

# **Zorgprotocol Integrale zorg voor Kwetsbare Ouderen**

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>In- en exclusiecriteria</b> .....	<b>4</b>
2.1	Inclusiecriteria .....	4
2.2	Exclusiecriteria .....	5
<b>3</b>	<b>Uitvoering zorg</b> .....	<b>6</b>
3.1	Vorbereidingsmodule.....	6
3.2	Vervolgmodule .....	7
3.3	Geriatrisch netwerk .....	8
3.4	Zorgcoördinatie en MDO .....	9
<b>4</b>	<b>Kwaliteitsbeleid Ouderenzorg</b> .....	<b>11</b>
4.1	Registratie van ICPC en hoofdbehandelaarschap .....	11
4.2	Kernset Ouderenzorg .....	11
4.3	Scholing POH-O.....	11
<b>Bijlage 1</b>	<b>Stappenplan Ouderenzorg</b> .....	<b>13</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>GFI</b> .....	<b>14</b>
<b>Bijlage 3</b>	<b>Easycare-TOS trap 2</b> .....	<b>15</b>
<b>Bijlage 4</b>	<b>Medische informatie</b> .....	<b>16</b>
<b>Bijlage 5</b>	<b>FMPC-formulier</b> .....	<b>17</b>
<b>Bijlage 6</b>	<b>Individueel Zorgplan</b> .....	<b>18</b>
<b>Bijlage 7</b>	<b>Wensen ten aanzien van levenseinde</b> .....	<b>19</b>
<b>Bijlage 8</b>	<b>Schematische weergave Geriatrisch Netwerk</b> .....	<b>20</b>
<b>Bijlage 9</b>	.....	<b>21</b>

# 1 Inleiding

## *Aanleiding*

Door de vergrijzing en door wijzigingen in landelijk beleid inzake ouderenzorg blijft de oudere patiënt langer thuis wonen en krijgen zorgverleners in de eerste lijn steeds meer te maken met oudere patiënten, die in meer of mindere mate kwetsbaar zijn en complexe problematiek kennen. Dit vraagt, naarmate de complexiteit van zorg toeneemt, om een andere benadering in de eerstelijnszorg: een meer proactieve houding en afstemming met andere betrokkenen rond de ouderenzorg, zoals de specialist ouderengeneeskunde en de wijkverpleegkundige, die in ere hersteld is om de zorg thuis goed op te kunnen vangen.

De zorg voor de kwetsbare oudere patiënt volgens het zorgprotocol van de GHC is met name gericht op het versterken van de autonomie van de patiënt. Het streven is de zorg zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de wensen van de kwetsbare oudere en het afstemmen van de zorg met de betrokken zorgverleners, zowel vanuit het medische als het sociale domein.

Door goede afstemming en samenwerking binnen het lokaal geriatrisch netwerk is duidelijk welke zorg geleverd moet worden aan de patiënt en door wie. De patiënt die zelf grenzen wil laten stellen aan de behandeling kan dat laten vastleggen (proactieve zorgplanning). De belangrijkste afspraken rondom het zorgbeleid staan vermeld in de GHC-huisartsmap, waar eveneens de communicatie tussen de verschillende zorgverleners terug te lezen is. Ook is het individueel zorgplan opgenomen in deze map, eventueel aangevuld met een proactief zorgplan.

## *Vorbereidingsmodule en vervolgmodule integrale zorg voor kwetsbare ouderen*

De integrale zorg voor kwetsbare ouderen bestaat uit twee fasen: de voorbereidingsmodule (maximaal 12 maanden) en de vervolgmodule. Tijdens de voorbereidingsmodule staat het in kaart brengen van de kwetsbare ouderen (met complexe problematiek) centraal evenals het vormgeven van de structuur van de zorg voor deze patiënten, in samenwerking met andere disciplines die betrokken zijn bij deze zorg. Wanneer de praktijk start met de vervolgmodule wordt de daadwerkelijke zorg geleverd volgens het individueel zorgplan van de kwetsbare oudere met complexe problematiek. Meedoen aan de twee modules kent verschillende voorwaarden. Deze voorwaarden worden besproken tijdens de informatieavond Ouderenzorg en tijdens de visitatie van een praktijkconsulente.

## *POH-O / PVK / VS*

In dit document wordt de rol van de praktijkondersteuner ouderenzorg (POH-O) besproken. Waar gesproken wordt van POH kan ook praktijkverpleegkundige (PVK), verpleegkundige specialist (VS), nurse practitioner (NP) of physician assistant (PA) gelezen worden. De inzet van een praktijkverpleegkundige voor de zorg voor deze kwetsbare patiënten is wenselijk, maar ook de praktijkondersteuner (mits functionerend op HBO-niveau) kan worden betrokken bij deze zorg.

## *Dit zorgprotocol*

Het zorgprotocol is gebaseerd op het Groninger Zorgmodel Integrale Ouderenzorg (GZIO). De GZIO is in eerste instantie opgesteld door de werkgroep Ouderenzorg en de meest recente versie, versie 2.0, is een product van het kernteam Ouderenzorg. De GZIO is te downloaden via [www.ghcgroningen.nl/GZIO](http://www.ghcgroningen.nl/GZIO).

*In het komende hoofdstuk worden de in- en exclusiecriteria voor de ouderenzorg beschreven. Hoofdstuk 3 beschrijft de uitvoering van de zorg gedurende voorbereidingsmodule en de vervolgmodule en tenslotte wordt in hoofdstuk 4 aandacht besteed aan het kwaliteitsbeleid rondom de ouderenzorg.*

## **2 In- en exclusiecriteria**

### **2.1 Inclusiecriteria**

#### *2.1.1 Doelgroep*

In de voorbereidingsmodule staat het in kaart brengen van de kwetsbare ouderen met complexe problematiek centraal. Deze patiënten worden vervolgens geïncludeerd bij de vervolgmodule. Naar schatting zijn er per normpraktijk (van 2168 patiënten) van een huisarts ongeveer 50 kwetsbare ouderen, gemiddeld 25 tot 30% van het aantal 75-plussers. Uiteraard hangt de prevalentie sterk af van de leeftijdsopbouw van de huisartsenpraktijk.

De patiënten die in aanmerking komen voor de vervolgmodule zijn kwetsbare ouderen met complexe problematiek in de thuissituatie. Het minimum aantal kwetsbare ouderen met complexe problematiek dat een praktijk dient te includeren is een vastgesteld aantal op basis van het aantal 75-plussers in de praktijk. De GHC adviseert geen patiënten met dementie te includeren in de ouderenzorg. Voor deze groep van kwetsbare patiënten heeft de GHC aanvullende afspraken gemaakt over de uitvoering van zorg in de eerste lijn. Kijk voor meer informatie over dementie op de GHC-website.

#### *2.1.2 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 (functie- beperkingen, opname, overlijden) [SCP, 2011]. Om de kwetsbaarheid van de patiënten, die de zorg volgens het model zullen ontvangen, in beeld te brengen wordt gebruik gemaakt van de Groningen Frailty Indicator (GFI). De uitkomsten van de GFI kunnen variëren tussen 0 en 15. Bij een GFI-score van 5 of hoger wordt een oudere in ieder geval als kwetsbaar beschouwd. De GHC heeft gekozen voor de GFI omdat het een veel gebruikt instrument is in de regio. Het is mogelijk dat de GFI-score lager is dan 5 en er toch duidelijk sprake lijkt te zijn van kwetsbaarheid of dat de score hoger is dan 5 en de mate van kwetsbaarheid door de zorgverlener lager wordt ingeschat. Alle patiënten die kwetsbaar geacht worden kunnen in kaart worden gebracht in de voorbereidingsmodule. De GHC gaat wel uit van een gemiddelde GFI-score van 5 of hoger voor de ouderen die geïncludeerd worden in de ouderenzorg.

#### *2.1.3 Complexiteit*

Naast kwetsbaarheid is complexiteit een belangrijk begrip. Een complexe patiënt kan gedefinieerd worden als een patiënt met meerdere chronische aandoeningen, die langdurig verschillende medicamenten gebruikt en langdurig onder behandeling is van meerdere zorgverleners.

Als er sprake is van kwetsbaarheid dient via een verdiepingsconsult de mate van complexiteit te worden vastgesteld, hiervoor kan de Easycare-TOS trap 2 worden gebruikt (bijlage 3). Deze vragenlijst is uitgebreid en een geschikte manier om een verdiepingsconsult bij de kwetsbare oudere uit te voeren voor POH's-O die hier mee beginnen. Een gevaar van het gebruik van de Easycare-TOS trap 2 is dat het gesprek met de oudere tot een ondervraging zal leiden wat niet zal bijdragen aan het contact en de openheid in het gesprek. De GHC adviseert daarom om na enige tijd over te stappen op de samenvattingskaart: de medische informatie samen met de FMPC (bijlage 4 & 5) waar de belangrijkste items in genoemd staan. Deze documenten zullen ook in elektronisch formaat (word of PDF) beschikbaar komen en maken onderdeel uit van de huisartsmap bij de patiënt thuis (zie verder).

#### *2.1.4 Inclusie*

In tegenstelling tot andere ketenzorgprogramma's is bij de ouderenzorg geen sprake van inclusie op basis van ICPC-codering, maar op basis van de kenmerken kwetsbaarheid met complexe problematiek. Elke praktijk brengt tijdens de voorbereidingsmodule de kwetsbare ouderen met complexe problemen in kaart en includeert deze ouderen in de ouderenzorgmodule na uitvoering van het zorgprotocol. Op het moment dat de praktijk start met de vervolgmodule (na het eerste

jaar) dienen voldoende patiënten ingesloten te zijn. De GFI van deze geïncludeerde patiënten dient gemiddeld tenminste 5 te bedragen.

Alle geïncludeerde patiënten dienen te voldoen aan de definitie van complexiteit waarbij de GHC de volgende criteria hanteert: meerdere chronische aandoeningen, langdurig gebruik van verschillende medicamenten en langdurig onder behandeling van meerdere zorgverleners.

Wanneer een patiënt op basis van deze factoren als kwetsbaar en complex aangeduid kan worden mag de patiënt worden geïncludeerd.

## **2.2 Exclusiecriteria**

Patiënten die opgenomen zijn in een WLZ-instelling (en dus niet ingeschreven staan als patiënt in de huisartsenpraktijk) kunnen niet geïncludeerd worden in de integrale ouderenzorg.

Patiënten die geïncludeerd zijn in de ouderenzorg kunnen eveneens geïncludeerd zijn in de ketens DM, CVRM, COPD, AF, Astma en Coronairlijden zolang behandeling van deze chronische aandoeningen in de vorm van protocollaire ketenzorg nog als zinnige zorg beschouwd kan worden.

## 3 Uitvoering zorg

### 3.1 Voorbereidingsmodule

Tijdens de voorbereidingsmodule wordt de zorg voor de kwetsbare ouderen georganiseerd in de praktijk. Gedurende dit eerste jaar krijgt de praktijk een vaste vergoeding per 75-plusser per kwartaal, gedurende maximaal vier kwartalen. Dit betekent dat de praktijk een jaar de tijd heeft om de zorg op te zetten. Welke stappen de praktijk moet zetten in dit eerste jaar staat beschreven in deze paragraaf. Een schematische weergave hiervan is te vinden in bijlage 1.

#### 3.1.1 Populatie in kaart brengen van de doelgroep

Het in kaart brengen van de kwetsbare ouderen in de praktijk kan op meerdere manieren plaatsvinden. Het screenen van alle 75-plussers door toezending van de GFI wordt niet geadviseerd door de GHC; de GHC is van mening dat het invullen van een vragenlijst over kwetsbaarheid met de patiënt samen en/of belangrijke naaste moet plaats vinden, niet vrijblijvend is voor de huisartsenpraktijk en altijd gevolgd dient te worden door een bespreking met de patiënt. De GHC adviseert daarom de methode van case-finding omdat van veel ouderen wel bekend is of ze kwetsbaar zijn of juist niet:

- Maak een lijst met alle 75-plussers uit de praktijk.
- De huisarts en POH-O onderscheiden in deze lijst de zeker niet-kwetsbare ouderen, kwetsbaarheid onbekend (inclusief patiënten die nieuw in de praktijk zijn of niet in beeld zijn) en zekere kwetsbare ouderen.
- Patiënten van wie de kwetsbaarheid onbekend is en van wie de kwetsbaarheid niet vast te stellen is op basis van de gegevens in het HIS, kunnen benaderd worden door de praktijk voor een kort gesprek en/of voor het afnemen van de GFI.
- Bij de patiënten die als kwetsbaar aangemerkt kunnen worden, wordt apart bekeken bij welke ouderen ook complexe problematiek aan de orde is. Deze beperkte groep patiënten is in eerste instantie de doelgroep.

#### 3.1.2 Geriatrisch assessment

Om de exacte problematiek in beeld te brengen, dient bij elke kwetsbare oudere een geriatrisch assessment uitgevoerd te worden. Het doel van dit assessment is het goed in kaart brengen van de situatie. Om de situatie goed in beeld te krijgen zal het afnemen van het assessment bij de patiënt thuis plaatsvinden, zo nodig met een belangrijke naaste van de oudere. Het geriatrisch assessment bestaat uit de volgende stappen:

- Afnemen GFI, indien uitkomst nog niet bekend is (zie bijlage 2)
- Afnemen van de Easycare-TOS trap 2 (zie bijlage 3)  
De Easycare-TOS trap 2 wordt gebruikt om de mate van complexiteit in beeld te brengen. Deze vragenlijst is omvangrijk. Het is aan te raden om deze vragenlijst alleen de eerste keren volledig te gebruiken, om te voorkomen dat bepaalde onderdelen gemist worden in het assessment. Zodra een POH-O handigheid heeft gekregen in het afnemen van de vragenlijst adviseert de GHC er voor te kiezen om het formulier van de medische informatie en het FMPC-formulier te gebruiken als leidraad in plaats van de volledige vragenlijst.
- Medische informatie en FMPC invullen (zie bijlage 4 & 5)  
Om duidelijk overzicht te krijgen van de problematiek van de kwetsbare oudere moet de uitkomst van de Easycare-TOS verwerkt worden in de medische informatie en FMPC. Deze documenten vormen de basis voor het uitwerken van het individueel zorgplan. Tevens zal deze medische informatie en eventueel het FMPC-formulier opgenomen worden in de map bij de patiënt thuis, zodat alle betrokken zorgverleners in één oogopslag kunnen zien wat de problematiek is bij de kwetsbare oudere.

#### 3.1.3 Individueel Zorgplan (IZP)

Voor elke kwetsbare oudere met complexe problematiek dient op basis van het geriatrisch assessment een individueel zorgplan opgesteld te worden. De patiënt en eventueel een belangrijke

naaste van de patiënt worden betrokken bij het opstellen van het IZP (zie bijlage 6). Stel samen met de oudere de aandachtspunten van beleid op en bespreek deze ook met de patiënt. In het zorgplan wordt beschreven welke problemen de patiënt ervaart, wat het doel van de patiënt is en welke acties daarop ondernomen moeten worden, zowel door de huisartsenpraktijk als door andere betrokken partijen. De problemen die de patiënt ervaart kunnen somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch of communicatief van aard zijn.

Nadat het IZP volledig is opgesteld, bespreekt de POH-O dit zorgplan met de huisarts en wijkverpleegkundige en eventueel met andere relevante disciplines die een rol kunnen spelen in het realiseren van de doelen van de patiënt. Er wordt afgestemd wie de zorgcoördinator is van de patiënt (de POH-O en wijkverpleegkundige) en welke acties ingezet moeten worden, door wie en wanneer. De POH-O en wijkverpleegkundige bespreken met regelmaat de voortgang van het IZP. Het IZP wordt opgenomen in het HIS van de huisarts maar eveneens in de map bij de patiënt thuis.

#### *3.1.4 Wensen ten aanzien van levenseinde*

Veel ouderen willen bij het toenemen van kwetsbaarheid niet meer behandeld worden in het ziekenhuis of hebben andere wensen voor het laatste stukje leven. Veel ouderen en hun familie vinden het lastig om te praten over dit onderwerp. Als hier met ouderen, de mantelzorgers en familie niet over gesproken wordt is de kans groter dat patiënten buiten kantooruren toch opgenomen worden.

Bij palliatieve en terminale zorgproblemen waarbij sprake is van uitbehandeling, is een gesprek er over het levenseinde en over wensen van patiënten in de laatste levensfase meer gebruikelijk dan bij kwetsbare ouderen. Toch ervaart een groot deel van de patiënten het als een opluchting als hierover met familie wordt gesproken als dit gesprek door een huisarts of praktijkondersteuner wordt geïnitieerd.

Als richtlijn voor een gesprek kan de Handreiking Tijdig spreken over het levenseinde van KNMG gebruikt worden. De wensen ten aanzien van levenseinde worden in de map bij de patiënt thuis bewaard en tevens als kopie in het HIS (zie bijlage 7).

#### *3.1.5 Registreren gegevens*

Nu de gegevens van de oudere in beeld zijn moeten deze worden geregistreerd in het HIS van de huisarts. De ingevulde medische informatie / FMPC, het IZP en de wensen ten aanzien van levenseinde worden digitaal opgeslagen in het HIS van de huisarts. Hiervoor is een elektronisch format (word of PDF) beschikbaar vanuit de GHC. De wijkverpleegkundige ontvangt een kopie van de opgeslagen formulieren. Een geprinte versie van de formulieren wordt in tweevoud in de GHC-huisartsmap thuis opgeslagen. Het tweede exemplaar kan meegenomen worden bij opname van patiënten in het verpleeghuis of ziekenhuis. De Huisartsenkring Groningen en de GHC oriënteren zich op een digitale structuur.

De praktijk legt enkel over de kwetsbare ouderen met complexe problematiek verantwoording af door middel van een benchmark van de gegevens. De gegevens van andere patiënten die niet geïnccludeerd worden, maar wel volgens dit protocol worden behandeld mogen natuurlijk ook worden genoteerd in het HIS, maar verantwoording afleggen over deze gegevens is niet noodzakelijk. In hoofdstuk 4 wordt meer informatie gegeven over de registratie en de kernset.

## **3.2 Vervolgmodule**

### *3.2.1 Zorgverlening op basis van het IZP*

Wanneer de praktijk start met de vervolgmodule zal met name de zorg volgens het individueel zorgplan centraal staan. De POH-O en de wijkverpleegkundige houden samen de voortgang in de gaten en sturen bij waar nodig. Het evalueren en bijstellen van het IZP is een continu proces.

### *3.2.2 Medicatiebeoordeling*

Een vast onderdeel van de zorg voor de kwetsbare oudere is de medicatiebeoordeling. In eerste instantie overleggen POH-O en huisarts. Op indicatie kan een medicatiebeoordeling samen met de

apotheker worden uitgevoerd. Deze beoordeling kan dan plaatsvinden in het kader van het verplichte aantal medicatiebeoordelingen die door de IGZ verplicht zijn gesteld (zie GZIO 2.0 of NHG-site). De selectiecriteria voor de verplichte IGZ-medicatiebeoordelingen zijn:

- leeftijd ouder dan 75 jaar
- 7 of meer geneesmiddelen én
- verminderde nierfunctie (eGFR <50ml/min/1,73m<sup>2</sup>)

### *3.2.3 Inclusie nieuwe patiënten*

Zodra patiënten de leeftijd van 75 jaar bereiken is het verstandig om na te gaan of ze in aanmerking komen voor de integrale ouderenzorg. Het is van belang om het proces van het in kaart brengen van kwetsbare ouderen te blijven herhalen bij 'nieuwe 75plussers'. Praktijken mogen zelf een methode kiezen om patiënten in kaart te brengen waarbij tevens aandacht dient te zijn voor nieuw ingeschreven patiënten. De huisartspraktijken zijn zelf verantwoordelijk voor het includeren van voldoende kwetsbare ouderen met complexe problematiek ten opzichte van het aantal 75-plussers in de praktijk (zie hoofdstuk 4).

### *3.2.4 Nieuwe ontwikkelingen en speerpunten*

Zodra de structuur rondom de zorg voor de kwetsbare ouderen met complexe problematiek voldoende vorm heeft gekregen, is het mogelijk om in samenspraak met andere betrokken zorgverleners nieuwe projecten op te starten of speerpunten vast te stellen in het belang van de kwetsbare ouderen. Deze nieuwe onderwerpen kunnen opgezet worden in het geriatrische netwerk.

## **3.3 Geriatrisch netwerk**

De nadruk van ouderenzorg GHC ligt op zorg voor de patiënt in de huisartspraktijk. Daarnaast is ook afstemming over het beleid over ouderen op wijk- of plaatsniveau (meestal ook HAGRO-niveau) in het lokaal geriatrische netwerk van belang. In het inkoopbeleid van Menzis is het opzetten van het geriatrisch netwerk voorwaarde bij de contractering van de voorbereidingsmodule en is tevens een voorwaarde om te kunnen starten met de vervolgmodule. De wijkgerichte benadering van het geriatrisch netwerk komt overeen met die van de gemeente. Daarmee voorziet het lokaal geriatrisch netwerk in de mogelijkheid om af te stemmen tussen het medisch en het sociale domein. De GZIO functioneert als een regionaal geriatrisch netwerk waarin afspraken worden weergegeven die gemaakt zijn met bovenlokale zorgverleners en de zorgverzekeraars.

### *3.3.1 Deelnemers*

Een belangrijk uitgangspunt van de GZIO is dat personen en instellingen die betrokken zijn bij de zorgverlening aan kwetsbare ouderen handelen volgens de afspraken die onderling zijn gemaakt over een ieders verantwoordelijkheid en inzet. Deze afspraken worden gemaakt in een zogenaamd 'lokaal geriatrisch netwerk'. Dit lokaal geriatrisch netwerk wordt vormgegeven in Hagro- of Wagro-verband. In de praktijk betekent dit dat het geriatrisch netwerk moet worden gezien als een samenwerkingsplatform. Naast de huisartsen, praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen (zorgcoördinatoren cure en care), nemen vertegenwoordigers van andere relevante disciplines deel aan het geriatrisch netwerk, zoals de specialist ouderengeneeskunde, apotheker, diëtist, fysio-/ergotherapeut of welzijn/gemeente (zie ook schematische weergave van geriatrisch netwerk in bijlage 8).

### *3.3.2 Schriftelijke afspraken*

De afspraken die de betrokken zorgverleners met elkaar maken zijn zoveel mogelijk gebaseerd op het provinciaal beleid, zoals geformuleerd in de GZIO. Het is de bedoeling dat de betrokken partijen schriftelijke samenwerkingsafspraken met elkaar maken rondom de zorg voor de kwetsbare oudere patiënt. In deze afspraken staat o.a. beschreven wie het eerste aanspreekpunt is van het lokale geriatrisch netwerk, welke huisartsen en de daarbij aangesloten praktijkondersteuners deel uitmaken van het geriatrisch netwerk en met welke thuiszorgorganisaties wordt samengewerkt. De basisafspraken worden door alle participanten van



het netwerk onderschreven. Dit is vooral van belang indien er meerdere personen of instellingen vanuit eenzelfde discipline participeren in het netwerk, bijvoorbeeld diverse thuiszorgorganisaties. Vanuit ELANN/ROS wordt ondersteuning geboden bij het tot stand komen van het geriatrisch netwerk. Hiervoor is een format samenwerkingsafspraken beschikbaar.

### *3.3.3 Afstemming*

Afstemming binnen het geriatrisch netwerk over de samenwerkingsafspraken, betrokken partijen en eventuele wijzigingen daarin kan relatief eenvoudig gerealiseerd worden. De initiële afspraken bij de start van het netwerk kunnen worden gevormd op basis van een format met standaardafspraken, gebaseerd op de GZIO. Vervolgens is het van belang om wijzigingen in de afspraken en wijzigingen in contactpersonen en/of –gegevens goed te communiceren. In welke vorm en frequentie dit gebeurt, dient door de betrokkenen kortgesloten te worden. Het bijeen roepen van het gehele geriatrisch netwerk zal niet of nauwelijks voorkomen. De huisartsen staan in het overleg telkens centraal. Het is daarom denkbaar dat huisartsen bijvoorbeeld tijdens een FTO of Hagro-vergadering ervoor kiezen om zorgverleners uit het geriatrisch netwerk uit te nodigen om te praten over specifieke onderwerpen rondom de zorg voor de kwetsbare ouderen. Het is in deze gevallen niet noodzakelijk het gehele geriatrisch netwerk uit te nodigen, maar alleen de betrokken disciplines.

### *3.3.4 Inzet van diverse zorgverleners aangesloten bij het lokaal geriatrisch netwerk*

Het IZP is leidend bij de vraag welke zorgverleners betrokken zijn bij de zorg van de kwetsbare oudere. De POH-O en wijkverpleegkundige zijn de zorgcoördinatoren van de kwetsbare oudere patiënt en bepalen, waar nodig in overleg met de huisarts, wanneer inzet van één van de betrokken disciplines uit het geriatrisch netwerk noodzakelijk is. De POH-O is daarbij met name de schakel richting het medische domein en de wijkverpleegkundige richting het sociale domein. Welke zorgverleners vanuit het geriatrisch netwerk betrokken worden bij de zorg wordt in eerste instantie bepaald door de oudere zelf. Daarbij kan de oudere natuurlijk profiteren van goed functionerende samenwerkingsmodellen binnen bijvoorbeeld een gezondheidscentrum.

### *3.3.5 Ondersteuning door en beschikbaarheid van een specialist ouderengeneeskunde (SO)*

De SO kan een ondersteunende rol spelen bij de zorg voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn. Deze ondersteuning kan plaatsvinden op vier niveaus:

- adviserend in het geriatrisch netwerk
- adviserend in het beleid van de huisartspraktijk
- deelnemend aan patiëntenoverleg (MDO)
- uitvoeren van consultaties (medebehandeling)

Niet in alle delen van de provincie zijn voldoende SO's beschikbaar. De GHC zal overleggen met de SO's over voldoende ondersteuning in de regio.

## **3.4 Zorgcoördinatie en MDO**

Het meeste overleg over de patiënt zal zijn tussen de POH-O en de HA en de WVP (wijkverpleegkundige). Dit kan telefonisch of op afspraak in de huisartspraktijk. Het belangrijkste is dat er korte lijnen zijn. Maak afspraken met de grootste thuiszorgorganisatie over de uitvoering van de zorg, wie het aanspreekpunt is en wie de zorgcoördinator van de patiënt is. In sommige gevallen zal de coördinatie met het sociale domein belangrijker zijn en is de wijkverpleegkundige de zorgcoördinator, in andere gevallen is de afstemming met het medische domein belangrijker en is de POH-O de zorgcoördinator. Een uitgebreide beschrijving van de rollen van de POH-O en wijkverpleegkundige in de zorg voor de kwetsbare oudere is te vinden in de GZIO.

De afstemming op patiëntniveau (casuïstiek bespreking) vindt plaats in het MDO. De huisarts kiest een van de volgende structuren:

- Gestructureerd MDO: de huisarts bepaalt de frequentie van overleg en wie er bij aanwezig zijn. Het overleg kan in klein verband zijn: minimaal WVP, POH-O en Huisarts en eventueel uitgebreider met SO en/of andere hulpverlener(s).

- MDO op indicatie: op indicatie wordt een afspraak gemaakt voor het bespreken van 1 of meer patiënten. Het overleg tussen POH-O, HA en WVP vindt dan meestal via telefoon of in de wandelgangen plaats maar er wordt een MDO georganiseerd om uitgebreid stil te staan bij de patiënt. De huisarts bepaalt per patiënt wie bij het overleg aanwezig is.

## 4 Kwaliteitsbeleid Ouderenzorg

### 4.1 Registratie van ICPC en hoofdbehandelaarschap

Er is geen eenduidige ICPC-code voor ouderenzorg om de specifieke doelgroep van dit project mee aan te duiden. Daarom wordt gebruik gemaakt van indicatoren in plaats van ICPC-codes om inclusie mee te bewerkstelligen. De kwetsbare ouderen met complexe problematiek die geïnccludeerd worden in de vervolgmodule, dienen op de volgende wijze geregistreerd te worden: Registreer het hoofdbehandelaarschap ouderenzorg (OZHB AZ, code 3015), noteer huisarts. Noteer aanvullend de indicator kwetsbaarheid met complexe zorg (KWCZ AZ, code 3686), geef als antwoord 'ja'. De combinatie van deze twee uitkomsten maakt dat een patiënt geïnccludeerd wordt als kwetsbare oudere met complexe problematiek, in de vervolgmodule. Indien aan de orde, wordt ook aangeraden gebruik te maken van de specifieke ICPC-codes voor ouderenzorg, volgens de ADEPD-richtlijn van de NHG:

	ICPC	Episode
<b>Bepalen kwetsbaarheid</b>	A49.01	Ouderenzorg
<b>Kwetsbare oudere</b>	A05	Ouderenzorg kwetsbare oudere
<b>Levens einde gesprek</b>	A20	Levens einde gesprek
<b>Medicatiebeoordeling</b>	A13	Medicatiebeoordeling
<b>Eenzaamheid</b>	Z04.3	Eenzaamheid
<b>Voedingsproblemen</b>	T05	Voedingsproblemen
<b>Valpreventie</b>	L49.01	Fractuurpreventie

### 4.2 Kernset Ouderenzorg

In bijlage 9 is de kernset ouderenzorg opgenomen. Het noteren van deze beperkte set van indicatoren bij de kwetsbare ouderen met complexe problematiek is verplicht. Op basis van het aantal 75-plussers in de praktijk en de uitbetaling op basis van die 75-plussers is de praktijk verplicht een minimum aantal kwetsbare ouderen met complexe problematiek te includeren en de registratie op orde te hebben. Dit aantal wordt door de GHC berekend. Indien de praktijk ervoor kiest om bij meer dan dit minimum aantal patiënten de indicatoren goed te registreren is dit natuurlijk ook akkoord. Vanaf de start van de vervolgmodule (1 jaar na start) worden de indicatoren door de GHC elk kwartaal bijgehouden in het kwaliteitsbeleid ketenzorg. De praktijk dient vanaf dat moment voor het vastgestelde aantal geïnccludeerde kwetsbare ouderen transparant te zijn over de verplichte indicatoren. Er is nog geen percentage vastgesteld voor de kwaliteit van registratie. Meer informatie hierover volgt in een later stadium.

### 4.3 Scholing POH-O

Gezien de complexiteit van de zorg aan kwetsbare ouderen met complexe problematiek dient deze zorg in de praktijk geleverd te worden door een praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige die tenminste op HBO-niveau functioneert. Een verpleegkundig specialist, nurse practitioner of physician assistant is natuurlijk ook akkoord.

Er worden twee verplichte scholingen georganiseerd over Ouderenzorg:

- de informatieavond Ouderenzorg in combinatie met Dementie voor de huisarts en de POH-O
- het Practicum Ouderenzorg voor de POH-O en de wijkverpleegkundige.  
(POH-O is een verzamelnaam voor praktijkondersteuner, praktijkverpleegkundige, verpleegkundig specialist of nurse practitioner of physician assistant.)

Praktijken dienen deze twee scholingen gevolgd te hebben gedurende het voorbereidingsjaar. Tijdens de visitatie zal ook gecheckt worden of de scholing gevolgd is, pas dan kan de praktijk doorstromen naar de structurele financiering.

Naast deze scholing zal de GHC aanvullende scholingen gaan aanbieden ter verdieping en gericht op specifieke aandachtsgebieden.

Naast de scholingen die de GHC zelf aanbiedt, wordt sterk aangeraden om aanvullend onderwijs te volgen inzake ouderenzorg. Er zijn diverse nascholingsprogramma's in Nederland. De Hanze Hogeschool Groningen biedt een modulaire opleiding aan gericht op ouderenzorg in de huisartsenpraktijk: Ouderenzorg in de 1<sup>ste</sup> lijn. Deze opleiding bestaat uit een [basismodule](#) en een [verdiepingsmodule](#).

## Bijlage 1 Stappenplan Ouderenzorg

<b>Wat</b>	<b>Wie</b>	<b>Hoe</b>	<b>Wanneer</b>
Populatie in beeld: selectie "kwetsbare ouderen met complexe problematiek"	POH-O / huisarts	Zie hoofdstuk 3.1.1 (selectie alle 75+ uit HIS; casefinding; GFI score 5 of hoger)	Start ouderenzorg
Afspraak maken voor geriatrisch assessment	POH-O	Huisbezoek samen met belangrijke naaste (duur 1,5 uur inclusief uitwerking)	Na selectie
Uitvoeren geriatrisch assessment  Bespreken van inhoud Individueel Zorg Plan (IZP) met patiënt en/of belangrijke naaste	POH-O	Zie hoofdstuk 3.1.2 (Easy care TOS 2 en medische informatie/FMPC)  Zie hoofdstuk 3.1.3 (op basis van informatie in kaart gebrachte problemen bij assessment)	Tijdens huisbezoek
Uitwerken van Individueel Zorg Plan (IZP)	POH-O		Na afloop van huisbezoek
IZP bespreken met huisarts en wijkverpleegkundige. Verdeling taken en afspraken follow-up	POH-O, WVP, HA	Zie hoofdstuk 3.3.4/3.3.5 en 3.4 Informeel overleg of MDO, eventueel met SO	
Gegevens verwerken in HIS (medische informatie/FMPC, IZP) en beschikbaar maken voor medebehandelaars	POH-O	Gebruik elektronisch format medische informatie/FMPC en IZP van de GHC. Sla op in HIS en mail naar WVP; Print beiden uit (2x) en doe dit in de GHC-huisartsmap bij de patiënt thuis (zie hoofdstuk 3.1.5.)	
Wensen ten aanzien van levenseinde, alleen op verzoek patiënt zelf	POH-O / huisarts	Zie hoofdstuk 3.1.4 (ook dit document wordt opgeslagen in HIS en in de GHC huisartsmap bij patiënt thuis)	Gedurende vervolgtraject
Vervolg zorg kwetsbare oudere met complexe problematiek	POH-O en WVP	Op basis van IZP, wijzigingen medische informatie/FMPC, IZP en wensen ten aanzien van levenseinde bijhouden in HIS en thuismap. Voor overleg zie hoofdstuk 3.4	
Registratie indicatoren	POH-O	Zie hoofdstuk 4.1 en 4.2 en bijlage 9	Jaarlijks

## Bijlage 2 GFI

### GFI

(Groningen Frailty Indicator)

Deze vragen gaan over uw situatie van de **afgelopen maand (eventueel:...de situatie voordat u (acuut) ziek werd)**.

- |   |                     |   |      |   |
|---|---------------------|---|------|---|
| 1. Kunt u geheel zelfstandig boodschappen doen?   | Ja                  | 0 | Nee  | 1 |
| 2. Kunt u geheel zelfstandig buitenshuis rondlopen (rondom huis of naar de burenen)?  | Ja                  | 0 | Nee  | 1 |
| 3. Kunt u zich geheel zelfstandig aan- en uitkleden?  | Ja                  | 0 | Nee  | 1 |
| 4. Kunt u geheel zelfstandig van en naar het toilet gaan?   | Ja                  | 0 | Nee  | 1 |
| <i>Met zelfstandig bedoelen we: zonder enige vorm van hulp van iemand. Gebruik maken van hulpmiddelen als stok, rollator, rolstoel, geldt als zelfstandig.</i>                |                     |   |      |   |
| 5. Als u een rapportcijfer zou moeten geven voor uw lichamelijke fitheid, waarbij een 1 staat voor heel slecht, en een 10 staat voor uitstekend, wat zou dit cijfer dan zijn? | .....               |   |      |   |
|   | (0-6 = 1; 7-10 = 0) |   |      |   |
| 6. Ondervindt u problemen in het dagelijks leven doordat u slecht ziet?   | Ja                  | 1 | Nee  | 0 |
| 7. Ondervindt u problemen in het dagelijks leven doordat u slecht hoort?  | Ja                  | 1 | Nee  | 0 |
| 8. Bent u de afgelopen 6 maanden veel afgevallen zonder dat u dat wilde?  | Ja                  | 1 | Nee  | 0 |
| 9. Gebruikt u op dit moment 4 of meer verschillende soorten medicijnen?   | Ja                  | 1 | Nee  | 0 |
| 10. Heeft u klachten over uw geheugen?  | Ja                  | 1 | Soms | 0 |
|   |                     |   | Soms | 0 |
|   |                     |   | Nee  | 0 |
| 11. Ervaart u wel eens een leegte om u heen?  | Ja                  | 1 | Soms | 1 |
|   |                     |   | Soms | 1 |
|   |                     |   | Nee  | 0 |
| 12. Mist u wel eens mensen om u heen?   | Ja                  | 1 | Soms | 1 |
|   |                     |   | Soms | 1 |
|   |                     |   | Nee  | 0 |
| 13. Voelt u zich wel eens in de steek gelaten?  | Ja                  | 1 | Soms | 1 |
|   |                     |   | Soms | 1 |
|   |                     |   | Nee  | 0 |
| 14. Heeft u zich de laatste tijd somber of neerslachtig gevoeld?  | Ja                  | 1 | Soms | 1 |
|   |                     |   | Soms | 1 |
|   |                     |   | Nee  | 0 |
| 15. Heeft u zich de laatste tijd nerveus of angstig gevoeld?  | Ja                  | 1 | Soms | 1 |
|   |                     |   | Soms | 1 |
|   |                     |   | Nee  | 0 |

**Totaalscore:**

.....

*Scoring: nullen en enen optellen tot totaalscore van minimaal 0 en maximaal 15.*

*Let op: de scoring van vraag 10 wijkt af.*

**Bij gebruik van de GFI dient naar één of beide bronartikelen verwezen te worden:**

Steverink, N., Slaets, J.P.J., Schuurmans, H., & Lis, M. van (2001). Measuring frailty: development and testing of the Groningen Frailty Indicator (GFI). *The Gerontologist*, 41, special issue 1, 236-237.

Schuurmans, H., Steverink, N., Lindenberg, S., Frieswijk, N., & Slaets, J.P.J. (2004). Old or frail: what tells us more? *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 59A, 962-965.

### **Bijlage 3 Easycare-TOS trap 2**

De Easycare-TOS trap 2 vragenlijst is een omvangrijke vragenlijst om de complexiteit van de kwetsbare oudere mee in kaart te brengen. De vragenlijst is te downloaden op de website van Easycare: <http://easycare.nl/downloads>. Onderstaande overzicht is de inhoudsopgave van de Easycare-TOS trap 2.

#### **Het Easycare-Instrument bevat de volgende onderdelen:**

Afnamegegevens  
Persoonlijke gegevens  
Uw zorggebruik  
Medische voorgeschiedenis  
Zien, horen en communiceren  
Voor uzelf zorgen  
Verplaatsen  
Uw veiligheid  
Uw woning en financiën  
Gezond blijven  
Uw (psychische) gezondheid en welzijn  
Aanvullende informatie  
Behoeftebepaling van uzelf  
Toestemming van uzelf  
Vragen aan de mantelzorger  
Toestemming van de mantelzorger  
Samenvatting van de basisgegevens  
Kwetsbaarheidsoordeel  
Voortgang/herevaluatie

## Bijlage 4 Medische informatie

### Algemeen

Naam en geboortedatum:	.....
Huishoudelijke hulp:	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, via: .....
Hulpmiddelen:	<input type="checkbox"/> rollator <input type="checkbox"/> rolstoel <input type="checkbox"/> overig: .....
Alarmering aanwezig:	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, via: .....
Groningen Frailty Indicator score:	..... datum: .....
Hulpvraag:	.....

### Episodenlijst

Relevante medische voorgeschiedenis/psychogeriatrisch onderzoek, (of voeg uitdraai vanuit het HIS of copy specialistenbrieven toe)

Overige aandachtsgebieden

DM  
 Hypertensie  
 Tia  CVA  
 Nierfunctiestoornis  
 Neuropathie  
 Astma  COPD

Hypothyreoïdie  
 Dementie  
 Parkinson  
 Reumatoïde artritis

.....  
.....

Incontinentie  
 Gewichtsverlies  
 Problemen mond / gebit  
 Roken  
 Alcoholmisbruik

.....

### Medicatie

Medicatieoverzicht en datum bijvoegen in map  
(of verwijst naar geactualiseerd medicatieoverzicht, bijvoorbeeld baxter)

### Casemanagement

ja  nee Aandachtsgebied: .....

Casemanager en organisatie: .....

### Opmerkingen

Hier is ruimte om aanvullende informatie te vermelden



## Bijlage 5 FMPC-formulier

### Functionaliteit, Maatschappelijk, Psychosociaal, Communicatie

Functionaliteit	
Activiteiten (ADL): .....	Valincidenten
.....	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, ..... x per jaar
Mobiliteit/kracht: .....	Maaltijden
.....	<input type="checkbox"/> zelf <input type="checkbox"/> extern
Huishoudelijk (HDL): .....	Eetlust: .....
.....	

Maatschappelijk	
Veiligheid: .....	Financiën / wonen: .....
.....	.....
Welzijn: .....	Sociaal netwerk / mantelzorg: .....
.....	.....
Ontspanning: .....	Overbelasting mantelzorg: .....
.....	.....
Dagbesteding: .....	.....
.....	

Psychosociaal	
Cognitie: .....	Nerveus / angstig: .....
.....	.....
MMSE score: ..... Datum afname: .....	Eenzaamheid: .....
.....	.....
Somberheid / depressie: .....	Slapen: .....
.....	.....
Zingeving / levensende vragen	

Communicatie		
Oren: .....	Ogen: .....	Spreken: .....

Medicatie	
Therapietrouw: .....	Vitamine D gebruik: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> Baxter	<input type="checkbox"/> Indicatie controle polyfarmacie

## Bijlage 6    Individueel Zorgplan

Probleem van de patiënt	Doel van de patiënt	Te ondernemen actie	Actie wordt ondernomen door	Geplande evaluatiedatum (indien van toepassing)

## Bijlage 7 Wensen ten aanzien van levenseinde

Naam patiënt

Geboortedatum

.....

.....

### Wilsverklaringen

De volgende schriftelijke afspraken zijn vastgelegd bij huisarts

- geen       euthanasieverzoek (toevoegen)       behandelbeperking of verbod (toevoegen)

### Reanimatiebeleid

- niet reanimeren\*       wel reanimeren

\* Voeg niet-reanimeren verklaring toe

Vrije tekst

### Tijdig spreken over het levenseinde

KNMG-model: [www.knmg.nl](http://www.knmg.nl)

*(wensen en verwachtingen levenseinde; alleen op verzoek van patiënt zelf)*

Beschrijf de huidige situatie

Waar maakt de patiënt zich zorgen over betreffende levenseinde?

Mogelijke en onmogelijke behandelingen in laatste levensfase

Voorkeursplaats overlijden:

- thuis  
 anders, namelijk : .....

### Als er tevens sprake is van terminale zorg

*(neem zo nodig informatie over uit het overdrachtsformulier palliatieve zorg)*

Afspraken met huisarts over euthanasie / palliatieve sedatie

Voorkeursplaats overlijden:

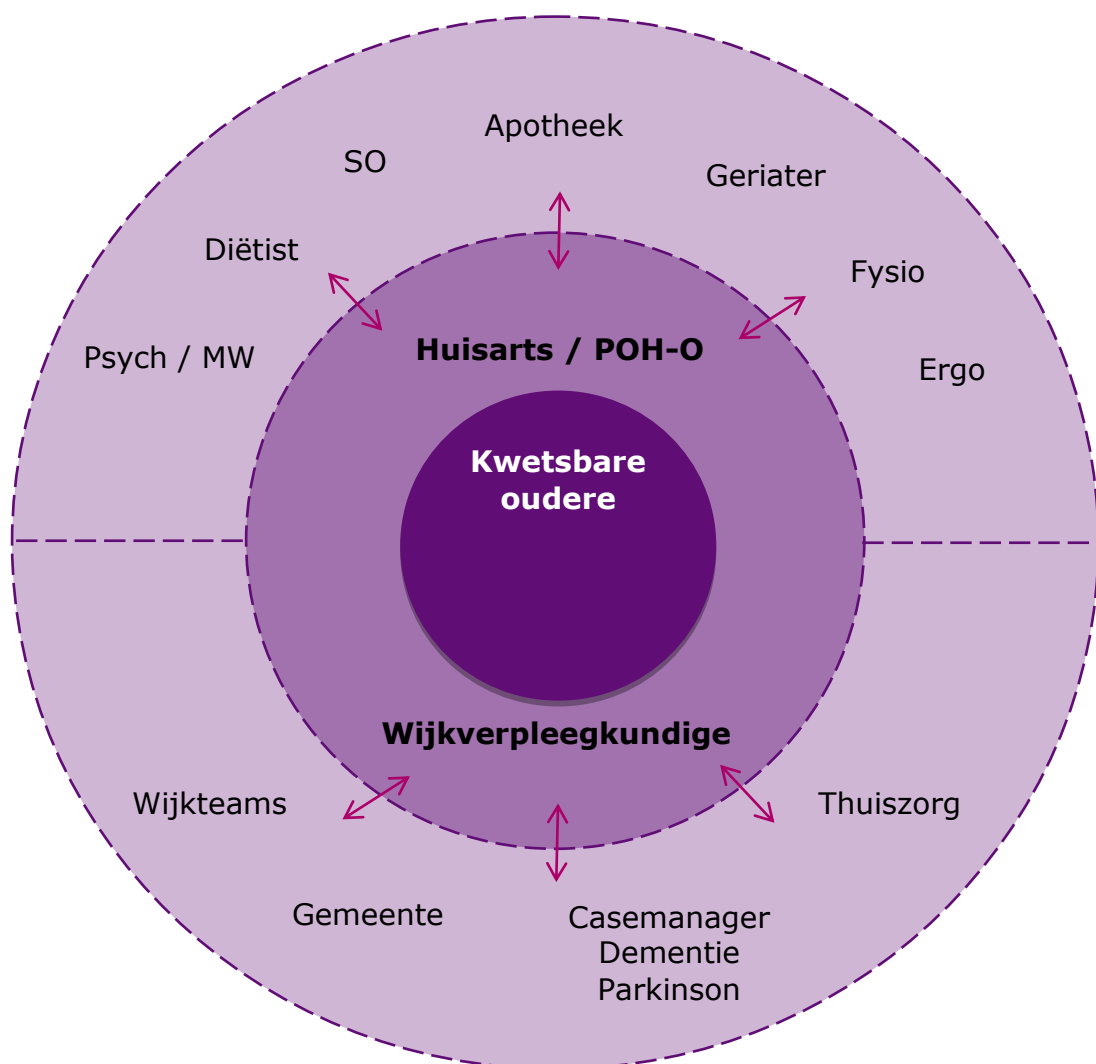
- thuis  
 anders, namelijk : .....

Specifieke wensen patiënt (indien van toepassing)

Besproken met patiënt door  huisarts  praktijkondersteuner op : ..... (datum)

## Bijlage 8 Schematische weergave Geriatriesch Netwerk

- Huisarts, POH/PVH-O en wijkverpleegkundige dagelijkse zorg → structureel patiënten overleg, z.n. ad-hoc, volgens interne afspraken; wie, wat, wanneer en hoe.
- Overige disciplines worden ingeschakeld wanneer nodig.  
Volgens gemaakte afspraken met elke discipline, zoals: Wie neemt contact op met wie en op welke manier? Wat kunnen en mogen we van elkaar verwachten.



## Bijlage 9

# Registratieset Kwetsbare Oudere

Versie mei 2018

Codering zijn van NHG-labcode (nummer), ATC (medicatiecode) of ICPC (letter met nummer)  
Indicatoren met 'x' in kolom 'GHC' : registratie verplicht in meetwaardetabel

Acties	Parameter	Code	Afkorting	Toelichting voor registratie	GHC
<b>1. Algemene gegevens:</b>					
In-exclusie	Hoofdbehandelaar ouderenzorg	3015	OZHB AZ	jaarlijks registreren en wijzigingen bijhouden	x
	Deelname ketenzorg ouderenzorg	3832	OZKZ AZ	jaarlijks registreren en wijzigingen bijhouden	x
	Controlebeleid ouderenzorg	3453	OZCB AZ		
	Reden geen geregelde zorg	3454	OZRZ AZ	indien van toepassing, NB: ieder antwoord leidt automatisch tot exclusie	x
<b>2. Mate van kwetsbaarheid en complexiteit:</b>					
	Mate van kwetsbaarheid (score GFI)	2793	GFIT AQ	eenmalig registreren	x
	Kwetsbaarheid met complexe zorg	3686	KWCZ AZ	jaarlijks registreren en wijzigingen bijhouden	x
<b>3. Aandachtspunten ouderenzorgbeleid:</b>					
	Aanvullende gegevens plan ouderenzorg (wilsbeschikking)	2789	OZP AZ	jaarlijks registreren en wijzigingen bijhouden	x
	Ongewenst gewichtsverlies	2673	GEWV AA	jaarlijks registreren en wijzigingen bijhouden	x
	Polyfarmarice	2777	POFA AQ	jaarlijks registreren en wijzigingen bijhouden	x
	Aantal malen gevallen in afgelopen jaar	2773	AVAL AQ	jaarlijks registreren en wijzigingen bijhouden	x
	Voldoende sociale contacten	2783	VLSC AQ	jaarlijks registreren en wijzigingen bijhouden	x
	Belasting mantelzorg	2848	BLMZ AQ	jaarlijks registreren en wijzigingen bijhouden	x