

Startdocument ouderenzorg

Aan de slag met het
zorgprogramma kwetsbare ouderen



Datum herzien: februari 2024

Inhoudsopgave

1	Introductie - Ouderenzorg in de eerste lijn	3
1.1	De doelgroep: kwetsbare 75-plussers	3
1.2	Zorgprogramma kwetsbare ouderen	4
2	Patiëntniveau: stappenplan	5
3	Praktijkniveau: kernteam & praktijkplan	8
3.1	Visie	8
3.2	Kernteam en taakverdeling	8
3.3	Doelen	9
3.4	Tijdpad	9
4	Wijkniveau: Geriatriesch netwerk	10
4.1	Netwerkpartners inventariseren	10
5	Focusindicatoren ouderenzorg	11
5.1	Proactieve zorgplanning	11
5.2	ADL en mobiliteit	11
5.3	Cognitie	11
5.4	Mantelzorgondersteuning	12
5.5	Ondervoeding	12
6	Zorgprogramma - Praktisch	13
6.1	Scholingen	13
6.2	Voorwaarden en instroom	13
6.3	Bekostiging	13
6.4	Vakgroep ouderenzorg en kernteam ouderenzorg	13
7	VIPLive en de ouderenzorg	14
8	Bronvermelding	15
9	Contact	15
Bijlage 1 - Kwetsbaarheid		17
Bijlage 2 - Stappenplan ouderenzorg op patiëntniveau		18
Bijlage 3 - Ouderenzorg protocol HIS		26
Bijlage 4 - Vragenlijsten en testen ouderenzorg		27

1 Introductie - Ouderenzorg in de eerste lijn

De Nederlandse bevolking veroudert, maar verandert ook. Ouderen blijven langer zelfstandig wonen, en door de veranderde samenstelling van de bevolking, verandert ook de zorgvraag van deze groep. Om ouderen de zorg te kunnen bieden die nodig is, moet ook de huisartsenzorg(praktijk) inspelen op deze ontwikkelingen, zowel inhoudelijk als organisatorisch.

Als een praktijk deelneemt aan het Zorgprogramma kwetsbare ouderen bij Rijnmond Dokters, levert dat veel praktische vragen op. Hoe doe je dit? Waar ga je beginnen? En wie doet wat? Met dit startdocument wil Rijnmond Dokters en antwoord geven op deze vragen. Het startdocument sluit aan op de startscholing ouderenzorg.

Door de stappen uit dit document in eigen tempo te doorlopen ontstaat er een solide basis voor de ouderenzorg in de praktijk. De regie ligt bij de huisarts(enpraktijk), coördinatie en uitvoering kunnen worden gedelegeerd.

1.1 De doelgroep: kwetsbare 75-plussers

Het Zorgprogramma van Rijnmond Dokters richt zich op kwetsbare ouderen van 75 jaar en ouder. Kwetsbaarheid is niet altijd te voorkomen, maar door tijdige onderkenning kunnen ouderen geholpen worden om langer de regie over hun eigen leven te houden. Zie bijlage 1 voor een uitwerking van het begrip 'kwetsbaarheid'.

"Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)."
Bron: LESA Zorg voor kwetsbare ouderen, 2017

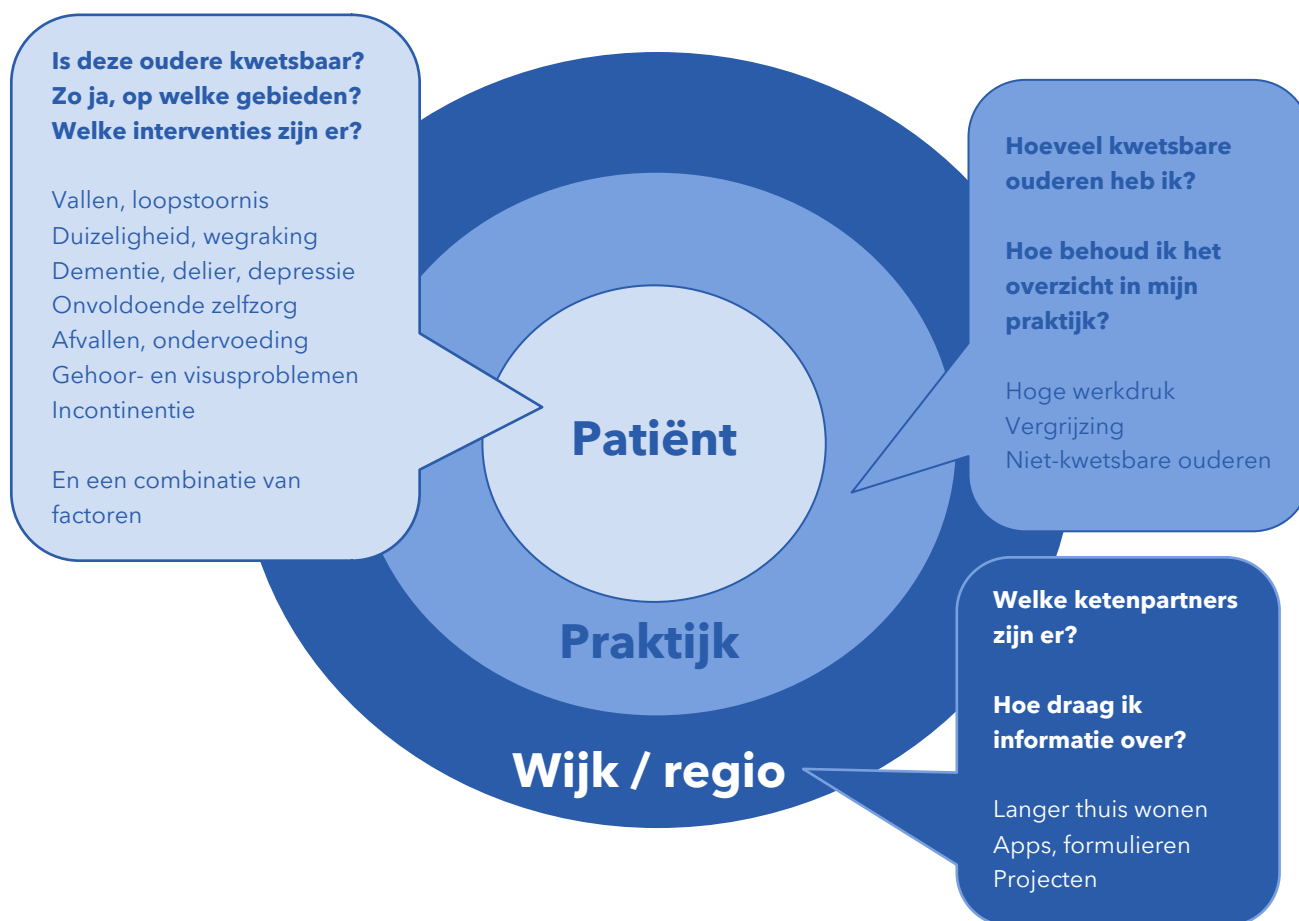
Een indicatie is dat landelijk ongeveer >22% van de thuiswonende ouderen als kwetsbaar kan worden aangemerkt.¹ In Rotterdam merken we dat deze aantallen hoger liggen. Voor het verlenen van goede huisartsenzorg aan ouderen is het strikt hanteren van deze leeftijdsgrens niet noodzakelijk. Deze leeftijdsgrens wordt vanwege de financiering gehanteerd, omdat de zorgverzekeraars deze leeftijdsgrens voor hun vergoedingen gebruiken. De structuur en werkwijze is geschikt voor alle groepen kwetsbare ouderen. In de praktijk kan het soms nodig zijn om inhoudelijk wat af te wijken.

1 Dit betreft het aantal 65-plussers, terwijl het Zorgprogramma uit gaat van 75-plussers. Bron: [Factsheet kwetsbare ouderen](#), Vektis, 29-06-2020. Zilveren Kruis hanteert voor haar bekostiging een fictief percentage van 28%.

1.2 Zorgprogramma kwetsbare ouderen

Het zorgprogramma van Rijnmond Dokters richt zich op kwetsbare ouderen, waarbij de huisartsenpraktijk de regierol vervult in het zorgnetwerk. Het doel van dit zorgprogramma is kwetsbare ouderen om, door middel van samenwerking met de andere domeinen, een optimaal netwerk rond de patiënt te krijgen waarin signalen tijdig worden opgevangen en zo mogelijk worden omgezet in acties, tot behoud van kwaliteit van leven van de kwetsbare oudere. Naast de **inhoudelijke thema's**, behelst dit zorgprogramma dus ook de **structuur en organisatie** in de eigen praktijk, en de **samenwerking met de zorgpartners** om tot een geïntegreerde aanpak te komen.

We kijken op drie niveau's naar de ouderenzorg, op patiënt-, praktijk- en wijkniveau. Dit startdocument is opgebouwd volgens deze drie niveau's. Uitgebreidere informatie is steeds te vinden in de bijlagen.



2 Patiëntniveau: stappenplan

De samenwerking in de ouderenzorg op patiëntniveau kan in 6 stappen beschreven worden.² De stappen geven een duidelijke structuur, waarbinnen de praktijk zelf ruimte heeft een eigen invulling te geven aan de opzet en uitvoering, aangepast aan de lokale situatie. Lees hieronder een samenvatting van de stappen:

Stap 1 - Casefinding en selectieve screening

Als eerste ga je inschatten welke ouderen potentieel kwetsbaar zijn. Dit kan middels casefinding en selectieve screening. Beide methoden zullen in de dagelijkse praktijk naast elkaar plaatsvinden. Er is geen duidelijke voorkeur voor een van de twee methodes. Het screenen van de gehele 75+populatie is echter inefficiënt gebleken uit onderzoek.

Maak via de **meetwaarde 'aanwijzingen voor kwetsbaarheid'**, inzichtelijk als een oudere als niet-kwetsbaar is beoordeeld.

Risicofactoren voor kwetsbaarheid

- Recente ziekenhuisopname
- Multimorbiditeit
- Alleenstaand
- Recent verlies, weduwe/weduwnaar
- Zwak sociaal netwerk
- Overbelaste mantelzorger
- Frequent contact met de praktijk
- 1 jaar geen contact met de praktijk
- Polyfarmacie
- Laaggeletterdheid, lage opleiding
- Cognitieve achteruitgang

Stap 2 - Gesprek en/of screeningsinstrument

Niet iedere oudere die in stap 1 naar voren is gekomen is daadwerkelijk kwetsbaar. De volgende stap is om de kwetsbaarheid vast te stellen in de geselecteerde groep. Je gaat in gesprek met de oudere en zo mogelijk de mantelzorger en brengt de kwetsbaarheid in kaart. Bedenk steeds dat de status 'niet kwetsbaar' een momentopname is en snel kan veranderen, de aanwijzingen zijn er immers niet voor niets.

Bepaal in het kernteam welke vragenlijst jullie gebruiken. Binnen Rijnmond Dokters zijn de TRAzag en de GFI veelgebruikte vragenlijsten.

- **Wel kwetsbaar:** de eindscore van de vragenlijst komt *boven* de grenswaarde van het meetinstrument (zie het kader), of er is sprake van een vastgestelde dementie. Een uitgebreide inventarisatie van mogelijke problemen op de verschillende domeinen is noodzakelijk. Registreer **ICPC A05** en ga door naar stap 3.

Grenswaardes wél kwetsbaar

- Score meetinstrument, zoals:

<u>GFI</u>	≥ 4
<u>Trazag score</u>	≥ 3
<u>Easycare</u>	indicatie uit trap 1
Prisma	≥ 3
Tfi	≥ 5

- Cognitieve problemen
- Ontbreken mantelzorg

² Deze stappen zijn omschreven in de landelijke '[handreiking kwetsbare ouderen thuis](#)' van Beter Oud.

- **Dreigend kwetsbaar:** de eindscore zit *onder* de grenswaardes, maar bij deze oudere heb je een **niet-pluis gevoel en/of een Frailty Index $\geq 0,2$** . Deze ouderen zijn nu nog niet kwetsbaar, maar je weet dat het er binnenkort wel aan zit te komen. Je vervolgt deze ouderen niet frequent, maar je gaat het netwerk wel alvast in kaart brengen en vraagt toestemming voor het delen van informatie met andere zorgverleners. Denk ook aan LSP open zetten. Registreer **ICPC A49.01** zodat je deze ouderen wel op je werklijst hebt staan en je bevindingen voor anderen overzichtelijk zijn.
- **Niet kwetsbaar:** de eindscore zit *onder* de grenswaarde. Verder uitgebreide inventarisatie is niet nodig. De oudere krijgt reguliere zorg en wordt niet pro-actief opgevolgd. Spreek met de oudere en mantelzorger af hoe en wanneer er 'vinger aan de pols wordt gehouden'.
Maak via de **meetwaarde 'aanwijzingen voor kwetsbaarheid'**, inzichtelijk dat deze oudere als niet-kwetsbaar is beoordeeld. Dit kan in ieder HIS door handmatig een meetwaarde AWKW in te voeren, en (op termijn) in het ouderenzorgprotocol.
Advies: bekijk op vaste momenten de lijst met 75-plussers, zo blijft deze groep steeds in beeld. Hier kan het [ouderenzorgrapport](#) van VIP-Calculus behulpzaam bij zijn.

Stap 3 - Multi domein analyse

Als een oudere kwetsbaar is, dan is een inventarisatie nodig om na te gaan op welke domeinen er problemen zijn. Er zijn veel modellen die je hiervoor kunt gebruiken, maar binnen de ouderenzorg wordt geadviseerd om dit te doen aan de hand van het [SFMPC-model](#). Hiermee krijg je overzicht, dat eventueel later gebruikt kan worden als een gezondheidsplan en een MDO aan de orde komen.

Stap 4 - Kernteam bespreking praktijk

In stap 3 heb je de problematiek van de oudere in kaart gebracht. Vervolgens bespreek en interpreteer je de bevindingen in het kernteam van de huisartspraktijk.

Alleen voor de groep 'complex kwetsbare ouderen':

Stap 5 - Gezondheidsplan en Multidisciplinair overleg (MDO)

Een selecte groep ouderen is 'complex kwetsbaar'. Voor deze groep is veelal het maken van een gezondheidsplan en een multidisciplinair overleg (MDO) van grote meerwaarde. Het gezondheidsplan geeft structuur en richting aan de hulpverlening. Het doel van het MDO is te komen tot een gezamenlijk gedragen gezondheidsplan en te anticiperen op mogelijke problemen.

Kenmerken 'complex kwetsbaar'

- Een cluster van problemen die vaak met elkaar interacteren.
- Meerdere hulpverleners zijn op verschillende domeinen betrokken.
- Vaak zowel medisch- en zorginhoudelijk als welzijn gerelateerd.
- Veelal ongeplande zorg.
- Eigen regie bij de patiënt ontbreekt vaak.
- Oudere is gebaat bij integrale zorg.

Stap 6 - Bespreken en uitvoeren afspraken

- Kwetsbare ouders: De groep kwetsbare ouders die niet in een MDO zijn besproken, krijgen hier de terugkoppeling van de bespreking in het kernteam.
- Complex kwetsbare ouders: De afspraken uit het MDO worden besproken met de oudere en uitgevoerd. De coördinator draagt hier zorg voor. Een evaluatie volgt volgens afspraak.

Meer informatie

Zie het '[schema gestructureerde ouderenzorg](#)' op de website van Rijnmond Dokters.
[Klik hier](#) voor meer informatie over de registratie en ICPC-coderingen.

3 Praktijkniveau: kernteam & praktijkplan

Een goede start van het zorgprogramma vraagt om een kernteam en een praktijkplan. Hiermee kan de kwaliteit en continuïteit binnen de eigen huisartsenpraktijk gewaarborgd worden. Hieronder de elementen die door het kernteam besproken moeten worden, zie ook het [blanco praktijkplan](#) (ook te vinden op de [website van Rijnmond Dokters](#)) om je op weg te helpen.

3.1 Visie

Een visie op ouderenzorg op praktijkniveau is een basisvoorwaarde, en geeft waar de praktijk naar toe wil. Bijgaande vragen zijn hulpmiddelen om te komen tot een visie voor de praktijk

Visie op ouderenzorg

- Waarom start je het zorgprogramma?
- Hoe is de ouderenzorg nu geregeld in de praktijk?
- Waar liggen de knelpunten? En waar ligt de kracht van de praktijk?
- Wat zijn de idealen en ambities van deze praktijk?
- Wat moet onze ouderenzorg opleveren voor de patiënt? En voor de praktijk?
- Welke taken behoren wel/niet bij de huisartsenpraktijk?
- Wat is het percentage ouderen in de praktijk: nu en in de toekomst?
- Op welke manier kan de praktijk aansluiten bij deze ontwikkeling?
- Met welke zorgvraag komen ouderen regelmatig naar de praktijk?
- Wat verwachten we van de samenwerking met

3.2 Kernteam en taakverdeling

De leden van het kernteam zijn de kartrekkers van de ouderenzorg in de praktijk. Veelal zijn dit de huisarts, praktijkondersteuner/-verpleegkundige /Verpleegkundig Specialist (VS) en eventueel een doktersassistente. Bij een nauwe samenwerking kunnen (op termijn) de wijkverpleegkundige of casemanager ook bij het kernteam aansluiten, dit is aan de lokale situatie aan te passen. Bespreek in het kernteam de taakverdeling in de praktijk en hoe het zorgprogramma vormgegeven gaat worden. Denk onder andere aan:

- Wie is eindverantwoordelijk?
- Wie heeft de coördinatie? Wie is belast met de uitvoering?
- Wie is aanspreekpunt binnen en buiten de praktijk?
- Is er de wens disciplines uit het netwerk toe te voegen?

3.3 Doelen

Wat wil de praktijk bereiken? Doelen worden bepaald door een keuze te maken uit de onderwerpen, die bij het formuleren van de visie naar voren zijn gekomen. Kies doelen die passen bij de praktijk, de wijk en de populatie. Maak doelen zo concreet mogelijk. Maak keuzes, te veel doelen beperkt de slagingskansen per doel. Te denken valt aan:

- In kaart brengen van kwetsbaarheid bij ouderen boven de 75 jaar, op basis van casefinding;
- Tijdens de ketenzorg een GFI/Trazag en/of MMSE afnemen;
- Meer inschakelen van het sociale domein voor de gestructureerde ouderenzorg;
- Van alle (kwetsbare ouderen) contactpersonen in het dossier;
- Bij alle 75-plus patiënten in ketenzorg een contactpersoon in het dossier;
- Bij alle (kwetsbare ouderen) Advance Care Planning (ACP) gesprekken.

3.4 Tijdpad

Leg afspraken vast, bepaal een evaluatiemoment en maak een planning. Bepaal met het kernteam hoeveel tijd er beschikbaar is voor de ouderenzorg, en hoe dat per week/maand wordt ingepland. **Advies is om een vaste dag(deel) per week in de agenda te reserveren voor de ouderenzorg.**

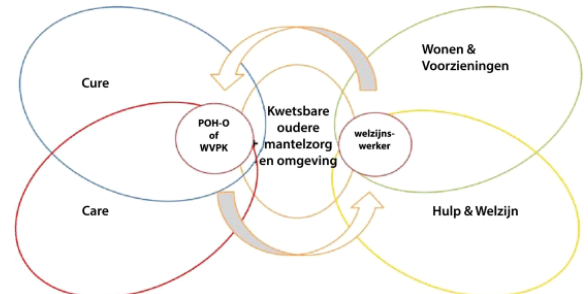
De tijdsinvestering voor het uitvoeren van het zorgprogramma is wisselend per praktijk. Het kan oplopen tot circa vier uur per jaar per kwetsbare oudere. Omdat het aantal kwetsbare ouderen bij aanvang met het Zorgprogramma vaak nog niet inzichtelijk is, is het advies om **4-6 uur per week voor een normpraktijk** te reserveren voor de ouderenzorg.

De verpleegkundig consulent (ouderenzorg) kan adviseren in deze stap, eventueel in samenwerking met de wijkcoördinator.

4 Wijkniveau: Geriatrisch netwerk

Kwetsbare ouderen hebben vaak met verschillende zorg- en hulpverleners te maken, zowel werkzaam in de care, cure en de welzijnssector. Integrale zorg en ondersteuning vergt nauwe samenwerking tussen deze zorg- en hulpverleners.

Een passend model hierbij is het zogenaamde vlindermodel van Laego. Vooral de verbinding met het sociale domein wordt in de praktijk nog niet altijd voldoende benut, waardoor het nog gescheiden werelden zijn.



Bron: Vlindermodel Laego, Visiedocument 2014, A.W. Wind en A.J. Poot

4.1 Netwerkpartners inventariseren

Binnen Rotterdam is de diversiteit aan netwerkpartners groot, en iedere praktijk heeft zijn eigen samenwerkingsverbanden, contacten en voorkeuren. Deze zijn vaak wijk- of persoonsgebonden. Daarom is het belangrijk dat alle praktijken een **eigen netwerkkaart** opzetten.

Twee keer per jaar zal door de POH het wijknetwerk moeten worden nagelopen: zijn er wijzigingen, nieuwe aanbieders en telefoonnummers? Bekijk jaarlijks of de samenwerking nog goed verloopt. Zijn er wijzigingen in aanpak nodig? Hierin kan de wijkcoördinator een rol spelen.

Rijnmond Dokters heeft een '[schillenmodel](#)' ontwikkeld dat als hulpmiddel kan dienen bij het in kaart brengen van bestaande en nieuwe contacten. Het model bevat een voorstel van netwerkpartners, gerangschikt naar vorm en intensiteit van samenwerking. Op de site van Beter Oud staat ter inspiratie ook een [mooi voorbeeld](#), maar natuurlijk kan een eigen format ook goed gebruikt worden.

Tip: Zorg ervoor dat het een eenvoudig aanpasbaar document is, waar iedereen makkelijk bij kan, en waarin wijzigingen direct doorgevoerd kunnen worden. Zo is het netwerk up to date.

Schillenmodel ouderenzorg Netwerkpartners in beeld Zorgprogramma kwetsbare ouderen



5 Focusindicatoren ouderenzorg

Een aantal (inhoudelijke) ontwikkelingen zijn dusdanig belangrijk dat deze zijn ingesteld als focusindicator. Dit bevordert innovatie, creëert bewustwording voor het onderwerp in biedt praktijken handvatten om er (praktisch) mee aan de slag te gaan. Tijdens scholingen en praktijkbezoeken zullen deze focusindicatoren regelmatig ter sprake komen. Zie de website van [Rijnmond Dokters](#) voor documentatie en de actuele informatie. Huidige focusindicatoren zijn:

5.1 Proactieve zorgplanning

Huisartsen staan voor de uitdaging om de zorg voor de groeiende groep (kwetsbare) ouderen in hun praktijk vorm te geven. De zorg rond de laatste levensfase is hierin een belangrijk element, waar ouderen bij voorkeur tijdig over nadenken en met hun naasten en de huisarts bespreken. De huisarts en praktijkondersteuner kunnen hierin een rol vervullen. Het gesprek van **proactieve zorgplanning** is hier een middel voor. Van de praktijk vraagt dit aandacht voor de zorg rondom het levenseinde, de wensen van de oudere hierin (bijv. rondom ziekenhuisopnames) en eenduidige registratie in het HIS (Episode A20). Om uitwisseling binnen het hele netwerk rond de ouderen mogelijk te maken, heeft **VIPLive een [ACP-formulier](#) welke ook door de huisartsenpost (HAP) is in te zien.**

5.2 ADL en mobiliteit

Functionieverlies betekent dat mensen minder goed in staat zijn zelfstandig activiteiten te verrichten, zoals zich wassen en aankleden (ADL) en huishoudelijke dagelijkse verrichtingen (HDL). Als huisarts/praktijkondersteuner is het belangrijk te weten hoe de oudere patiënt functioneert, en welke activiteiten nog uitgevoerd kunnen worden. Het (vroegtijdig) signaleren van ADL en/of HDL problematiek bij ouderen kan bijdragen aan een verhoogde zelfredzaamheid en het behouden van het zelfstandig wonen.

5.3 Cognitie

Het is belangrijk om op een betrouwbare en efficiënte manier na te gaan of de patiënt mogelijk een milde cognitieve stoornis heeft. Een cognitief verval vergroot de kwetsbaarheid. Vanwege de angst voor dementie en de gevolgen van de diagnose, is zorgvuldige diagnostiek cruciaal. Mogelijke cognitieve klachten kunnen door de patiënt zelf benoemd worden, maar veelal wordt dit eerder door de omgeving gesignaleerd.

5.4 Mantelzorgondersteuning

Circa 1 op de 5 patiënten in een huisartsenpraktijk is ook mantelzorger. Mantelzorgers zijn een belangrijke informatiebron en samenwerkingspartner voor zorg- en hulpverleners. Mantelzorg is belastend en daarom hebben sommige mantelzorgers zelf ook ondersteuning nodig. Hoewel ondersteuning aan mantelzorgers geen specifiek huisartsgeneeskundige zorg is, kunnen de huisarts en praktijkondersteuner/VS wel een bijdrage leveren in de signalering en preventie van overbelaste mantelzorgers. Door mantelzorgers tijdig te herkennen en ondersteunen, kan overbelasting worden voorkomen.

5.5 Ondervoeding

Een afname in gewicht moet gesignaleerd en geregistreerd worden. Maar ondervoeding is niet alleen aan een gewichtsafname te meten, ook spierverval is een belangrijke factor die bijdraagt aan kwetsbaarheid. De diëtist is een netwerkpartner, die de oudere hierin goed kan ondersteunen en deze werkt ook samen met welzijn en het eigen netwerk van de patiënt.

6 Zorgprogramma - Praktisch

6.1 Scholingen

Rijnmond Dokters organiseert scholingen voor het kernteam ouderenzorg uit de huisartsenpraktijk. De basisprincipes van de ouderenzorg komen aan bod in de **startscholing**. Deze is voor huisartsen en praktijkondersteuners/verpleegkundig specialisten, en dan ook dringend geadviseerd om bij te wonen.

Praktijken die de module ouderenzorg bij Rijnmond Dokters afsluiten, kunnen in een **praktijkbezoek** verdieping en advies op maat krijgen. De verpleegkundig consulent of kaderhuisarts ouderengeneeskunde beantwoordt vragen over de (organisatie van de) ouderenzorg, het ketenzorgdashboard en het ouderenzorgrapport uit VIPLive.

Afhankelijk van de behoeften uit de regio en de focusindicatoren worden er gedurende het jaar nog andere **scholingen en symposia** georganiseerd omtrent de ouderenzorg. Zie hiervoor de scholingsagenda op de website van Rijnmond Dokters.

6.2 Voorwaarden en instroom

Praktijken kunnen twee keer per jaar instromen bij het Zorgprogramma kwetsbare ouderen. Voor het starten dient aan de voorwaarden uit het contract te worden gedaan. Neem contact op met de Verpleegkundig Consulent voor de geldende voorwaarden.

6.3 Bekostiging

Voor de ouderenzorg geldt een populatiebekostiging. Neem contact op met de Verpleegkundig Consulent voor de meest recente informatie, of bekijk de [declaratiewijzer](#) op de website van Rijnmond Dokters.

6.4 Vakgroep ouderenzorg en kernteam ouderenzorg

Voor het zorgprogramma kwetsbare ouderen heeft Rijnmond Dokters een vakgroep ouderenzorg ingesteld. De vakgroep is de plek waar de expertise en ervaring vanuit de verschillende huisartsenpraktijken per thema samenkomen. Relevante ontwikkelingen en projecten worden besproken, goede voorbeelden en knelpunten vanuit de praktijk worden gedeeld en kansen voor innovatie worden besproken. De vakgroep is hiermee een belangrijk middel om te waarborgen dat het beleid van de regionale organisatie gevoed wordt vanuit de dagelijkse praktijk.

De dagelijkse uitvoering en ondersteuning van de ouderenzorg voor Rijnmond Dokters als uitvoeringsorganisatie, is in handen van een kernteam ouderenzorg. Dit kernteam bestaat in ieder geval: een kaderhuisarts ouderengeneeskunde, verpleegkundig consulenten en een coördinator, werkzaam bij Rijnmond Dokters. Het kernteam is bereikbaar via: ouderenzorg@rijnmonddokters.nl.

7 VIPLive en de ouderenzorg

Via VIP Calculus zijn een aantal modules voor de ouderenzorg beschikbaar, zoals:

- De **VIPapp**, voor veilige en makkelijke communicatie met de kwetsbare oudere, mantelzorger en zorgprofessionals. Denk aan de wijkverpleegkundige en casemanager dementie.
- Het **Advance Care Planning formulier** voor registratie van hetgeen is besproken rondom ACP. Het ACP dashboard is ook door de huisartsenpost in te zien.
- Het **Gezondheidsplan**, voor het in beeld brengen van de waarden, doelen en interventies van de patiënt (volgens de SFMPC-methodiek).
- Consultatie van de Specialist Ouderengeneeskunde via het **MeekijkConsult**.
- Het **ketenzorgdashboard** en **ouderenzorg rapport**, voor een overzicht van de zorg die geleverd is, of het (op thema) uitdraaien van patiënten lijsten.

8 Bronvermelding

- Protocollaire ouderenzorg; Nederlands Huisarts Genootschap; Mourik, S. van., Dam, v. ten., Dautzenberg, P. (2015)
- [Laego Visiedocument 2014](#); Eerstelijns geneeskunde voor ouderen; A.W. Wind en A.J. Poot; (2014)
- [Handreiking Kwetsbare ouderen thuis handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk](#); Beter Oud; maart 2021.
- [LESA Zorg voor kwetsbare ouderen](#), Verlee, E, Van der Sande, R et al (2017)

9 Contact

Januari 2023

- Angelique van Driel, Verpleegkundig consulent ouderenzorg
- Anita Krans, Beleidsadviseur ouderenzorg en Verpleegkundig Specialist
- Tracy Louter, Verpleegkundig Consulent ouderenzorg
- Ingrid den Boer, Kaderhuisarts ouderengeneeskunde
- Maaïke Remmerswaal, Kaderhuisarts ouderengeneeskunde
- Claudia de Waard, coördinator Zorgprogramma kwetsbare ouderen

E-mail: Ouderenzorg@rijnmonddokters.nl

10 Bijlagen

1. Kwetsbaarheid
2. Stappenplan ouderenzorg op patiëntniveau
3. Rijnmond Dokters ouderenzorg protocol
4. Vragenlijsten en testen ouderenzorg

Bijlage 1 - Kwetsbaarheid

Het zorgprogramma is gericht op de groep kwetsbare ouderen. Kwetsbaarheid kan in de loop van het leven optreden en is vaak niet te voorkomen. Het beperken van de schadelijk gevolgen van de kwetsbaarheid door een multidisciplinaire afstemming van zorg en behoeftes kan echter bijdragen aan de kwaliteit van leven. Hierbij is het doel om in een wijknetwerk zorg op maat aan de oudere te leveren (bron: www.HZD.nu).

Kwetsbaarheid en:

... multimorbiditeit

Ouderen met meer aandoeningen en ernstige beperkingen zijn vaker kwetsbaar. Maar niet alle ouderen met beperkingen zijn kwetsbaar, en niet alle kwetsbare ouderen hebben beperkingen. En dan is er ook nog een groep ouderen die geen aandoeningen of beperkingen heeft, en toch vatbaar is voor een snelle achteruitgang in hun gezondheid.

... kwaliteit van leven

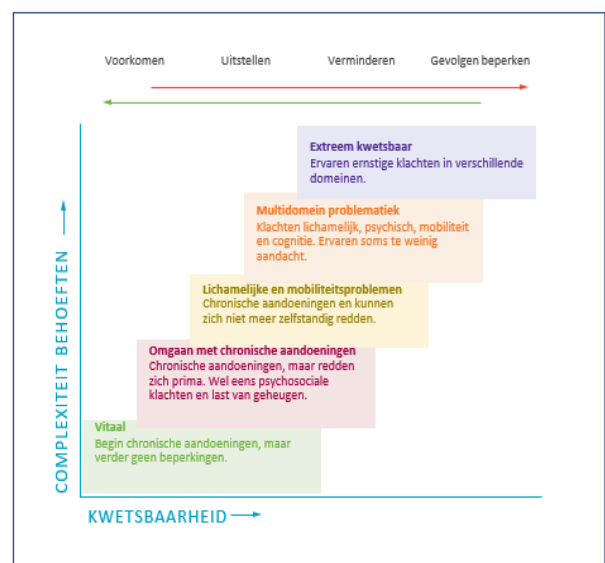
Hoewel de meeste kwetsbare ouderen hun slechtere gezondheid hebben geaccepteerd en hun activiteiten hebben aangepast, ervaren zij vaak wel een lagere kwaliteit van leven dan niet-kwetsbare ouderen. Toch kunnen ook kwetsbare ouderen een redelijke tot goede kwaliteit van leven ervaren, zeker in de periode voordat de negatieve gebeurtenissen en hun gevolgen zich voordoen. Kwetsbare ouderen hechten vooral waarde aan het hebben van sociale contacten. Niet-kwetsbare ouderen vinden gezondheid daarentegen het belangrijkste.

... samenwerking

Juist bij de groep kwetsbare ouderen is de afstemming tussen zorgverleners cruciaal voor de kwaliteit van de zorg. De zorgvraag kan betrekking hebben op verschillende domeinen, waarbij de verschillende zorgverleners elkaar kunnen aanvullen.

... complex kwetsbaar

Onder complexiteit wordt verstaan: een cluster van problemen die vaak met elkaar interacteren. Meerdere hulpverleners zijn op verschillende levensdomeinen betrokken bij de zorg voor de kwetsbare ouderen. Het gaat expliciet niet alleen om chronische ziekten, maar ook om veel voorkomende klachten/aandoeningen van ouderen zoals duizeligheid, slecht zien en slecht horen. De complexiteit kan samenhangen met de medisch-inhoudelijke kant, maar ook met de welzijnskant. Het gaat vaak om ongeplande zorg, en de eigen regie bij de patiënt ontbreekt. Dit is de groep ouderen die met name veel baat heeft bij integrale zorgverlening (overleg en overeenstemming tussen de verschillende hulpverleners).



Bron: Handleiding Beter Oud, 2021

Bijlage 2 - Stappenplan ouderenzorg op patiëntniveau

Stap 1 - Casefinding en selectieve screening

In deze stap ga je **inschatten welke ouderen potentieel kwetsbaar zijn** door middel van casefinding en/of selectieve screening. Beide methoden zullen in de praktijk vaak door elkaar heen worden gebruikt. Er is geen duidelijk wetenschappelijk bewijs welke methode de voorkeur heeft. Let op: het wordt afgeraden om de gehele praktijkpopulatie van 75-plussers te screenen op kwetsbaarheid of complexe problematiek. Dit is erg tijdrovend en levert weinig informatie op.

Casefinding

Wat doe je?

Inzichtelijk maken welke ouderen potentieel kwetsbaar zijn aan de hand van een 'niet pluis gevoel', dat gebaseerd is op een flink aantal signalen die in de praktijk van alledag zijn opgevallen.

Wie doet dit?

Alle betrokkenen bij de oudere kunnen een signaal van potentiële kwetsbaarheid afgeven:

- In de huisartspraktijk: huisarts, POH, VS, en de assistente.
- De mantelzorger en het sociaal netwerk van de patiënt.
- Professionals, zoals de wijkverpleegkundige, apotheker, fysiotherapeut en welzijnswerker.

Hoe doe je dit?

Besprek in het kernteam hoe om te gaan met signalen van kwetsbaarheid. Wie verzamelt deze signalen en gaat ermee aan de slag? Signalen kunnen aan bod komen door:

- Observaties gedurende een **regulier contactmoment**. Bijvoorbeeld een assistente die het opvalt dat de oudere verward is, vaker belt of afspraken vergeet. Of de POH die tijdens de diabetescontrole gewichtsverlies opmerkt, of een verandering ziet in de zelfzorg zoals vlekken op de kleding. Als medewerkers in de huisartsenpraktijk weten waar ze op moeten letten, en wat ze met deze signalen kunnen doen, wordt optimaal gebruik gemaakt van de inbreng van al deze medewerkers.
- Op basis van **signalen van de mantelzorger en sociale omgeving**. Deze worden steeds belangrijker naarmate ouderen langer thuis blijven wonen.
- Vanuit verschillende perspectieven wordt er door de deelnemers uit het (wijk)netwerk gekeken naar kwetsbaarheid. **Professionals** uit dit netwerk signaleren bijvoorbeeld veranderingen in mobiliteit, gewicht, voeding, gebitstoestand en medicatiegebruik. Zij hanteren hiervoor eigen instrumenten en observatietechnieken.

Aandachtspunten:

- Een belangrijk probleem bij casefinding is dat zorgmijders en patiënten met een cognitieve stoornis gemist kunnen worden. Daarom zijn patiënten met een cognitieve stoornis per definitie kwetsbaar.
- Maak afspraken met de netwerkpartners over rapportage en/of terugkoppeling!
- Registreer in het HIS zo letterlijk/feitelijk mogelijk waaruit de signalen bestaan en wat de vervolgstappen zijn.

Selectieve screening

Wat doe je:

U gaat actief op zoek naar kenmerken bij de 75-plussers die een groter risico op kwetsbaarheid met zich meebrengen. Het is een gestructureerde manier om het patiëntenbestand door te lopen.

Wie doet dit:

De praktijkondersteuner en/of de Verpleegkundig Specialist in samenwerking met de huisarts.

Hoe doe je dit:

- Draai een lijst uit van de 75-plussers, en bepaalt in het kernteam op **welke indicatoren** je gaat selecteren. Maak hiervoor bijvoorbeeld gebruik van de lijst meest voorkomende [ICPC-codes](#) in de ouderenzorg.
- Selecties kunnen bijvoorbeeld gemaakt worden in het [Ouderenzorgrapport in VIPLive](#) of in het HIS. Hierin zijn signalen vanuit het HIS opgenomen, die uit langlopend onderzoek een signaal blijken te zijn op aanwezigheid van kwetsbaarheid.
- Bespreek in het kernteam de **frequentie van het doorlopen** van het patiëntenbestand. Doe dit bijvoorbeeld twee keer per jaar.

Aandachtspunten:

- Probeer niet alle geselecteerde ouderen in één keer in kaart te brengen. Start met een **overzichtelijk aantal**. Hoe groot dat aantal kan zijn hangt af van de doelen die op praktijkniveau zijn bepaald en vastgelegd. Een start met een selectie van indicatoren geeft de mogelijkheid tot verdieping en vertrouwd raken met de algemene werkwijze. Wanneer de werkwijze voldoende bekend is kan de selectie van patiënten worden vergroot.
- Selectieve screening vereist een **goede registratie** in het HIS, want wat niet genoteerd staat kan niet geëxtraheerd worden. Voor inzicht en overdracht in de praktijk is het nodig om de S O E en P regel in te vullen, voor extractie en delen met andere netwerkpartners (2e lijn, HAP) is ICPC coderen en het gebruiken van labcodes ook nodig.
- Kwetsbare ouderen die niet aan de zoekcriteria voldoen, worden mogelijk niet gevonden.

Stap 2 - Kwetsbaarheid vaststellen

In stap 1 is een lijst met potentieel kwetsbare ouderen opgesteld, de zogenoemde "werkvoorraad". Niet iedereen op deze lijst zal daadwerkelijk kwetsbaar zijn, en de mate van kwetsbaarheid zal ook sterk verschillen per persoon. De volgende stap is om **op zoek te gaan naar de écht kwetsbare ouderen** in deze populatie. Als eerste ga je daarvoor in gesprek met de oudere en zo mogelijk de mantelzorger, en neem je een vragenlijst af.

Wat doe je:

- Inventariseren van mogelijkheden, wensen en noden er zijn.
- Nagaan welke risico's er zijn ten aanzien van de aanwezigheid of het ontwikkelen van kwetsbaarheid. Bijvoorbeeld vallen, voeding, steunsysteem, sociale zelfredzaamheid.
- (Gezamenlijk) vaststellen of er sprake is van kwetsbaarheid.

Wie doet dit:

- Dit wordt met name gedaan door de praktijkondersteuner of Verpleegkundig Specialist. Ook de wijkverpleegkundige kan een meetinstrument afnemen. Ook doktersassistenten die hier scholing in hebben gehad of hiermee ervaring hebben, kunnen deze taak uitvoeren.
- Uiteraard wordt vooraf in het kernteam afspraken gemaakt over de invulling van deze stap.

Hoe doe je dit:

- Benader de patiënt en/of de mantelzorger en maak een afspraak. Dit kan zowel op de praktijk als bij een **huisbezoek**. Tijdens een huisbezoek is de patiënt in zijn/haar vertrouwde omgeving, dit biedt de mogelijkheid om de dagelijkse routine te observeren.
- Gedurende het gesprek breng je de kwetsbaarheid in kaart. Bepaal in het kernteam welke **vragenlijst** jullie gebruiken. Kies bij voorkeur een vragenlijst waar jij en/of de praktijk al vertrouwd mee is. Binnen Rijnmond Dokters zijn de TRAzag en de GFI veelgebruikte vragenlijsten. Andere veelgebruikte lijsten zijn de TFI en Easycare-TOS.
- Raak vertrouwd met het afnemen van de vragenlijst. In het begin heb je wellicht de lijst nog nodig in het gesprek. Zodra je er meer vertrouwd mee bent, wordt het meer een breed **inventariserend gesprek** waarna je (op de praktijk) zelf de antwoorden invult.
- Interpreteer de uitkomst van de vragenlijst aan de hand van de grenswaardes:
 - **Wel kwetsbaar:** de score van de vragenlijst komt boven de grenswaarde (zie kader). Een uitgebreide inventarisatie van mogelijke problemen op de verschillende domeinen is noodzakelijk. Registreer **ICPC A05** en ga door naar stap 3.

- **Dreigend kwetsbaar:** de eindscore zit onder de grenswaardes, maar bij deze oudere heb je een niet-pluis gevoel en/of een Frailty Index $\geq 0,2$. (uit VIP ouderen rapport) Deze ouderen zijn nu nog niet kwetsbaar, maar je weet dat het er binnenkort wel aan zit te komen. Je volgt deze ouderen niet pro-actief op, maar je gaat het netwerk wel alvast in kaart brengen en vraagt toestemming voor het delen van

Veelgebruikte vragenlijsten

Het **TRAZAG-instrument** brengt het functioneren van ouderen in kaart, signaleert probleemgebieden en geeft handvatten voor aanpassing van de zorg. De [TRAzag](#) bestaat uit een korte startlijst (15 min). Zo nodig kan een uitgebreid assessment afgenomen worden voor verdere verdieping op een bepaald domein (90 min).

De **Groningen Frailty Indicator (GFI)** is een eenvoudiger vragenlijst, waarin de dimensies fysieke en psychosociale kwetsbaarheid worden gemeten (15-20 min).

Grenswaardes wél kwetsbaar

• Score meetinstrument, zoals:

GFI	≥ 4
Trazag score	≥ 3
Easycare	indicatie uit trap 1
Prisma	≥ 3
Tfi	≥ 5

• Cognitieve problemen

• Ontbreken mantelzorg

informatie met andere zorgverleners (denk ook aan LSP open zetten). Registreer **ICPC A49.01** zodat je deze ouderen wel op je werklijst hebt staan en schrijf je bevindingen in HIS, zodat deze voor anderen overzichtelijk zijn. Als er dan toch door een onvoorziene omstandigheid wel sprake wordt van kwetsbaarheid, zijn alle eerdere bevindingen en afwegingen makkelijk terug te lezen.

- **Niet kwetsbaar:** de eindscore zit onder de grenswaarde. Verder uitgebreide inventarisatie is niet noodzakelijk. De oudere krijgt reguliere zorg aangeboden, en wordt niet pro-actief opgevolgd. Spreek met de oudere en mantelzorger af hoe en wanneer er 'vinger aan de pols wordt gehouden'.

Maak via de **meetwaarde 'aanwijzingen voor kwetsbaarheid'**, inzichtelijk dat deze oudere als niet-kwetsbaar is beoordeeld. Dit kan in ieder HIS door handmatig een meetwaarde AWKW in te voeren, en (op termijn) in het ouderenzorgprotocol.

Aandachtspunten:

- Zorg dat het dossier op orde is m.b.t. de medische voorgeschiedenis, medicatielijst, en gegevens contactpersoon, toestemming LSP.
- De observatie, het gesprek en het afnemen van de vragenlijst geven inzicht in mogelijke knelpunten en in de mate van kwetsbaarheid. Denk daarnaast o.a. ook aan welzijn, de draaglast van de mantelzorger en zelfredzaamheid in plaats van alleen de afhankelijkheid van de patiënt.
- Advies: draai periodiek de lijst met 75 plussers uit, zo blijft deze groep steeds in beeld.

Stap 3 - Multi domein analyse

Als uit stap 2 blijkt dat een oudere kwetsbaar is dan is een uitgebreide inventarisatie nodig om na te gaan op welke domeinen er problemen zijn.

Wat doe je:

- Gestructureerd nagaan welke problemen de oudere ervaart op de domeinen.
- De urgentie van deze problemen bepalen.
- De wensen van de patiënt inzichtelijk maken.

Wie doet dit:

- Met name de praktijkondersteuner of Verpleegkundig Specialist.
- Uiteraard wordt vooraf in het kernteam afspraken gemaakt over de invulling van deze stap.
- Er zijn vaak ook andere ketenpartners die inzicht op bepaalde domeinen kunnen delen.bv. Thuiszorg, fysiotherapeut of dietisten.

Hoe doe je dat:

- Neem een gevalideerd screeningsinstrument af, zoals de TRAzag of de GFI. Bespreek met de oudere de **problemen op verschillende domeinen**. Een handig hulpmiddel hiervoor is het SFMPC-model: Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk,

Psychisch en Communicatief. Hierbij gaat het dus niet alleen over ziekten en aandoeningen, maar juist ook het welbevinden en functioneren van de oudere staat centraal (zorgdiagnostiek)

- Soms is verdere verdieping op onderdelen nodig, bijvoorbeeld op ADL of cognitie. Gebruik daar verdiepende vragenlijsten voor.
- Het gesprek gaat óók over **grenzen van zorg**. Wat is niet meer zinvol of niet meer gewenst? Afspraken in het kader van [proactieve zorgplanning](#) vallen hier ook onder.
- Breng het **netwerk rondom de patiënt** goed in kaart. Welke (professionele) hulpverleners zijn betrokken? Noteer de contactgegevens van de mantelzorger, en betrek deze zo nodig bij dit gesprek.
- Zo nodig: inzet expertise paramedici.

Aandachtspunten:

- Bij alle vragenlijsten geldt dat mensen met cognitieve stoornissen een vertekend beeld kunnen geven. Gebruik bijvoorbeeld een MMSE, [Rudas](#) en kloktekentest bij een vermoeden op een cognitieve stoornis.
- Beperk je niet tot enkel de vragenlijst. Kijk bijvoorbeeld ook naar de (lege) koelkast, hoe een kop koffie gezet wordt en bijvoorbeeld de uiterlijke verzorging.
- De benadering van 'positieve gezondheid' van Machteld Huber sluit aan bij de brede analyse. Veelal vinden ouderen het 'meedoen' nog het meest belangrijk: sociale contacten, uitjes, serieus genomen worden, interesse in de wereld en zinvolle dingen doen.

Stap 4 - Kernteam bespreking praktijk

In stap 3 heb je de problematiek van de oudere in kaart gebracht. Vervolgens bespreek en interpreteer je de bevindingen in het kernteam van de huisartspraktijk.

Wat doe je:

- Bevindingen probleeminventarisatie interpreteren en bespreken in het kernteam van de praktijk.
- Voorstellen voor vervolg bespreken met de oudere en mantelzorger

Wie doet dit:

Kernteam huisartspraktijk: huisarts, POH/VS en eventueel de doktersassistente.

Hoe doe je dat:

- Bespreken van de probleemanalyse zoals uitgevoerd in stap 3. Eventueel in combinatie met aanvullende diagnostiek, zorg- en/of dienstverlening en gewenste acties/interventies. Dit overleg kan zowel fysiek als digitaal plaatsvinden.
- Bepalen van een algemeen doel voor de oudere:
 - o Herstel van functioneren
 - o Behoud van functioneren en voorkomen achteruitgang
 - o Achteruitgang accepteren en symptomen bestrijden
- Vaststellen wie de coördinator ofwel het aanspreekpunt is voor deze oudere.
- Vaststellen of een gezondheidsplan en MDO benodigd zijn (zie stap 5 en 6).

- Geen MDO nodig: wie verzorgt de terugkoppeling naar de oudere?

Aandachtspunten:

- Zet het netwerk in om de interventies uit te voeren. Denk bijvoorbeeld aan paramedici, wijkverpleging, geestelijke verzorging of sociaal wijkteam. Verwijzing naar de tweede lijn of een consult bij de kaderhuisarts ouderengeneeskunde of Specialist Ouderengeneeskunde is ook mogelijk via het meekijkconsult in VIPlive.
- Communicatie met het netwerk kun je zoveel mogelijk laten verlopen zo veel mogelijk via VIPlive, bijvoorbeeld via de VIPapp. Voordelen hiervan zijn de directe lijnen naar andere disciplines en mantelzorger in een beveiligde omgeving. Duidelijke afspraken kunnen via gezondheidsplannen worden geregistreerd.

In voorgaande stappen heb je de kwetsbare ouderen systematisch in kaart gebracht met behulp van een screeningsinstrument, of bij voldoende ervaring door systematische de domeinen te onderzoeken. Een kleine groep ouderen is echter kwetsbaar met aandachtspunten op veel domeinen. Dit is 'complexe kwetsbaarheid'. Voor deze groep is het maken van een gezondheidsplan en een multidisciplinair overleg van grote meerwaarde voor (het behoud van) overzicht en afstemming.

Let op: stap 5 en 6 zijn dus alleen van toepassing voor deze 'complex kwetsbare' ouderengroep.

Kenmerken 'complex kwetsbaar'

- Een cluster van problemen die vaak met elkaar interacteren.
- Meerdere hulpverleners zijn op verschillende domeinen betrokken.
- Vaak zowel medisch inhoudelijk als welzijn gerelateerd.
- Veelal ongeplande zorg.
- Eigen regie bij de patiënt ontbreekt vaak.
- Oudere is gebaat bij integrale zorg

Stap 5 - Gezondheidsplan en multidisciplinair overleg (MDO)

Het gezondheidsplan geeft structuur en richting aan de hulpverlening. Het is geen doel op zich, maar een hulpmiddel om te komen tot meer persoonsgerichte, pro-actieve en samenhangende zorg.

Wat doe je:

- Het gezondheidsplan geeft aan waar het in de zorg om moet gaan. De wensen, voorkeuren en mogelijkheden van de oudere zelf zijn het uitgangspunt. Dit kan verrassende inzichten geven.
- Een crisissituatie is niet altijd te voorkomen. Als die zich voordoet zijn de oudere, naasten en zorgverleners hierop voorbereid. De zorgverleners weten dan ook wie er betrokken is.

- Het gezondheidsplan geeft een overzicht van de belangrijkste problemen op álle domeinen en van álle betrokken hulpverleners. Naast ziekten en aandoeningen, staan vooral het welbevinden en functioneren centraal.

Wie doet dit:

Het voeren van de gesprekken, en het opstellen van het gezondheidsplan kan gedaan worden door de huisarts, POH, VS en/ of de wijkverpleegkundige.

Hoe doe je dat:

Het werken met een gezondheidsplan is een **cyclisch proces**. Regelmatige actualisatie en/of herziening is dus vereist:

- Probleeminventarisatie middels het SFMPC-model
- Prioritering van de voornaamste problemen.
- Formuleren van een hoofddoel: herstel of behoud van functioneren, of symptoombehandeling?
- Per probleem: formuleren van een specifiek en haalbaar doel
- Per probleem: noteren van de interventies, acties, evaluatietermijn en taakverdeling.
- Spreek een zorgcoördinator en evaluatie af (<12 maanden).
- Registreer de uitkomsten uit het gezondheidsplan en nieuwe episodes in het HIS.
- Stuur het gezondheidsplan mee bij een verwijzing en/of consultatie, zo mogelijk via VIPLive.
- Het gezondheidsplan is de basis van een multidisciplinair overleg (MDO/GPO).

In VIPLive kunnen netwerkpartners gezamenlijk werken aan een [gezondheidsplan](#). Per actiepoint kunnen taken aan een eindverantwoordelijke toebedeeld worden. Het gezondheidsplan kan naar het HIS teruggestuurd worden (edifact), of download een PDF. In de app 'Calculus VIP' is een leesversie van het gezondheidsplan beschikbaar voor (ambulante) zorgverleners, mantelzorgers en patiënten.

Aandachtspunten:

- Maak afspraken met de netwerkpartners over het werken met het gezondheidsplan. Te denken valt aan: rol- en taakverdeling, registratie, evaluaties en privacy tbv het delen van informatie.
- Zorg voor een open houding t.a.v. de wensen en behoeften van de oudere. Ook als deze haaks staan op eigen opvattingen en adviezen.

Multidisciplinair Overleg (MDO)

Het MDO wordt ook wel Gestructureerd Periodiek Overleg (GPO) genoemd. Waar het om gaat is dat het een patiënt gebonden overleg is. Het doel van het MDO is te komen tot een gezamenlijk gedragen gezondheidsplan en te anticiperen op mogelijke problemen.

Wat doe je:

- Het gezondheidsplan wordt besproken en onderling afgestemd. Het gezondheidsplan fungeert als de agenda voor de bespreking.

- Afstemmen of alle neuzen van de professionals (nog) dezelfde kant op staan, en aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van de patiënt.
- De te ondernemen acties worden besproken, taken verdeeld en uitgevoerd.
- Afhankelijk van de situatie wordt een evaluatietermijn afgesproken (6 weken tot 1 jaar).

Wie doet dit:

De deelnemers aan het MDO kunnen wisselen per patiënt. Denk bij zelfstandig wonende ouderen aan de huisarts, praktijkondersteuner (POH) / verpleegkundig specialist (VS) of wijkverpleegkundige. Dit is het kernteam. Afhankelijk van de situatie kan dit uitgebreid worden met: Specialist ouderengeneeskunde (SO), apotheker, welzijn/Ouderenmaatschappelijk werk, casemanager dementie en diëtist.

Stem per patiënt af wie de zorg coördineert en afstemt met de oudere (mantelzorger), veelal is dit de POH of de wijk-/praktijkverpleegkundige.

Hoe doe je dat:

- Voor het MDO ruimt de praktijk regelmatig tijd in. Bijvoorbeeld iedere 6-8 weken.
- Het MDO kan zowel fysiek als digitaal plaatsvinden. Digitaal zijn er mogelijkheden in VIPLive. Het kan ook op een andere manier gedaan worden, welke de praktijk past en ervaring meer heeft.
- Een fysiek MDO duurt maximaal 15 minuten per patiënt. Door het clusteren van meerdere patiënten, kunnen er 4-6 patiënten per bijeenkomst besproken worden.
- De frequentie van het MDO per patiënt hangt af van de complexiteit van de problematiek, maar zal minimaal 1 keer per jaar zijn. Veelal zal het iedere 6 maanden of vaker zijn bij hoog complexe problematiek.
- Werkafspraken kan je lokaal maken. Handvatten vind je in het [MDO kader ouderenzorg](#).

Aandachtspunten:

Doelgroep: Je gaat niet bij iedere oudere een MDO doen, dat is niet haalbaar en niet wenselijk. Bij welke oudere is het zinvol?

Bij de ouderen met multidomein problematiek en de extreem kwetsbare ouderen is extra inzet nodig. Hier zal de nadruk liggen op het beperken van de gevolgen van de kwetsbaarheid. Denk aan vereenzaming en ondervoeding.

Stap 6 - Bespreken en uitvoeren MDO afspraken

De afspraken uit het MDO worden besproken met de oudere en uitgevoerd. De coördinator draagt hier zorg voor. Een evaluatie volgt.

Bijlage 3 - Ouderenzorg protocol HIS

In het HIS is een 'RD-ouderenzorg protocol' opgenomen. Afhankelijk van het HIS, is deze te vinden via 'onderzoeken' of 'protocollen' (Medicom; in het menu links).

De gegevens die ingevoerd worden in het ouderenzorg protocol worden door VIP gebruikt om de extracties te maken voor o.a. het ketenzorg dashboard. Het protocol bevat zo'n 50 onderdelen, die van belang zijn voor ouderenzorg in het algemeen, maar zeker niet op iedere patiënt van toepassing zijn. Vul in wat van toepassing en bruikbaar is voor de patiënt.

Essentiële onderdelen

0: Hoofdbehandelaar ouderenzorg

Antwoord = huisarts

Voor iedere patiënt aangeven dat de huisarts de hoofdbehandelaar is.

1: Kwetsbaarheid (ouderenzorg)

Antwoord = ja, indien een kwetsbare oudere

Antwoord = nee, indien geen-kwetsbare oudere

2: Kwetsbaarheid met complexe zorg(ouderen)

Antwoord = ja, indien de diagnose dementie en bijvoorbeeld bij ouderen met aandachtspunten op >3 domeinen (denk zorgmijders, ouderen met een beperkt sociaal steunsysteem etc).

3: Deelname ketenzorgprogramma ouderenzorg

Antwoord = ja

Voor iedere patiënt aangeven dat deze onder de ketenzorg valt, ondanks dat ouderenzorg formeel niet onder de ketenzorg valt. Als je dit niet doet, wordt deze patiënt bijvoorbeeld niet meegenomen in VIP.

Vaak relevant

4: CIZ indicatie

Invullen indien aanwezig en bekend.

5: Zorgzwaartepakket (ZZP)

Invullen indien aanwezig en bekend.

41: MMSE

De totaalscore van de MMSE kan je kwijt bij dit onderdeel. Het advies is om bij kwetsbare ouderen minstens 1x onderzoek te doen naar cognitie, als dit nog niet bekend is. Veelal speelt verminderde cognitie een rol bij kwetsbaarheid maar valt dit niet altijd direkt op.

Trazag

De totaalscore van de Trazag kan niet ingevuld worden in het ouderenzorg protocol, omdat hier geen 'labcode' voor is. Het advies is om deze score in de O regel te noteren. Het alternatief is om de score om te rekenen naar de GFI (zie 40). De benodigde omrekening kan opgevraagd worden bij Rijnmond Dokters.

Bijlage 4 - Vragenlijsten en testen ouderenzorg

Hieronder een aantal veelgebruikte vragenlijsten en testen in de ouderenzorg. Het is belangrijk dat de praktijk een keuze maakt in welke testen er gebruikt worden. De meeste van deze lijsten staan in het HIS of VIPLive. (Bewerking op een document opgesteld door Sonja van der Wereld, Huisartsprogramma Ouderenzorg Rijnmond).

Kwetsbaarheid

Veelgebruikte vragenlijsten in de ouderenzorg zijn de [Trazag](#), [GFI](#) en de [Easycare](#). Zie de [toelichting van de NHG](#) op korte vragenlijsten.

Cognitie

MMSE

De MMSE kan gebruikt worden om de cognitie en de ernst van cognitieve stoornissen vast te stellen. Deze test bestaat uit vier onderdelen: oriëntatie in tijd en plaats, een eenvoudige geheugentest, concentratie, taal, rekenen en praxis (handelingen uitvoeren) en visuoconstructie (iets nadoen wat je gezien hebt). De hulpverlener neemt deze test bij patiënten af in ongeveer 10 minuten. NB: De MMSE stelt niet de diagnose dementie. De test en instructie is via [deze link](#) te vinden.

Clock Drawing

De Clock Drawing wordt als aanvulling op de MMSE gebruikt en is relatief gemakkelijk in weinig tijd af te nemen. De Clock Drawing is heel gevoelig voor cognitieve veranderingen en is vaak al afwijkend terwijl de MMSE nog goed is. De Klok tekentest staat in de vernieuwde [NHG-standaard dementie](#).

RUDAS

De RUDAS is een alternatief voor de MMSE bij laaggeletterden. De RUDAS lijkt minder te worden beïnvloed door opleidingsniveau en sluit mogelijk beter aan bij de belevingswereld. Schakel bij voorkeur een formele tolk in als de RUDAS wordt afgenomen bij een patiënt met een niet-westerse migratieachtergrond. De vragenlijst is via [deze link](#) te vinden, klik [hier](#) voor de instructie.

MoCa test

Bij patiënten met een hogere vooropleiding kan de MMSE test mogelijk een vertekend beeld geven. Het kan dan zinvol zijn de MoCa af te nemen. Deze test meet net als de MMSE de verschillende vaardigheden van de hersenen. De test is via [deze link](#) te vinden.

OLD

De OLD is een observatielijst voor vroege symptomen van dementie. De afname duurt minimaal 30 minuten en is bedoeld als "heteroanamnese" door partner of mantelzorger. De test is via [deze link](#) te vinden.

iADL lijst

Dit is een lijst waarmee eventuele cognitieve achteruitgang gemonitord kan worden. De lijst is via [deze link](#) te vinden.

Delier DOS

De DOS-schaal kan gebruikt worden als hulpmiddel om te bepalen of er sprake is van een delier. De DOS bevat 13 observaties van gedrag die de symptomen van een delier weergeven. De DOS is via [deze link](#) te vinden. Een delier kenmerkt zich door fluctuaties over de dag. Het advies is om de DOS op een aantal verschillende momenten op de dag af te nemen.

ADL - Algemene Dagelijkse Activiteiten

Lawton en Brody (IADL)

De [Lawton en Brody schaal](#) beoordeelt de vaardigheden die van belang zijn om zelfstandig te kunnen wonen. Het instrument is erg geschikt om te beoordelen hoe iemand momenteel functioneert. Verder is het instrument toe te passen bij het beoordelen van vooruitgang en achteruitgang in de toekomst. De IADL geeft zeven domeinen van functioneren weer en hoe hoger de score des te meer beperkingen heeft de patiënt in zijn functioneren. Een significante verandering op de schaal is ook een mogelijke predictor voor cognitieve problematiek op langere termijn.

Zie ook formulier 2 van de Trazag vragenlijst.

Barthel Index

Met de Barthel Index kan de mate van hulp die een persoon nodig heeft om algemene dagelijkse handelingen uit te voeren worden vastgesteld. De Barthel Index bestaat uit 10 items, en mogelijke oplossingen c.q. doorverwijsmomenten. De Barthel Index is via [deze link](#) te vinden, en zie ook formulier 3 van de Trazag vragenlijst.

Overig

GDS 15

De GDS 15 bestaat uit 15 vragen die patiënten zelf kunnen invullen om een inschatting te krijgen van het bestaan/ernst van depressie. De test geeft geen diagnose. Deze test is speciaal gericht op ouderen en neemt ongeveer 5 tot 10 minuten in beslag. Deze test is via [deze link](#) te vinden, en zie ook formulier 9 van de Trazag vragenlijst.

Get up & go test

De Get up & go test is een eenvoudige test om het risico op vallen op te sporen. Voor deze test wordt de patiënt gevraagd om enkele opdrachten uit te voeren (lopen, zitten). Op basis van de snelheid waarin de patiënt de opdrachten uitvoert wordt een score gegeven. De test is via [deze link](#) te vinden, en zie ook formulier 5 van de Trazag vragenlijst.

SNAQ 65+

De SNAQ 65+ is speciaal ontwikkeld voor zelfstandig wonende ouderen (65 jaar en ouder). Als tijdens het consult blijkt dat de patiënt ongewenst gewicht verliest, kan de SNAQ 65+ afgenomen worden. De test is via [deze link](#) te vinden.

EDIZ

De EDIZ is een gevalideerde vragenlijst om de belasting van mantelzorgers in kaart te brengen en bespreekbaar te maken. De mantelzorger kan de EDIZ zelf invullen (5 min). De EDIZ score wordt per item behandeld, er is geen afkappunt beschreven. Zie [deze link](#) of formulier 11 van de Trazag vragenlijst.



**Rijnmond
Dokters**