



Handreiking aanpak en organisaties kwetsbare ouderenzorg binnen en rondom de huisartspraktijk.

Samenvatting;

- *Includeer de kwetsbare ouderen in het KIS*
- *Registreren volgens ADEPD 2013*
- *Registreer bij de kwetsbare ouderen “kwetsbaarheid” onder “voorlichting en behandelplan”.*
- *Noteer in het HIS de episode; A49.01 ouderenzorg : inventarisatiefase, A05 algehele achteruitgang of P70 dementie. Aan A05 titel meegeven “kwetsbare oudere; in geval van gebleken kwetsbaarheid en complexe zorg.*
- *De verslaglegging in het KIS wordt aan deze episode teruggekoppeld in het HIS.*
- *Maak in het KIS een zorgteam aan en vink aan wie de casemanager is; POH-S of WVP.*
- *Regel via Frank van Summeren autorisatie voor de leden van het zorgteam.*
- *Stuur, via het KIS, maximaal 6x per jaar een MDO-uitnodiging naar netwerkpartners met daaraan gekoppeld de dossiers van de ouderen die besproken worden. Overleg kan, afhankelijk van de noodzaak, natuurlijk ook alleen elektronisch op consultatiebasis plaatsvinden.*
- *Stel het Zorg-Leef-Plan op.*
- *Medicatiereview i.v.m. polyfarmacie aanvraag sturen naar de betreffende apotheker via “verwijzing/consultatie”.*
- *Registreer; A49.02 “Polyfarmacie/medicatiebeoordeling”. Stappen van selectie, farmacotherapeutische anamnese en analyse. A13 titel meegeven’ “medicatiebeoordeling met FT aanpassing”; alle aanpassingen en evaluaties.*
- *Op indicatie nierfunctie-controle doen. (deze waarde wordt automatisch door het KIS geëxtraheerd uit het HIS).*

De integrale collectieve aanpak van de ouderenzorg betekent dat u, als huisarts, zelf geen verantwoording van de module Kwetsbare Ouderen meer hoeft te doen bij de zorgverzekeraars. U wordt door Synchron maximaal gefaciliteerd om de ouderenzorg in uw praktijk te organiseren en uit te voeren.

Wat mag de huisartspraktijk van Synchron verwachten?

De praktijk krijgt een addendum op het basis contract voor de module kwetsbare ouderen. Tarievenoverzicht zie bijlage 1.

Synchron pakt de volgende zaken voor de deelnemende huisartspraktijken op:

- Halfjaarlijkse verantwoording van de resultaten van de module op zorggroep niveau.
- Toegang tot de ouderenmodule van het KIS.
- Ondersteuning in het (samen) werken binnen de ouderenmodule van het KIS.

- Synchron zet zich in om het platform van het netwerk Geriatrie uit te breiden en te benutten om een regionaal en lokaal afgestemd samenwerkingsnetwerk te organiseren.
- Synchron stemt af met regionale ketenpartners over het zorg-behandel-plan van de ouderenmodule van het KIS, deze is leidend.
- Ondersteuning bij het organiseren van een lokaal samenwerkingsnetwerk.
- Handreiking aanpak en organisatie kwetsbare ouderenzorg in en rondom huisartspraktijk.
- Implementatie van reeds bestaande regionale handreiking aanpak kwetsbare ouderenzorg.
- Scholing in aanpak en organisatie kwetsbare ouderenzorg in en rondom huisartspraktijk.

Wat wordt van huisartspraktijk verwacht?

- De praktijk dient te beschikken over een POH-S, bij voorkeur met aantekening ouderenzorg of de bereidheid de opleiding te volgen.
- De patiënt is **75 jaar of ouder** en kwetsbaar.
- Er dient een **Individueel Zorg Leef Plan** opgesteld te worden.
- Er moet sprake zijn van een **casemanager** (POH- S/Ouderenzorg of WVP of anders).
- Er dient **Multi-Disciplinair Overleg** te zijn: dit zal vnl. elektronisch zijn maar het is aan te bevelen elkaar ook fysiek minstens 2x per jaar te ontmoeten. Via de ouderenmodule van het KIS kan dit georganiseerd worden.
- Er dient **jaarlijkse (digitale) evaluatie van de iedere kwetsbare ouderen met de S.O.** of met de kaderarts ouderenzorg plaats te vinden.
- Er dient bij inclusie een (digitale) **medicatie review** (samen met / of door apotheker) uitgevoerd te worden.
- Er dient Jaarlijks **Scholing** plaats te vinden (via zorggroep Synchron).
- Er moeten afspraken zijn tussen het sociale team en de huisartsenpraktijk: Vorming van lokaal samenwerkingsnetwerk.
- Er moet een **regionaal geriatrisch netwerk** zijn. Zorggroep Synchron neemt daaraan deel.

Werken en verantwoorden vanuit ouderenmodule van het KIS

Om een goede en zinvolle registratie én onderlinge communicatie mogelijk te maken is het verplicht om bij deelname aan de regionale collectieve aanpak de **Module Ouderen in het Keten Informatie Systeem van Vital Health** te gebruiken.

De KIS-module bestaat uit een verwijs/consultatieapplicatie, relevante screeningsinstrumenten, MDO-faciliteiten, Individueel Zorg Leef Plan registratie en de bekende noodzakelijke zorgoverzichten (zoals, medicatie, lab, vitale parameters, co-morbiditeit).

In de module Ouderen in het KIS kan een zorgteam aangemaakt worden. Betrokken disciplines kunnen door de POH aan het zorgteam van een oudere toegevoegd worden. Alle bij de zorg voor de cliënt betrokken disciplines hebben in het KIS toegang tot het Zorg-Leef-Plan van de patiënt, zodra zij aan het zorgteam van een oudere zijn toegevoegd.

Om toegang in het KIS te regelen voor de relevante ketenpartners wordt de volgende procedure gevolgd:

- Contactgegevens verzamelen via [Excellijst](#).
- Deze wordt gemaild naar Synchroon; kis@synchroon.info.
- Synchroon toetst deze bij Stichting Privacyzorg (wettelijke verplichting t.g.v. van de wet datalekken).
- Bij goedkeuring wordt er door Stichting Privacyzorg een geheimhoudingsverklaring naar de gebruiker gestuurd.
- Gebruiker dient deze ondertekend te retourneren.
- Vervolgens laat Synchroon VitalHealth de inlog verzorgen.
- De gebruiker kan toegevoegd worden aan het zorgteam van de patiënt.

Het autorisatieniveau is afhankelijk van de functie c.q. de rol van de zorgverlener. Het autorisatieniveau bepaalt wat inzichtelijk is voor de betreffende zorgverlener. Is het zorgteam ingericht, dan kan digitaal onderling veilig gecommuniceerd worden.

Door gezamenlijk gebruik te maken van een informatiesysteem kunnen de indicatoren makkelijk uit het systeem geëxtraheerd worden ter evaluatie van de prestatie voor de zorgverzekeraar. Periodiek wordt door zorggroep Synchroon een rapportage opgesteld voor de zorgverzekeraar aan de hand van gestelde indicatoren. Dit hoeft de huisartspraktijk dus niet meer zelf te doen!

Starten met uitvoering op praktijk niveau

Lokaal samenwerkingsnetwerk opstarten

Zorggroep Synchroon adviseert, voor zover dit nog niet gebeurd is, te starten met het leggen van contacten met betrokken zorgverleners. Er zal een eerstelijns kernteam gevormd worden met hulpverleners uit de wijk/regio. Het team kan vervolgens naar behoefte verder uitgebreid worden. Het kernteam zal in eerste instantie kunnen bestaan uit:

- **Huisarts**
Diagnostiek, medicatiebeleid, eindverantwoordelijke Zorg- Leef -Plan
- **Praktijkondersteuner**
Screening, opstellen zorg-leef-plan, verslaglegging, follow up, bijstellen protocol, voorbereiding MDO's, casemanagement, zorg coördinatie. Onderhoudt contacten met patiënt, mantelzorger en netwerkpartners
- **Wijkverpleegkundige**
Ondersteuning ADL en HDL, ondersteuning medicatiegebruik, signaalfunctie
De WVPK kan ook heel goed de rol van casemanager op zich nemen.
- **Apotheker**
Geriatrische polyfarmaciecheck; bewaakt een veilig medicatiegebruik, o.a. door het inzicht in de nierfunctiewaarden van patiënt.
- **Specialist Ouderengeneeskunde (SO) en/of kaderarts ouderengeneeskunde en/of Geriater**
De SO of Geriater is de expert op het gebied van patiëntgerichte, geriatrische zorg. Daarnaast speelt deze een belangrijke rol bij de implementatie van gestructureerde ouderenzorg binnen de eerste lijn. Hij/zij adviseert op consultatie basis, bezoekt patiënt desgewenst thuis en stelt het Zorg-Leef-Plan zo nodig mee op.

Op indicatie kunnen ook andere disciplines betrokken zijn bij het netwerk zoals;

- **Fysiotherapeut**
Valpreventie, mobiliteitsproblematiek.
- **Ergotherapeut**
Valpreventie, aanpassingen ADL
- **POH-GGZ**
Psychische problematiek
- **Casemanager dementie**
Casemanagement vanaf CDR2 en hoger
- **Diëtist**
Screening en interventie bij ondervoeding en overgewicht.
- **Medewerker sociale team**
Problemen op het gebied van wonen en welzijn
- **Mantelzorger**
Ondersteunende informatie

Het is raadzaam om met een klein team van zorgverleners te starten en dit alleen op indicatie uit te breiden.

Onderling worden op natuurlijke wijze afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheidsverdeling per taak, afhankelijk van het Zorg-Leef-Plan van de patiënt. Het belangrijkste daarbij is vast te leggen wie de casemanager is en hoe men elkaar kan bereiken.

De regierol ligt bij de huisarts of bij POH-S/O.

Het is aan de POH-S/O (en huisarts) om contacten te leggen met regionale zorgverleners. Het is belangrijk om te weten welke wijk-gebonden activiteiten er in de omgeving van de oudere worden geboden. Door het creëren van korte lijnen kan de zorg beter geregeld en afgestemd worden.

Synchroon kan, indien gewenst, op maat ondersteunen bij het maken van lokale samenwerkingsafspraken.

Contact leggen met de Specialist Ouderengeneeskunde

De Specialist Ouderengeneeskunde kan in consult worden gevraagd. De SO heeft specifieke expertise op het gebied van kwetsbare ouderen met een complexe zorgbehoefte door co- of multi-morbiditeit. In de regio van Synchroon zijn een aantal SO's werkzaam.

[Klik hier](#) voor de contactgegevens SOG.

Case-finding kwetsbare ouderen m.b.v. het HIS

Bij voorkeur worden kwetsbare ouderen opgespoord via case-finding. In alle onderzoeken is screening tot dusverre als een niet efficiënte opsporingsmethode naar voren gekomen. Alle aanbieders kunnen vanuit hun werkervaring ouderen aandragen bij wie zij kwetsbaarheid vermoeden. De POH-S/ouderenzorg gaat de kwetsbaarheid in kaart brengen door middel van het screeningsinstrument Trazag. Hierbij worden de verschillende domeinen in kaart gebracht, bij een positieve beantwoording wordt de problematiek nader gedefinieerd. Het onderzoek vindt thuis plaats vanwege betere beoordeling cognitie en handelen. In overleg met de huisarts vindt er aanvullend laboratoriumonderzoek plaats. Huisarts en POH overleggen over wel of niet plaatsing in de module kwetsbare ouderen aan de

hand van de inclusiecriteria.

Opstellen van een Zorg-Behandel-Plan

Na inclusie van kwetsbare oudere wordt op basis van de zorgbehoefte en de ondersteuningsbehoefte van mantelzorg een Zorg-Leef-Plan opgesteld, waarbij de kwaliteit van leven voorop staat. Op basis van zorgbehoefte en reeds betrokken zorgverleners wordt een keuze voor zorgcoördinator gemaakt

Tijdens het MDO wordt het Zorg-Leef-Plan opgesteld door de POH-S/O of WVPK samen met de huisarts en/of een specialist ouderengeneeskunde (SOG) en/of geriater. [Klik hier](#) om naar het Zorg-Leef-Plan te gaan.

MDO

Per jaar vindt minimaal 2 tot 3x een fysiek MDO plaats, waarbij het kernteam (huisarts, POH-S,/ O en wijkverpleging) aanwezig is. Op afroep kunnen de specialist oudergeneeskunde, POH GGZ, fysiotherapeut, ergotherapeut, casemanager Ketenzorg Dementie, diëtiste en apotheker uitgenodigd worden. De POH-S/O is verantwoordelijk voor de agenda en het laten terugkeren van een kwetsbare oudere in een vervolg overleg.

Via het KIS van Vital Health kan de praktijk een MDO-uitnodiging sturen naar de betrokken partijen. De zorgverleners (die toegang hebben tot het KIS) kunnen de betreffende patiëntendossiers vooraf inzien en eventuele vragen voorbereiden. In het MDO wordt het Zorg-Leef-Plan besproken en worden afspraken gemaakt over casemanagement en opvolging. [Lees hier](#) de handleiding organiseren MDO.

Bij het bespreken van het Zorg-Leef-Plan wordt aan de volgende aspecten van de zorg aandacht besteedt (het SFMPC-model): Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch en Communicatief.

Polyfarmacie

Zo nodig vindt er overleg plaats tussen apotheker, POH-S/O en huisarts over de medicatie van de geïnccludeerde patiënten. Aandachtspunten zijn;

- Therapietrouw (baxterrol, weekdoos)
- Noodzaak van continueren medicatie
- Noodzaak van te starten medicatie
- Nierfunctie
- Bijwerkingen

Polyfarmacie overleg vindt minimaal één keer per jaar plaats per geïnccludeerde patiënt.

Het is daarnaast mogelijk om een medicatiereview digitaal via het KIS aan te vragen en de overdracht digitaal te ontvangen van de verschillende apothekers uit de regio. [Klik hier](#) voor de Toolkit Polyfarmacie-overleg.

Verslaglegging

De gegevens uit een consultatie worden vastgelegd in de Module Ouderen in het Vital-Health KIS.

Inclusie- en exclusiecriteria

Er worden geen bijzondere in- en exclusiecriteria gehanteerd in het KIS dan enkel de leeftijd (75+) en kwetsbaarheid.

Interessante informatie;

<http://effectieveouderenzorg.nl/toolkit/>

Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen,
[LESA](#).

Contact

Voor vragen en ondersteuning kunt u contact opnemen met A. Clement,
E: a.clement@synchronon.info.

Bijlage 1:

Tijdsinvestering HA praktijk

Screening

Om een eerste screening uit te voeren bij een complexere oudere patiënt die thuiswonend is, is de tijdsbesteding voor de POH en de HA per patiënt de volgende:

POH-S

Voorbereiding screening: bekijken gegevens HIS, andere info	15 min.
Uitvoeren screening tijdens huisbezoek	90 min.
Uitwerken gegevens screening en invoeren in HIS	20 min.
Opstellen zorgplan en overleg met HA	20 min.
Terugkoppeling patiënt/familie/mantelzorg	30 min.
Vervolgstappen: overleg ouderenadviseur/thuiszorg, ciz e.d.	60 min.
<hr/> Totaal	235 minuten

Uitgaande van 20 patiënten per normpraktijk is $235 \times 20 = 4700$ minuten POH-S nodig voor het uitvoeren van de eenmalige screening bij instroom van de kwetsbare ouderen in de module.

Huisarts

Bekijken gegevens HIS en zo nodig aanpassen	15 min.
Polyfarmacie bekijken en indien nodig bespreken met apotheek	15 min.
Overleg met POH / SO i.v.m. opstellen zorgplan	20 min.
<hr/> Totaal	50 min.

MDO

POH

3x jaar 90 minuten (fysieke bijeenkomst)	270 min.
3x 30 min digitale MDO	90 min
6x jaar 15 min voor/nabespreking met huisarts	90 min.
6x 15 min terugkoppeling patiënt/familie	90 min
6x 30 min. administratietijd	180 min
<hr/> Totaal	720 min.

Huisarts

voor/nabespreking met POH 6x jaar 15 min	90 min.
Indien geïndiceerd aanwezigheid bij fysieke MDO 3x 30 minuten	90 min.
<hr/> Totaal	180 min

POH-S

Naast tijd voor directe patiënt contacten moet er tijd gereserveerd worden voor scholing, organisatie en beheer netwerk, reistijd etc. Dit komt neer op ongeveer 4 uur POH-s per week

Bijlage 2; Voorbeeld; organisatie POH- ouderenzorg in de praktijk.

Uitgaande van 40 planbare weken op jaarbasis kan de onderstaande verdeling gemaakt worden;

- 1x per 6 weken een consultspreekuur op de praktijk
 - In 4 uur worden gemiddeld 8 patiënten gezien dit is; 40 weken : 6 = 7 weken per jaar spreekuur tijd x 8 patiënten = 56 consulten per POH-ouderenzorg.
- Resteert 33 weken voor visites en nieuwe intakes.
 - 1x per week een nieuwe intake genereerd 33 nieuwe patiënten op jaarbasis
 - Daarnaast kunnen er 3 herhaal bezoeken per week gepland worden. Op jaarbasis is dat 99 visites
 - Op de visite middag is er een half uur gereserveerd voor overleg, administratie, afstemming huisarts etc.
- Onderscheid maken in de vorm van huisbezoeken zoals;
 - Geïndiceerde bezoeken n.a.v. signalen vanuit huisarts, familie, mantelthuiszorg of anderszins.
 - Huisbezoeken voor afname Trazag en opstellen doelenkaart.

Hierdoor worden de huisbezoeken overzichtelijker en gericht.

De huisbezoeken en andere verrichtingen moeten apart geregistreerd en gedeclareerd worden.