

Zorgprogramma Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk

Regio Rivierenland



Werkgroep Ouderenzorg

Laatste evaluatie: juli 2021

Datum herziening: elke 2 jaar

Contactgegevens

secretariaat@ecttiel.nl

secretariaat@gezondrivierenland.nl

Inhoud

1.	Inleiding	4
1.1	Ouderenzorgvisie	4
1.2	Doelgroep	5
1.3	Doelstelling	5
1.4	Definities.....	5
1.5	Randvoorwaarden	6
2.	Proces ouderenzorg	8
2.1	Stappenplan Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk	8
2.2	Processchema kwetsbare ouderenzorg	9
3.	Organisatie van zorg	10
3.1	Casefinding en selectieve screening	10
3.2	Medicatiebeoordeling	10
3.3	Multidisciplinair overleg (MDO).....	11
3.4	Individueel Zorgplan (IZP).....	12
3.5	De casemanager	13
3.6	Proactieve zorgplanning (ACP)	13
3.7	Mantelzorgondersteuning	13
4.	Geriatrische syndromen	15
4.1	De Geriatrische Reuzen (Geriatric Giants).....	15
4.2	Vallen en Mobiliteit	15
4.3	Ondervoeding	17
4.4	Incontinentie van urine	17
4.5	Dementie	18
4.6	Delier	18
4.7	Depressie	19
4.8	Communicatie.....	19
4.9	Eenzaamheid	21
4.10	Ouderen met een lage sociaaleconomische status en/of migrantenachtergrond	21
5.	Verwijs- en samenwerkingsafspraken	23
5.1	Onderlinge berichtgeving en verslaglegging	23
5.2	Huisartsenpraktijken en wijkverpleging	23
5.3	Dementiezorg in Rivierenland	23
5.4	Consultatie specialisten ouderengeneeskunde	25
5.5	Verwijzing naar welzijn/ouderenadviseur	25
6.	Deelnemende disciplines en taakverdeling	27
6.1	Huisarts	27
6.2	Praktijkondersteuner	27
6.3	Wijkverpleegkundige	27
6.4	Doktersassistente.....	27
6.5	Specialist ouderengeneeskunde.....	28
6.6	Welzijnsmedewerker	28
6.7	Apotheker	28
6.8	Geriatrater	28
6.9	Dementieconsulente	29

7.	ICT en registratie afspraken	30
7.1	Keuze en gebruik HIS/Het informatiesysteem	30
7.2	Registratie.....	31
8.	Kwaliteit en Indicatoren	32
8.1	Kwaliteit meten	32
8.2	Deskundigheid	32
9.	Organisatie Zorgprogramma en Financiering	34
9.1	Verantwoordelijkheid en regie	34
9.2	Regionale samenwerking	35
9.3	Financiën	36
10.	Bijlagen.....	37
10.1	ICPC-Codes voor ouderenzorg	37
10.2	Plan van aanpak casefinding en screening	38
10.3	Vragenlijsten	39
10.4	Aanmelden en organisatie MDO ouderenzorg	40
10.5	SFMPC-lijst.....	41
10.6	Handreiking sociale kaart	44

1. Inleiding

Dit zorgprogramma verscheen voor het eerst in 2011 bij het Eerstelijnscentrum Tiel (ECT). In 2014 is ook Zorggroep Gelders Rivierenland gestart met het zorgprogramma Zorg voor Kwetsbare Ouderen.

Dit zorgprogramma is gebaseerd op de volgende landelijke protocollen en richtlijnen:

- KNMG Richtlijn Ouderenzorg;
- NHG Praktijkwijzer Ouderenzorg;
- Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen 2019;
- NHG richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, 2020;
- Handreiking kwetsbare ouderen thuis, mei 2019;
- Protocolaire Ouderenzorg, van Maurik-Brandon e.a. Editie 2015
- Leidraad Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen, LHV november 2018;
- Zorgstandaard dementie 2020;
- NHG standaard dementie 2020;
- Netwerk Dementie Rivierenland, maart 2019.

Reikwijdte: Dit zorgprogramma is geschreven voor alle betrokken zorgverleners in de huisartsenpraktijk rondom de kwetsbare oudere patiënten die staan ingeschreven bij de huisartsenpraktijken van het Eerstelijns Centrum Tiel en Zorggroep Gelders Rivierenland.

1.1 Ouderenzorgvisie

Ouderen in Rivierenland kunnen zo lang mogelijk, mits verantwoord, zelfstandig met de nodige hulp en ondersteuning in hun vertrouwde omgeving blijven wonen. **Wat de oudere belangrijk vindt in zijn of haar leven is het uitgangspunt.** Zo kunnen zij ook in hun laatste levensfase hun eigen koers bepalen.

In overleg met de oudere, samen met mantelzorger en overige hulpverleners willen we die ondersteuning aanbieden, die aansluit bij de behoefte van de oudere. Hiermee streven we er naar dat de ouderen hun zelfstandigheid en zelfredzaamheid zo lang mogelijke behouden en dat er een positieve bijdrage is aan de kwaliteit van leven.

De uitgangspunten voor de ouderenzorg zijn:

Persoonsgericht

Wat de oudere belangrijk vindt in zijn of haar leven is het uitgangspunt.

Positieve gezondheid

Wat zijn de mogelijkheden i.p.v. de beperkingen? Functioneren boven genezen en met preventie nieuwe beperkingen voorkomen. Medische visie/generalistisch breed (integraal).

Proactief

Proactief in tegenstelling tot vraag gestuurd

Stepped care

Ondersteuning en zorg op de juiste plek. Zo licht als kan zo zwaar als moet. Welzijnsproblematiek wordt opgepakt in de nulde lijn.

Samen

Ouderenzorg is netwerkzorg in plaats van ketenzorg. We doen het samen, samen met de

oudere/mantelzorger, welzijns- en zorgprofessional. Toestemming van de patiënt of vertegenwoordiger is een vereiste.

1.2 Doelgroep

Ouderen met de leeftijd van 75 jaar en ouder waarbij sprake is van vermeende kwetsbaarheid. Na vaststellen van kwetsbaarheid wordt de oudere geïnccludeerd in het zorgprogramma.

Criteria voor doelgroep:

- alle bij de huisarts ingeschreven zelfstandig wonende kwetsbare ouderen van 75 jaar en ouder;
- patiënten van 65 jaar en ouder met multimorbiditeit;
- extra aandacht voor alleenstaanden, lage SES, woonachtig in achterstandswijken;
- ook ouderen uit zorgcentra kunnen in de selectie worden meegenomen.

Wanneer er geen sprake is van kwetsbaarheid blijft alertheid van alle zorgverleners nodig op eventuele achteruitgang ([casefinding](#)).

1.3 Doelstelling

Dit zorgprogramma beschrijft de zorg voor kwetsbare ouderen in de eerstelijns met als doel behoud van zelfstandigheid en zelfredzaamheid en kwaliteit van leven. Naast het behoud of verbeteren van de gezondheidstoestand.

Kenmerken hiervan zijn:

- Goede afbakening van de doelgroep van personen die (het meest) "at risk" zijn;
- Systematische aanpak met aandacht voor alle aspecten (sociaal, emotioneel, medisch en psychisch/cognitief), vroegtijdige herkenning van risico's op gezondheidsproblemen en daarop gerichte interventies, op gebied van (medische) zorg, wonen en welzijn;
- Multidisciplinair aanbod van zorg, welzijn en behandeling gericht op het zo lang mogelijk thuis wonen met behoud van kwaliteit van leven en het voorkomen van (onnodige, dure) opnames.
- Goede afspraken over het aanbod van zorg rondom de kwetsbare oudere en casemanagement.

Dit leidt tot samenhangende en doelmatige zorg.

1.4 Definities

Casemanager

De casemanager is het eerste aanspreekpunt (inclusief vervanger) die aanspreekbaar is voor de oudere, zijn mantelzorg en de betrokken hulpverleners. De casemanager heeft een coördinatiefunctie bij het organiseren van de zorg en begeleiding van de oudere.

Individueel Zorgplan (IZP)

Het individueel zorgplan is een plan waarin de actuele problemen, de behandeldoelen en bijbehorende interventies op een rij staan. Dit individuele zorgplan is door de casemanager samen met het kernteam de oudere en eventuele mantelzorger opgesteld. Het wordt periodiek geëvalueerd en bijgesteld.

Kernteam

Het kernteam bestaat uit Huisarts en praktijkondersteuning, wijkverpleging en eventueel de ouderenadviseur/welzijn. Het overleg tussen deze drie partijen noemen we in de regio ook wel klein MDO.

Kwetsbaarheid

In de literatuur bestaan diverse definities van kwetsbaarheid. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP, 2011) definieert kwetsbaarheid als: "Kwetsbaarheid bij ouderen is het proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren, dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, vroegtijdig overlijden)"

Kwetsbaarheid van de oudere is een nog niet goed gedefinieerde entiteit binnen de eerste lijn: het is meer dan multimorbiditeit. Het hebben van een chronische ziekte, cognitieverlies en eenzaamheid zijn veel voorkomende kenmerken van de doelgroep. De persoonlijke context (sociaal, emotioneel, financieel) is een belangrijke variabele.

Medicatiebeoordeling (medication review)

Een beoordeling van de farmacotherapie door patiënt, arts en apotheker op basis van een periodieke gestructureerde, kritische evaluatie van de medische-, farmaceutische- en gebruiksinformatie. Maatstaf bij de beoordeling zijn de individuele behoeften van een patiënt ten aanzien van zijn of haar geneesmiddelgebruik.

Multi Disciplinair Overleg (MDO)

Periodiek overleg met alle zorgverleners (van verschillende disciplines in de 1^e lijn) die betrokken zijn bij de behandeling van een thuiswonende kwetsbare oudere. In het MDO worden met een afgesproken frequentie de patiënten besproken aan de hand van een zorgbehandelplan. Het initiatief tot het organiseren van een MDO wordt genomen door de praktijkondersteuner van de huisarts of de wijkverpleegkundige.

Polyfarmacie

≥ 10 geneesmiddelen die chronisch gebruikt worden door een patiënt. Dermatologische preparaten en geneesmiddelen die niet chronisch gebruikt worden, worden niet meegeteld bij de bepaling van het aantal geneesmiddelen bij polyfarmacie.

1.5 Randvoorwaarden

- Er is een **gezamenlijke visie** op ouderenzorg in de regio met alle deelnemende organisaties. Programma Samen ... Oud in Rivierenland is in de regio opgezet om gezamenlijk projecten en onderwerpen op te pakken ter verbetering van de ouderenzorg in de regio. De ambitie van Samen ... Oud is dat de kwetsbare ouderen in de regio zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen, met behoud van eigen regie en met ondersteuning dichtbij huis rond de kwetsbare oudere en zijn sociaal netwerk. In het [werkplan van het programma](#) staan de lopende projecten beschreven.
- **Regierol**
De huisarts vervult de regierol, als hoofdbehandelaar tenzij de zorg wordt overgenomen door de tweede lijn.
- **ICT en verslaglegging**
Alle betrokken zorgverleners en de oudere of diens mantelzorger hebben toegang tot het ketenzorginformatiesysteem, de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) of communicatieplatform (zoals bijvoorbeeld OZOVerbindzorg). Er zijn werkafspraken over welke informatie gedeeld wordt en met wie binnen de vigerende privacy regels.

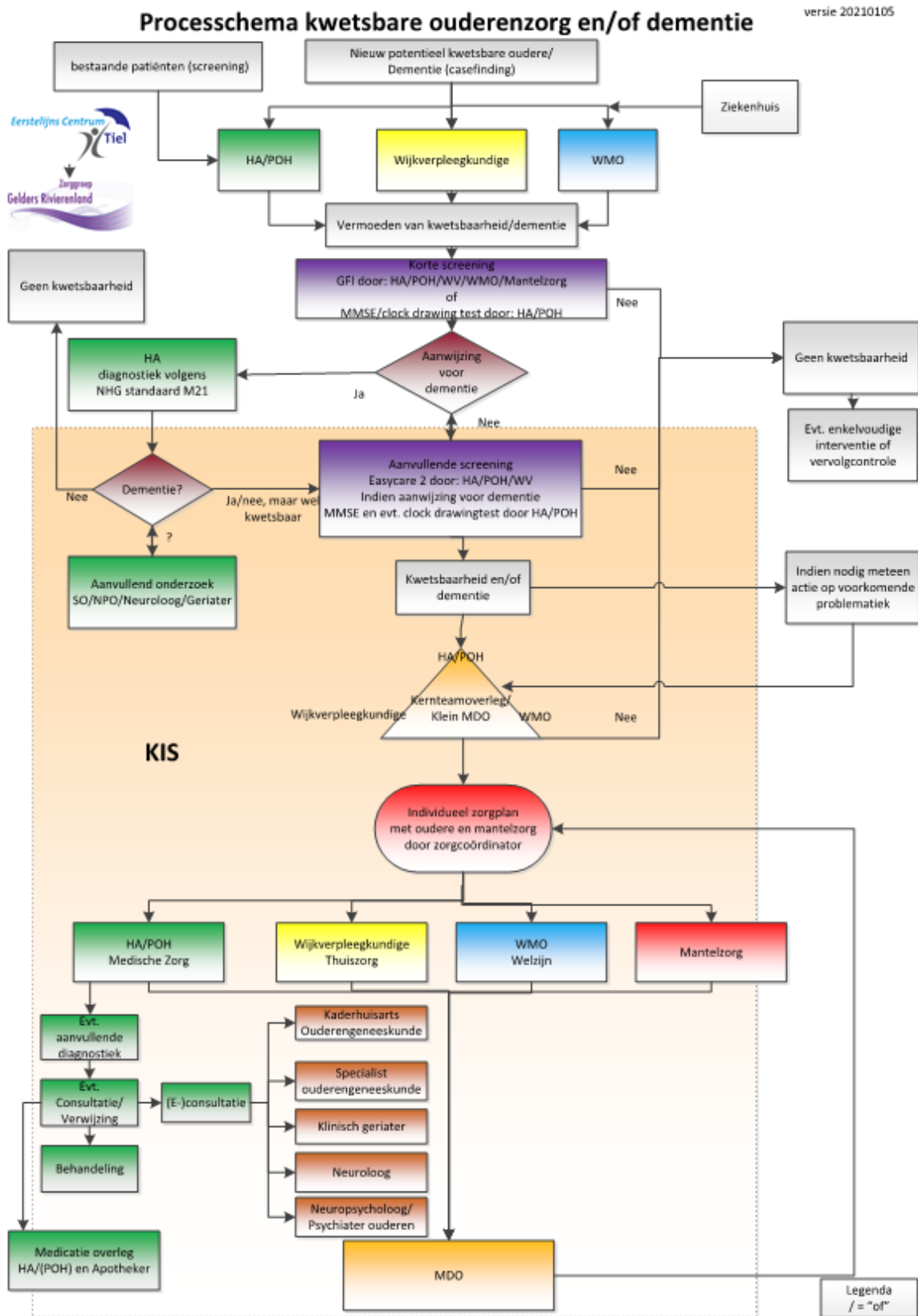
- **Financiering**
Alle betrokken organisaties zorgen voor voldoende financiële middelen en contractuele afspraken om goede ouderenzorg te kunnen leveren.
- **Personele capaciteit**
Alle betrokken organisaties zorgen voor voldoende beschikbare capaciteit om goede ouderenzorg te kunnen leveren.
- **Scholing en competentie**
De soms complexe zorg voor kwetsbare ouderen stelt hoge eisen aan de zorgverleners. Deskundigheid wordt in de scholingsplannen van betrokken organisaties geborgd. De praktijkondersteuner Ouderenzorg dient te beschikken over een HBO werk- en denkniveau en een ouderenzorgopleiding te hebben gevolgd.
- **Sociale kaart**
De zorgverleners beschikken over een goed bereikbaar en toegankelijk multidisciplinair netwerk (sociale kaart) inclusief sociale voorzieningen.

2. Proces ouderenzorg

2.1 Stappenplan Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk

1. Breng de **sociale kaart Ouderenzorg** in uw gemeente in kaart. In iedere gemeente is een **geriatisch netwerk** actief.
2. Laat de POH-Ouderenzorg (geleidelijk aan) bij de kwetsbare ouderen de zorgvraag in kaart brengen. Begin klein op basis van **casefinding**. Registreer in het HIS de ICPC-code A49.01 en bij kwetsbaarheid ICPC code A05.
 - Potentieel kwetsbare ouderen aangedragen door partners uit het netwerk (bijv. wijkteam, welzijn).
 - Korte screening op kwetsbaarheid met GFI afnemen, bijv. in de praktijk als de oudere een afspraak heeft met de huisarts of in het kader van de ketenzorg.
 - Vanuit HIS-selectie eventueel met behulp van Easycare trap 1.
3. Bij vermoeden van **dementie** volgt de stepped care aanpak van Netwerk Dementie Rivierenland. De huisarts stelt diagnose bij niet complexe dementie. De dementerende oudere is per definitie een kwetsbare oudere.
4. Breng de probleemvelden/behoefte in kaart met behulp van een **screeningsinstrument** (bijv. de Easycare Trap 2). Zet **aanvullend onderzoek** in, indien nodig.
5. Organiseer het **MDO** (eventueel digitaal) om ouderen te bespreken. Bepaal wie het vaste aanspreekpunt wordt. Dit is de casemanager die de zorg en ondersteuning coördineert.
6. Stel een Individueel **zorgplan** (Hoofdstuk 3.4) op.
7. De **casemanager** koppelt het zorgplan terug aan **de oudere en de mantelzorger**. De casemanager volgt de voortgang, stelt eventueel bij na overleg met betrokkenen, registreert en communiceert.
8. Spreek een periodiek **medicatie overleg** af met de apotheker om polyfarmaciepatiënten te bespreken. Breng daarvoor medicatiegebruik in kaart.
9. Plan een **Proactief zorgplanningsgesprek** (ACP) in en leg het vast. Evalueer het jaarlijks.
10. Maak bij complexe problematiek laagdrempelige gebruik van **consultatie** van bijvoorbeeld een Specialist Ouderengeneeskunde of Geriater. Of organiseer een breder MDO (eventueel digitaal) met meerdere disciplines, die voor de casus relevant zijn.

2.2 Processchema kwetsbare ouderenzorg



3. Organisatie van zorg

3.1 Casefinding en selectieve screening

[Bijlage 2. Plan van aanpak casefinding en screening](#)

3.1.1 Casefinding

Casefinding/Signalering is de belangrijkste methode om de kwetsbare ouderen te identificeren en vindt overwegend plaats via reguliere contacten door de huisarts, praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige en eventueel andere zorgverleners of de directe omgeving van de oudere.

Signaal:

Elke verandering in toestand of situatie van de oudere die door betrokkenen als potentieel bedreigend voor de gezondheidstoestand of zelfredzaamheid wordt gezien.

3.1.2 Selectieve Screening

Screening kan plaats vinden in de huisartsenpraktijk. Door middel van dossieronderzoek kan de huisarts samen met de praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige de doelgroep in kaart brengen. Dit kan aan de hand van de leeftijd 75+, aan de hand van bijv. polyfarmacie, multimorbiditeit of het aantal contacten met de praktijk.

Afhankelijk van de mogelijkheden van de praktijk (capaciteit praktijkondersteuner en wijkverpleegkundige en beschikbare uren) maakt de praktijk een afweging welke groepen en in welke volgorde. Begin klein en met de groep met de hoogste prioriteit.

3.2 Medicatiebeoordeling

Tijdens de screening op kwetsbaarheid wordt nagegaan of de oudere tien of meer geneesmiddelen gebruikt. Tijdens de screening in het huisbezoek worden de vragen aangaande medicatiegebruik meegenomen.

Een nadere evaluatie van de medicatie kan ook gewenst zijn in geval van:

- een verzoek van de patiënt of mantelzorger;
- signalen van (mogelijke) farmacotherapie gerelateerde problemen (FTP's) vanuit huisarts of apotheker of vanuit derden (zoals ziekenhuis, thuiszorg), zoals een recente val door onbekende oorzaak, cognitieve achteruitgang of verminderde therapietrouw;
- een acute of structurele verandering van de gezondheidstoestand, zoals bij of na een ziekenhuisopname.

In de huisartsenpraktijken wordt gewerkt met een protocol polyfarmacie met als doel door middel van periodieke medicatiebeoordeling (MBO) de kwaliteit en veiligheid van geneesmiddelengebruik te verbeteren bij patiënten die meerdere geneesmiddelen gebruiken. Hierbij hoort het optimaliseren van de medicamenteuze behandeling, het verminderen van risico's op geneesmiddel-gerelateerde problemen en het bevorderen

van therapietrouw. Deze beoordeling vindt plaats in samenwerking tussen de apotheker, de huisarts en zo mogelijk de patiënt zelf.

Voor (kwetsbare) ouderen gelden de volgende specifieke aandachtspunten:

- De therapietrouw, eventueel baxterverpakking of medicijndispenser regelen, inschakelen van mantelzorg of wijkzorg voor begeleiding;
- De noodzaak van voortzetting van medicatie;
- De noodzaak van starten van medicatie;
- De medicatie in relatie tot de nierfunctie (halfjaarlijks controleren);
- Eventuele bijwerkingen en interacties van de medicatie.

Zie voor meer informatie en een richtlijn de protocollen van de huisartsenpraktijk en apotheek over polyfarmacie en cliënten met medicatie in de Baxterrol.

Er zijn aanwijzingen dat een MBO kan bijdragen aan het behalen van specifiek door de patiënt benoemde behandoelen (Verdoorn, 2019). Er zijn aanwijzingen dat een MBO bij patiënten met hyperpolyfarmacie (chronisch gebruik ≥ 10 geneesmiddelen) en ≥ 70 jaar een positief effect kan hebben op vermindering van de ervaren gezondheidsklachten en zelf gerapporteerde kwaliteit van leven (Verdoorn, 2019).

3.3 Multidisciplinair overleg (MDO)

[Bijlage 2. Aanmelden en organisatie MDO ouderenzorg](#)

Het MDO bestaat altijd uit een kernteam, en kan waar nodig aangevuld worden met andere disciplines.

Het kernteam bestaat uit:

- Huisarts/POH Ouderenzorg en wijkverpleegkundige

Het kernteam kan, op indicatie, afhankelijk van de te bespreken casuïstiek en de complexiteit aangevuld worden met de volgende disciplines/zorgverleners:

- Ouderenadviseur
- Kwetsbare oudere en/of diens mantelzorger
- Specialist ouderengeneeskunde (SO)
- Klinisch Geriater
- Paramedische disciplines: fysiotherapeut, ergo therapeut, logopedist, diëtist
- Casemanager dementie
- Apotheker
- POH-GGZ, eerstelijns psycholoog

Het MDO wordt geleid door de huisarts of POH. Deze zorgt er tevens voor dat er een casemanager wordt aangewezen. Aan het einde van het MDO wordt vastgesteld wanneer en door wie een vervolg MDO wordt geregeld. De casemanager zorgt altijd voor een directe terugkoppeling van het MDO aan de kwetsbare oudere en/of diens mantelzorger.

Het is belangrijk dat de oudere toestemming heeft gegeven voor bespreking in het MDO. De ouderen in het zorgprogramma worden minimaal 1 keer per jaar besproken in een

MDO.

In verband met de privacy worden medische problemen alleen besproken met de zorgverleners. De welzijnswerkers (ouderenadviseur/mantelzorgondersteuner) kunnen aansluiten voor of na de medische bespreking van de casus.

Het anoniem bespreken is ook een optie om privacy van de patiënt te beschermen.

3.4 Individueel Zorgplan (IZP)

[Bijlage 5. SFMPC-lijst](#)

[Bijlage 6. Handreiking sociale kaart](#)

In het MDO wordt aan de hand van de benoemde problemen een IZP gemaakt volgens het SFMPC-model.

Het SFMPC model gaat uit van de volgende aandachtsgebieden:

Somatisch: wat zijn de gevolgen van een aandoening?

Functioneel: mate van zelfzorg, mobiliteit, transfers, incontinentie.

Maatschappelijk: sociale relaties, dagbesteding.

Psychisch: cognitie, coping.

Communicatie: zintuigen, uitingsbeperkingen.

De betrokken zorgverleners voeren de vervolgacties uit volgens de afspraken uit het IZP. Dit IZP wordt in het informatiesysteem vastgelegd. De wensen en het welzijn van de kwetsbare oudere zijn daarbij uitgangspunt.

Bijvoorbeeld: Verwijzing naar fysiotherapeut, extra diagnostiek, consultatie specialist, ondersteunende gesprekken met patiënt en partner, regelen tafeltje dekje, medicatie etc. Bij de uitvoering van het IZP is het voor alle zorgverleners belangrijk om te beschikken over een sociale kaart.

Met het IZP is het mogelijk om voor een patiënt een plan op te stellen n.a.v. één of meerdere problemen. Het invoeren en bijwerken van een probleem werkt op verschillende niveaus:

Probleem - Doel - Actie - Evaluatie

Voor een probleem kunnen meerdere doelen toegevoegd worden. Voor een doel meerdere acties. Voor acties meerdere evaluaties. Voor het aanmaken van een probleem is in eerste instantie alleen het Probleem verplicht. Doelen en acties kunt u op een later moment toevoegen.

Bestaande problemen kunt u bewerken door het probleem uit te klappen met het plus-teken en op wijzig of toevoegen te klikken. Hiermee kunt u een probleem, doel of actie ook afsluiten (inactief maken). In de weergaveopties kunt u kiezen op welk detailniveau de problemen getoond moeten worden.

De casemanager legt het IZP, de betrokken partijen, de evaluatiefrequentie en alle acties en uitkomsten vast.

Alle betrokken partijen kunnen de voortgang monitoren in het IZP.

3.5 De casemanager

De casemanager is het 1^e aanspreekpunt voor de oudere. In het MDO wordt de casemanager benoemd. De casemanager heeft een coördinatiefunctie bij het organiseren van de zorg en begeleiding van de oudere. Vaak is dit de praktijkondersteuner Ouderenzorg. Het kan bijvoorbeeld ook de wijkverpleegkundige of dementieconsulent zijn. In het proces kan op enig moment ook een andere betrokken zorgverlener de rol van casemanager overnemen. Het hangt er van af waar het zwaartepunt van de problematiek ligt. Voor de oudere en de eventuele mantelzorgverlener moet op ieder moment duidelijk zijn wie het eerste aanspreekpunt is.

De casemanager:

- bespreekt het Individueel Zorgplan (IZP) met de oudere en eventuele mantelzorgverlener;
- brengt alle betrokken zorgverleners in beeld en nodigt alle betrokken zorgverleners die toegang hebben tot het informatiesysteem (denk ook aan paramedici) uit voor het MDO wanneer nodig;
- legt het IZP, de betrokken partijen, evaluatiefrequentie en alle acties en uitkomsten vast in het informatiesysteem;
- houdt periodiek contact (1-6 maanden afhankelijk van de behandelzwaarte) met de oudere om 'vinger aan de pols te houden' en te zien of het plan het beoogde resultaat oplevert;
- agendeert de voortgang en bijstelling van het IZP in het MDO.

3.6 Proactieve zorgplanning (ACP)

[Bijlage 7 Toolkit Proactieve Zorgplanning](#)

Proactieve zorgplanning ook wel bekend als Advanced care planning (ACP) is een vrijwillig proces van gespreksvoering waarbij de patiënt wensen, doelen en voorkeuren bespreekt met betrekking tot toekomstige zorg en indien gewenst tot keuzes komt over specifieke behandelingen.

Het gesprek over behandelwensen en behandelgrenzen tijdig voeren, zorgt ervoor dat de zorg beter aansluit bij de wensen van de patiënt. Dit kan onnodige en onwenselijke zorg en ziekenhuisopnames voorkomen. Een belangrijk hulpmiddel om te bedenken of een oudere hiervoor in aanmerking zou moeten komen is de "surprise question". De huisarts of POH kan zichzelf deze vraag stellen; "Zou ik verbaasd zijn als deze patiënt het komende jaar zou overlijden?"

In de regio is een toolkit ontwikkeld die ondersteuning biedt bij het organiseren van proactieve zorgplanning. De toolkit biedt handvatten om ermee te starten, de gesprekken te voeren en de uitkomsten vast te leggen, zodat deze bekend zijn binnen het netwerk in acute situaties.

3.7 Mantelzorgondersteuning

3.7.1 Zorgbehoefte in kaart brengen en mantelzorgondersteuning

Inventariseer de zorgbehoefte van de patiënt en mantelzorgverlener of laat dit doen door de praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige of casemanager dementie. De benodigde zorg

is mede afhankelijk van comorbiditeit en probleemgedrag van de patiënt en de gezondheid en mogelijkheden van de mantelzorgers.

Informeert bij zowel de patiënt als de mantelzorgers naar:

- voeding en gewichtsverandering
- (behoefte aan meer) dagstructuur, bezigheden en sociale contacten
- wie verantwoordelijk is voor financiën, medicatie en vervoer
- behoefte aan huishoudelijke hulp of hulp bij de persoonlijke verzorging
- noodzaak voor aanpassingen in de woonsituatie
- onveiligheid en risicogedrag (denk aan brandgevaar (gasfornuis), autorijden, verdwalen)

3.7.2 Volhoudtijd mantelzorgers

Besteed aandacht aan de belasting voor de mantelzorgers en informeer naar diens behoefte aan ondersteuning.

Wees extra alert bij mantelzorgers met een niet-westerse migratieachtergrond: zij beschouwen hun taak vaak als vanzelfsprekend en vragen daardoor minder snel om hulp.

Maak een snelle inschatting van de belasting door te vragen naar de volhoudtijd:

‘Als de mantelzorg blijft zoals die nu is, hoe lang kunt u de zorg dan nog aan?’

Vragen naar de volhoudtijd geeft een ingang naar een open gesprek over de behoefte aan extra ondersteuning.

3.7.3 Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ)

EDIZ staat voor Ervaren Druk door Informele Zorg. Dit wetenschappelijk gevalideerde meetinstrument helpt de belasting van mantelzorgers van mensen met dementie in kaart te brengen. De mantelzorgers kan de [EDIZ-vragenlijst](#) zelf invullen. Het is vragenlijst die ongeveer 5 minuten tijd vraagt.

4. Geriatrische syndromen

4.1 De Geriatrische Reuzen (Geriatric Giants)

De geriatrische reuzen zijn de 4 syndromen die binnen de geriatrie al een aantal jaren ook wel met de 4 "I's" worden samengevat:

- Instabiliteit
- Immobiliteit
- Intellectuele achteruitgang
- Incontinentie.

Meer recentelijk is daarbij gekomen iatrogene oorzaak: polyfarmacie. En daarbij moet ook steeds meer gedacht worden aan het verlies van gehoor- en gezichtsvermogen.

De syndromen komen op hoge leeftijd voor en kunnen zich op een atypische wijze presenteren en zijn gekenmerkt door een symptoomarmoede of symptoomverschuiving. Voor allerlei problemen bij ouderen zoals duizeligheid, delier, vallen, ondervoeding zijn vaak meerdere oorzaken aanwezig en komen de 4 "I's" voor. Bijvoorbeeld duizeligheid, dit kan passen bij een combinatie van een gestoord gevoel in de benen (propriocepsis) en/of goedaardige positieduizeligheid en/of verminderde spierkracht en/of orthostatische hypotensie. Hoe meer van de verschillende problemen aanwezig zijn, hoe meer kans er is op duizeligheid terwijl de afzonderlijke afwijkingen vaak geen duizeligheid hoeven te geven.

Om de problematiek bij ouderen goed te kunnen behandelen moet de klacht vanuit allerlei richtingen worden bekeken om de verschillende oorzaken te kunnen achterhalen. Hiervoor is een **geriatrisch onderzoek (assessment)** van belang, in eerste instantie door de huisarts en zo nodig in tweede instantie door de specialist Ouderengeneeskunde in de eerste lijn of indien nodig bij de geriater in de 2^e lijn. We hanteren hierbij het stepped care principe. Dit onderzoek kan een overzicht geven van de verschillende problemen die aanwezig zijn en leiden tot een plan dat verdere achteruitgang kan uitstellen of voorkomen.

4.2 Vallen en Mobiliteit

Vallen komt veel voor en heeft vaak grote gevolgen. De *Richtlijnen Preventie van valincidenten* (2004). Geeft aan dat één op de drie thuiswonende ouderen minstens eenmaal per jaar valt en dat 70% van deze ouderen gevolgen hiervan ondervindt. De *NHG-Standaard Fractuurpreventie* uit 2012 stelt dat de huisarts aandacht moet hebben voor een verhoogd valrisico als er meer dan twee valincidenten waren in het afgelopen jaar. Als er geen ernstig letsel is, blijken valincidenten echter weinig spontaan gemeld te worden aan de (huis)arts. Het is dus belangrijk bij risicopatiënten/ouderen actief en routinematig te vragen naar vallen.

Valincidenten zien we vooral bij patiënten met hartvaat-aandoeningen (43%), diabetes (32%) en met ziekten van botspierstelsel en bindweefsel (26%). Patiënten die volledig zorgafhankelijk of vrijwel zelfstandig zijn vallen het minst. De belangrijkste voorspeller is een val in het voorgaande jaar.

4.2.1 Signalen die wijzen op valrisico's

- Loopt de patiënt slechter dan anders?
- Draagt de patiënt slechtzittende schoenen?
- Ziet de patiënt slecht?
- Is de patiënt bang om te vallen?
- Liggen er in de woonruimte van de patiënt losse snoeren of kledjes?
- Zijn er in de woonruimte wankelende meubels, weinig bewegingsruimte en/of slechte verlichting?

4.2.2 Behandeling

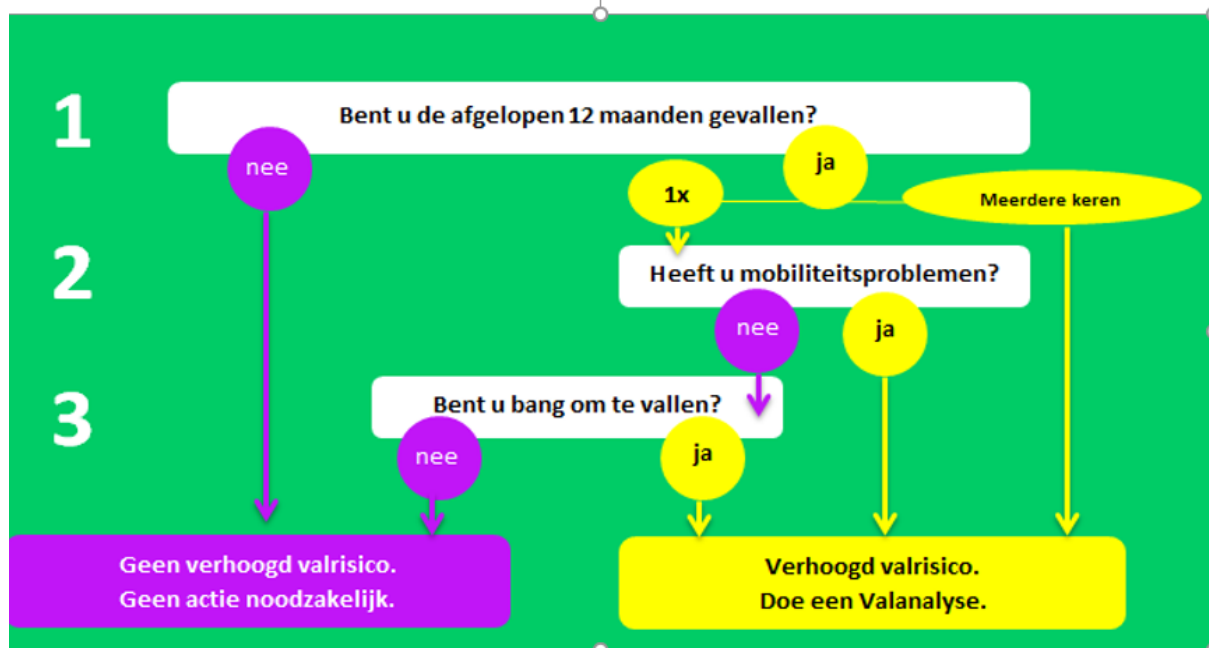
Onderzoek naar mobiliteitsstoornissen (stoornis in balans, looppatroon en spierkracht) is van belang, omdat deze stoornissen te beïnvloeden zijn door training en fysiotherapie. Andere potentiële positieve maatregelen zijn het saneren van psychotrope medicatie, het adviseren van dagelijkse lichamelijke activiteit, het corrigeren van stoornissen in het gezichtsvermogen, het saneren van potentiële gevaarlijke situaties in de woonomgeving (ergotherapeut), educatie en oefentherapie gericht op valangst.

Ook het aanvullen van vitamine D bij een tekort reduceert het valrisico, net als adviezen van de podotherapeut bij voetproblemen en het dragen van antislip-schoenen. In paragraaf 4.2.4 is het Inname advies Vitamine D suppletie opgenomen.

De belangrijkste taak van de POH-O is het actief vragen naar valincidenten bij alle ouderen. Een valrisicotest gericht op kracht en balans kost minder dan 3 minuten en kan bijna altijd uitgevoerd worden, zowel in de praktijk als op huisbezoek. Dit onderzoek houdt zowel het observeren van mobiliteit, als het vragen van enkele oefeningen uit te voeren in, wat gevolgd wordt door het meten van de bloeddruk.

4.2.3 Valrisicotest

Een ja op een van de onderstaande 3 vragen geeft aan dat er een verhoogd valrisico is.



Als deze analyse in de eerste lijn onvoldoende resultaat oplevert, is een verwijzing aanbevolen. Een hulpmiddel bij deze zorg is de [Toolkit Vallen](#) (bron N. Blijenberg Toolkit

Ucare OmU Project).

4.2.4 Inname advies Vitamine D suppletie

Ouderen van 70 jaar en ouder	20 microg = 800IE Suppletie met vitamine D3 (10-20mcg Per dag) in combinatie met calciumverlaagt het risico op vallen bij ouderen met 15% (95%-BI 4 tot 24) Bewijskracht A1 (zeer sterk bewijs)
Vrouwen tussen 50 en 70 jaar	10 microg = 400IE Suppletie van combinatie van calcium met Vitamine D gaf minder botverlies

Bron: Huisarts & Wetenschap gepubliceerd 2 maart 2015

4.3 Ondervoeding

Onder 75-plussers in de huisartsenpraktijk blijkt dat er bij 12 % van deze ouderen sprake is van ondervoeding. In verzorgingshuizen is dit zelfs 35,5%. Ondervoeding geeft een slechte prognose voor het functioneren, voor mortaliteit en voor diverse aandoeningen, bv COPD. De SNAQ65+(Short Nutritional Assessment Questionnaire) is een goed bruikbaar en gevalideerd screenings instrument voor de huisartsenpraktijk om ondervoeding vast te stellen.

Indien er sprake is van ondervoeding moet niet alleen de oorzaak hiervan onderzocht worden, maar ook bekeken worden of er sprake is van geriatrische syndromen zoals cognitiebeperkingen, vallen, depressie, eenzaamheid, polyfarmacie . Het is onvoldoende om allen maar pakjes bijvoeding voor te schrijven. Een hulpmiddel is [het stappenplan ondervoeding in de eerstelijns](#). Meer informatie is o.a. te vinden in het hoofdstuk ondervoeding van het boek Protocollaire Ouderenzorg.

4.4 Incontinentie van urine

Urine-incontinentie is iedere vorm van onvrijwillig verlies van urine. Het komt veel voor. Bij een kwart van alle volwassen vrouwen en bij minder dan 10% van alle volwassen mannen is er sprake van incontinentie van urine (NHG-Standaard 2006). De prevalentie neemt toe met het stijgen van de leeftijd. De gevolgen van urine-incontinentie zijn groot. Urine-incontinentie kan negatieve lichamelijke (decubitus, nierinsufficiëntie), mentale (schaamte, depressie) en sociale (isolement) consequenties hebben. Het heeft ook grote impact op familie en zorgverleners van de patiënt en er zijn veel kosten mee gemoeid. Urine-incontinentie wordt vaak gemist als diagnose, vooral bij kwetsbare ouderen, en de behandeling hiervan kan ook beter ([Richtlijn Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen](#) V&VN 2012).

4.4.1 Incontinentiemateriaal

Bij incontinentie is het gebruik van incontinentiemateriaal een belangrijk hulpmiddel. Veel ouderen zijn gebaat bij goed en passend incontinentiemateriaal.

4.4.2 Rol POH-O

Net als valincidenten wordt urine-incontinentie meestal niet spontaan gemeld door de patiënt. Vraag daarom bij ieder relevant contact actief naar incontinentie voor urine. Bij een incontinentie kunt u via de anamnese inschatten welke vorm van incontinentie er speelt. Bij een nieuwe of een verergerde incontinentie wordt geadviseerd de urine te onderzoeken op een infectie. Na deze eerste evaluatie kan een mictiedagboek uitgereikt worden. Geef zo nodig advies over wat de patiënten zelf kan doen, zoals bodembekkenspiroefeningen en blaastraining.

Bron: Protocollaire Ouderenzorg 2015

Genezing van urine-incontinentie blijkt geregeld niet mogelijk, maar verschillende maatregelen kunnen de kwaliteit van leven van de patiënt aanmerkelijk verbeteren. De adviseert wanneer u extra aandacht moet geven aan urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen.

4.5 Dementie

Dementie is een verzamelnaam voor verschillende verworven hersenziekten, die met elkaar gemeen hebben dat er sprake is van objectiveerbare cognitieve stoornissen. De cognitieve stoornissen verstoren het dagelijks functioneren ten opzichte van het vroegere niveau. Deze veranderingen zijn niet te verklaren door een delier of een depressie. De prevalentie van dementie is 13 patiënten per normpraktijk van 2095 patiënten; per jaar komen er per praktijk gemiddeld 2 nieuwe patiënten met dementie bij.

De kans om dementie te krijgen, stijgt sterk met de leeftijd; in de leeftijdsgroep 60-64 jaar is de incidentie van dementie 0,4 per 1000 patiënten per jaar, bij patiënten > 85 jaar is dit 26,5. Dementie komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen; de prevalentie bij mannen > 65 jaar is 27 per 1000 patiënten per jaar, bij vrouwen is dit 37. De eerstelijnszorgregistraties geven waarschijnlijk een onderschatting van de werkelijke aantallen patiënten met dementie; naar schatting is slechts de helft van de patiënten met dementie als zodanig bij hun huisarts geregistreerd. Bron: NHG standaard dementie, boek protocollaire ouderenzorg.

Het signaleren en diagnosticeren van met name het beginstadium van dementie blijkt lastig. Voor de werkwijze rondom dementie verwijzen we naar "Netwerk Dementie Rivierenland, Uitwerking werkwijze van het Netwerk voor professionals, maart 2019".

4.6 Delier

Een *delier* is een neuropsychiatrisch toestandsbeeld, dat zich kenmerkt door:

- a. aandachtsstoornis (verminderd vermogen de aandacht ergens op te richten, vast te houden of te wisselen);
- b. bewustzijnsstoornis (gedaald bewustzijn of gedaald besef van de omgeving);
- c. acuut opgetreden verandering (in uren tot dagen);

- d. fluctuerende symptomatologie: de verschijnselen manifesteren zich in de avond en nacht doorgaans nadrukkelijker dan overdag;
- e. een verandering in cognitie (zoals een geheugenstoornis, oriëntatiestoornis, taalstoornis) of het ontwikkelen van een waarnemingsstoornis (hallucinaties), die niet beter is te verklaren door pre-existente of zich ontwikkelende dementie;
- f. mogelijke aanwezigheid van (paranoïde) wanen.

De prevalentie van delier onder ouderen > 65 jaar in de algemene bevolking varieert van 1,8-2,3%. Hoewel delier als een reversibel beeld wordt beschouwd, blijkt uit onderzoek dat ouderen die een delier doormaakten tijdens een ziekenhuisopname een ongunstige prognose hebben met betrekking tot volledig herstel, levensverwachting, opnames in zorginstellingen en cognitieve achteruitgang.

Het is belangrijk dat huisartsen een delier, ook als zich dit in het ziekenhuis heeft voorgedaan tijdens een opname, goed registreren in hun HIS en er een probleem van maken in de probleemlijst. Dit blijft namelijk bewaard in het HIS, een episode verdwijnt weer. Delier is namelijk vaak een eerste teken van cognitieve achteruitgang.

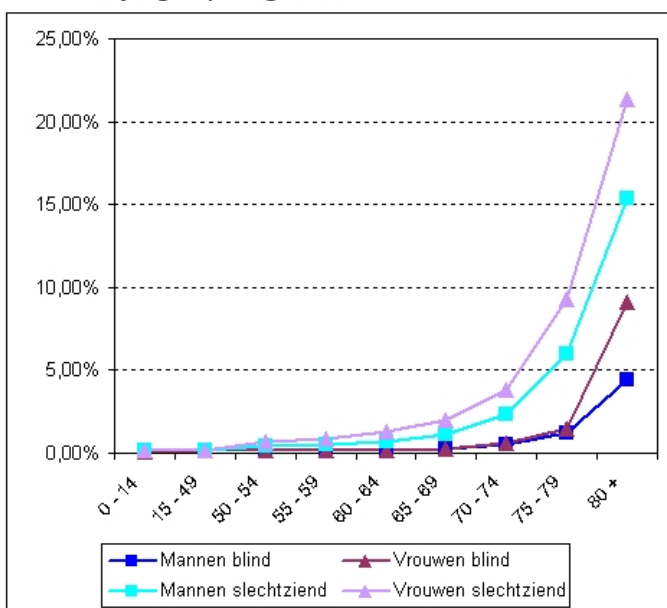
4.7 Depressie

Bij ouderen geeft vaak een ander beeld dan beschreven in de DSM-criteria. Ouderen hebben bij een depressie vaak minder last van droefheid of symptomen van schuld, maar somatische klachten staan bij hen meer op de voorgrond. Voorbeelden van somatische klachten kunnen zijn: vermagering, pijnklachten of alcoholmisbruik. Geheugenproblemen kunnen een uiting zijn van een depressieve stoornis bij ouderen. De prevalentie van een depressieve stoornis bij thuiswonende ouderen varieert van 0.9%-9.4%. Depressie is de meest voorkomende psychische stoornis bij ouderen.

4.8 Communicatie

4.8.1 Visusstoornissen

Prevalentie van blindheid en slechtziendheid in Nederland naar leeftijdsgroep en geslacht



Oorzaken visusstoornissen bij ouderen:

- Cataract
- Refractieafwijkingen
- Leeftijdgebonden macula degeneratie, droge(90%) en natte vorm (10%)
- Diabetische retinopathie
- Glaucoom

Door visus stoornissen is er een 2x grotere kans op vallen, een 4x grotere kans op heupfractuur, zijn mensen vaker depressief en is er meer zorg nodig.

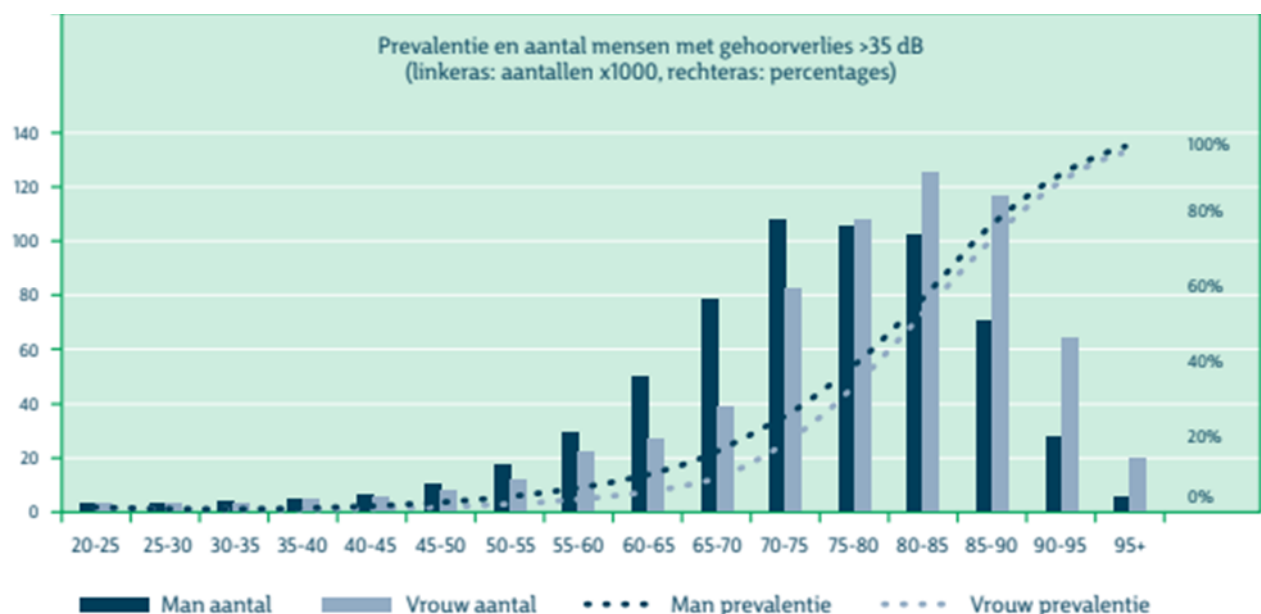
Na een cataractoperatie is de kans om te vallen met 34% verminderd.

Het is belangrijk dat in de huisartsenpraktijk de huisarts alert is op eventuele visusstoornissen en de visus meet bij kwetsbare ouderen met multimorbiditeit, bij ouderen die vallen, bij ouderen met oogproblemen in de familie (glaucoom, MD).

4.8.2 Gehoorstoornissen

Presbycusis (ouderdomslechthorendheid) is een leeftijd gerelateerde aandoening. Ondanks dat de technische mogelijkheden bij hoortoestellen zijn toegenomen is ontoereikende hoorzorg bij ouderen nog steeds een schrijnend probleem. Het blijkt dat ongeveer 50 % van de ouderen met een gehoorstoornis niet bekend zijn bij de huisarts. Derhalve is het belangrijk om na te gaan bij ouderen hoe hun gehoor is en om ook inspectie te doen van de oren, want cerumen lavage (oren uitspuiten) kan al voor een veel beter gehoor zorgen.

Uitgesplitst naar leeftijd blijkt dat meer dan de helft van de 80-plussers onderbehandeld is voor hun slechthorendheid en dit heeft impact op hun functioneren, cognitie, sociale contacten, eenzaamheid.



Figuur 6

Ongeveer 1,3 miljoen Nederlanders hebben matig tot ernstig gehoorverlies zonder bijzondere schade aan het oor (ISO, 2017 (>35 dB verlies) telt 2 . Daarvan is circa 80% ouder dan 67 (Figuur 6). Tot de 75 jaar zijn mannen in de meerderheid onder de slechthorenden, maar daarboven zijn er meer vrouwen dan mannen slechthorend. Dit

komt doordat de prevalentie bij mannen hoger is, maar er wel aanzienlijk meer vrouwen dan mannen van boven de 75 zijn.

In de NHG-standaard Slechthorendheid zijn de richtlijnen opgesteld met betrekking tot verwijsbeleid richting een KNO-arts, een audiologisch centrum (AC) of audicien (NHG-Standaard Slechthorendheid, 2014). De huisarts verwijst bij vermoeden op leeftijd gerelateerde slechthorendheid bij patiënt ouder dan 67 jaar in principe eerst naar een audicien. Patiënten jonger dan 67 dienen eerst gezien te worden door een KNO-arts of audioloog.

4.8.3 Spraakproblemen

Spraakproblemen komen voor bij een aantal ouderdomsziekten, zoals dementie, na een CVA, de ziekte van Parkinson. Na diagnostiek kan de logopedist ingeschakeld worden voor begeleiding, indien mogelijk.

4.9 Eenzaamheid

Ongeveer 30 % van de Nederlanders is eenzaam. Onder 55 plussers voelen ongeveer een miljoen mensen zich eenzaam, van wie 200.000 extreem eenzaam. Eenzaamheid is het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde relaties.

Er kan sprake zijn van sociale eenzaamheid of van emotionele eenzaamheid, of van beiden. Sociaal isolement is het ontbreken van ondersteunende relaties, zoals familie, vrienden en bekenden in het persoonlijk leven. Eenzamen zijn personen die weliswaar een netwerk hebben, maar zich eenzaam voelen omdat de aanwezige contacten niet voldoen aan hun wensen. Contactarmen zijn personen die geen last hebben van eenzaamheidsgevoelens, maar een klein en eenzijdig netwerk hebben.

Eenzaamheidsgevoelens veroorzaken onder meer stress, hoge bloeddruk en depressie. De kans op overlijden bij eenzaamheid is tweemaal groter dan bij overgewicht. Wanneer het vermoeden bestaat dat een oudere eenzaam is, of uit de De Jong-Gierveldschaal blijkt dat een oudere eenzaam is, zal verdere diagnostiek gedaan moeten worden naar de oorzaken en naar het type eenzaamheid.

Een interventie kan alleen succesvol zijn als deze aansluit op het type eenzaamheid en de achtergrond ervan. Zie hiervoor het betreffende hoofdstuk in het boek protocollaire ouderenzorg.

4.10 Ouderen met een lage sociaaleconomische status en/of migrantenachtergrond

Aandacht voor de mensen met migrantenachtergrond is belangrijk. De taalbarrière is vaak groot en mensen zijn dikwijls analfabeet. Vaak wil de familie de zorg in eigen hand houden.

Het boek van B. Steunenbergh *Zorg voor de oudere migrant*, Bohn Stafleu van Loghum, (2017) geeft handvatten voor de verzorging en communicatie bij ouderen met een migratieachtergrond, met name voor veel voorkomende gezondheidsproblemen zoals dementie en de palliatieve zorg. Daarnaast biedt het veel achtergrondinformatie, ook interessant voor andere hulpverleners, en zet het aan tot nadenken over de eigen identiteit in relatie tot diversiteit in de samenleving.

Op de website van Pharos is veel nuttige informatie te vinden, die helpt om de juiste zorg en ondersteuning te bieden aan ouderen met een lage sociaaleconomische status en/of migratieachtergrond.

5. Verwijs- en samenwerkingsafspraken

5.1 Onderlinge berichtgeving en verslaglegging

Voor de informatie overdracht tussen alle betrokken zorgverleners bij de oudere wordt gebruik gemaakt van een Informatie Systeem. Dat kan zowel een KIS alsook OZOverbindzorg zijn. De casemanager heeft een belangrijke rol bij het actueel houden van het dossier en behandelplan van de oudere in het KIS. Het streven is dat alle betrokken zorgverleners het dossier kunnen raadplegen en ook informatie kunnen toevoegen.

Er kunnen ook zorgverleners bij de oudere betrokken zijn die nog niet over de mogelijkheden beschikken om het KIS te raadplegen. Zij dienen via een andere route geïnformeerd te worden. Bijvoorbeeld via OZOverbindzorg.

Via OZOverbindzorg is het mogelijk (na toestemming van de oudere) het gehele netwerk van de ouderen te informeren.

5.2 Huisartsenpraktijken en wijkverpleging

Elke huisartsenpraktijk heeft te maken met veel verschillende wijkverpleegkundigen van verschillende thuiszorgorganisaties. Iedere praktijk maakt met de "eigen contactpersoon wijkverpleegkundige" afspraken over de wijze van communicatie en overleg.

Binnen elke huisartsenpraktijk worden schriftelijke werkafspraken gemaakt over:

- Onderlinge bereikbaarheid en communicatie
- Het uitzetten van acties en het tijdpad
- Terugkoppeling van acties aan de huisartsenpraktijk

5.3 Dementiezorg in Rivierenland

Huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en geriaters werken nauw samen in de ouderenzorg. Daarbij wordt bij geheugenstoornissen gewerkt volgens een stepped care model. Volgens het principe van een stepped care model wordt diagnostiek en behandeling van patiënten niet zwaarder ingezet dan strikt noodzakelijk. Voor geheugenproblemen kan de NHG standaard dementie geraadpleegd worden.

Voor de diagnostiek kan gebruikt gemaakt worden naast de (hetero) anamnese van de MMSE en kloktekentest. Als het niet mogelijk is de MMSE en kloktekentest af te nemen vanwege laaggeletterdheid of een niet-westerse achtergrond, kan de huisarts overwegen de RUDAS af te laten nemen. Deze vragenlijst is speciaal ontwikkeld voor deze groep. We adviseren om de RUDAS door een SO te laten doen.

5.3.1 Stepped care model

Stap 1: De huisarts onderzoekt zelf

Bij geheugenproblemen doet de huisarts zelf onderzoek volgens de NHG standaard als er voldoende kennis, kunde en affiniteit is. De huisarts stelt zelf de diagnose dementie bij cognitieve of gedragsmatige symptomen die:

1. Interfereren met het dagelijks functioneren
2. Duidelijk toegenomen zijn ten opzichte van eerder niveau van functioneren
3. Niet verklaard worden door een delier of depressie

4. Gediagnosticeerd zijn op basis van anamnese en heteroanamnese en geobjectiveerd met MMSE en Kloktekentest of RUDAS
5. Cognitieve beperking laten zien in ≥ 2 van de volgende domeinen:
 - vermogen om nieuwe informatie op te slaan en te onthouden;
 - redeneren en uitvoeren complexe taken, inschattingvermogen;
 - visuospatiële functies (het zien en verwerken van ruimtelijke informatie);
 - taalfuncties;
 - gedrag en persoonlijkheid.

Stap 2: Consultatie van de specialist ouderen geneeskunde

- onzekerheid omtrent het bestaan van dementie
- diagnostiek bij mensen die geen Nederlands spreken
- bij behoefte aan een nosologische diagnose; hier heeft de klinisch geriater of neuroloog ook een belangrijke rol
- bijkomende ernstige psychiatrische ziekte

Stap 3: Verwijzing 2^e lijn (geriater/neuroloog)

Bij geheugenproblemen:

- Dementie op jonge leeftijd
- Recent hoofdletsel, met name in geval van een stollingsstoornis of gebruik van anticoagulantia
- Recente voorgeschiedenis van maligniteit
- Nieuwe onverklaarde mictiedrang of urine-incontinentie in combinatie met een loopstoornis
- Atypisch beloop, vermoeden van fronto-temporale dementie, Lewy-Body-dementie of Parkinsondementie (deze ziektebeelden hebben ook vaak neurologisch en/of beeldvormend onderzoek nodig)
- Nieuwe focale neurologische uitval, bewegingsstoornissen, epilepsie de novo, parese etc.
- forse toename van de cognitieve stoornissen binnen twee maanden

5.3.2 Inzet dementieconsulente

De inzet van de gespecialiseerd verpleegkundige dementie/dementieconsulente is afhankelijk van factoren die de complexiteit van de casus bepalen en kan nodig zijn indien sprake is van een complexe doelgroep die specialistische kennis vereist. Daarnaast kunnen de huisarts en de wijkverpleegkundige naar behoefte advies vragen aan de dementieconsulente.

De verwijzing naar de dementieconsulent verloopt via Zorgdomein en is daar te vinden onder VVVT/Verblijf en wonen/Casemanagement Dementie. De inclusiecriteria voor verwijzing zijn in het verwijsformat opgenomen.

Factoren voor complexiteit:

1. De ernst van de dementie.
2. De mantelzorg:
 - De intensiteit van behoefte aan ondersteuning van de mantelzorg
 - De ernst van de ervaren overbelasting (BURDEN)
 - Het ontbreken van een mantelzorgsysteem
 - Het ontbreken van een adequaat mantelzorgsysteem/ systeemproblematiek (bijvoorbeeld kwetsbare mantelzorger, mantelzorgers met psychiatrisch

- ziektebeeld, verstandelijke beperking, jonge kinderen/ adolescenten, middelenmisbruik bij mantelzorgers)
- In geval van ontspoorde mantelzorg of ouderenmishandeling

3. De aanwezigheid en de ernst van gedragsproblemen/neuro psychiatrische problemen (z.g.n. BPSD Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia) in relatie met ervaren emotionele belasting van de mantelzorger Complexe doelgroepen:

- Jonge mensen met dementie
- Zeldzame vormen van dementie zoals; Creutzfeldt Jacob, en andere vormen van dementie
- Erfelijke vormen van dementie
- Mensen met Fronto Temporale dementie
- Mensen met Lewy Body dementie
- Mensen met Korsakow dementie
- Co-morbiteit met psychiatrisch ziektebeeld (verslaving, stemmingsstoornissen, autisme, persoonlijkheidsproblematiek)
- Zorgmijders en mensen die overlast veroorzaken t.g.v. hun dementie (inzet GVPD kan hier al bij vermoeden van dementie= toeleiding naar diagnostiek en zorg)

5.4 Consultatie specialisten ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde (SO) is beschikbaar voor de eerstelijns voor overleg c.q. consultatie over problemen bij kwetsbare ouderen in de eerstelijns. De oudere kan verwezen worden naar de specialist ouderengeneeskunde voor complexe problemen waarbij o.a. cognitieve stoornissen, vallen, polyfarmacie, multimorbiditeit afzonderlijk of in combinatie aanwezig zijn. De SO kan worden geraadpleegd en om advies worden gevraagd. Daarnaast kan de SO de oudere ook persoonlijk zien, spreken en onderzoeken op aanvraag en een huisbezoek afleggen. De SO kan bij bepaalde problemen zoals dementie en rivastigmine gebruik, decubitus enz. als medebehandelaar de huisarts ondersteunen.

De verwijzing naar de SO verloopt via Zorgdomein. De consultatie van de specialist Ouderengeneeskunde verloopt via telefonisch contact.

Bij sommige praktijken sluit de SO aan bij de MDO's. De praktijken maken afspraken hierover met de SO die in hun gebied werkzaam is.

5.5 Verwijzing naar welzijn/ouderenadviseur

Welzijnsorganisaties hebben tot doel het activeren van mensen tot deelname aan de samenleving. En het ondersteunen van mensen in hun eigen kracht, gericht op het vergroten van hun vaardigheden, kennis en contacten.

De welzijnsorganisatie biedt de volgende ondersteuning:

- Bieden van ondersteuning, begeleiding en advies bij vragen van bewoners.
- Signaleren van vragen over wonen, welzijn en zorg.
- Het aanbieden van cursussen en bijeenkomsten.
- Werken aan de samenhang in de wijken.

In het geval van de ouderenzorg is meer specifiek het aanbod:

- Informatie en advies aan individuele ouderen en aan mantelzorgers
- Huisbezoek 75-plussers in sommige gemeenten
- Organiseren van thema bijeenkomsten

- Bemiddeling bij inzet van vrijwilligers in informele zorg
- Inzet van vrijwilligers bij specifieke doelgroep, o.a. eenzaamheid, dementie

6. Deelnemende disciplines en taakverdeling

6.1 Huisarts

De huisarts is eindverantwoordelijk voor de eerstelijns ouderenzorg. De taken van de huisarts liggen voornamelijk in de casefinding, screening, medicatiebewaking, consultatie en verwijzing. Daarnaast heeft de huisarts regulier overleg met de praktijkondersteuner over de patiënten die bij haar onder controle zijn m.b.t. eventuele bijzonderheden van de patiënt evenals het schrijven van recepten en het doorverwijzen naar andere disciplines. Bij onbegrepen en complexe problematiek, zowel op gebied van diagnostiek als behandeling, kan de specialist ouderengeneeskunde worden geconsulteerd of wordt de patiënt naar klinisch geriater of geheugenpoli verwezen.

6.2 Praktijkondersteuner

Binnen de zorg voor kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk neemt de praktijkondersteuner een belangrijke rol in. De praktijkondersteuner houdt zelfstandig spreekuur in de huisartsenpraktijk waarbij de huisarts eindverantwoordelijk blijft voor de complexe ouderenzorg. De praktijkondersteuner houdt zich o.a. bezig met het inventariseren van kwetsbare ouderen, het doen van huisbezoeken, signaalfunctie voor diverse problematiek, zoals dementie, psychische problematiek en palliatieve zorg. Zij geeft informatie en advies aan de oudere en mantelzorger. Zij is mede verantwoordelijk voor het opstellen van het IZP en de bewaking en coördinatie daarvan. Bij problemen overlegt de praktijkondersteuner met de huisarts en zo nodig met de specialist Ouderenzorg, echter alleen met instemming van de huisarts. De praktijkondersteuner kan, net als de wijkverpleegkundige, als casemanager de zorg rondom de kwetsbare oudere coördineren en is op de hoogte welke disciplines en instanties bij de zorg betrokken zijn. Bij cognitieve problematiek en psychische problematiek kan de POH-GGZ ook een rol hebben in het zorgproces.

6.3 Wijkverpleegkundige

Binnen de zorg voor kwetsbare ouderen in de wijk neemt de wijkverpleegkundige een belangrijke rol in. De wijkverpleegkundige houdt zich o.a. bezig met het doen van huisbezoeken, signaalfunctie voor kwetsbaarheid en diverse problematiek, zoals dementie, psychische problematiek en palliatieve zorg. Zij geeft informatie en advies aan de oudere en mantelzorger. Zij is mede verantwoordelijk voor het opstellen van het IZP en de bewaking en coördinatie daarvan. Bij problemen en vragen rondom de oudere overlegt de wijkverpleegkundige met de praktijkondersteuner en/of huisarts. De wijkverpleegkundige kan, net als de praktijkondersteuner, als casemanager de zorg rondom de kwetsbare oudere coördineren en is op de hoogte welke disciplines en instanties bij de zorg betrokken zijn.

6.4 Doktersassistente

De praktijkassistente heeft een ondersteunende rol ten aanzien van de spreekuren van de praktijkondersteuner en huisarts. Zij heeft onder meer taken bij de administratie en het plannen van de afspraken en huisbezoeken. Daarnaast kan de doktersassistente gedelegeerde medisch verrichtingen uitvoeren, wanneer de doktersassistente zich hierin heeft bekwaamd.

6.5 Specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde (SO) is beschikbaar voor de eerstelijns voor overleg c.q. consultatie over problemen bij kwetsbare ouderen in de eerstelijns. De huisarts kan een specialist ouderengeneeskunde consulteren voor complexe problemen waarbij o.a. cognitieve stoornissen, vallen, polyfarmacie, multimorbiditeit afzonderlijk of in combinatie aanwezig zijn. De SO kan worden geraadpleegd en om advies worden gevraagd. Daarnaast kan de SO de oudere ook persoonlijk zien, spreken en onderzoeken. De SO sluit in bepaalde situaties aan bij het MDO, wanneer een casus daarom vraagt of er afspraken over zijn met de huisartsenpraktijk.

6.6 Welzijnsmedewerker

De welzijnsmedewerker in de hoedanigheid van ouderenadviseur biedt ondersteuning aan alle ouderen op het terrein van welzijn. Te denken valt aan informatie en advies op het gebied van wonen/woonvoorzieningen, zorg/zorgvoorzieningen, activiteiten/cursussen, inzet informele hulp en vele andere zaken die met ouder worden te maken hebben. De ouderenadviseur informeert, adviseert en draagt eventueel oplossingen aan of verwijst door, waarbij de regie in handen blijft van de oudere of diens eventuele mantelzorg. Mantelzorgondersteuning maakt onderdeel uit van het welzijnswerk. Binnen het MDO waarborgt de ouderenadviseur de benadering vanuit welzijn. Informatie en/of advies over welzijn kan zowel aan de kerndisciplines tijdens of voorafgaand aan het MDO gegeven worden als aan de kwetsbare oudere zelf tijdens een huisbezoek.

6.7 Apotheker

De apotheker zorgt voor de juiste medicatie voor de juiste patiënt. Bij ouderen is dat extra belangrijk vanwege verandering in lichaam en geest. Hij voert medicatiebewaking zowel proactief als reactief uit. Hierbij wordt gebruik gemaakt van apotheeksoftware. Indien er besloten wordt een medicatiebeoordeling uit te voeren bij de oudere, dan speelt de apotheker daar een belangrijke rol in. Hij voert het gesprek met de patiënt, om diens wensen en ervaringen met medicatie in beeld te krijgen. Hij voert een medicatieanalyse uit en stemt met de huisarts eventuele interventies af. De huisarts of apotheker koppelt dit vervolgens terug aan de oudere. Indien ervoor gekozen wordt geen volledige medicatiebeoordeling uit te voeren, kan de apotheker in consult geroepen worden. De apotheekhoudende huisarts kan ook een medicatiebeoordeling uitvoeren voor de eigen praktijk. Er kan dan een beoordeling op papier worden gedaan. De apotheker heeft ook een rol in het bevorderen van therapietrouw middels het synchroniseren of baxteren van de medicatie. Daarnaast kan de apotheker een signaalfunctie hebben voor toename van kwetsbaarheid van een oudere. Bijvoorbeeld wanneer medicatie niet meer wordt opgehaald of door iemand anders dan de oudere patiënt zelf.

6.8 Geriater

Klinische geriatrie is het medisch specialisme voor de kwetsbare oudere patiënt in het ziekenhuis. De geriatrie legt zich toe op ouderen met meerdere aandoeningen tegelijkertijd. Vaak gaat het om een combinatie van lichamelijke, psychische en sociale problemen. De klinisch geriater werkt vanuit een holistisch perspectief, in een multidisciplinair team. In de benaderingswijze van de patiënt wordt rekening gehouden met zijn/haar kwetsbaarheid en belastbaarheid. De nadruk ligt op herstel en behoud van de zelfredzaamheid van de oudere patiënt. Vaak wordt getracht door een bezoek aan de klinisch geriater de vele ziekenhuisbezoeken aan de andere specialisten te beperken of

meer gecoördineerd te laten verlopen. Soms maken een psychiater, een neuroloog, of een ander medisch specialist integraal deel uit van een geriatrisch zorgteam of zorgprogramma.

6.9 Dementieconsulente

De dementieconsulente is een speciaal opgeleide dementieverpleegkundige. De dementieconsulente kan de dementerende patiënt en mantelzorger ondersteunen. Ze geven uitleg over dementie. Ze adviseren hoe om te gaan met veranderend gedrag en brengen problemen in kaart. Ze ondersteunen op sociaal emotioneel gebied en kunnen praktische hulp bieden bij het regelen van zorg en ondersteuning. Ze werken intensief samen met huisartsen, wijkverpleging, specialisten en alle zorg- en welzijnsaanbieders in de regio.

7. ICT en registratie afspraken

7.1 Keuze en gebruik HIS/Het informatiesysteem

7.1.1 Huisartseninformatiesysteem (HIS)

Bij het ECT Tiel wordt geregistreerd in het HIS. Bij zorggroep Gelder Rivierenland wordt begin 2022 overgegaan op een nieuw informatiesysteem. Tot die tijd wordt geadviseerd om de ouderenzorg zoveel mogelijk in het HIS te registreren.

7.1.2 Keteninformatiesystemen (KIS)

Keteninformatiesystemen zijn er voor kwaliteitsbewaking Ze leveren managementinformatie, rapportages en ondersteunen declaratie van zorg en koppeling met systemen van andere samenwerkingspartners.

Bij het ECT werken de praktijken met informatiesysteem van VIP Calculus

Zorggroep Gelders Rivierenland gaat vanaf 2022 werken met het informatiesysteem van Vital Health.

7.1.3 OZOverbindzorg

In de regio wordt gebruik gemaakt van OZOverbindzorg. Dit is een communicatieplatform. De oudere en zijn eventuele mantelzorger zijn de eigenaar van de account en geven aan welke zorg – en hulpverleners toegang krijgen tot de informatie in OZOverbindzorg. Bij het ECT werken alle huisartsen en praktijkondersteuners ermee. Bij de praktijken die aangesloten zijn bij Zorggroep Gelders Rivierenland werkt al een groot aantal praktijken met OZOverbindzorg. Het gebruik in de regio zal naar verwachting nog verder toenemen.

Voor de praktijk zijn hier verder geen kosten aan verbonden. De kosten worden tot en met 2022 gefinancierd met een subsidie van ZonMw (SET) en door de zorgverzekeraar.

De implementatie wordt ondersteund door MURA zorgadvies.

Bij interesse in OZOverbindzorg

of meer informatie over dit systeem kan contact worden opgenomen met Suzan Buitenhuis suzanbuitenhuis@mura.nl van MURA Zorgadvies.

7.1.4 Zorgdomein

Verwijzingen voor consultatie, diagnostiek en doorverwijzingen naar de specialistische zorg verlopen in de regio zoveel mogelijk via Zorgdomein. Dit systeem bevat verwijsformats en heeft de mogelijkheid om relevante informatie digitaal veilig mee te sturen met verwijsbrieven.

7.2 Registratie

[Bijlage 1 ICPC-codes voor ouderenzorg](#)

7.2.1 Uniform registreren

Gegevens dienen uniform geregistreerd te worden in het eigen zorgverleners dossier. Dit is van belang voor een juiste financiële afhandeling, maar ook in het kader van indicatoren en benchmarks.

Registreer in het HIS de ICPC-code A49.01 voor Ouderenzorg (potentieel kwetsbare oudere) en bij kwetsbaarheid ICPC code A05. Dit is conform het advies NHG-Richtlijn.

Huisbezoeken in het kader van ouderenzorg kunnen vast gelegd worden onder A 49.01.

7.2.2 Episodegericht registreren

Ouderdomsklachten zoals beschreven in hoofdstuk 4 worden geregistreerd onder de betreffende episode. In de bijlage is een lijst met ICPC-codes voor ouderenzorg toegevoegd voor het uniform registreren in het HIS.

Voor registratieafspraken wordt verwezen naar de eigen werkafspraken binnen de zorggroep/praktijk.

8. Kwaliteit en Indicatoren

Het ECT en Zorggroep Gelders Rivierenland monitoren de implementatie van het programma ouderenzorg en de verschillende onderdelen en fasen daarvan. Ze richten daarvoor een evaluatiecyclus in, zodat tenminste een keer per jaar nagegaan wordt of het programma op basis van nieuwe inzichten of richtlijnen en opgedane ervaringen dient te worden bijgesteld. Het werkprotocol "Zorgprogramma Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk, Regio Rivierenland" wordt in ieder geval eenmaal in de twee jaar geactualiseerd.

8.1 Kwaliteit meten

Om de kwaliteit van zorg te monitoren en te verbeteren wordt gebruik gemaakt van spiegelinformatie. Doelstelling is behoud van zelfstandigheid en zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van ouderen. Ouderen wonen zo lang mogelijk thuis met kwalitatief goede eerstelijns zorg.

De set meetwaarden om de 'winst' van het zorgprogramma te meten is nog in ontwikkeling. Daarbij wordt indien mogelijk aangesloten bij o.a. de indicatorenset van het NHG en Ineen (landelijke vereniging van eerstelijns zorgorganisaties).

Het doel van de spiegelinformatie is feedback geven aan de zorgverleners en de zorggroep als geheel. Deze feedback is bedoeld om organisatie en kwaliteit van zorg te verbeteren.

De gegevens voor spiegelinformatie worden op verschillende plaatsen in de keten verzameld (bijv. KIS, HIS, OZOverbindzorg, Zorgdomein) en zijn een hulpmiddel om te komen tot concrete verbeteracties in de praktijk.

8.2 Deskundigheid

De soms complexe zorg voor kwetsbare ouderen stelt hoge eisen aan de zorgverleners. De CanMEDS (Canadian Medical Education Directives voor Specialist) die door de KNMG en de V&VN worden gehanteerd voor de medische en verpleegkundige ouderenzorg moeten nauw aansluiten op de algemene kerncompetenties voor artsen en verpleegkundigen.

In de handreiking Zorg voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn van Vilans wordt een overzicht gegeven van de overstijgende competenties die essentieel zijn in de ouderenzorg. Deze gaan over:

- Medische handelen
- Communicatie
- Samenwerking
- Kennis en wetenschap
- Maatschappelijk handelen
- Organisatie
- Professionaliteit

De afzonderlijke disciplines in de ouderenzorg hebben hun opleidingen reeds aangepast op deze competentiegebieden.

De zorggroepen organiseren nascholingen om de kennis op het gebied van ouderenzorg up-to-date te houden. In 2021 is er een maatwerkopleidingstraject voor praktijkondersteuners Ouderenzorg ontwikkeld. Het programma biedt de benodigde

handvatten om de Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk samen met de huisartsen te organiseren en door te ontwikkelen. De doelstelling van het programma is een kwaliteitsimpuls te geven aan de ouderenzorg vanuit de huisartsenpraktijken in Gelders Rivierenland.

9. Organisatie Zorgprogramma en Financiering

9.1 Verantwoordelijkheid en regie

De inhoudelijke verantwoordelijkheid voor het zorgprogramma en tijdige actualisering van het werkprotocol ligt bij het ECT en Zorggroep Gelders Rivierenland. Zij hebben daarvoor een werkgroep samengesteld.

Daarnaast zijn het ECT en de zorggroep verantwoordelijk voor:

- Implementatie van het zorgprogramma ouderenzorg
- Het bewaken van de voortgang van het zorgprogramma ouderenzorg d.m.v. het bespreken en analyseren van de spiegelinformatie, resultaten, werkwijze en ervaringen;
- Het structureel informeren en overdragen van de voortvloeiende activiteiten uit het zorgprogramma ouderenzorg binnen de eigen organisatie;
- Organiseren en bewaken van patiëntperspectief;
- Onderhouden contacten met alle ketenpartners bij de ouderenzorg;
- Organiseren van scholing en deskundigheidsbevordering ouderenzorg.

9.1.1 Werkgroep werkprotocol ouderenzorg

Vacature	Manager Zorg en Innovatie ECT
Mirjam Hordijk	Huisarts ECT
Floor Kolthof	Huisarts ECT
Ingrid Corten	Kaderhuisarts Ouderenzorg (ZGR)
Claudia Schippers	Secretaresse / notulist (ZGR)
Jose Nijenkamp	Kwaliteitsconsulent (ZGR)
Daniëlle van den Hoogen	Beleidsmedewerker Zorggroep Gelders Rivierenland (ZGR)

Deze werkgroep is verantwoordelijk voor:

- Ontwikkeling en herziening van het zorgprogramma ouderenzorg;
- Advisering over scholing en deskundigheidsbevordering ouderenzorg.

9.1.2 De regiebehandelaar

De huisarts is als regiebehandelaar (voorheen hoofdbehandelaar) is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die aan de individuele patiënt wordt geboden.

9.1.3 Kaderhuisartsen

In regio Rivierenland zijn kaderhuisartsen actief. Zij zijn laagdrempelig te benaderen voor vragen en consultatie via secretariaat@gezondrivierenland.nl.

Ingrid Corten Kaderarts Ouderenzorg
Steven van Os Kaderarts Palliatieve zorg i.o.

9.2 Regionale samenwerking

Ouderenzorg is netwerkzorg. De samenwerking in het zorgprogramma wordt gemonitord door de kwaliteitscommissie Ouderenzorg.

9.2.1 Kwaliteitscommissie Ouderenzorg

Nancy Kwinten	Dementieconsulent
Hilde Boei	Consulent Zorgbelang Inclusief
Ineke de Meij	Praktijkondersteuner MCDF
Lisa van der Netten van Stigt – Dekker	Wijkverpleegkundige Santépartners
Caroline van der Meulen	Mantelzorgconsulente Elk Welzijn
Claran Pessers	Geriatr ZRT
Inga Melsert	Specialist Ouderegeneeskunde SZR
Nathalie Koopman	Coördinator CONNECT a.i.
Vacature	Manager Zorg en Innovatie ECT
Mirjam Hordijk	Huisarts ECT
Floor Kolthof	Huisarts ECT
Ingrid Corten	Kaderhuisarts Ouderenzorg (ZGR)
Claudia Schippers	Secretaresse / notulist (ZGR)
Jose Nijenkamp	Kwaliteitsconsulent (ZGR)
Daniëlle van den Hoogen	Beleidsmedewerker Zorggroep Gelders Rivierenland (ZGR)

De kwaliteitscommissie ouderen zorg bestaat uit vertegenwoordigers van alle disciplines die samenwerken in het regionale zorgprogramma Ouderenzorg. Knelpunten in de uitvoering van het zorgprogramma kunnen bij hen gemeld worden. In de commissie wordt gekeken op welke wijze deze knelpunten kunnen worden opgelost. De commissie kan daarvoor een project starten en een werkgroep formeren. Ze fungeert ook als denktank voor het programma Samen ... Oud in Rivierenland. De commissie vergadert 2 maal per jaar of wordt bijeengeroepen indien noodzakelijk.

9.2.2 Geriatrische Netwerken

In de regio Rivierenland zijn 5 Geriatrische Netwerken geïnitieerd door de zorggroep.

- Netwerk Buren
- Netwerk Neder-Betuwe
- Netwerk Tiel
- Netwerk West-Betuwe
- Netwerk West Maas en Waal

De organisatie van deze bijeenkomsten is belegd bij de gezondheidsmakelaars van de gemeenten. Ieder netwerk heeft een agendacommissie. De gezondheidsmakelaar is voorzitter van het geriatrisch Netwerk. In iedere agendacommissie is een huisarts actief.

Tweemaal per jaar wordt er een netwerkbijeenkomst georganiseerd om te netwerken en kennis te delen. MURA Zorgadvies, de regionale eerstelijns ondersteuningsstructuur, bewaakt als programmamanager van Samen... Oud dat kennis tussen netwerken en vanuit de regio kan worden gedeeld binnen de netwerken.

9.2.3 Netwerk Dementie Rivierenland

De samenwerking en kwaliteit in de regionale dementiezorg wordt bewaakt en verbeterd door het [Netwerk Dementie Rivierenland](#). Het netwerk maakt onderdeel uit van het regionale programma Samen ... Oud in Rivierenland.

9.2.4 Netwerk Palliatieve Zorg Rivierenland

De samenwerking en kwaliteit in de regionale Palliatieve zorg wordt bevorderd door [Netwerk Palliatieve Zorg Rivierenland](#).

9.3 Financiën

De financiering voor de ouderenzorg is bij verschijnen van dit document nog volop onderwerp van gesprek. Het begeleiden van de kwetsbare oudere en diens omgeving vraagt veel tijd van de betrokken zorgverleners, het is dan ook vanzelfsprekend dat de in dit zorgprogramma uitgewerkte zorg alleen dan kan plaats vinden indien ook een toereikende financiering in de hele keten is geborgd.

De financiering voor de ouderenzorg en voorwaarden staan beschreven in de inkoopvoorwaarden van de preferente zorgverzekeraar.

10. Bijlagen

10.1 ICPC-Codes voor ouderenzorg

Te gebruiken werktitels in episodelijst ICPC-codes

Probleem	ICPC	Omschrijving
Potentieel Kwetsbare oudere	A 49.01	Casefinding ouderenzorg
	A 05	Kwetsbare Oudere, algehele achteruitgang
Complexe Oudere	P 05	Zich oud voelen/gedragen
Polyfarmacie	A 49.02	polyfarmacie/ medicatie beoordeling
Incontinentie	U 04.1	Urine incontinentie
	U 04.2	Urge incontinentie
	U 04.3	Gemengde incontinentie
	D 17	Incontinentie van ontlasting
Stemming/depressie	P 03	Down/depressief gevoel
Depressie	P 76	Depressie bij diagnose door huisarts
Eenzaamheid	Z 04.3	Eenzaamheid
Cognitieve stoornis	P 20	Geheugen/concentratie/oriëntatiestoornis
Cognitieve stoornis	P 70	Seniele dementie/Alzheimer
	P 70.1	Ziekte van Alzheimer
	P 70.2	Multi-infarct Dementie
Vallen	A 80	Ongeval/Trauma
Visus	F 05	Andere Visus sympt/klacht
Horen	H 02	gehoorklachten
Functionaliteit	L 28	Functiebeperking/ handicap bewegingsapparaat
Voeding	T 05	Voedingsprobleem volwassenen
Mantelzorg	Z 14	Probleem met zieke partner
	Z 22	Probleem met zieke van ouders/familie
Bespreking levenseinde	A 20	Tijdig bespreken levenseinde

Aandachtspunten registratie bij dementie:

De dementerende oudere is ook een kwetsbare oudere. Deze patiënten hebben dus allemaal ook ICPC A05.

Als er nog geen diagnose Alzheimer of dementie is, wordt de ICPC-code P 20 (geheugen-, concentratie- of oriëntatiestoornis) door huisartsen gebruikt.

Indien de dementerende patiënt een partner heeft, is het advies om bij de partner een probleem Z 14 (mantelzorger dementerende partner) aan te maken in het HIS.

10.2 Plan van aanpak casefinding en screening

- De huisarts/praktijkondersteuner gaat eerst na of de aangemelde kwetsbare oudere al bekend is bij praktijkondersteuner, thuiszorg, casemanager dementie, ouderenadviseur of maatschappelijk werker.
- Er vindt een eerste contact plaats met de oudere door praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige (namens de huisarts) voor het plannen van een huisbezoek of opsturen GFI vragenlijst. Dit kan telefonisch of schriftelijk.
- Huisbezoek vindt bij voorkeur binnen 4 weken plaats door praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige voor eerste analyse m.b.v. de Groningen Frailty Indicator (GFI). Indien geen huisbezoek evt. per post de GFI retour.
- Uitkomst GFI wordt door POH in het HIS geregistreerd. Indien de GFI door de wijkverpleegkundige is afgenomen wordt dit via zorgmail aan de huisarts doorgegeven:
 - GFI < 4: geen kwetsbaarheid, enkelvoudige interventie nodig?
Registratie in het HIS: A49.01 episode.
 - GFI ≥ 4: Besluit tot vervolg: uitgebreide screening met Easycare en MDO.
Registratie in het HIS: A05 probleem.
- Bij GFI ≥ 4: vervolgspraak maken binnen 4 weken met kwetsbare ouderen. Er wordt een huisbezoek gepland met de geselecteerde kwetsbare ouderen. Tijd per bezoek: 45 minuten per patiënt.
- Huisbezoek door praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige waarbij de zorgvraag in kaart wordt gebracht met behulp van Easycare vragenlijst, inclusief medicatiegebruik.
- De praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige legt de resultaten van het huisbezoek vast in Portavita. Bij voorkeur tijdens het huisbezoek.
- Er vindt regelmatig overleg plaats tussen huisarts en praktijkondersteuner en indien nodig met de wijkverpleegkundige. In dit overleg beoordelen huisarts en praktijkondersteuner/wijkverpleegkundige samen de bevindingen uit de huisbezoeken en stellen vast of een patiënt kwetsbaar is.
 - Zo ja, dan wordt deze verder besproken binnen het MDO. Dat wordt gepland binnen 6 weken.
 - Zo nee, dan wordt besproken hoe en door wie eventuele geconstateerde problemen worden afgehandeld.
- Afhankelijk van de resultaten uit het huisbezoek vindt eventueel aanvullend onderzoek door de huisarts plaats.
 - Lichamelijk onderzoek, inclusief gewicht.
 - Aanvullende diagnostiek lab, ECG, urine, audiogram, visustest.
 - Evt. psychiatrische diagnostiek door huisarts, POH-Ouderenzorg of POH-GGZ: 4DKL, GDS, MMSE, OLD.

10.3 Vragenlijsten

De meest gebruikte vragenlijsten in de huisartsen praktijken in onze regio zijn:

10.3.1 [De Groningen Frailty Index \(GFI\)](#)

10.3.2 [Easy Care TOS Trap 1](#)

10.3.3 [Easy Care Trap 2](#)

10.4 Aanmelden en organisatie MDO ouderenzorg

De praktijkondersteuner organiseert het MDO en nodigt alle betrokkenen uit per casus. Uitnodigingen kunnen verstuurd worden per mail.

Let op! Patiëntgegevens altijd via beveiligd programma verspreiden, zoals zorgmail of OZOverbindzorg.

Een MDO kan digitaal georganiseerd worden via beeldbellen, bijvoorbeeld via Teams of ZOOM.

Hierbij de instructievideo's voor het videobellen via OZOverbindzorg:

Aanmaken afspraak: <https://vimeo.com/513812229/3bceac2a60>

Accepteren afspraak: <https://vimeo.com/513814605/3799844c4e>

Starten afspraak: <https://vimeo.com/513818059/ca252cfc8f>

Planning en vervolgsafspraken kan op twee manieren:

- Via berichtenverkeer;
 - Maak een nieuw bericht aan met als naam bijv. nav MDO
 - Voeg hierin iedereen toe die deel heeft genomen aan het MDO
 - In het bericht kan je afspraken en doelen vermelden.
 - Iedereen kan zijn of haar doelen oppakken en waar nodig terugkoppelen in hetzelfde bericht.
- Via de knop Werkplan (deze is aan te vinken onder modules in het clientprofiel)
 - In de knop werkplan kan er gekozen worden voor verschillende soorten lijsten bijv. SFPMC of de 4 domeinen.
 - Deze kan door alle betrokkenen worden ingevuld.

10.5 SFMPC-lijst

De afkorting SFMPC staat voor de verschillende deelgebieden (Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch, Communicatie), die allemaal samen het hele systeem van en rondom een cliënt vormen.

Wat valt er nu onder welk deelgebied, een overzicht*:

S: Somatisch

Pijn
Oedeem
Verblijfscatheter (problemen met)
Ademhalingsproblemen
Verminderde inspanningstolerantie
Tonusstoornis
Contracturen
Voedingstoestand
Vochthuishouding
Instabiele bloedsuikerspiegels
Obstipatie
Diarree
Incontinentie (urine/faeces)
Kauw / slikstoornissen
Gebitsproblemen
Stemstoornis
Gevaar voor letsel
- valrisico
- risico op verwonding
- bloedingsneiging
Medicijngebruik

F: Functioneel (A: ADL)

Beperking persoonlijke verzorging
- eten en drinken
- wassen (onder / boven) uiterlijke verzorging
- kleden (onder / boven)
- handhaving continentie / toiletgang
Beperking gezondheidshandhaving
- regelen medicatie
- stomazorg
- catheteriseren
- insulinetoediening
- huid- en wondverzorging
- slaap- en rustgewoonten
Beperking houdingshandhaving
- zitten
- staan (statisch / dynamisch)
Beperking houdingsverandering
- lig / lig (bedmobiliteit)
- zit / staan zit / zit
Beperking lichaamsbeweging
- reiken
- grijpen
- manipuleren

- bukken
- knielen
- Beperking voortbeweging
- lopen binnen
- lopen buiten
- traplopen
- gebruik loophulpmiddelen
- Beperking huishoudelijke activiteiten
- inkopen doen
- maaltijden bereiden
- zorg voor de omgeving
- zorg voor de kleding
- Beperking beheer administratie / financiën
- Beperking gebruik communicatiemiddelen
- Beperking gebruik eigen of openbaar vervoer

M: Maatschappelijk

- Immaterieel
- Mantelzorg / relatieproblemen
- Verwerkingsproblemen familie / relatie
- Beperkte sociale contacten
- Beperkt in het vinden van een dagbesteding / dagstructuur
- Inadequate sociale interactie
- omgaan met zorgverleners
- omgang met mede cliënten
- Religie / levensbeschouwing
- Problemen ten aanzien van overplaatsing
- naar eigen woning
- naar andere woonomgeving definitieve plaatsing in zorginstelling
- Materieel
- Financiën
- Woning / woonomstandigheden
- Professionele zorg (thuiszorg, dagzorg, dagbehandeling)

P: Psychisch

- Bewustzijnsstoornissen
- Cognitieve stoornissen
- geheugen (kort / lang)
- concentratiestoornissen
- oriëntatiestoornissen (tijd, plaats, persoon)
- apraxie
- Adaptatieproblemen
- inadequate verwerking
- probleemvermijding
- probleemontkenning
- Gedragsproblemen
- decorumverlies
- façadegedrag
- agressie
- Stemmingsproblemen
- angst
- hallucinaties / wanen
- depressie

Slaapstoornissen

- inslaapstoornis
- doorslaapstoornis
- omkering dag / nachtritme

Motivatie problemen

Persoonlijke waarden

- wilsbeschikking
- gestoorde rolvervulling
- verstoord zelfbeeld

Psychofarmacagebruik

Vrijheidsbeperkende maatregelen

Zingeving

Geborgenheid / intimiteit

Acceptatie van en omgaan met ziekte en achteruitgang

Problemen met rouwverwerking

C: Communicatie

Visusbeperking

Beperking communicatieve interactie

- taal (spreken, schrijven, lezen)
- non verbale communicatie
- spraak
- gehoor
- begrijpen

Meer informatie over probleemgericht werken kun je vinden in het boek: Functionele Geriatrie, door Cees Hertogh.

*bron: Platform ouderenzorg V&VN

10.6 Handreiking sociale kaart

De leden van het MDO stellen een sociale kaart voor de ouderenzorg op. De zorggroep zal hierbij zo mogelijk faciliteren. De POH-O houdt de sociale kaart actueel.

Voorbeeld Format sociale kaart

Naam zorgverlener/instantie	Doelgroep/zorgaanbod	Specialisatie	Contactgegevens	Contactpersoon voor praktijk	Samenwerkingsafspraken
Paramedici					
Thuiszorg					
Verpleeghuizen					
Verpleeghuizen					
Maatschappelijk werk					
Klinisch geriater/transmuraal werkende geriatrisch verpleegkundige					
GGZ ouderenzorg					
Specialisten ouderenzorg Extramurale AWBZ-behandeling en consulten					
Advies, zorgaanvraag en indicering					
MEE					
CIZ					
WMO-loket					
Projecten/specifieke programma's					
Wonen en welzijn					
Ondersteuning mantelzorg					