein – anderzijds. De inhoud van de zorg(coördinatie) staat beschreven in het onderhavige document.

Wie precies wat doet is afhankelijk van diverse factoren, zoals de aanwezige competentie/profiel van de aanwezige medewerkers in de praktijk, de beschikbare capaciteit en de inzet vanuit de VVT-organisaties. Er zijn verschillende competentieprofielen met soms ook verschillende ‘namen’. In het werkgebied zien we de volgende functiebenamingen:

- Praktijkondersteuner Ouderenzorg, Praktijkondersteuner Somatiek
- Wijkverpleegkundige, Coördinerend Wijkverpleegkundige<sup>17</sup>, Geriatisch Wijkverpleegkundige, Wijkzuster<sup>18</sup>

#### **Lokale verschillen en lokale accenten vragen om flexibiliteit**

De (coördinerend/geriatisch) wijkverpleegkundige, de POH-Ouderenzorg, de wijkzuster, allemaal hebben ze veel ervaring in de zorg voor ouderen. Allen zijn gewend ingewikkelde zorgsituaties op te lossen en zijn de verbindende schakel tussen de huisarts en andere hulpverleners. De precieze verdeling voor wat betreft de inzet voor de zorg(coördinatie) tussen de verschillende ‘soorten’ medewerkers is afhankelijk van de lokale omstandigheden in en rondom een huisartspraktijk en de afspraken met een of meerdere VVT-organisaties. Ook de verschillen in caseload (sterk afhankelijk van de hoeveelheid ouderen in een praktijk) vragen om de nodige flexibiliteit qua inzet van personeel.

Zorggroep Het Huisartsteam heeft met VVT-organisaties afspraken gemaakt dat zij voor iedere huisartspraktijk een Coördinerend Wijkverpleegkundige inzetten in duo met een Specialist Ouderengeneeskunde.

Veel huisartsen van Huisartsen Zorggroep Breda beschikken over een specifiek in ouderenzorg opgeleide praktijkondersteuner. Soms wordt deze functie gecombineerd in één persoon met de functie van POH-Somatiek. Afspraken met Specialist Ouderengeneeskunde zijn niet vanuit de zorggroep maar vanuit de individuele huisartspraktijken gemaakt.

#### **❖ *Praktijkondersteuner Ouderenzorg***

De Praktijkondersteuner Ouderenzorg heeft een afgeronde HBO-opleiding Ouderenzorg.

De POH-O kan kwetsbare ouderen herkennen en bekijkt verschillende ziektebeelden bij ouderen vanuit diverse perspectieven. Herkent signalen en kan vervolgens op een effectieve manier de juiste zorg in kaart brengen en inzetten. Kent de meest voorkomende geriatische ziektebeelden in de eerste lijn en optimaliseert de zorg voor de cliënt door ook de draagkracht en draaglast van de mantelzorg te analyseren. Herkent de signalen van ouderenmishandeling en handelt op de juiste manier bij vermoedens hiervan.

<sup>17</sup> Zo genoemd bij praktijken van Zorggroep Het Huisartsteam

<sup>18</sup> Concept van De Wijkzuster (bij Coöperatie i.o. van Surplus, St. Elisabeth, TWB Thuiszorg met Aandacht en De Kruisvereniging. Functieprofiel nog niet bekend.

De POH-O voert de volgende taken uit: opsporen van complexe kwetsbare patiënten, opstellen van een zorgplan, uitvoeren van casemanagement voor kwetsbare ouderen met complexe problematiek, contacten onderhouden met de kwetsbare patiënt en diverse eerstelijns hulpverleners, periodiek overleg met de huisarts voeren over de kwetsbare patiënten, een MDO voorbereiden en plannen, aan opgestelde zorgpaden een verder invulling geven. De functie POH-O is profiel 5 en BIG geregistreerd en heeft daarnaast veelal een casemanager opleiding gevolgd.

❖ Praktijkondersteuner Somatiek

In praktijken waar geen praktijkondersteuner is met de Hbo-opleiding Ouderenzorg aanwezig is, is een praktijkondersteuner Somatiek aanwezig. Het takenpakket van de POH-S<sup>19</sup> is:

- Het (in toenemende mate) oog hebben voor kwetsbaarheid bij de patiënten in de chronische zorgprogramma's.
- Het begeleiden van de patiënt en diens mantelzorger.
- Het optreden als casemanager voor de kwetsbare oudere en diens mantelzorger.
- Het geven van advies, voorlichting en educatie op het gebied van kwetsbaarheid door multipathologie.

❖ Wijkverpleegkundige (of 'Coördinerend Wijkverpleegkundige' of 'Geriatrisch Verpleegkundige')

De wijkverpleegkundige (of 'coördinerend wijkverpleegkundige' of 'wijkzuster') heeft een Hbo-opleiding op het gebied van zorg- of hulpverlening, wijkverpleegkundige niveau 5.

- Het systematisch screenen van potentieel kwetsbare ouderen in de thuissituatie.
- Het opstellen van een multidisciplinair individueel zorgplan.
- Het begeleiden van de cliënt en diens mantelzorger.
- Het optreden als casemanager voor de complexe patiënt en diens mantelzorger.
- Het geven van onafhankelijk advies, voorlichting en educatie op het gebied van kwetsbaarheid door multipathologie.
- Overige taken: het overzicht hebben en houden van ontwikkelingen in en partners op het gebied van het welzijn en de gemeentelijke WMO. Goede kennis van alle voorzieningen in de wijk is een randvoorwaarde.

### 3.3 Specialist ouderengeneeskunde

De SO is expert op het gebied van ziekten en aandoeningen van de kwetsbare patiënt met complexe problematiek. Fungeert als steun en versterkt de medische achtergrond voor de huisarts en de POH-O in de eerste lijn. De SO neemt deel aan het MDO, en kan zo nodig op huisbezoek gaan voor een consult. Ook is hij bereikbaar voor telefonisch overleg. Hij biedt multi-domeingerichte zorg, gericht op de hulpvraag van de patiënt waarbij binnen de medische mogelijkheden, respect voor de patiënt en diens wensen centraal staat. Hij staat borg voor het zelfbeschikkingsrecht (mate van regie) van de patiënt. Indien de functionele autonomie van de patiënt afneemt is de SO alert op het afstemmen van de behandeling en zorg met de patiënt. Hij verleent medische zorg bij complexe geriatrische problemen waarbij versterken van de autonomie en kwaliteit van leven van de patiënt van belang zijn.

---

<sup>19</sup> Met wel aanvullende scholing danwel in opleiding op gebied van de ouderenzorg.

### Functiebeschrijvingen en -profielen

De samenwerking vanuit het Kernteam Ouderenzorg met andere wijkverpleegkundigen (die geen deel uit maken van het Kernteam Ouderenzorg maar wel zorg verlenen) zal afgestemd en afgesproken moeten worden. Het is van belang dat de wijkverpleging (niet zijnde de (coördinerend) wijkverpleegkundige uit het kernteam) bereid moet zijn tot en aangestuurd moet worden op samenwerking. Dit is een wezenlijke functie van het op te richten samenwerkingsverband. Ook over de rol, inzet en mogelijke vormen van consultatie van een SO zouden nog nadere afspraken gemaakt moeten worden.

## Gebruikte afkortingen

HA	Huisarts
POH-S	Praktijkondersteuner Somatiek
POH-O	Praktijkondersteuner Ouderenzorg
Ass	Assistente
WVK	Wijkverpleegkundige
C-WVK	Coördinerend wijkverpleegkundige
SO	Specialist Ouderengeneeskunde
IZP	Individueel Zorgbehandelplan
MDO	Multidisciplinair Overleg
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
SFMP	Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch en Communicatief.
KIS	Keten Informatie Systeem