

Zorgpad kwetsbare ouderen over de keten en in het ziekenhuis



Zorgpad kwetsbare ouderen over de keten en in het ziekenhuis

INITIATIEF

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

IN SAMENWERKING MET

Nederlandse Internisten Vereniging, Ergotherapie Nederland, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Nederlands Huisartsen Genootschap, Patiëntenfederatie Nederland, Nederlandse Vereniging van Diëtisten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Verenso, KBO-PCOB, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

MET ONDERSTEUNING VAN

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

FINANCIERING

Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten

Colofon

ZORGPAD KWETSBARE OUDEREN OVER DE KETEN EN IN HET ZIEKENHUIS

© 2018

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

Postbus 2704

3500 GS Utrecht

Telefoon: (088)2823930

info@nvkg.nl

www.nvkg.nl

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

Vormgeving: IJzersterk.nu

INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	4
Zorgpaden voor kwetsbare ouderen over de keten	5
Routes in de zorgketen	6
1 Zorgpad oudere met complexe problematiek in de thuissituatie	7
2 Zorgpad kwetsbare oudere met acute onbegrepen verwardheid	11
3 Zorgpad kwetsbare oudere op de SEH	15
4 Zorgpad kwetsbare oudere in het ziekenhuis en transmurale proces	19
5 Zorgpad kwetsbare oudere in het psychiatrisch ziekenhuis of op de afdeling	28
6 Zorgpad kwetsbare oudere vanuit de keten naar en in een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf en ontslag	31
Achtergrondinformatie Zorgpad Kwetsbare Ouderen	36

Inleiding

STATUS VAN HET ZORGPAD

Dit zorgpad is een leidraad, waarin handvatten worden geboden om het zorgproces rond de kwetsbare oudere patiënt te verbeteren of te optimaliseren. Het zorgpad volgt de route van de patiënt, die tijdens dit proces meerdere overleg en beslismomenten tegenkomt, waarbij meerdere hulpverleners betrokken zijn. Dit vergt samenwerking, afstemming en vooral goede overdracht tussen de hulpverleners onderling en tussen de verschillende zorginstellingen en organisaties, waarin ook de betrokkenheid van de patiënt geborgd moet zijn. Het zorgpad zelf is geen richtlijn, maar bevat in de procesbeschrijving toepassingen van en verwijzingen naar bestaande richtlijnen en instrumenten.

DOELEN

A	continuïteit van zorg in de keten;
B	passende zorg naar de wens van patiënt en mantelzorger, binnen mogelijkheden, op de gewenste en meest geschikte plaats;
C	een transmurale proces met goede overdracht bij de opname en ontslagprocedure;
D	voorkómen of beperken van functieverlies, streven naar optimale kwaliteit van leven.

KERNPUNTEN IN HET ZORGPAD

- identificatie kwetsbare ouderen:
 - o in de thuissituatie;
 - o in het ziekenhuis;
 - o bij specifieke categorieën.
- beslismomenten samen met patiënt, mantelzorger en hulpverlener(s):
 - o verwijzing, diagnostische fase, behandelfase, nazorg, advance care planning.
- integrale multidisciplinaire benadering van problemen:
 - o o.a. arts, verpleegkundige, physician assistant, apotheker, fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist, maatschappelijk werkende, psycholoog.
- coördinatie van zorg en regiefunctie in het proces:
 - o casemanagement bevordert het resultaat van interventies en verbetert het transmurale proces.
- het transmurale proces in de keten van zorg voor kwetsbare ouderen:
 - o de patiënt wordt gevolgd in zijn route van huis naar huisarts, naar instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf, naar spoedeisende zorg, naar tijdelijk verblijf in het ziekenhuis en de route terug met nazorg.
- overdracht: volledig, tijdig en naar juiste hulpverlener en patiënt.

Zorgpaden voor kwetsbare ouderen over de keten

LEESWIJZER

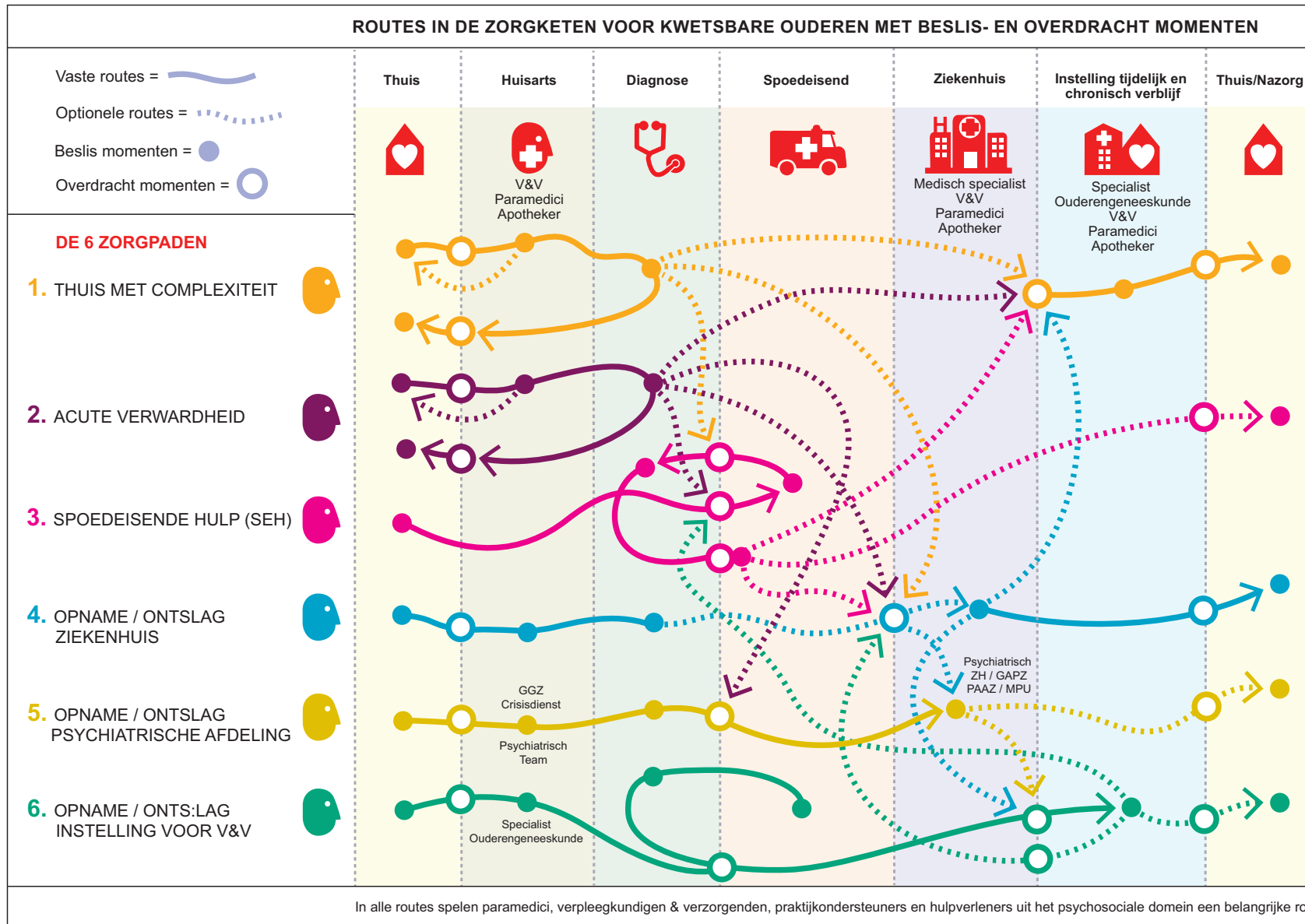
1. Zorgpad oudere met complexe problematiek in de thuissituatie
2. Zorgpad kwetsbare oudere met acute onbegrepen verwardheid thuis
3. Zorgpad kwetsbare oudere naar spoedeisende zorg
4. Zorgpad kwetsbare oudere naar, in en uit ziekenhuis
5. Zorgpad kwetsbare oudere naar, in en uit psychiatrisch ziekenhuis of afdeling
6. Zorgpad kwetsbare oudere naar, in en vanuit instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf

De route die de oudere patiënt in de zorgketen volgt is afhankelijk van de plaats waar de patiënt zich op dat moment bevindt en de problematiek die op de voorgrond staat. Deze routes hebben geleid tot de onderstaande zorgpaden.

Tijdens het zorgproces kan de route van patiënt dusdanig verlopen dat er een overgang is naar een ander zorgpad. In onderstaand schema zijn de opties en overstapmomenten weergegeven. In dit proces zijn de overleg/beslismomenten en de overdracht momenten van groot belang.

- In de inleiding staan de **doelen en kernpunten** van het zorgpad beschreven.
- Het zorgpad bevat **zes routes** waarlangs de patiënt zich in de keten verplaatst.
- In elke route staat het proces beschreven hoe de patiënt als kwetsbare oudere wordt opgespoord (casefinding) of geïdentificeerd (screening) en welke stappen vervolgens in het zorgproces worden vereist of geadviseerd.
- Hierbij is gebruikt gemaakt van het format zorgpad IKNL. Elke patiënt doorloopt in het proces **vier fases: 1) Verwijzing, 2) Diagnostiek, 3) Behandeling, 4) Nazorg.**
In **vier kolommen** staat naast elkaar aangegeven 1) welke **acties** per fase plaatsvinden, 2) wie daarvoor de verantwoordelijke en betrokken **hulpverleners** zijn en 3) welke **specifieke punten** hierbij voor kwetsbare oudere patiënten van belang zijn. In de laatste kolom 4) wordt verwezen naar bestaande richtlijnen, handreikingen en **instrumenten** die hier direct van toepassing zijn.
Aan het einde van elke routebeschrijving staan de referenties vermeld van dit deel van het zorgpad.
- Het Zorgpad is een leidraad (conform definitie FMS). Een document met aanbevelingen over organisatorische en/of uitvoerende zaken, ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg; het betreft met name procesgeoriënteerde afspraken of adviezen niet direct betrekking hebbende op de medische inhoud van de zorg dan wel indicatiestelling van diagnostiek of behandelingsinterventies. Het is vooral een **handreiking voor een complex zorgproces**, waarin de bestaande richtlijnen en instrumenten worden toegepast. Daarbij worden de criteria van de European Pathway Association gehanteerd.
- In het Zorgpad ligt de nadruk op de **overleg en beslismomenten** tussen patiënt en hulpverlener(s), waarbij de **wens van de patiënt** extra aandacht krijgt. Ook de momenten, de inhoud en de wijze van **overdracht** zijn expliciet beschreven en geplaatst.
De regievoering en het casemanagement worden enerzijds door de inrichting van het zorgpad bepaald; anderzijds wordt casemanagement op een aantal momenten extra aanbevolen.
Het transmurale proces en de advance care planning zijn in de behandeling en de nazorg fases uitgewerkt.
- Het Zorgpad met de verschillende routes van de patiënt biedt ruimte om de bestaande lokale en regionale afspraken erin toe te voegen. Ook biedt het de mogelijkheid lokaal en regionaal later meer details uit te werken.
- De bijbehorende afzonderlijke hoofdstukken dienen als achtergrond informatie voor de inhoud van het zorgpad. Per hoofdstuk staat beschreven hoe de huidige zorg rondom kwetsbare ouderen wordt geboden door de participanten in de zorgketen en hoe de visie is op de toekomstige ontwikkelingen en wat de gevolgen zijn van de recente wijzigingen in het zorgstelsel.

Routes in de zorgketen



01 Zorgpad oudere met complexe problematiek in de thuissituatie

- 1 aanmelden van patiënt bij huisarts
 - a signaleren van kwetsbaarheid;
 - b inventariseren van de verwachtingen patiënt.
- 2 diagnostische fase
 - a probleeminventarisatie;
 - b individueel zorgplan (IZP).
- 3 ketenzorgprofessional in consult in thuissituatie
 - a complexe problematiek en wens patiënt om in de thuissituatie behandeld te worden
- 4 transitie
 - a benodigde zorg kan thuis niet geboden worden;
 - b overdracht;
 - c coördinatie van zorg rondom opname en ontslag;
 - d voorwaarden voor verantwoord ontslag naar huis.
- 5 thuiskomst
 - a na thuiskomst.

1 AANMELDING VAN PATIËNT BIJ HUISARTS

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
<p>Signaleren van kwetsbaarheid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Case-finding (bij signalen van kwetsbaarheid) • Selectieve screening (op basis van gegevens HIS en bijv. voorafgaand aan geplande ziekenhuisopname 70+) 	HA, Wvpk, POH, apotheker	Gebruik vragenlijsten: sluit bij voorkeur aan bij wat in regio al gebruikt wordt. Maak gebruik van medicatie info van apotheker; kan aanleiding zijn tot verwijzing. Zo nodig uitgebreider assessment bij tekenen van kwetsbaarheid	Vragenlijst kort bijv.: TraZag, EasyCare, Share-Fi, TFI, GFI, ISAR-PC, prisma7, LESA kwetsbare ouderen
<p>Inventariseren van de verwachting patiënt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verwachting ten aanzien van eigen gezondheid • Verwachting ten aanzien van dagelijks functioneren en kwaliteit van leven. 	HA, Wvpk, POH	Mantelzorg hierbij betrekken	Bv. vragenlijst Mijinkwaliteit-vanleven.nl

2 DIAGNOSTISCHE FASE

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
<p>Probleeminventarisatie</p> <p>Gerichte anamnese en een heteroanamnese n.a.v. van de screening, nodig aangevuld met een specifieke screening op deelgebieden.</p> <p>Bij vaststellen van kwetsbaarheid of mogelijke kwetsbaarheid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uitleggen aan de patiënt wat de gevolgen van kwetsbaarheid zijn en welke problemen er spelen • Met patiënt en mantelzorg opties voor vervolg Zorgbehandelplan bespreken • Wensen van de patiënt uitvragen <p>Indien nodig aanvullend onderzoek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thuis • Poliklinisch m.n. poli geriatrie/ouderengeneeskunde 	<p>HA samen met Wvpk, POH, VS, SO, Apotheker</p> <p>Ergotherapeut, Diëtist, Fysiotherapeut, Psycholoog, Geriater/ Internist-O</p>	<p>Bij verdenking kwetsbaarheid ook mantelzorg betrekken.</p> <p>Onderscheid maken tussen lichamelijke, psychische, functionele of sociale problemen. Ook preventief contact met ouderenconsulent, Wvpk of POH adviseren en bij instemming actief regelen.</p>	<p>Vragenlijst uitgebreid bijv.: Trazag, easy care, Ucare, CGA (defence model), RAI, (G) OUD</p> <p>LESA kwetsbare ouderen</p> <p>Beroepsspecifieke instrumenten zoals: AMPS, A-one, COPM, ACLS, PRPP</p>
<p>Individueel zorgplan (IZP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorgplan opstellen samen met patiënt en mantelzorg • Contactpersoon benoemen en gegevens noteren • Zorg op maat bieden • Afspreken wie zorg coördineert • Vaststellen met wie en hoe individueel zorgplan gedeeld wordt en wanneer wordt geëvalueerd 	<p>HA samen met POH, Wvpk</p> <p>Bij opstellen en uitvoeren zorgplan kunnen andere eerstelijns hulpverleners betrokken worden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Denk aan opnemen: polyfarmacie bespreking met apotheker, evalueren polikliniekbezoek, advance care planning en wilsverklaring • Vaststellen contactpersoon en wettelijke vertegenwoordiger • Vaststellen zorgcoördinator • Nagaan welke hulpverleners er reeds betrokken zijn en in het zorgplan betrekken. • Zo mogelijk aanmelden Landelijk Schakelpunt (LSP); <p>Indien nodig, inschakelen van behandelaars of andere disciplines zoals: Apotheker, Audicien, Casemanager dementie, Continentieverpleegkundige, Diëtist, Ergotherapeut, Fysiotherapeut, Geestelijk verzorgende, Geriatrie verpleegkundige, GGZ, Logopedist, Maatschappelijk werk, Mondzorgprofessional, Oefentherapeut, Ouderenadviseur, Palliatief consulent.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zo nodig, aanvullend onderzoek in de tweede lijn. 	<p>Dossier IZP, bv: SF-MPC-model, zelfredzaamheid-matrix, LESA kwetsbare ouderen</p>

3 KETENZORGPROFESSIONAL IN CONSULT IN THUISITUATIE

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
<p>Bij complexe problematiek en wens patiënt om in de thuissituatie behandeld te kunnen worden (kan op indicatie):</p> <ul style="list-style-type: none"> • SO/team thuis in consult of zo nodig • Inzet paramedici • Palliatief team • Hulpverleners vanuit sociale domein • Hulpverleners vanuit de GGZ 	<p>HA + SO/team</p> <p>Fysiotherapeut, Diëtist Ergotherapeut, GZ-psycholoog, Psychiater of SPV</p>	<p>Bij specifieke vragen geriater/team thuis in consult (evt. via moderne technologie op afstand).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uitgebreide screening woonomgeving op veiligheid en preventie valgevaar • Behandeling van de oudere met specifieke aandacht voor de mantelzorg in de thuissituatie • Palliatieve zorg als integraal onderdeel van het Zorg- en behandelbeleid, ACP 	<p>EFIP, Richtlijn Valpreventie, EDOMAH programma, LESA ondervoeding, SPICT, Coach2Move, LESA Palliatieve zorg.</p>

4 TRANSITIE/DOORVERWIJZING

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
<p>Indien thuis benodigde zorg niet geboden kan worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandel mogelijkheden bespreken • Gezamenlijk met patiënt en mantelzorg shared decision making/ACP <p>Transitieopties</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opname in instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf • Geriatrische revalidatiezorg • GGZ • Opname ziekenhuis, afdeling Geriatrie of andere verpleegafdeling • Opname hospice 	<p>HA, eventueel andere betrokken hulpverleners</p>	<p>Bij SDM bespreken doel, voor- en nadelen opname, beste plek, beperkingen van elders zijn. Duidelijk hebben wat wens t.a.v. behandelbeperkingen en reanimatiewens. Evt. vragenlijst mijnkwaliteitvanleven.nl</p> <p>Bij geplande ziekenhuisopname: indien nog niet is gebeurd, dan uitgebreide screening doen (zie diagnostische fase);</p>	<p>SDM Mijnkwaliteitvanleven.nl</p>
<p>Overdracht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reden van verwijzing • Relevante voorgeschiedenis en comorbiditeit • Bevindingen bij onderzoek (in vier domeinen) • Behandeladviezen • Risicoprofiel en kwetsbaarheid • Behandelwens, beperking en reanimatiebeleid • Basisset medicatiegegevens • Gegevens contactpersoon • Gegevens betrokken hulpverleners • Het individuele Zorgplan indien beschikbaar • Eventueel paramedische overdracht 	<p>HA en andere betrokken hulpverleners</p>	<p>Extra informatieoverdracht door betrokken hulpverleners</p> <p>Voor medicatie overdracht: gebruik actuele medicatieoverzicht van apotheek</p>	<p>Richtlijn HASP (2017) & Richtlijn Overdracht Medicatiegegevens in de keten (2017)</p>
<p>Vaststellen wie zorg rondom opname en ontslag coördineert</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bij voorkeur casemanager rondom opname benoemen 	<p>HA, POH, Wvpk, VS</p>	<p>Casemanager 1e lijn zoekt afstemming zorg in klinische fase</p>	<p>Transmurale zorgbrug. Functiebehoud In Transitie (FIT)-studie.</p>
<p>Voorwaarden voor verantwoord ontslag naar huis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overleg haalbaarheid en voorwaarden van ontslag • Tijdige overdracht • Tijdige aankondiging van ontslag in verband met opstarten zorg thuis • Tijdig regelen medicatie • Tijdige inzet van paramedici 	<p>HA, Medisch specialist, Wvpk</p> <p>Ergotherapeut, Diëtist Fysiotherapeut, Ziekenhuisapotheker/assistent</p>	<p>Vóór ontslag overdracht naar huisarts, wijkverpleging en eigen apotheek van patiënt.</p> <p>Overdracht naar paramediciinzet van hulpmiddelen en aanpassingen middels procedures gemeente en zorgverzekeraar</p>	<p>Transmurale zorgbrug. Functiebehoud In Transitie (FIT)-studie, EDOMAH programma. Richtlijn HASP</p>

5 THUISKOMST

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
Na thuiskomst Aan de hand van de overdracht <ul style="list-style-type: none"> • Zo nodig case manager • Zo nodig inschakelen paramedici 	HA, Wvpk, Apotheker Paramedici, zie lijst overige hulpverleners hierboven	<ul style="list-style-type: none"> • Bijstellen Zorgplan en advance care planning in overleg met patiënt en mantelzorg-er. • Extra aandacht voor medicatieoverdracht, aanpassing toedieningswijze en controle door apotheker. 	FIT studie/ transmurale zorgbrug. Beweginterventies Richtlijn HASP, Richtlijn Overdracht Medicatiegegevens

Literatuur

- Ergotherapie Nederland. Richtlijn Valpreventie. 2016.
- Ergotherapie Nederland. Gewoon Doen "dagelijks handelen draagt bij aan gezondheid en welzijn". 2016.
- FMS. Richtlijn Overdracht Medicatiegegevens in de keten. 2017.
- IKNL. Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland. 2017.
- InEen. Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf 2.0. 2016.
- KNGF. KNGF-standaard Beweginterventie Kwetsbare Ouderen. 2015.
- LHV/Verenso. Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde. 2016.
- NHG/FMS. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist bij verwijzingen. (HASP). 2017
- NHG. Dossier Individueel zorgplan. <https://www.nhg.org/actueel/dossiers/dossier-individueel-zorgplan>
- NHG. LESA Kwetsbare ouderen 2017
- NHG. LESA Ondervoeding. 2010.
- NHG. LESA Palliatieve zorg. 2006.
- Radboudumc. EFIP Evaluative Frailty Index for Physical activity (EFIP). 2011.
- VMS Screening ondervoeding VUmc
- www.protocollaire-ouderenzorg.nl
- www.stuurgroepondervoeding.nl/eerstelijnszorg-thuiszorg
- www.mijnkwaliteitvanleven.nl

02 Zorgpad kwetsbare oudere met acute onbegrepen verwardheid

- 1 huisbezoek
 - a huisarts op huisbezoek.
- 2 diagnostische fase
 - a bij lichte verwardheid;
 - b bij matig ernstige verwardheid/onrust;
 - c bij ernstige verwardheid/onrust.
- 3 behandel fase
 - a thuis;
 - b spoedopname instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf;
 - c algemeen ziekenhuis;
 - d psychiatrisch ziekenhuis.
- 4 nazorg
 - a zorgbehandelplan;
 - b advance care planning;
 - c overdracht.

1 HUISBEZOEK

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
Huisbezoek Bij melding acute verwardheid gaat huisarts altijd op huisbezoek	HA	Bij melding vragen naar veiligheid en risico op gevaar.	

2 DIAGNOSTISCHE FASE

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
Onderzoek <ul style="list-style-type: none"> Anamnese en heteroanamnese Beoordeling veiligheid Beoordeling hulpbehoefte en beschikbare hulp (uitgebreid) Lichamelijk onderzoek naar oorzaak Psychiatrisch onderzoek Medicatiegebruik en recente wijzigingen Wensen patiënt en mantelzorg bespreken m.b.t. behandelwens en beperking Vragen naar reanimatiebeleid 	HA én mogelijk POH Apotheker	<ul style="list-style-type: none"> Letten op draaglast en draagkracht mantelzorg Zorgen voor acute uitbreiding zorg Maatregelen voor veiligheid Hoewel patiënt in deze situatie mogelijk niet wilsbekwaam is, toch in bijzijn mantelzorg wensen patiënt en eerder geuite behandelwens en reanimatiebeleid navragen. Als patiënt wilsbekwaam is, zoek en/of stel wettelijke vertegenwoordiger vast. Voer diagnostische fase bij voorkeur snel uit. 	“protocolaire ouderenzorg”, NHG EDIZ, EDIZ-plus WGBO
a. Bij lichte verwardheid en opvangmogelijkheid thuis: <ul style="list-style-type: none"> Aanvullend onderzoek Start behandeling onderliggende oorzaak en symptoombestrijding 	HA POH Thuiszorg Apotheker	<ul style="list-style-type: none"> Dagelijkse monitoring regelen (HA, VPK-O, Wvpk) Veiligheid en voldoende hulp borgen HA coördineert tenzij anders afgesproken Medicatie aanpassing en wijze van toediening 	NHG standaard delier
b. Bij milde verwardheid en/of onrust en beperkte draagkracht mantelzorg en/of onveilige thuissituatie overweeg: <ul style="list-style-type: none"> Onderzoek onderliggende somatiek Consult crisisteam GGZ Consult SO-team regio en mogelijke spoedopname instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf Opname eerstelijnsvoorziening Aanvullende diagnostiek via SEH bij onduidelijke oorzaak 	HA POH Thuiszorg Apotheker Crisisteam GGZ SO team regio	Huisarts bespreekt mogelijkheden en noodzaak met patiënt en mantelzorg en i.p. met wettelijke vertegenwoordiger. Arts kan beslissen als wettelijke vertegenwoordiger niet bereikbaar is en patiënt in gevaar is. Patiënt alleen naar SEH als onderzoek in de thuissituatie niet mogelijk is.	Regionaal beleidskader ketenzorg oudere WGBO Regionaal Crisisprotocol
c. Bij ernstige verwardheid en onrust: <ul style="list-style-type: none"> Crisisteam GGZ Bij verdenking (ernstig) somatisch lijden: spoedeisende zorg in algemeen ZH Bij verdenking (ernstig) psychiatrisch lijden: spoedeisende zorg in psychiatrisch ZH 	VPK-P en Psychiater, SO Relevante medisch specialist Psychiater	Altijd behandelwens van patiënt samen met mantelzorg bespreken. Nagaan of er een reanimatiebeleid is geuit of vastgelegd. Nagaan of er een wilsbeschikking is vastgelegd.	

3 BEHANDELFASE

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
a. Thuis <ul style="list-style-type: none"> • Behandeling onderliggende oorzaak en symptoombestrijding • Dagelijks evaluatie • Aanpassing hulp en inzet hulpmiddelen 	HA, VPK-P, Psychiater en SO-team, Apotheker Paramedici		
b. Spoedopname instelling tijdelijk en chronisch verblijf <ul style="list-style-type: none"> • Met patiënt en mantelzorgverwachtingen opname, duur opname en vervolgbeleid bespreken • Advance care planning starten 	SO en VPK	Regionaal spoedzorgplan dient aanwezig te zijn	Afwegingsinstrument ELV, Behandeling volgens handreiking Verenso Spoed-/crisisopname
c. Algemeen ziekenhuis <ul style="list-style-type: none"> • Opname op afdeling geriatrie of ouderengeneeskunde danwel andere afdeling afhankelijk van onderliggende pathologie, met in ieder geval medebehandeling van internist ouderengeneeskunde of klinisch geriater en consult psychiater. • Met patiënt en mantelzorgverwachtingen opname, duur opname en vervolgbeleid bespreken 	Arts	Op indicatie andere medisch specialist betrekken In aantal ziekenhuizen is een PAAZ of MPU beschikbaar, waar i.o.m. psychiater oudere met acute verwardheid kan worden opgenomen	CGA, Richtlijn Delier
d. Psychiatrisch ziekenhuis <ul style="list-style-type: none"> • Behandeling door psychiater en consult geriater/internist-O/ SO • Met patiënt en mantelzorgverwachtingen opname, duur opname en vervolgbeleid bespreken 	Arts		CGA

4 NAZORG

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
Zorgbehandelplan Zorgbehandelplan samen met patiënt en mantelzorgverwachting opstellen.	Afhankelijk van plaats waar patiënt zich in de keten bevindt en conform zorgpaden kwetsbare ouderen	Tijdig paramedici inschakelen op indicatie: Fysiotherapeut, Ergotherapeut, Diëtist, Maatschappelijk werk, Psycholoog, Psychiatrische zorg	Zorgpaden kwetsbare ouderen Mijnkwaliteit-vanleven.nl NHG LESA
Advance care planning	Afhankelijk van plaats waar patiënt zich in de keten bevindt en conform zorgpaden kwetsbare ouderen		
Overdracht <ul style="list-style-type: none"> • Reden van verwijzing • Relevante voorgeschiedenis en comorbiditeit • Bevindingen bij onderzoek (in vier domeinen) • Behandeladviezen • Risicoprofiel en kwetsbaarheid • Behandelwens, beperking en reanimatiebeleid • Basisset medicatiegegevens • Gegevens contactpersoon • Gegevens betrokken hulpverleners 	Afhankelijk van plaats waar patiënt zich in de keten bevindt en conform zorgpaden kwetsbare ouderen		Richtlijn Overdracht Medicatiegegevens. Richtlijn HASP

Literatuur

- FMS. Richtlijn Overdracht Medicatiegegevens in de keten. 2017.
- NHG/FMS. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist bij verwijzingen (HASP). 2017.
- NHG. Boek "Protocollaire ouderzorg". 2015
- NHG. NHG-Standaard Delier. 2014
- NVKG. Richtlijn Delier. Volwassen & ouderen. 2013.
- NVvP "verbeterde zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen" 2016; Addendum KNMG standpunt "sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen".
- Thuisarts.nl: patiëntinformatie NHG voor mantelzorgers van delirante patiënt
- Verenso. Handreiking Spoed-/ crisisopnames in het verpleeghuis.2013.
- WGBO

03 Zorgpad kwetsbare oudere op de spoedeisende hulp

- 1 verwijzing/aanmelding
 - a verwijzing;
 - b overdracht;
 - c coördinator SEH.
- 2 diagnostische fase
 - a triage;
 - b onderzoek;
 - c diagnose.
- 3 behandelfase SEH/spoedpoli
 - a opstellen zorgbehandelplan;
 - b indicatie voor ZH opname;
 - c ontslag naar huis of instelling voor tijdelijk of chronisch verblijf;

Voorafgaand aan verwijzing naar SEH of spoedpoli heeft verwijzer afweging gemaakt of er sprake is van een kwetsbare oudere en of diagnostiek en opvang in een ziekenhuis setting noodzakelijk en gewenst is. Indien primair sprake is van een acuut zorgprobleem, dan eerst triage en zorg in de eerste lijn regelen.

1 VERWIJZING/AANMELDING

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
Verwijzing door: <ul style="list-style-type: none"> • HA • (crisisdienst) GGZ • ambulancedienst/zelfverwijzing • SO 	HA, Psychiater /VPK-P, Ambulance VPK, SO	SEH-arts of dienstdoend specialist/assistent vraagt aan verwijzer bij aanmelding of er sprake is van een kwetsbare oudere. Indien kwetsbare oudere met op de voorgrond staande geriatrische problematiek of vermoeden GRZ screening: verwijzing bij voorkeur naar spoedpoli geriater/internist-O.	Zo mogelijk screening door huisarts bv.: TraZag, EasyCare, GFI, ISAR-PC
Overdracht/verwijsbrief <ul style="list-style-type: none"> • Reden van verwijzing • Relevante voorgeschiedenis en comorbiditeit • Bevindingen bij onderzoek (in vier domeinen) • Behandeladviezen • Risicoprofiel en kwetsbaarheid • Behandelwens, beperking en reanimatiebeleid • Basisset medicatiegegevens • Gegevens contactpersoon • Gegevens betrokken hulpverleners 	HA, Psychiater, SO Apotheker	De verwijsbrief wordt volgens geldende NHG-richtlijn HASP aangeleverd. In de NHG-richtlijn zijn extra gegevens vereist bij 70+ers.	HASP-richtlijn
Coördinator SEH Als bij aanmelding duidelijk is dat het een kwetsbare oudere betreft dan markeren en zorgpad volgen	Coördinator SEH	In elk ziekenhuis is duidelijk hoe en door wie de coördinatie op de SEH geregeld is. Een ziekenhuis kan zelf het zorgpad SEH/spoedpoli lokaal met eigen werkwijze aanvullen.	
Beschikbaarheid expertise multimorbiditeit, polyfarmacie en ouderen op SEH.		Veldnorm: "Voor elke geopende SEH is 24/7 binnen een halfuur een medisch specialist met expertise van multimorbiditeit, polyfarmacie en ouderen bereikbaar voor telefonische consultatie. Indien nodig, is de medisch specialist binnen twee uur fysiek aanwezig op de SEH/in het ziekenhuis."	Kwaliteitsstandaard Intramuraal spoedzorg (verwacht 2018)

2 DIAGNOSTISCHE FASE

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
<p>Triage</p> <p>VPK legt procedure uit aan patiënt én mantelzorg en trieert hen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meet vitale functies - Indien patiënt 70+: • Korte verpleegkundige screening (psychisch, somatisch, sociaal, functioneel) • Medicatielijst en meegebrachte medicatie • Screening: <ul style="list-style-type: none"> o Kwetsbaarheid (1) o Delier risico (2) o Ouderenmishandeling • Pijnscore + pijnstilling (3) <p>Zodra sprake is van (verhoogd risico) kwetsbaarheid dan start VPK handelwijze met extra maatregelen. VPK bespreekt dit met patiënt en mantelzorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - veiligheid bewaken: bed/stoel, valrisico, 1-persoonskamer - indien nodig inzet vrijwilliger 	SEH-VPK	<p>Zorg voor een procesbewaker tijdens verblijf op de SEH; diegene behoort te weten welke patiënt kwetsbare ouderen zijn en tijdstip tot triage bewaken.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patiënt verwezen door SO is altijd kwetsbaar • xtra aandacht voor visus, gehoor en taalproblemen, polyfarmacie <ul style="list-style-type: none"> • SEH-VPK bewaakt tijdsduur • Let op tekenen van beginnende verwardheid • Als patiënt bij binnenkomst al verward en onrustig is streef dan naar rustige kamer en bewaak extra de tijd • Delier protocol moet beschikbaar zijn 	<p>(1) ISAR-HP, GFI, Katz-ADL</p> <p>(2) VMS</p> <p>(3) PACSLAC-D, VAS</p>
<p>Onderzoek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volgende stap zorgproces uitleggen aan patiënt en mantelzorg en bespreken welke onderzoeken er gaan plaatsvinden • Intern, neurologisch en psychiatrisch screenend onderzoek • Arts (en/of VPK) bespreken met patiënt en mantelzorg hun verwachtingen van het SEH-bezoek en hun wensen t.a.v. behandelbeperking en het reanimeerbeleid. • Als aanvullend onderzoek noodzakelijk is vanuit SEH worden consequenties en risico's bij kwetsbare ouderen besproken. 	<p>SEH-VPK</p> <p>SEH-arts/arts-assistent /hoofdbehandelaar, Apotheker</p> <p>SEH-arts/arts-assistent of SEH-VPK</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SEH-VPK geeft aan SEH-arts/arts-assistent aan dat het om een kwetsbare oudere gaat intern lab conform afspraak in ziekenhuis • De verpleegkundige let extra op vocht en voeding toediening tijdens verblijf SEH • De arts houdt rekening met atypische presentatie van ziekte bij 70+ en spreekt aanvullend onderzoek op indicatie af. • Op SEH vindt medicatieverificatie bij patiënt/mantelzorg door arts of apotheker, gebruik zo mogelijk LSP • Overweeg bij kwetsbare patiënt consult geriatrie/internist-O. Tenzij volgens lokaal protocol andere afspraken zijn gemaakt. • Bij ernstige verwardheid en/of vermoeden psychiatrische problematiek o.a. suïcidaliteit consult psychiatrie(team) • Bij aanvullend onderzoek is extra aandacht voor veiligheid en begeleiding noodzakelijk. Aanvullend (niet acuut) onderzoek later verrichten. Bewaak tijdsduur op SEH 	
<p>Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zodra uitslagen bekend zijn en er een werkdiagnose kan worden gesteld bespreekt arts dit (bij voorkeur samen met verpleegkundige) met patiënt en mantelzorg. o Hierbij moet naast hoofdprobleem ook de neven- en met name zorgproblemen worden benoemd. o Duidelijk bespreken welke behandelopties er zijn en welk nazorgtraject is geïndiceerd. 	<p>SEH-VPK</p> <p>SEH-arts /hoofdbehandelaar</p> <p>Coördinator SEH</p>	SEH-VPK coördineert of heeft overgedragen aan SEH-arts/ coördinator SEH	<p>Crisisprotocol</p> <p>Ketenzorgbeleid</p>

3 BEHANDELFASE

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
<p>Behandeling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorgbehandelplan samen met patiënt én mantelzorgers bespreken. Opties en indicaties uitleggen en wens patiënt én mantelzorgers in gezamenlijke besluitvorming meenemen. <p>Overdracht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informatie naar verwijzer • Informatie naar volgende behandelaar 	<p>Hoofdbehandelaar én SEH-VPK</p>		
<p>Bij indicatie voor ZH opname</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Afdeling geriatrie/ouderengeneeskunde: zorgpad conform werkwijze afdeling en vervolg VMS-bundel 2. Niet-geriatrie afdeling: vervolg VMS-bundel en overweeg consult geriatrieteam/internist-O <p>Overdracht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verslaglegging in het patiëntendossier 	<p>SEH-arts, hoofdbehandelaar, SEH-VPK</p>	<p>In een aantal ziekenhuizen is er een acute opname afdeling, waar observatie mogelijk is.</p> <p>Niet-geriatrie afdeling: hiertoe behoort ook een PAAZ of MPU indien aanwezig. Bij consult geriatrieteam wordt het addendum RL CGA gevolgd.</p> <p>Met name reeds gemaakte afspraken t.a.v. behandelwens, behandelbeperkingswens en reanimeerbeleid moeten goed zijn vastgelegd</p>	<p>Richtlijn CGA, addendum CGA</p>
<p>Geen ZH opname</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ontslag naar huis zonder zorg 2. Ontslag naar huis met nazorg: Verpleegkundige bespreekt met patiënt en mantelzorgers welke zorg gewenst is en regelt dit. 3. Ontslag naar instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf voor herstel of revalidatie (laagcomplex, hoogcomplex, palliatief of GRZ) <p>Overdracht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reden van verwijzing • Relevante voorgeschiedenis en comorbiditeit • Bevindingen bij onderzoek (in vier domeinen) • Behandeladviezen • Risicoprofiel en kwetsbaarheid • Behandelwens, beperking en reanimatiebeleid • Basisset medicatiegegevens • Gegevens contactpersoon • Gegevens betrokken hulpverleners 	<p>SEH-arts, SEH-VPK, Hoofdbehandelaar, Huisarts, Thuiszorg, Wvpk, Transfer-VPK, SO, Geriater.</p> <p>Apotheker</p>	<p>Bij acuut zorgprobleem streven naar ontslag naar huis met nazorg, anders tijdelijk verblijf</p> <p>Bij ontslag naar huis met nazorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Als inzet paramedici wordt geadviseerd, dit aan huisarts melden. • Bij (bestaande) inzet thuiszorg, ook verpleegkundige overdracht regelen. • Nagaan of vervoer adequaat geregeld is. <p>Afhankelijk van ketenzorgafspraken is één overnachting in het ziekenhuis of transferafdeling soms nodig om zorg te kunnen regelen.</p> <p>Elk ziekenhuis moet beschikken over een ketenzorgbeleid voor ouderen. Hierin staan afspraken over crisisopvang als er een acuut zorgprobleem bestaat en er geen indicatie is voor opname in het ziekenhuis. Van belang te benoemen welke acties van huisarts of andere verwijzer op korte termijn gevraagd worden.</p> <p>Ontslagbrief wordt zowel digitaal verzonden als op schrift meegegeven aan patiënt. Bij wijziging medicatie wordt medicatieoverdracht digitaal naar eigen apotheek van patiënt gezonden</p>	

Literatuur

- Bureau Acute Zorgregio Oost. Monitor Acute Zorg 2013-2014 Nijmegen: acute zorgregio oost 2015.
- FMS. Richtlijn Overdracht Medicatiegegevens in de keten. 2017.
- NHG/FMS. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist bij verwijzingen (HASP). 2017.
- NVKG. Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment en addendum consult en medebehandeling. 2012.
- NIV. Kwaliteitsstandaard Intramurale spoedzorg. (verwacht 2018)
- Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older patients in the emergency department: a review. Ann Emerg Med. 2010 Sep;56(3):261-9.
- VMS Veiligheidsprogramma. VMS-bundel kwetsbare ouderen.

04 Zorgpad kwetsbare oudere in het ziekenhuis en transmurale proces

Niet-geriatrische afdeling

- 1 verwijzing: aanmelding voor opname
 - a verwijzing;
 - b overdracht.
- 2 diagnostische fase
 - a opnamegesprek;
 - b screeningsbundel VMS;
 - c medicatieverificatie;
 - d vervolg opnamegesprek;
 - e overdracht/rapportage;
 - f MDO.
- 3 behandelfase
 - a zorgbehandelplan;
 - b MDO;
 - c gesprek voortgang en ontslagvoorbereiding;
 - d overdracht/rapportage.
- 4 nazorgfase en transmurale proces
 - a ontslagprocedure;
 - b overdracht;
 - c nazorg.

Geriatric/Ouderengeneeskunde afdeling

- 1 verwijzing: aanmelding voor opname
 - a verwijzing;
 - b overdracht.
- 2 diagnostische fase
 - a opnamegesprek;
 - b CGA;
 - c overdracht/rapportage;
 - d aanvullend onderzoek;
 - e uitslagbespreking;
 - f MDO.
- 3 behandelfase
 - a zorgbehandelplan;
 - b MDO;
 - c gesprek voortgang en ontslagvoorbereiding;
 - d overdracht/rapportage.
- 4 nazorgfase en transmurale proces
 - a ontslagprocedure;
 - b overdracht;
 - c nazorg.

A1 VERWIJZING: AANMELDING VOOR OPNAME NIET-GERIATRISCHE AFDELING

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
<p>Verwijzing voor opname:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechtstreeks door huisarts i.o.m. specialist • Rechtstreeks vanuit instelling voor tijdelijk of chronisch verblijf door SO i.o.m. specialist • Rechtstreeks vanuit GGZ door psychiater i.o.m. specialist • Vanuit polikliniek specialist • Via SEH • Overplaatsing vanuit IC 	<p>HA/POH, SO/VPK, Psychiater/VPK-P, Medisch specialist, SEH-arts/SEH-VPK</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bij verdenking kwetsbaarheid adviseert verwijzer om mantelzorgers mee te nemen. Wijs op de vragenlijst mijnkwaliteitvanleven.nl om de patiënt na te laten denken over behandelwensen. • Houd rekening met voorkeur patiënt. Houd bij kwetsbaarheid rekening met beschikbaarheid geriatrieteam in betreffende ziekenhuis. • Bij verwijzing vanuit een polikliniek door medisch specialist moet in dossier vermeld worden wat besproken is. • Bij electieve opname voor operatie moet vooraf op preoperatieve poli screening op kwetsbaarheid plaatsvinden en daaraan gekoppelde acties worden afgesproken. • Als patiënt >70 jr wordt overgeplaatst vanuit IC zal bij MDO op IC mate van kwetsbaarheid worden vastgelegd 	<p>Mijnkwaliteit-vanleven.nl</p> <p>Delierprotocol, VMS-bundel</p>
<p>Overdracht van verwijzer/verslaglegging dossier</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reden van verwijzing • Relevante voorgeschiedenis en comorbiditeit • Bevindingen bij onderzoek (in vier domeinen) • Behandeladviezen • Risicoprofiel en kwetsbaarheid • Behandelwens, beperking en reanimatiebeleid • Basisset medicatiegegevens • Gegevens contactpersoon • Gegevens betrokken hulpverleners 	<p>Huisarts/POH, Psychiater/VPK-P, SO/VPK, Medisch specialist, SEH-arts/SEH-VPK</p> <p>Apotheker</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bij betrokkenheid van paramedici zorgt verwijzer voor overdracht. • Bij kwetsbare oudere met hoog risico en multiële en/of geriatrische problematiek geef informatie over casemanager (wel/niet aanwezig, wie) in thuissituatie. • Huisarts verwijst volgens NHG en protocollaire ouderenzorg. Huisarts heeft gescreend op kwetsbaarheid (1). • Bij betrokkenheid POH en/of thuiszorg wordt ook verpleegkundige overdracht toegevoegd. • SO verwijst volgens handreiking Verenso • Indien verwijzing door medisch specialist, dan ook zorgen voor overdracht van gegevens van/door huisarts en actuele medicatie gegevens van eigen apotheek 	<p>HASP-richtlijn</p> <p>(1) bijv. Easycare, Trazag, GFI, ISAR-PC Handreiking Spoed-/crisisopnames</p>

A2 DIAGNOSTISCHE FASE OP NIET-GERIATRISCHE AFDELING

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
<p>Opnamegesprek met patiënt (en mantelzorger) waarin doel van opname, verwachtingen van patiënt van opname, wens van patiënt t.a.v. behandelbeperking en reanimeerbeleid, duur opname, ontslagvoorbereiding en hulpbehoefte aan de orde komen.</p> <p>Toepassing screeningsbundel VMS bij alle 70+ binnen 24u en inzet interventies bij positieve risicobeoordeling op delier, functieverlies, vallen en/of voeding.</p> <p>òf</p> <p>Alleen Screening op risico op kwetsbaarheid d.m.v. ISAR-HP 70+. Als positief dan verpleegkundige anamnese op vier domeinen (lichamelijk, psychisch, functie, sociaal)</p>	<p>Arts/ PA hoofdbehandelaar én VPK VSO, Fysiotherapeut, Diëtist</p> <p>(geriatrie)-VPK</p>	<p>Indien geen mantelzorger aanwezig bij >70jr toestemming vragen aan patiënt om met mantelzorger contact op te mogen nemen en gericht vragen naar tekenen van kwetsbaarheid (geheugen, valneiging, hulpbehoevendheid, sociaal isolement).</p> <p>Hulpmiddel hierbij is bijv. de vragenlijst mijnkwaliteitvanleven.nl</p> <p>Elk ziekenhuis heeft VMS screeningsbundel voor kwetsbare ouderen geïmplementeerd en moet dit toepassen.</p> <p>Hiervoor zijn protocollen en/of zorgpaden gemaakt.</p> <p>Patiënten kunnen tijdens opname kwetsbaar worden; suggestie herhalen screening 14 dagen na opname</p> <p>Bij verhoogd risico op kwetsbaarheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • VPK vraagt extra info op bij POH/HA en/of thuiszorg. • VPK voert apart zorggesprek <p>Na overplaatsing vanuit IC kwetsbaarheid opnieuw in kaart brengen</p>	VMS-bundel Kwetsbare Ouderen
<p>Medicatieverificatie en evaluatie indicaties</p> <p>Medicatiereview</p>	Arts /PA en apotheker/ apothekersassistente	Bij polyfarmacie extra aandacht	Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen in de tweede lijn
<ul style="list-style-type: none"> • Indien positieve risicoscreening VMS en één of meerdere geriatrie problemen dan medebehandeling geriatrieteam • Bij positieve risico screening en/of vastgestelde geriatrie problemen dit met patiënt en mantelzorger bespreken • Bij psychiatrische comorbiditeit consult psychiater 	<p>Arts/PA, VPK</p> <p>Arts/PA, VPK</p> <p>Psychiatrie-team</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ziekenhuisprotocol "indicaties consult geriatrieteam" beschikbaar. • Bij chirurgische ingrepen volg richtlijn (1) • VPK moet nagaan of de fysieke omgeving voldoet aan: mogelijkheid tot bewegen, rustige omgeving, z.n. kamer alleen, oriëntatie punten o.a. datumklok. • Patiënt stimuleren tot bewegen, hulp bieden bij maaltijden, stimuleren tot zelfredzaamheid. • Op indicatie inschakelen paramedici 	Richtlijn CGA (1) Richtlijn behandeling van kwetsbare ouderen rondom chirurgische ingrepen, Generieke Module ziekenhuispsychiatrie
<p>Vervolg opname gesprek met patiënt én mantelzorger</p> <p>Eerste bevindingen bespreken, vervolgonderzoek en behandelopties en de consequenties en risico's hiervan aangeven. Consult geriatrieteam voorstellen.</p> <p>Samen met patiënt en mantelzorger onderzoek en zorgbehandelplan opstellen</p>	Arts samen met VPK en geriatrieteam	<ul style="list-style-type: none"> • Bij vervolgonderzoeken altijd extra ondersteuning of begeleiding bieden en afstemmen met patiënt en mantelzorger. • Hoofdbehandelaar stemt af met medebehandelaar geriatrie/internist-O • Protocollair is vastgelegd wanneer en door wie het geriatrieteam wordt ingeschakeld. 	Addendum CGA medebehandeling
<p>Overdracht/rapportage</p> <p>Afspraken vastleggen in dossier</p>	Arts, PA en VPK	<ul style="list-style-type: none"> • Wat moet dienstdoende arts en VPK beslist weten • Bij consult geriatrieteam afspreken wat doet hoofdbehandelaar, wat doet geriatrieteam 	
<p>MDO: kwetsbaarheid benoemen en onderzoek en zorgbehandelplan multidisciplinair vaststellen.</p> <p>Afspreken wie proces coördineert en belang patiënt bewaakt en dit aan patiënt en mantelzorger voorleggen.</p> <p>Ontslagprocedure voorbereiden en streefontslagdatum i.o.m. patiënt en mantelzorger.</p>	Arts, VPK, apotheker, paramedici (fysiotherapeut, diëtist, ergotherapeut) geriatrieteam GZ MW of	<ul style="list-style-type: none"> • Tijdens opname blijvend aandacht voor de VMS criteria (delier, vallen, functieverlies, ondervoeding) • Deelname aan MDO door vertegenwoordiger geriatrie team gewenst • Altijd afspraken rond behandelbeperking en reanimeerbeleid controleren en zichtbaar maken 	Lokaal Protocol delier, valpreventie, ondervoeding, etc.
<p>Bij acute verslechtering: bij twijfel of verschil van mening (patiënt/specialist of IC zinvol of wenselijk is dan extra overleg met intensivist</p>	Intensivist	<ul style="list-style-type: none"> • Bij indicatie voor operatie bij patiënt met veel comorbiditeit extra "hoog-risico" bespreking met intensivist 	

A3 BEHANDELFASE OP NIET-GERIATRISCHE AFDELING

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
<p>Zorg-behandelplan opstellen i.o.m. patiënt en mantelzorger</p> <ul style="list-style-type: none"> • specialistische behandeling • behandeling van overige problemen op domeinen psychisch, functioneel en sociaal <p>MDO: evaluatie op vier domeinen. Vaststellen of coördinatie van zorgproces voldoende is, anders coördinator benoemen en met patiënt bespreken. Ontslagprocedure starten i.o.m. patiënt en mantelzorger Coördinatie van het zorgproces</p>	<p>Hoofdbehandelaar/ VPK (arts-assistent / zaalarts / PA), Geriatrieteam, Psychiater, Arts/VPK/Paramedici/ VS-O ook aanwezig</p> <p>GZ MW, Transfer VPK VPK/PA/VS-O</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Het zorgbehandelplan geeft de problemen, doelen en in te zetten interventies bij de individuele patiënt tijdens en na ZH opname inzichtelijk weer. • VPK moet tijdig hulpbehoefte vaststellen en ontslagmogelijkheid samen met patiënt en mantelzorger bespreken. • Tijdens behandel fase blijven letten op: symptomen van delier, voeding, vocht, bijwerking medicatie • Letten op veiligheid <p>Bij twijfel over ontslagmogelijkheid tijdig overleg met huisarts en thuiszorg, en/ of deskundige inschakelen: bv. ergotherapeut, SO. SO kan tijdens opname in consult komen om advies over nazorg te geven. Overweeg deelname SO aan MDO.</p>	<p>Protocol delier, valpreventie, voeding en beschermende maatregelen.</p> <p>Indicatie vervolg instelling bijv. tijdelijk of chronisch verblijf met wegingskader eerstelijnsverblijf en triage-instrument GRZ</p>
<p>Gesprek plannen met patiënt en mantelzorger over resultaat behandeling, ontslagprocedure en streefontslagdatum</p>	<p>Arts/PA en VPK</p>	<p>Het zorgbehandelplan is de leidraad</p>	<p>Handleiding TZB</p>
<p>Overdracht/rapportage Alle afspraken in dossier vastleggen (medisch en verpleegkundig)</p>	<p>Arts/PA en VPK</p>		

A4 NAZORGFASE EN TRANSMURALE PROCES OP NIET-GERIATRISCHE AFDELING

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
<p>Ontslagprocedure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontslaggesprek met patiënt en mantelzorger • Basisoverdracht d.m.v. schriftelijke informatie en informeren huisarts en SO als patiënt in VPH verbleef. • Nazorg is geregeld als ontslag met nazorg nodig is (instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf of zorg aan huis) • Naar huis met hulp, casemanagement & begeleiding in de keten 	Arts & VPK	<p>Contact met nazorg verlener vóór ontslag is belangrijk bij complexe problematiek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overdracht checklist hanteren • Ook patiënt brief nastreven • Overdracht naar nazorgverlener én HA/SO • Ook verpleegkundige overdracht naar WVPK • Overdracht actuele medicatie naar eigen apotheek • Paramedische overdracht 	HASP-richtlijn
<p>Overdracht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reden van verwijzing • Relevante voorgeschiedenis en comorbiditeit • Bevindingen bij onderzoek (in vier domeinen) • Behandeladviezen • Risicoprofiel en kwetsbaarheid • Behandelwens, beperking en reanimatiebeleid • Basisset medicatiegegevens • Gegevens contactpersoon • Gegevens betrokken hulpverleners 	<p>Arts/hoofdbehandelaar, VPK, VSO</p> <p>Apotheker</p>	<p>Denk ook aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • afspraken over advance care planning • wat moet huisarts/SO of nazorg bieder doen <2wk • poliklinische afspraken • overdracht Paramedici naar nazorg-paramedici • bij wie kan de patiënt terecht met vragen 	HASP-richtlijn
<p>Controle/nazorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorg i.p. overdragen aan 1e lijn of andere nazorgbieder • Duidelijk aangeven wat van de nazorg bieder wordt verwacht • Poliklinische controle kritisch indiceren 	Arts/hoofdbehandelaar, Huisarts, Apotheker VPK, GZ MW, transfer-VPK, Wvpk	<ul style="list-style-type: none"> • Conform zorgbehandelplan • In overleg met HA én patiënt • Medicatieverificatie thuis bij zeer kwetsbare patiënt • Waar nodig inzet/overdracht fysiotherapeut, diëtist, ergotherapeut. 	<p>Handleiding TZB</p> <p>Richtlijn Overdracht medicatiegegevens</p>

B1 VERWIJZING: AANMELDING VOOR OPNAME AFDELING GERIATRIE/OUDERENGENEESKUNDE

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
<p>Verwijzing voor opname:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechtstreeks door huisarts i.o.m. geriater/internist-O • Rechtstreeks vanuit instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf door SO i.o.m. geriater/internist-O • Rechtstreeks vanuit GGZ door (ouderen)psychiater i.o.m. geriater/internist-O • Vanuit polikliniek specialist • Vanuit polikliniek geriater/internist-O • Via SEH • Overplaatsing vanuit IC 	<p>Huisarts/POH, Psychiater/VPK-p, SO/VPK, Medisch specialist, SEH-arts/SEH-VPK</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bij verdenking kwetsbaarheid adviseert verwijzer om mantelzorgers mee te nemen. Wijs op de vragenlijst mijnkwaliteitvanleven.nl om de patiënt na te laten denken over behandelwensen. • Houd rekening met voorkeur patiënt. • Bij verwijzing vanuit een polikliniek door medisch specialist moet in dossier vermeld worden wat besproken is. <p>Bij overplaatsing vanuit IC vooraf consult geriatrieteam</p>	<p>Mijnkwaliteit-vanleven.nl</p>
<p>Overdracht van verwijzer/verslaglegging dossier</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reden van verwijzing • Relevante voorgeschiedenis en comorbiditeit • Bevindingen bij onderzoek (in vier domeinen) • Behandeladviezen • Risicoprofiel en kwetsbaarheid • Behandelwens, beperking en reanimatiebeleid • Basisset medicatiegegevens • Gegevens contactpersoon • Gegevens betrokken hulpverleners 	<p>Huisarts/POH, Psychiater/VPK-p, SO/VPK, Medisch specialist, SEH-arts/SEH-VPK Apotheker</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bij betrokkenheid van paramedici zorgt verwijzer voor overdracht. • Bij kwetsbare oudere met hoog risico en multiële en/of geriatrische problematiek informatie geven over casemanager (wel/niet aanwezig, wie) in thuissituatie. • Huisarts verwijst volgens NHG en protocollaire ouderenzorg. Huisarts heeft gescreend op kwetsbaarheid. • Bij betrokkenheid POH en/of thuiszorg wordt ook verpleegkundige overdracht toegevoegd. • SO verwijst volgens handreiking Verenso • Indien verwijzing door medisch specialist, dan ook zorgen voor overdracht van gegevens van/door huisarts en actuele medicatie gegevens van eigen apotheek 	<p>HASP-richtlijn</p> <p>Bijv. met Easycare, Trazag, GFI, ISAR-PC Handreiking Spoed-/crisisopnames</p>

B2 DIAGNOSTISCHE FASE OP AFDELING GERIATRIE/OUDERENGENEESKUNDE

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
<p>Opnamegesprek met patiënt en mantelzorger waarin reden opname, verwachtingen patiënt van opname, wens behandelbeperking en reanimatiebeleid, verwachte duur opname, ontslagvoorbereiding, verwachte hulpbehoefte</p> <p>Onderzoek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Werkwijze volgens CGA • <24u Screening risico's met VMS bundel; bij positieve bevinding handelen volgens zorgpaden VMS. • Medicatieverificatie • Medicatiereview • Screenen ouderen mishandeling 	<p>-Geriatr/ arts/ zaalarts -Internist ouderen/ arts/ zaalarts -VPK-geriatrie</p> <p>VPK/arts, Fysiotherapeut, Diëtist, Arts/apotheker</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bij opname geriatrie of ouderengeneeskunde is meestal sprake van kwetsbare oudere met hoog risico. • Extra aandacht voor (over)belasting van de mantelzorger d.m.v. zorggesprek • Extra uitleg over doel en functie van de afdeling • Hulpmiddel is bijv. de vragenlijst mijnkwaliteitvanleven.nl <p>Verondersteld wordt dat de afdeling geriatrie en/of ouderenafdeling volgens de vereiste werkwijze handelen en zijn ingericht.</p>	<p>CGA</p> <p>VMS bundel, uitgewerkt in lokale zorgpaden fysio, ergo en diëtetiek en protocol delier</p> <p>Richtlijn Overdracht Medicatiegegevens</p>
<p>Gesprek eerste bevindingen</p> <p>Na eerste onderzoek (lichamelijk, psychiatrisch, functioneel en sociaal) bevindingen met patiënt en mantelzorger bespreken en voorstel voor aanvullend onderzoek doen.</p> <p>Doel en risico's onderzoek bespreken en samen met patiënt onderzoek en zorgbehandelplan opstellen.</p>	<p>Geriatr/arts geriatrie Internist-O, VS, PA geriatrie, VPK-G, Geriatrieteam</p>	<p>Naam van hoofdbehandelaar en eventueel zaalarts benoemen. Naam van eerstverantwoordelijke verpleegkundige noemen.</p> <p>Vaststellen wie proces rond verblijf en ontslag gaat coördineren en hoe communicatie met patiënt en mantelzorger plaatsvindt.</p>	<p>CGA + aandoeningsspecifieke richtlijnen</p>
<p>Overdracht/rapportage afspraken vastleggen in dossier</p>	<p>Arts, PA en VPK</p>	<p>Vooral noodzakelijk t.b.v. wisseling bij diensten</p>	
<p>Aanvullend onderzoek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laboratorium, radiologie • Functieonderzoeken • Paramedisch onderzoek • Consult ander specialisme 		<ul style="list-style-type: none"> • Extra begeleiding van hoog risico patiënten bij het ondergaan van aanvullend onderzoek is noodzakelijk • Denk aan bijdrage paramedici in diagnostische fase • Bij psychiatrische comorbiditeit consult psychiatrieteam 	
<p>Uitslagbespreking en vervolg zorgbehandelplan bespreken met patiënt en mantelzorger.</p> <p>Bevindingen van probleemanalyse op 4 domeinen bespreken en de bijbehorende diagnose.</p>	<p>Arts, PA en VPK</p>	<p>Zorggesprek door VPK</p>	
<p>MDO</p> <p>Multidisciplinaire bespreking in 4 domeinen.</p> <p>Ontslagprocedure voorbereiden en streefontslagdatum i.o.m. patiënt en mantelzorger.</p>	<p>Arts/PA VPK-G Paramedici; Psychiater Evt medicatiereview met ziekenhuisapotheker</p>	<p>Probleemanalyse in vier domeinen vastleggen in dossier en afspraken over vervolgbeleid</p> <p>Altijd afspraken rond behandelbeperking en reanimeerbeleid controleren en zichtbaar maken</p>	
<p>Bij acute verslechtering: bij twijfel of verschil van mening (patiënt/specialist of IC zinvol of wenselijk is dan extra overleg met intensivist</p>	<p>Intensivist</p>	<p>Bij indicatie voor operatie bij patiënt met veel comorbiditeit extra "hoog-risico" bespreking met intensivist</p>	

B3 BEHANDELFASE OP AFDELING GERIATRIE/OUDERENGENEESKUNDE

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
Zorgbehandelplan opstellen in vier domeinen MDO evaluatie op vier domeinen. Vaststellen, wie voor coördinatie verantwoordelijk is. Ontslagprocedure starten i.o.m. patiënt en mantelzorg Coördinatie van zorgproces ontslagvoorbereiding	Arts, PA, VPK-G, paramedici, GZ MW, VPK-G	Het zorgbehandelplan geeft de problemen, doelen en in te zetten interventies bij de individuele patiënt tijdens en na ZH opname inzichtelijk weer. Indicatie voor thuiszorg of specifieke vervolgvoorziening	CGA Afwegingsinstrument ELV, Triage instrument GGZ, Handleiding Transmurale zorgbrug
Gesprek plannen met patiënt en mantelzorg over resultaat behandeling, ontslagprocedure en streefontslagdatum	Arts/PA en VPK-G	Het zorgbehandelplan is de leidraad	
Overdracht/rapportage Afspraken vastleggen in dossier	Arts/PA ,VPK-G en paramedici		

B4 NAZORGFASE EN TRANSMURALE PROCES AFDELING GERIATRIE/OUDERENGENEESKUNDE

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
Ontslagprocedure • Ontslaggesprek met patiënt en mantelzorg • Basisoverdracht d.m.v. schriftelijke informatie en informeren huisarts en SO als patiënt al in verpleeghuis verbleef. • Nazorg is geregeld als ontslag met nazorg nodig is (instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf of zorg aan huis) • Naar huis met hulp, casemanagement& begeleiding in de keten	Geriatr/internist-O, VPK, transfer-VPK	<ul style="list-style-type: none"> • Overdracht checklist hanteren • Ook patiënt brief nastreven • Overdracht naar nazorgverlener én HA/SO • Ook verpleegkundige overdracht naar wijk VPK • Paramedische overdracht • Procedure volgens TZB 	HASP-richtlijn
Overdracht • Reden van verwijzing • Relevante voorgeschiedenis en comorbiditeit • Bevindingen bij onderzoek (in vier domeinen) • Behandeladviezen • Risicoprofiel en kwetsbaarheid • Behandelwens, beperking en reanimatiebeleid • Basisset medicatiegegevens • Gegevens contactpersoon • Gegevens betrokken hulpverleners	Geriatr/internist-O, VPK, VSO Apotheker	Denk ook aan: <ul style="list-style-type: none"> • Afspraken over advance care planning • Wat moet huisarts of nazorg bieder doen <2wk • Poliklinische afspraken • Overdracht paramedici naar nazorg-paramedici • Bij wie kan de patiënt terecht met vragen 	HASP-richtlijn
Controle/nazorg • Zorg i.p. overdragen aan 1e lijn of andere nazorgbieder • Duidelijk aangeven wat van de nazorg bieder wordt verwacht • Poliklinische controle kritisch indiceren • Hulpverleners uit sociale domein	Geriatr/internist-O en huisarts, apotheker VPK-G, transfer-VPK en wijkVPK	<ul style="list-style-type: none"> • Conform het opgestelde zorgbehandelplan • i.o.m. huisarts en patiënt en mantelzorg • Medicatieverificatie thuis bij zeer kwetsbare patiënt • Waar nodig inzet en overdracht paramedici en hulpverleners sociale domein 	Handleiding TZB Richtlijn Overdracht Medicatie- gegevens in de keten.

Literatuur

- Ergotherapie Nederland. Gewoon Doen "dagelijks handelen draagt bij aan gezondheid en welzijn". 2016.
- Ergotherapie Nederland. Ergotherapie doet er toe. 2014.
- FMS. Richtlijn Overdracht Medicatiegegevens in de keten. 2017.
- KNGF. KNGF-standaard Beweginginterventie Kwetsbare Ouderen. 2015.
- NHG/FMS. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist bij verwijzingen (HASP). 2017.
- NVA. Richtlijn Pijn bij kanker. 2016.
- NVKG. Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment en addendum consult en medebehandeling. 2012.
- NVKG. Richtlijn Delier. 2013.
- NVKG. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van dementie; addendum dementie als comorbiditeit in het ziekenhuis. 2014.
- NVKG. Richtlijn Preventie van Valincidenten bij ouderen. 2017 (verwacht).
- NVKG. Richtlijn Ondervoeding bij de geriatrische patiënt. 2013.
- NVKG. Richtlijn Multidisciplinaire behandeling van kwetsbare ouderen rondom chirurgische ingrepen. 2017 (verwacht)
- NVKG. Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen in de tweede lijn. 2017.
- NVvH. Richtlijn Proximale Femurfracturen. 2016.
- Samenwerkende ouderenorganisaties. Kwaliteitsaspecten en normering Keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis. 2017.
- Stichting Effectieve Ouderenzorg. Handleiding transmurale zorgbrug (TZB).
- Verenso. Handreiking Spoed-/crisisopnames in het verpleeghuis. 2013.
- VMS screeningsbundel kwetsbare ouderen. 2009.
- VMS Screening ondervoeding VUmc
- Vragenlijst mijnkwaliteitvanleven.nl
- WWS. Afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf 2.0. 2016.

05 Zorgpad kwetsbare oudere in het psychiatrisch ziekenhuis of op de afdeling

- 1 verwijzing voor opname (Algemeen ziekenhuis: PAAZ en MPU of Psychiatrisch Ziekenhuis: GAPZ en ouderenpsychiatrie
 - a verwijzing;
 - b overdracht.
- 2 diagnostische fase
 - a bij opname;
 - b MDO;
 - c overdracht/rapportage.
- 3 behandelfase
 - a behandeling.
- 4 nazorg
 - a ontslag;
 - b overdracht;
 - c follow-up.

1 VERWIJZING VOOR OPNAME (AZ: PAAZ OF MPU; PZ: GAPZ OF OUDERENPSYCHIATRIE)

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
Verwijzing door: <ul style="list-style-type: none"> • Huisarts • Crisisdienst GGZ • Ambulante ouderenpsychiatrie • SO • Geriater/Internist-O 	HA, VPK, psycholoog/ psychiater, SO, Klinisch geriater/ internist-O.	<ul style="list-style-type: none"> • Bij ouderenpsychiatrie geldt de leeftijdsgrens >60jr. • Verwijzer bespreekt met patiënt en mantelzorgers reden van opname, behandelwens patiënt en reanimatiebeleid • Wijs op Mijinkwaliteitvanleven.nl om de patiënt na te laten denken over behandelwensen. • Huisarts moet screenen op kwetsbaarheid. • Oudere psychiatrische patiënten hebben vaak somatische comorbiditeit en zijn vaker kwetsbaar 	- Indicaties voor opname worden bepaald door psychiater GF, easy care, Trazag Fried frailty criteria, Moca, VMS Mijinkwaliteit-vanleven.nl
Overdracht <ul style="list-style-type: none"> • Reden van verwijzing • Relevante voorgeschiedenis en comorbiditeit • Bevindingen bij onderzoek (in vier domeinen) • Behandeladviezen • Risicoprofiel en kwetsbaarheid • Behandelwens, beperking en reanimatiebeleid • Basisset medicatiegegevens • Gegevens contactpersoon • Gegevens betrokken hulpverleners 	Verwijzer & ambulant betrokken hulpverle- ners	Bij eerdere opname en/of behandeling in de volwassenpsychiatrie gegevens actief opvragen Bij eerste aanmelding middels telefonisch overleg moet psychiater/psychiatrisch VPK gericht vragen naar comorbiditeit, hulpbehoevendheid t.g.v. fysieke beperking.	HASP-richtlijn

2 DIAGNOSTISCHE FASE

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
Bij opname screenen op: <ul style="list-style-type: none"> • Fysieke kwetsbaarheid • Cognitieve beperking • Polyfarmacie VMS screening: <ul style="list-style-type: none"> • Risico delier • Risico vallen • Risico ondervoeding • Fysieke Beperking Medicatieverificatie en evaluatie MDO waarin alle vier domeinen (psychisch, somatisch, sociaal, functioneel) aan de orde komen en kwetsbaarheid wordt vastgesteld. Casemanager benoemen	VPK-psychiatrie, VSP, SPV Apotheker Multidisciplinair team Arts(psychiater +geriater of SO), VPK/VSP/SPV, fysiotherapeut, diëtist, ergotherapeut, logopedist, apotheker	Bij positieve screening op kwetsbaarheid consult geriater/internist-O of SO afhankelijk van lokale beschikbaarheid. Bij positieve screening dan preventieve en andere interventies toepassen conform VMS bundel en uitgewerkt protocol Polyfarmacie, medicatievoorziening en inname vergen specifieke aandacht. aanvullend onderzoek door paramedici en andere hulpverleners op indicatie	Fried Frailty Criteria MoCA, MMSE VMS bundel Kwetsbare Ouderen Richtlijn polyfarmacie bij ouderen Instrumenten door betreffende deskundige
Overdracht/rapportage: vastleggen in dossier <ul style="list-style-type: none"> • Probleemlijst in vier domeinen • Acties benoemen • Ontslagvoorbereiding starten 	Psychiater VPK-psychiatrie/SPV en/of VSO		

3 BEHANDELFASE

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
Behandeling Bij voorkeur op een afdeling ouderenpsychiatrie <ul style="list-style-type: none"> • Zorgbehandelplan opstellen samen met patiënt en mantelzorger • Probleembenadering in 4 domeinen • Ontslagvoorbereiding • Advance Care Planning 	Psychiater, psycholoog, VPK-ouderen en VPK-psychiatrie/SPV Paramedici Medebehandeling geriater/ internist-O of SO	Bij ontslagvoorbereiding van kwetsbare oudere met psychiatrische problematiek wordt vaak ambulante psychiatrie direct betrokken bij ontslagprocedure en transmurale proces T.a.v. van functioneren thuis paramedici inschakelen tijdens opname om doelgericht te trainen en ontslag voor te bereiden	

4 NAZORG

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
Ontslag <ul style="list-style-type: none"> • Naar huis met hulp en ambulante psychiatrische behandeling • Naar instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf 	Psychiater, VPK psychiatrie/SPV, paramedici. SO	Bij ontslag naar huis denk aan inzet (geriatrie) fysiotherapeut, (ouderen) ergotherapeut, diëtist t.a.v. woningaanpassingen en doelen. Indicatiestelling via CIZ. Geef patiënt en mantelzorger voldoende tijd en informatie om een keuze te kunnen maken voor vervolgzorg, zoals een thuiszorgaanbieder.	Motivational Interviewing COPM Afwegingsinstrument opname ELV, indicatie CIZ, triage instrument GRZ Mijinkwaliteit-vanleven.nl
Overdracht <ul style="list-style-type: none"> • Reden van verwijzing • Relevante voorgeschiedenis en comorbiditeit • Bevindingen bij onderzoek (in vier domeinen) • Behandeladviezen • Risicoprofiel en kwetsbaarheid • Behandelwens, beperking en reanimatiebeleid • Basisset medicatiegegevens • Gegevens contactpersoon • Gegevens betrokken hulpverleners 	Psychiater, psycholoog en VPK, Geriater, Paramedici	Naar HA, apotheker en ambulante psychiatrie Naar andere verwijzer (SO, geriater/internist-O) en andere nazorgverlener (SO, thuiszorg)	Richtlijn Overdracht Medicatiegegevens, HASP-richtlijn

Literatuur

- Ergotherapie Nederland. Gewoon Doen "dagelijks handelen draagt bij aan gezondheid en welzijn". 2016.
- FMS. Richtlijn Overdracht Medicatiegegevens in de keten. 2017.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 Mar;56(3):M146-56. PubMed PMID: 11253156.
- KNGF. KNGF-standaard Beweeginterventie Kwetsbare Ouderen. 2015.
- Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, Cummings JL, Chertkow H. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Apr;53(4):695-9. PubMed PMID: 15817019.
- NHG/FMS. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist bij verwijzingen (HASP). 2017.
- NVKG. Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment en addendum consult en mede-

behandeling. 2012.

- NVKG. Richtlijn Delier. 2013.
- NVKG. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van dementie; addendum dementie als comorbiditeit in het ziekenhuis. 2014.
- NVKG. Richtlijn Preventie van Valincidenten bij ouderen. 2017.
- NVKG. Richtlijn Ondervoeding bij de geriatrische patiënt. 2013.
- NVKG. Richtlijn Overdracht Medicatiegegevens in de keten. 2017.
- NVKG. Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen in de tweede lijn. 2017
- Saum KU, Müller H, Stegmaier C, Hauer K, Raum E, Brenner H. Development and evaluation of a modification of the Fried frailty criteria using population-independent cutpoints. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Nov;60(11):2110-5. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04192.x. Epub 2012 Oct 8. PubMed PMID: 23043490.
- VMS Screeningsbundel kwetsbare ouderen. 2009.
- Vragenlijst mijnkwaliteitvanleven.nl
- NVvP. Betere zorg voor oudere psychiatrische patiënt addendum KNMG Standpunt "Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen". 2016.

06 Zorgpad kwetsbare oudere vanuit de keten naar en in een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf en ontslag

- 1 verwijzing
 - a niet acute zorg ambulant en opname vanuit thuissituatie;
 - b spoedzorg vanuit thuissituatie;
 - c opname vanuit SEH of Acute Opname Afdeling;
 - d vervolgbehandeling na opname in algemeen of psychiatrisch ziekenhuis
 - i tijdelijk verblijf; geriatrische revalidatie
 - ii chronisch verblijf.
 - e palliatieve zorg.
- 2 behandeling
 - a chronische verblijf
 - b tijdelijk verblijf gericht op revalidatie
 - c tijdelijk verblijf gericht op reactivering en beoordeling of ontslag op termijn mogelijk is
 - d tijdelijk verblijf in kader palliatief terminale zorg gericht op optimale symptoombestrijding en begeleiding;
- 3 ontslag uit instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf.

1 VERWIJZING

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
<p>a1. Niet- acute ambulante zorg in thuissituatie Huisbezoek door SO en/of VS/(geriatrie) VPK/GGZ hulpverleners Samen met patiënt en mantelzorgers worden wensen en verwachtingen besproken en mogelijkheden voorgelegd:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mogelijkheid extra zorg thuis • Mogelijkheid dagbehandeling/opvang • Mogelijkheid opname bij indicatie <p>SO of VS of team ouderengeneeskunde/GGZ hulpverleners bespreekt doel van onderzoek met patiënt en mantelzorgers en mogelijke vervolgacties</p> <p>a2 Niet-acute opname instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf, niet acuut vanuit thuissituatie</p>	<p>Consult op verzoek van huisarts (w)VPK, Casemanager dementie, Apotheker, CIZ, SO en team ouderengeneeskunde, GGZ hulpverleners</p> <p>HA, (w)VPK, Apotheker</p>	<p>Huisarts heeft met patiënt, mantelzorgers en vaak (wijk)VPK probleem vastgesteld, of op advies casemanager dementie waarvoor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nadere analyse door SO of team ouderengeneeskunde thuis gewenst is. <p>of</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIZ aanvraag voor opname VPH wordt gedaan <ul style="list-style-type: none"> • Denk aan overleg apotheker t.a.v. medicatieoverdracht en review 	<p>Geriatrisch assessment ouderengeneeskunde</p> <p>Mijnkwaliteit-vanleven.nl</p>
<p>b. Spoedzorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patiënt wordt thuis bezocht door HA en/of ambulant team ouderengeneeskunde en/of Crisisteam GGZ • Stel acute probleem vast en beschrijf in 4 domeinen (somaat, psychisch, functioneel, sociaal) • Screen op kwetsbaarheid/ stel kwetsbaarheid vast • Bespreek wens en verwachting patiënt en mantelzorgers • Bespreek behandelbeperking en reanimatiewens • Bespreek mogelijkheden en beperkingen thuissituatie • Bespreek mogelijkheden en verwachting tijdelijk of chronisch verblijf <p>Overdracht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Telefonisch en schriftelijk • Verwijs naar SO en lever de volgende gegevens aan: • Reden van verwijzing • Relevante voorgeschiedenis en comorbiditeit • Bevindingen bij onderzoek (in vier domeinen) • Behandeladviezen • Risicoprofiel en kwetsbaarheid • Behandelwens, beperking en reanimatiebeleid • Basisset medicatiegegevens • Gegevens contactpersoon • Gegevens betrokken hulpverleners 	<p>HA, (wijk)VPK, Casemanager (dementie), Ambulant team ouderengeneeskunde, Crisisteam GGZ</p> <p>HA, (wijk)VPK, Apotheker, Paramedici, Casemanager</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informatie patiënt • Informatie mantelzorgers en/of 1e contactpersoon • Let op wilsonbekwaamheid • Casemanagement • SO kent de indicaties van de verschillende opname mogelijkheden en zal hierin de regie overnemen van de huisarts <p>Indien thuiszorg betrokken dan ook verpleegkundige overdracht en informatie van paramedici</p> <p>Indien zorgbehandelplan gemaakt</p>	<p>Mondeling, Folder en App, Afwegingsinstrument opname ELV</p> <p>Triage instrument GRZ</p> <p>BOPZ toetsing</p> <p>Indicatie CIZ</p> <p>Handreiking samenwerking huisarts -specialist ouderengeneeskunde</p> <p>Richtlijn Overdracht medicatiegegevens</p>

<p>c. Via SEH/ Acute Opname Afdeling Ziekenhuis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patiënt bezocht SEH • Problematiek is in kaart gebracht in vier domeinen • Stel aard en ernst zorgprobleem vast (curatief, revalidatie, palliatief, chronisch) • Géén opname indicatie ZH en ontslag naar huis niet mogelijk • Risico op delier is bekeken <p>Overdracht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reden van verwijzing • Relevante voorgeschiedenis en comorbiditeit • Bevindingen bij onderzoek (in vier domeinen) • Behandeladviezen • Risicoprofiel en kwetsbaarheid • Behandelwens, beperking en reanimatiebeleid • Basisset medicatiegegevens • Gegevens contactpersoon • Gegevens betrokken hulpverleners 	<p>SEH-arts/specialist, (SEH)-VPK, Klinisch geriater/ Internist-O, PA, VSO, geriatrie VPK, SO, apotheker</p>	<p>Opnameprocedure conform ketenzorgafspraken, met oa. crisisbed.</p> <p>Aanvullende informatie conform ketenzorg afspraak.</p>	<p>Afwegingsinstrument opname ELV Triage instrument GRZ Richtlijn Delier</p>
<p>d. Vervolgbehandeling na opname algemeen ZH of psychiatrisch ZH</p> <p>d1. tijdelijk verblijf; geriatrische revalidatie</p> <p>d2. chronisch verblijf</p> <p>Overdracht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reden van verwijzing • Relevante voorgeschiedenis en comorbiditeit • Bevindingen bij onderzoek (in vier domeinen) • Behandeladviezen • Risicoprofiel en kwetsbaarheid • Behandelwens, beperking en reanimatiebeleid • Basisset medicatiegegevens • Gegevens contactpersoon • Gegevens betrokken hulpverleners 	<p>Arts, specialist, Psychiater, VS, PA, Transferbureau, Maatschappelijk werk, apotheker</p>	<p>Vervolgbehandeling is in het ziekenhuis uitvoerig met de patiënt en mantelzorg besproken. (zie Zorgpad deel ZKH).</p>	<p>Triage instrument GRZ Afwegingsinstrument opname eerstelijnsverblijf Indicatie CIZ</p>
<p>e. Tijdelijk verblijf in kader palliatief terminale zorg gericht op optimale symptoombestrijding en begeleiding</p> <p>Verwijzing voor opname kan zowel vanuit de thuissituatie als vanuit het ZKH plaatsvinden.</p>	<p>HA, Palliatief team (ambulant/transmuraal), SO, Arts/specialist, CIZ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zorg kan op specifieke afdeling VPH worden geboden of op reguliere afdeling • Hospice ook mogelijk 	<p>Richtlijn Algemene principes Palliatieve Zorg. Kwaliteitskader Palliatieve zorg</p>

2 BEHANDELING

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
<p>a. Bij opname voor chronische verblijf Patiënten zijn per definitie kwetsbaar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uitvoeren (aanvullend)geriatisch assessment. • Risicoscreening • Medicatiereview • Overleg patiënt en mantelzorger over wens, informatie, verwachting • Zorg(leef)plan en zorgbehandelplan en vaststellen behandelteam • Advance Care Planning • Review poliklinische afspraken • Wilsonbekwaamheid 	<p>SO/ PA/ VSO, VPK, verzorgenden, fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog, apotheker, diëtist, casemanager.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zorg(leef)plan en zorgbehandelplan op vier domeinen. • SO en team kijken kritisch naar nut gemaakte poliklinische afspraken. • BOPZ toetsing bij opname op gesloten afdeling • Valrisico, pijn, (onder)voeding en stemming <p>Werkwijze conform kwaliteitskader Verenso. Wijs op mijnkwaliteitvanleven.nl</p>	<p>Geriatrisch assessment Ouderengeneeskunde Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Richtlijn Preventie van valincidenten.</p> <p>Kwaliteitskader Ouderenzorg Mijnkwaliteit-vanleven.nl</p>
<p>b. Bij opname voor tijdelijke verblijf gericht op revalidatie c. Bij opname voor tijdelijk verblijf gericht op reactivering en beoordeling of ontslag op termijn mogelijk is</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uitvoeren (aanvullend)geriatisch assessment. • Risicoscreening • Medicatiereview • Overleg patiënt en mantelzorger over wens, informatie, verwachting • Zorg(leef)plan en zorgbehandelplan en vaststellen behandelteam • Verwachte opnameduur • Advance Care Planning • Review poliklinische afspraken • Wilsonbekwaamheid • Plan ontslagprocedure 	<p>SO/ PA/ VSO, VPK, verzorgenden, fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog, evt. casemanager</p>	<p>Tijdig met patiënt en mantelzorger overleggen over ontslag.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat is haalbaar? • Wat te regelen? <p>Tijdig overleg met HA.</p>	<p>Richtlijn Preventie van valincidenten. Motivational interviewing</p>
<p>d. Bij opname voor tijdelijk verblijf voor palliatief terminale zorg gericht op optimale symptoombestrijding en begeleiding</p> <ul style="list-style-type: none"> • inzetten op comfort • zorg(leef)plan bespreking met cliënt en mantelzorger 	<p>SO, VPK, evt. Apotheker Overige hulpverleners op indicatie</p>	<p>Behandeling volgens kwaliteitskader Palliatieve Zorg</p>	<p>Richtlijn Algemene principes Palliatieve Zorg.</p>

3 ONTSLAG UIT INSTELLING VOOR TIJDELIJK EN CHRONISCH VERBLIJF

Actie	Hulpverleners	Specifieke aandachtspunten	Instrumenten
<p>a. Na opname voor tijdelijk verblijf Naar huis met thuiszorg en soms ook woningaanpassingen, hulpmiddelen en vervolgrevalidatie</p> <p>Overdracht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reden van verwijzing • Relevante voorgeschiedenis en comorbiditeit • Bevindingen bij onderzoek (in vier domeinen) • Behandeladviezen • Risicoprofiel en kwetsbaarheid • Behandelwens, beperking en reanimatiebeleid • Basisset medicatiegegevens • Gegevens contactpersoon • Gegevens betrokken hulpverleners 	SO, Multidisciplinair team, HA, Thuiszorg	<ul style="list-style-type: none"> • Eventueel met dagbehandeling of Casemanager (dementie) of Ambulante GGZ of Ambulant team ouderengeneeskunde • Inzet ergotherapie of fysiotherapie als nazorg of bij nieuwe doelen in thuisituatie. • Overleg over ontslag met HA en overdracht vóór ontslag • Overdracht medicatie gegevens naar eigen apotheek vóór ontslag 	
<p>b. (Tijdelijk) ontslag vanuit chronisch verblijf i.v.m. opname ZKH Afwegen met patiënt en mantelzorg of opname in ziekenhuis gewenst is.</p>	SO	Zorg voor duidelijke verwijzing en overdracht (Zoals bij verwijzing gemeld). In het opnameproces en tijdens verblijf in verpleeghuis wordt in het zorg(leef)plan en zorgbehandelplan tijdens het MDO de behandelwens geëvalueerd.	

Literatuur

- CIZ indicatie Wlz. www.ciz.nl
- FMS. Richtlijn Overdracht Medicatiegegevens in de keten. 2017 (verwacht)
- IKNL. Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland. Verwacht 2017.
- IKNL. Richtlijn Palliatieve Zorg. 2010.
- InEen. Afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf 2.0. 2016
- LHV/Verenso. Handreiking samenwerking huisarts-specialist ouderengeneeskunde. 2014.
- NHG/FMS. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist bij verwijzingen (HASP). 2017 (verwacht)
- PAZORI. Richtlijn Algemene principes van Palliatieve Zorg. 2016. Pallialine.nl
- KNMP. De veilige principes in de medicatieketen. 2012.
- Miller & Rollnick. Motivational Interviewing. 2013.
- NVKG. Richtlijn Preventie van Valincidenten bij ouderen. 2017 (verwacht).
- NVKG. Richtlijn Delier. 2013.
- NVKG. Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen in de tweede lijn. 2017 (verwacht)
- Verenso. Handreiking en informatiekaart geriatrisch assessment. 2014.
- Verenso. Triage instrument geriatrische revalidatiezorg. 2014.
- Verenso, NHG en V&VN. Richtlijn Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen. 2013.
- Verenso. Kwaliteitskader Ouderengeneeskunde. 2016.

Achtergrondinformatie Zorgpad Kwetsbare Ouderen

INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE

Algemene inleiding	38
Verantwoording	44
Hoofdstuk 1 Ouderen met complexe problematiek in de thuissituatie	47
Bijlage 1.1 Overzicht vragenlijsten bij hoofdstuk 1	52
Bijlage 1.2 Instrumenten voor uitgebreid assessment bij hoofdstuk 1	53
Hoofdstuk 2 Kwetsbare ouderen op de SEH en in het ziekenhuis	54
2a Kwetsbare ouderen op de SEH of spoedpolikliniek	54
2b Kwetsbare ouderen in het ziekenhuis	56
2c Kwetsbare ouderen in de GGZ	61
Hoofdstuk 3 Kwetsbare ouderen in een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf	64
Hoofdstuk 4 Transmurale zorgproces	67
Hoofdstuk 5 Coördinatie van zorg, Regiefunctie en casemanagement	71
Hoofdstuk 6 Overdracht	73
Hoofdstuk 7 Overige oudere kwetsbare groepen patiënten	77
Hoofdstuk 8 Implementatie en randvoorwaarden	78
Appendix A Belangenverklaringen	80

Algemene inleiding

AANLEIDING VOOR HET MAKEN VAN HET ZORGPAD

Een zorgpad kan een belangrijke bijdrage leveren om passende zorg voor de individuele (kwetsbare) oudere patiënt te bieden. In een zorgpad wordt het zorgproces van screening op kwetsbaarheid, besluitvorming ten aanzien van interventies en regievoering tijdens het proces vastgelegd.

Directe aanleiding tot het maken van een zorgpad zijn de uitkomsten en adviezen van het rapport KNMG-standpunt 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' (2010), het rapport van de IGZ Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit ziekenhuis naar een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd (2015), de beoogde substitutie van zorg vanuit de tweede naar eerste lijn en het beleid (kwetsbare) ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten functioneren.

Waarom is het belangrijk een zorgpad voor dit onderwerp te ontwikkelen?

Kwetsbare ouderen kunnen zorg behoeven om functieverlies te voorkomen of te beperken en de kwaliteit van leven te behouden of te verbeteren. Om passende zorg te bieden is het belangrijk kwetsbaarheid tijdig te herkennen en de wensen ten aanzien van de zorg van de patiënt te weten. De kwetsbare oudere patiënt beweegt zich binnen de keten van eerste lijn, tweede lijn en instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf. In al deze situaties zijn verschillende hulpverleners verantwoordelijk voor de zorg. Een zorgpad is ondersteunend, beschrijft processtappen en biedt een systematische werkwijze om tijdig te screenen op kwetsbaarheid en een assessment te doen wat leidt tot de afwegingen voor en indicatiestelling tot passende zorg. Ook kan in het zorgpad de regiefunctie in de zorg voor de patiënt worden vastgelegd. De wijze van overdracht en de momenten waarop dit zou moeten plaatsvinden worden geborgd waardoor een continuüm in de zorg ontstaat.

De recente veranderingen in de organisatie en financiering van de zorg, wijzigingen in de beschikbare zorgvoorzieningen én de substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn vereisen een zorgpad over de keten voor kwetsbare ouderen. Dit houdt in het beschrijven van en richting geven aan het zorgproces rond kwetsbare ouderen vóór (in de eerste lijn) en tijdens ziekenhuisopname; en na ontslag uit het ziekenhuis.

Wat zijn de belangrijkste knelpunten in de praktijk waarvoor dit zorgpad aanbevelingen dient te geven?

De continuïteit in de zorg voor ouderen dient te verbeteren. De werkwijzen van de huisartsen, specialisten en andere zorgverleners in de eerste lijn en tweede lijn moeten meer op elkaar aansluiten, met name ten aanzien van screening op kwetsbaarheid en besluitvorming rond behandelopties bij verwijzing. Bij ziekenhuisopname hoort er sprake te zijn van een breed geïmplementeerde screeningmethodiek op risico voor functieverlies, dit zou moeten leiden tot een juiste afweging om te komen tot zinvolle diagnostiek en behandeling. Daarbij moet een integrale, multidisciplinaire werkwijze tot betere uitkomsten leiden (VMS kwetsbare ouderen). Tegelijkertijd wordt de ontslagprocedure tijdig en functiegericht voorbereid en gerealiseerd. Een essentieel onderdeel van het zorgpad is de formulering en organisatie van een goede overdracht. Hierbij is medicatie een belangrijk aandachtspunt. Onvoldoende of late herkenning van kwetsbaarheid bij ouderen in eerste lijn, in de tweede lijn bij en tijdens ziekenhuisopname kan leiden tot onnodig functieverlies, verminderde kwaliteit van leven, langere opname duur en over- en onderdiagnostiek/behandeling. Verder kan onvoldoende of verkeerde inventarisatie van zorgbehoefte en geen (contact met) mantelzorger leiden tot onvoldoende overdracht en ontoereikende zorg. Onvolledige en niet tijdige overdracht tussen hulpverleners en over de keten, zowel voor, tijdens als na ziekenhuisopname kan leiden tot discontinuïteit van zorg en slechte uitkomst.

Ontslag vanuit tweede lijn naar thuissituatie

De opnameduur is de afgelopen vijftien jaar fors afgenomen waardoor herstel vaker thuis plaatsvindt. Echter is het ontslag nog lang niet altijd goed geregeld. Uit een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg uit 2015 bleken de meeste

ziekenhuizen niet te voldoen aan de eisen rondom een goed ontslag (IGZ, 2015). In Nederland wordt tussen de 7% en 12% van de patiënten binnen dertig dagen heropgenomen (Buurman, 2016). Ook ontbreekt het nog aan goede aansluitende zorg in de eerste lijn of in de instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf door een tekort aan zorgverleners, waaronder hbo-opgeleide verpleegkundigen. Ook maakt de geriatrische benadering nog te weinig onderdeel uit van opleiding van artsen en verpleegkundigen.

DOEL VAN HET ZORGPAD

Wat is het doel (beoogde effect) van het zorgpad?

Het bieden van een handvat om te komen tot verbeterde uitkomsten van zorg door:

- tijdige identificatie van een kwetsbare oudere, waardoor risico op functieverlies en behoefte aan extra zorg eerder wordt vastgesteld en proactief kan worden gehandeld waardoor risicoverlaging kan worden bereikt;
- tijdig en op de juiste wijze vragen naar de wens van de patiënt. Betrokkenheid van mantelzorger respectievelijk eerste contactpersoon/wettelijke vertegenwoordiger bij besluitvorming;
- integrale, multidisciplinaire behandeling (interventie) en zorg tijdens het hele zorgproces;
- regiefunctie benoemen, waarbij duidelijk is wie wanneer en waar verantwoordelijk is voor coördinatie en uitvoering van zorg;
- snelle en goede doorverwijzing in de keten waardoor kans op betere uitkomsten van zorg;
- adequate ontslagbestemming en daarbij passende zorg met goede vervolgbehandeling;
- strategieën die leiden tot een goede overdracht, waarbij de inhoud goed is afgestemd op noodzaak en relevantie en de tijdigheid wordt gegarandeerd.

STATUS VAN HET ZORGPAD

Dit zorgpad is een leidraad, waarin handvatten worden geboden om het zorgproces rond de kwetsbare oudere patiënt te verbeteren of te optimaliseren. Het zorgpad volgt de route van de patiënt, die tijdens dit proces meerdere overleg en beslismomenten tegenkomt, waarbij meerder hulpverleners betrokken zijn. Dit vergt samenwerking, afstemming en vooral goede overdracht tussen de hulpverleners onderling en tussen de verschillende zorginstellingen en organisaties, waarin ook de betrokkenheid van de patiënt geborgd moet zijn. Het zorgpad zelf is geen richtlijn, maar bevat in de procesbeschrijving toepassingen van en verwijzingen naar bestaande richtlijnen en instrumenten. Bij de opzet van het zorgpad zijn procesmatig veel stappen op een vergelijkbare wijze doorlopen als bij de ontwikkeling van een richtlijn. Nieuwe bewijsvoering voor de toepassing van bestaande richtlijnen en instrumenten is niet nagestreefd. De definitie van een leidraad gehanteerd door de Federatie Medisch Specialisten (FMS, 2017) is als volgt:

“Document met aanbevelingen over vaak organisatorische en/of uitvoerende zaken, ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg; het betreft met name procesgeoriënteerde afspraken of adviezen. Veelal niet direct betrekking hebbende op de medische inhoud van de zorg dan wel indicatiestelling van diagnostiek of behandelingsinterventies.”

Zorgketens voor kwetsbare ouderen zijn regionaal ingericht en zijn ook regionaal verschillend. Het Zorgpad is geschreven voor landelijk gebruik, echter zal de keuze voor de te implementeren onderdelen, de nadere uitwerking en de optimalisering regionaal plaatsvinden.

AFBAKENING VAN HET ZORGPAD

Om welke patiëntengroep gaat het?

Het toenemend aantal kwetsbare ouderen dat, mede door hun kwetsbaarheid, met acute of bestaande problematiek naar huisarts en naar het ziekenhuis worden verwezen. Dit gaat gepaard met streven tot ontslag terug naar eigen woonomgeving, dan wel naar een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf.

Het zorgpad kan tevens gebruikt worden voor het bieden van zorg aan kwetsbare patiënten die vroegtijdig symptomen of problemen van veroudering laten zien zoals personen met een verstandelijke beperking of oudere patiënten met een chronische psychiatrische aandoening.

Wat moet bereikt worden?

- Een zorgpad kwetsbare ouderen over de keten en in het ziekenhuis waardoor vroeg-signalering, snelle verwijzing, goede screening en passende interventie mogelijk worden. Met korte opname, het voorkomen van ongewenste heropnames, beperking of voorkomen van functieverlies en complicaties binnen het ziekenhuis en behoud/verbeteren kwaliteit van

- leven tot gevolg;
- triage instrument voor juiste ontslagbestemming en vervolgbehandeling;
 - strategieën voor overdracht in het ziekenhuis en in de keten;
 - wens van de patiënt centraal stellen, zodat niet alleen klinische uitkomstmaten een doorslaggevende rol spelen in de besluitvorming.

BEOOGDE GEBRUIKERS VAN HET ZORGPAD

Dit zorgpad is geschreven voor alle leden van de beroepsgroepen die betrokken zijn bij de zorg voor kwetsbare ouderen zowel in de eerste als tweede lijn en in een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf.

Participanten in de keten - Thuissituatie

In de thuissituatie van de kwetsbare oudere zijn naast de huisartspraktijk (bestaande uit het team van huisarts, assistente, praktijkondersteuner/-verpleegkundig een eventueel praktijkverpleegkundige) doorgaans meer zorgverleners betrokken: vaak de wijkverpleging en (soms) casemanager dementie, maar ook de specialist ouderengeneeskunde, geriatrie verpleegkundige, welzijnsmedewerkers, apotheker en paramedici als fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist en soms de GGZ-ouderenzorg. In spoedsituaties wordt buiten kantooruren vaak het eerst de huisartsenpost ingeschakeld. In de tweede lijn is naast de behandelend specialist idealiter ook de klinisch geriater/internist-ouderengeneeskunde betrokken bij de begeleiding van de kwetsbare oudere. Andere participanten in de tweede lijn zijn onder andere verpleegkundigen, transferverpleegkundige, tweedelijns paramedici, gespecialiseerde GGZ. Daarnaast kunnen zorgverleners op het gebied van welzijn, maatschappelijk werkers, mantelzorgers en vrijwilligers betrokken zijn

DEFINITIES EN BEGRIPPEN

Wat zijn de belangrijkste definities die in het zorgpad gebruikt worden?

Definitie begrip zorgpad. Als uitgangspunt is de definitie gehanteerd door de EUROPEAN PATHWAY ASSOCIATION (<http://e-p-a.org/care-pathways/>). Deze definitie is voor gebruik in dit zorgpad in het Nederlands vertaald en luidt als volgt:

***“Een zorgpad is een complexe interventie voor de gezamenlijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen voor een specifieke groep van patiënten tijdens een bepaalde periode.*”**

Kenmerkende eigenschappen van een zorgpad zijn onder meer:

- een nadrukkelijke beschrijving van de doelen en de belangrijkste onderdelen van de zorg op basis van wetenschappelijk bewijs, best practices, verwachtingen van de patiënten en patiëntkarakteristieken;
- het faciliteren van communicatie tussen patiënten, familieleden en zorgverleners, en tussen zorgverleners onderling;
- coördinatie van het zorgproces door middel van het ordenen van activiteiten van het multidisciplinaire team, patiënten en familieleden;
- documenteren, monitoren en evalueren van uitkomstmaten;
- identificatie van passende middelen.

Het doel van een zorgpad is het verbeteren van de kwaliteit van de zorg over de gehele keten. Dit kan worden bereikt door het vergroten van de veiligheid en tevredenheid van patiënten, het doelmatig inzetten van hulpmiddelen en het verbeteren van patiënt specifieke uitkomstmaten.”

Advance Care Planning

Bespreken van de zorg- en behandelwensen en doelen van de patiënt rondom de laatste levensfase.

Case finding

Opsporingsmethode in het kader van vroege diagnostiek. Zoeken naar risicofactoren of beginnende afwijkingen bij personen die om een andere reden de zorgverlener raadplegen.

Casemanagement

Casemanagement is een samenwerkingsproces waarbij de zorg die door verschillende hulpverleners wordt geleverd op elkaar wordt afgestemd door één centrale hulpverlener, de casemanager. Hierbij wordt rekening gehouden met de wensen en mogelijkheden van de patiënt en zijn familie. Het coördineren van het zorgtraject door één centrale hulpverlener levert uiteindelijk patiëntveiligheid, kwalitatief hoogwaardige, uniforme zorg en eventueel een kostenbesparing op (Hussein, 1999).

Complexe zorg

Complexiteit van zorg kan worden gedefinieerd als de mate waarin verpleegkundigen en verzorgenden in hun werkzaamheden te maken hebben met routines of juist onvoorspelbaarheid. Toenemende complexiteit vraagt om andere competenties (NIVEL, 2007).

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)

Het CGA is een uitgebreid klinisch geriatrisch onderzoek, gedefinieerd als een multidisciplinair onderzoek dat de multipale problemen van een oudere zo veel mogelijk opspoor, beschrijft en verklaart en de capaciteiten en zorgbehoeften van de persoon onderzoekt, om zo te komen tot een gecoördineerd en integraal zorgzorgbehandelplan voor het individu (NVKG, 2010).

Contactpersoon

Contactpersoon is degene met wie de betrokken partijen communiceren, het aanspreekpunt. Dit kan iemand zijn die door patiënt is aangewezen. Het kan iemand zijn die in dienst is van een instelling of organisatie met wie contact kan worden opgenomen bij behoefte aan communicatie of iemand in dienst van een instelling/organisatie via wie de communicatie verloopt.

Indien sprake is van wilsbekwaamheid wordt in overleg met de patiënt besproken wie als contactpersoon kan optreden als patiënt zelf daartoe o.a. fysiek niet in staat is. Dit kan de mantelzorger zijn, maar ook de wettelijke vertegenwoordiger.

Functieverlies

Al dan niet blijvend minder goed in staat zijn om zelfstandig activiteiten te verrichten na een verandering van situatie of na een interventie. Functieverlies wordt geassocieerd met hogere leeftijd, chronische ziekten, multimorbiditeit en beperkingen.

Fysieke beperking

Gemeten functieverlies, waarbij de mate van afhankelijkheid wordt uitgedrukt in een score. Meestal geïnventariseerd op de gebieden: zich wassen, aan en uitkleden, toiletgang, transfers in en uit bed/stoel en eten.

Geriatrische revalidatie

Samenhangend pakket van evaluatie, diagnostische en therapeutische interventies gericht op functieherstel of behoud van functioneren bij ouderen met beperkingen op meerdere domeinen. Het betreft kortdurende zorg op somatische grondslag onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde, in een multidisciplinaire setting (KNMG, 2010).

Geriatrische expertise op SEH

Norm in het Kwaliteitsstandaard Intramurale Spoedzorg (NIV, verwacht 2018):

“Veldnorm: Voor elke geopende SEH is 24/7 binnen een halfuur een medisch specialist met expertise van multimorbiditeit, polyfarmacie en ouderen bereikbaar voor telefonische consultatie. Indien nodig, is de medisch specialist binnen twee uur fysiek aanwezig op de SEH/in het ziekenhuis.”

Geriatricteam

Multidisciplinair ziekenhuisteam waarbinnen de bij geriatrische ziekenhuiszorg betrokken hulpverleners nauw samenwerken, om een geïntegreerd aanbod van geriatrische ziekenhuiszorg tot stand te brengen (KNMG, 2010).

Handreiking Geriatrisch Assessment door de specialist ouderengeneeskunde

De handreiking Geriatrisch Assessment door de specialist ouderengeneeskunde biedt specialisten ouderengeneeskunde handvatten om op een eenduidige, transparante en systematische manier te werken als zij een patiënt onderzoeken tijdens het geriatrisch onderzoek. Het geriatrisch assessment is een multidisciplinair onderzoek waarin aandoeningen en problemen worden geïnventariseerd en gediagnosticeerd. Het geriatrisch assessment resulteert in een zorgbehandelplan of een behandeladvies voor de verwijzer (Verenso, 2014).

Hoog-complexe zorg

Zeer complexe behandeling met een lage mate van voorspelbaarheid van de benodigde kwantitatieve en kwalitatieve inzet en van het beloop, en waarbij interventies continu worden bijgesteld op grond van nadere diagnostiek en observatie, en grote gezondheidsrisico's in het geding zijn (ZINL, 2015).

Instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf

De term verpleeghuis is in dit zorgpad vervangen is door de omschrijving instellingen voor tijdelijk en chronisch verblijf, waaronder GRZ, eerstelijnsverblijf inclusief terminale zorg, en chronische zorg vallen.

Kwetsbaarheid

Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van een opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname en overlijden) (SCP, 2011).

Mantelzorger

Mantelzorgers zorgen langdurig en onbetaald voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis. Mantelzorgers zijn geen beroepsmatige zorgverleners, maar geven zorg omdat zij een persoonlijke band hebben met degene voor wie ze zorgen.

Overdracht

Het overdragen van de verantwoordelijkheden in de behandeling en zorg van een patiënt met als doel de continuïteit van zorg te waarborgen. Een goede overdracht is tijdig, kent duidelijk gedefinieerde verantwoordelijkheden, is compleet en correct (IGZ, 2015).

Palliatieve zorg

Is een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënt en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden door een vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard (WHO, 2012; IKNL, 2017).

Screening

Vroegtijdige opsporing van risicofactoren voor ziekten om ziekten te voorkomen of vroegtijdige opsporing van ziekten om tijdig te kunnen behandelen en verergering van ziekte zoveel mogelijk tegen te gaan.

Shared Decision-making

Gezamenlijke besluitvorming van patiënt en professional ten aanzien van behandelkeuze.

Specialisatie binnen beroepsgroepen

In dit zorgpad wordt op verschillende plaatsen gesproken over bijvoorbeeld een fysiotherapeut, ergotherapeut of psychiater terwijl er binnen deze beroepsgroepen ook mogelijkheden zijn tot verdere specialisatie zoals de geriatriefysiotherapeut, ouderenergotherapeut en ouderensychiater. Er is voor gekozen om de beroepsgroepen zoveel mogelijk in algemene termen aan te duiden.

Vertegenwoordiging bij wilsonbekwaamheid

Er wordt gesproken van wilsonbekwaamheid wanneer iemand niet zelf kan beslissen over noodzakelijke medische behandelingen en daarmee samenhangende verzorging en verpleging. Dit staat in de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO). Volgens de WGBO kunnen de volgende mensen de cliënt vertegenwoordigen (in deze volgorde):

1. Mentor of curator
2. Iemand die schriftelijk is gemachtigd door de cliënt
3. Partner
4. Ouder, kind, broer of zus

Indien sprake is van wilsonbekwaamheid wordt in overleg met de patiënt besproken wie als contactpersoon kan optreden als patiënt zelf daartoe o.a. fysiek niet in staat is. Dit kan de mantelzorger zijn, maar ook de wettelijke vertegenwoordiger.

Zorgzorgbehandelplan

Zorgbehandelplan met gestandaardiseerde indeling. Het bestaat uit een medisch zorgbehandelplan en een zorgzorgbehandelplan waarvan de doelstellingen op elkaar zijn afgestemd. Een belangrijk aandachtspunt wordt gevormd door afspraken over de behandelbeperkingen die gelden voor een bepaalde patiënt (KNMG, 2010).

Afkorting	Toelichting
ACP	Advance Care Planning
EHH	Eerste Hart Hulp
EVV	Eerstverantwoordelijke verzorgende
GZMW	Gezondheidszorg Maatschappelijk Werker
GRZ	Geriatrische revalidatiezorg
HIDHA	Huisarts in dienst van een huisarts
Internist-O	Internist-ouderengeneeskunde
IZP	Individueel Zorgzorgbehandelplan
LSP	Landelijk Schakelpunt
NPO	Nationaal Programma Ouderenzorg
PHV	praktijkverpleegkundige huisartsenzorg
PA	Physician Assistant
POH	Praktijkondersteuning huisartsenzorg
PVK	Praktijkverpleegkundige
MDO	Multidisciplinair overleg
SDM	Shared Decision Making
SEH	Spoedeisende hulp
SEH-VPK	Spoedeisende hulp verpleegkundige
SO	Specialist ouderengeneeskunde
SPV	Sociaalpsychiatrisch verpleegkundige
TZB	Transmurale Zorgbrug
Transfer-VPK	Transfer-verpleegkundige
VPK	Verpleegkundige
VPK-G	Geriatric verpleegkundige
VPK-O	Verpleegkundige-ouderenzorg
VPK-P	Psychiatrie verpleegkundige
VSO	Verpleegkundig specialist ouderenzorg
Wet Bopz	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wvpk	Wijkverpleegkundige
Wlz	Wet langdurige zorg

Literatuur

- Buurman BM, Parlevliet JL, Allore HG, et al. Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients: The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2016 Mar;176(3):302-9.
- FMS. Uniforme terminologie van kennisdocumenten op het gebied van kwaliteit. 2017.
- IGZ. Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd. 2015.
- IKNL/Palliatief. Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. 2017.
- KNMG. Standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. 2010.
- NIVEL. Meninge van verpleegkundigen en verzorgenden over de complexiteit van zorg. 2007.
- NVKG. Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment. 2010.
- Sociaal Cultureel Planbureau. Kwetsbare Ouderen. 2011.
- World Health Organization (WHO). Definition of Palliative Care". Retrieved March 16, 2012.
- Verenso. Geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde. 2014.

Verantwoording

METHODOLOGIE

Geldigheid

Het zorgpad heeft een houdbaarheid van maximaal 5 jaar, uiterlijk in 2023 bepaalt het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) of herziening van het zorgpad noodzakelijk is. De geldigheid van het zorgpad komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

De NVKG is regiehouder en eerstverantwoordelijke op het gebied van de actualiteitsbeoordeling. De andere aan het zorgpad deelnemende wetenschappelijke verenigingen of gebruikers delen de verantwoordelijkheid en informeren de regiehouder over relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied.

Initiatief

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

Autorisatie

Het zorgpad is geautoriseerd door: [aanvullen na autorisatiefase]

Algemene gegevens

De ontwikkeling van het zorgpad is ondersteund door het Kennisinstituut van Medisch Specialisten (kennisinstituut.nl) en is gefinancierd uit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). De financier heeft op geen enkele wijze invloed gehad op de inhoud van het zorgpad tijdens het ontwikkelproces.

SAMENSTELLING WERKGROEP

Voor het ontwikkelen het zorgpad is in 2015 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle relevante specialismen die betrokken zijn bij de zorg voor kwetsbare ouderen.

De werkgroepleden zijn door hun beroepsverenigingen gemandateerd voor deelname.

De werkgroep is verantwoordelijk voor de integrale tekst van dit zorgpad.

- Mw. Drs. M.J.H. Jellesma-Eggenkamp, klinisch geriater n.p., NVKG (voorzitter).
- Dhr. Drs. W.W.A. van Maarschalkerweerd, klinisch geriater, Tergooi Ziekenhuis, NVKG (tot september 2016)
- Mw. Drs. D.C.M. Verheijen, klinisch geriater, Ziekenhuis Gelderse Vallei, NVKG. (vanaf september 2016)
- Mw. M. van Gils – Simons, ergotherapeut, de Wever, Tilburg, Ergotherapie Nederland.
- Mw. Drs. M.H.M. Mulder-Mertens, beleidsadviseur KNGF, Amersfoort, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- Mw. Drs. A.K. Brand, huisarts, Gezondheidscentrum Reigersbos, Amsterdam, Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Mw. Dr. B.C. van Munster, internist-geriater, Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn & UMCG, Groningen, Nederlandse Internisten Vereniging.
- Mw. R. Kranenburg Msc., patiëntvertegenwoordiger, Utrecht. Patiëntenfederatie Nederland.
- Mw. Dr. M. de van der Schueren, senior onderzoeker & lector, VU medisch Centrum & HAN Hogeschool, Nederlandse Vereniging van Diëtisten.
- Mw. N. van der Winden, transferverpleegkundige, IJsselland ziekenhuis, Capelle aan de IJssel, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.
- Mw. Prof. Dr. B.M.E. Buurman – van Es, universitair hoofddocent, AMC, Amsterdam, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.
- Dhr. Drs. A.A. Weinberg, specialist ouderengeneeskunde, Rivas Zorggroep, Gorinchem, Verenso.
- Dhr. Drs. R. Roor, patiëntvertegenwoordiger, 's-Hertogenbosch, KBO-PCOB.

- Dhr. Prof. dr. R.C. Oude Voshaar, hoogleraar ouderenpsychiatrie, UMC Groningen, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Met ondersteuning van:

- Dhr. A.A. Lamberts MSc., adviseur, Kennisinstituut van Medisch Specialisten, Utrecht.

Met dank aan:

- Mw. D. L. Bosch-Arnoldussen MSc., AIOS geriatrie, Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch, NVKG.

BELANGENVERKLARINGEN

De KNMG-Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremeling” is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatie management, kennisvalorisatie) hebben gehad. Een overzicht van de belangen van werkgroepleden en het oordeel over het omgaan met evt. belangen vindt u in Appendix A. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Kennisinstituut van Medisch Specialisten.

INBRENG PATIËNTENPERSPECTIEF

Er is op verschillende manieren aandacht besteed aan het patiëntenperspectief. Onder andere door de afvaardiging van twee patiëntvertegenwoordigers van verschillende patiëntenorganisaties (KBO-PCOB & Patiëntenfederatie Nederland) in de werkgroep. Het concept Zorgpad is tevens voor commentaar voorgelegd aan de KBO-PCOB & de Patiëntenfederatie Nederland.

IMPLEMENTATIE

In de verschillende fasen van de ontwikkeling is rekening gehouden met de implementeerbaarheid van het zorgpad en de praktische uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is uitdrukkelijk gelet op factoren die de invoering van het Zorgpad in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren.

WERKWIJZE

Knelpuntenanalyse

Tijdens de voorbereidende fase inventariseerden de voorzitter van de werkgroep en de adviseur de knelpunten. Tevens zijn er knelpunten aangedragen door verschillende veldpartijen via een invitational conference.

Ontwikkeling Zorgpad

Voor verschillende situaties in de zorg voor kwetsbare ouderen is stapsgewijs beschreven welke acties en dienen plaats te vinden en welke besluiten er moeten worden genomen. De acties en keuzes die zijn gemaakt in het zorgpad zijn waar mogelijk onderbouwd in de achtergrondhoofdstukken. In deze hoofdstukken is de redenering van de werkgroep uitgewerkt en wordt waar relevant verwezen naar (inter)nationale literatuur. De werkgroep heeft getracht transparant aan te geven voor welke onderdelen van het zorgpad evidence beschikbaar is en welke, vaak logistieke, aspecten gebaseerd zijn op expert opinion. Zowel de formats als de achtergrondteksten zijn meerdere malen plenair en telefonisch met de multidisciplinaire werkgroep besproken om te verzekeren dat de vertegenwoordigers van alle participerende organisaties zich konden vinden in de tekst.

Commentaar- en autorisatiefase

Als aftrap van de commentaarfase is er een invitational conference georganiseerd om het concept zorgpad te bespreken. De input van deze bijeenkomst is vervolgens verwerkt om daarna het aangepaste concept zorgpad te commentaar aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen en (patiënt) organisaties voor te leggen. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd het concept zorgpad aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. Het definitieve zorgpad wordt aan de deelnemende (wetenschappelijke) verenigingen en (patiënt) organisaties voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd dan wel geaccordeerd.

Literatuur

Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development,

reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449. Epub 2010 Jul 5. Review. PubMed PMID: 20603348.

Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 (2012). Adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. http://richtlijndatabase.nl/over_deze_site/over_richtlijnontwikkeling.html

Schünemann H, Broek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html.

Schünemann HJ, Oxman AD, Brozek J, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. BMJ. 2008;336(7653):1106-10. doi: 10.1136/bmj.39500.677199.AE. Erratum in: BMJ. 2008;336(7654). doi: 10.1136/bmj.a139. PubMed PMID: 18483053.

Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen: stappenplan. Kennisinstituut van Medisch Specialisten.

01 Oudere met complexe problematiek in de thuissituatie

INLEIDING

In dit hoofdstuk, welke met name toegespitst is op de vraag hoe de kwetsbare oudere veilig en zonder functieverlies vanuit de thuissituatie een noodzakelijke opname in ziekenhuis of instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf doorstaat, worden zoveel mogelijk de aanbevelingen van het NHG gevolgd, zoals beschreven in het boek protocollaire ouderenzorg (NHG, 2015). Verdere uitwerking van de diverse strategieën met betrekking tot screening en interventies kan ook in dit boek teruggevonden worden. Protocollen en bijlagen uit het boek zijn te raadplegen op de website www.protocollaireouderenzorg.nl. In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan voor interventies en beslismomenten in de eerste lijn.

VISIE

De visie op de toekomst van de ouderenzorg is door het NHG in samenwerking met Laego vastgelegd in het document Visie op de Eerstelijns Geneeskunde voor Ouderen uit 2014 en wordt mede onderschreven door KNMG en LHV (Laego, 2014a). In 2017 is de meer uitgebreide visie Huisartsgeneeskunde voor ouderen van NHG/LHV/Laego/InEen verschenen (Laego, 2017). Samenvattend: Er zijn veel redenen om toe te werken naar een systeem van lokale, persoonsgerichte, passende, proactieve en samenhangende zorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen. Persoonsgerichte zorg stelt de oudere centraal en is gericht op gezamenlijke besluitvorming en waar mogelijk zelfmanagement. Omdat bij ouderen met multimorbiditeit en complexe problematiek de kwaliteit van leven voorop staat en deze veelal bepaald wordt door zelfredzaamheid en sociale participatie, werken huisartsen, praktijk- en/of wijkverpleegkundigen, paramedici, welzijnswerkers, maatschappelijk werk en overige hulpverleners uit het psychosociale domein nauw samen (LESA kwetsbare ouderen, 2017). Door de toenemende complexiteit van zorg bij deze groep is samenwerking met het maken van afspraken ten aanzien van taakverdeling, adequate verslaglegging en informatie-uitwisseling noodzakelijk. De medische zorg wordt idealiter geleverd vanuit een netwerk, waarin huisartsen samen met wijkverpleging het kernteam vormen dat samenwerkt met apothekers, paramedici, WMO-consulenten, casemanagers, specialisten ouderengeneeskunde en andere hulpverleners. Hierbij is het belangrijk dat de verschillende disciplines elkaars expertise goed (leren) kennen en hier gebruik van maken. Waar mogelijk en wenselijk wordt gestreefd naar substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn. De ondersteuning wordt waar mogelijk geleverd door de eigen omgeving van de oudere (mantelzorg), aangevuld met vrijwilligers uit buurtcentra en andere welzijnsvoorzieningen. De ontwikkelingen op het gebied van domotica (automatisering van processen in huis met behulp van elektronica) kunnen de veiligheid en zelfredzaamheid vergroten. Evenzo kan in de toekomst digitale gegevensuitwisseling door elke beroepsgroep vanuit de XIS plaatsvinden en kunnen patiënten in hun eigen dossier de benodigde informatie verzamelen. Als de lijnen kort zijn kunnen signalen adequaat doorgegeven worden en kunnen er tijdig preventieve acties worden ondernomen, met inachtneming van de privacy en respect voor eigen keuzes van ouderen.

PASSENDE ZORG THUIS VRAAGT OM SAMENWERKING ZORG EN SOCIAAL DOMEIN

Een individuele benadering is een uitgangspunt bij de passende zorg voor kwetsbare ouderen. Voor de patiënt is het belangrijk dat zorgverleners aansluiten bij de waarden en doelen die een oudere persoon zelf heeft, en dat (zorg)professionals rekening houden met de sociale situatie waarin de betreffende persoon zich bevindt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het begrip positieve gezondheid (Huber, 2011). Het streven is de juiste professional met de juiste expertise op de juiste plek op het juiste moment in te zetten. De problemen van kwetsbare ouderen hebben betrekking op verschillende terreinen tegelijkertijd. De zorgcomplexiteit wordt onder andere bepaald door ziekten en aandoeningen. De complexiteit van de persoonlijke (leef)omstandigheden kan opgemaakt worden uit de zelfredzaamheid, het regievermogen van iemand en de mate waarin het sociale netwerk kan ondersteunen. Heeft iemand een zwak netwerk, of zijn er bijvoorbeeld schulden? Dan is de complexiteit van de persoonlijke (leef)omstandigheden hoog. Multidisciplinair samenwerken in de zorg voor kwetsbare ouderen zou daarom het uitgangspunt moeten zijn. Iedere discipline draagt vanuit zijn eigen professie en deskundigheid bij aan de zorg voor kwetsbare ouderen.

OPSPOREN VAN KWETSBARE OUDEREN EN PROBLEEMANALYSE IN DE HUISARTSPRAKTIJK

Zorgverleners in de eerste lijn hebben een belangrijke signaleringsfunctie als het om kwetsbare ouderen gaat. Huisartsen hebben vaak een goede inschatting van welke patiënten kwetsbaar zouden kunnen zijn. Er zijn veel initiatieven om vroeg-signalering van kwetsbaarheid te realiseren. Routinematig screenen van ouderen vanaf een bepaalde leeftijd is niet zinvol gebleken als het gaat om voorkomen/ verminderen van ziekte en sterven (LESA, 2017). Men onderzoekt nog volop voor welke groepen en vanaf welke leeftijd screening op risicofactoren voor kwetsbaarheid zinvol is. Kwetsbaarheid is iets wat geleidelijk ontstaat, functies gaan langzaam achteruit. Ouderen kunnen ook minder kwetsbaar worden door herstel of na verwerking van life events. Maar ouderen zelf en huisartsen onderkennen de achteruitgang en kwetsbaarheid vaak niet als een zorgvraag. De gangbare huisartsenzorg lijkt niet toereikend te zijn om achteruitgang in gezondheid en functies tijdig te signaleren en waar mogelijk te voorkomen. Er is een pro-actiever benadering nodig. Positieve uitkomsten van proactieve ouderenzorg in het algemeen zijn niet wetenschappelijk aangetoond, hoewel uitkomsten van verschillende onderzoeken in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) een duidelijke tevredenheid laten zien van patiënten en mantelzorgers. Wel is middels de FIT-studie aangetoond dat bij een proactief beleid functieverlies bij kwetsbare patiënten die opgenomen zijn in een ziekenhuis voorkomen of beperkt kan worden (Suijker, 2012). Een geplande aanstaande ziekenhuisopname is een uitgelezen gelegenheid om de eventuele kwetsbaarheid van een oudere na te gaan en anticiperende maatregelen te nemen. Daarom is dit een groep die de huisarts zo goed mogelijk in beeld moet hebben, om anticiperend te kunnen handelen.

Er zijn verschillende manieren om vast te stellen wie mogelijk kwetsbare ouderen in de huisartspraktijk zijn. Met name case finding is een methode die de stepped care methodiek inzet zodra er signalen zijn van kwetsbaarheid. Met behulp van een korte vragenlijst (zie voor voorbeelden bijlage 1.1) wordt bekeken of een oudere in aanmerking komt voor meer uitgebreide (gestructureerd, anticiperend) zorg. Komt de score van de vragenlijst boven een bepaalde grenswaarde, dan is er een grote kans op kwetsbaarheid en is een uitgebreider geriatrisch assessment nodig (bijlage 1.2). Komen hierbij problemen boven tafel, dan kan aanvullend onderzoek volgen door eventueel andere disciplines en kunnen zo nodig maatregelen genomen worden. Iedereen die bij de oudere betrokken is kan een signaal over mogelijke kwetsbaarheid doorgeven aan het kern-team. Voordeel van deze methode is dat signalen van kwetsbaarheid direct worden opgepakt, het hele jaar door. Nadeel is dat zorgmijders minder goed zichtbaar zijn. De methode leent zich goed om de kwetsbaarheid te inventariseren van een oudere die opgenomen gaat worden in het ziekenhuis.

Bij **selectieve screening** wordt actief gezocht naar kenmerken die een groter risico op kwetsbaarheid met zich meebrengen. De huisarts kan bv samen met de POH jaarlijks de lijst van patiënten boven een bepaalde leeftijd in gedachten doornemen en bij verdenking op kwetsbaarheid gericht aandacht aan deze mensen besteden en zo nodig verder onderzoek (laten) doen. Ook kunnen hiervoor kunnen gegevens uit het HIS of KIS gebruikt worden, zoals medische voorgeschiedenis, polyfarmacie en de mate van contact met de praktijk. Voordeel: Uit het HIS komt 'automatisch' naar voren wie mogelijk kwetsbaar is; zorgmijders en cognitieve stoornissen worden makkelijker gesignaleerd. Nadelen: kwetsbare ouderen die niet aan de zoekcriteria voldoen worden niet gevonden, een goede registratie is vereist en de methode is arbeidsintensief. Ook hier wordt met een korte vragenlijst (bijlage 1.1) de kans op kwetsbaarheid ingeschat en zo nodig uitgebreid met een uitgebreider assessment.

Bij **screening op basis van leeftijd**, momenteel door veel gemeenten gehanteerd, worden alle ouderen boven een bepaalde leeftijd benaderd met de vraag of zij bezocht willen worden door een ouderen - maatschappelijk werker. Deze screent systematisch op verschillende functiedomeinen en bekijkt of actie nodig is. Nadeel hierbij is dat een grote groep benaderd moet worden, waarvan maar een klein deel kwetsbaar is. Het systeem speelt niet in op acute kwetsbaarheid en de screening is afhankelijk van de respons. Deze vorm van screening wordt niet aanbevolen in de huisarts praktijk.

Zie bijlagen 1.1 en 1.2 voor een samenvatting van de korte vragenlijst en instrumenten voor een uitgebreider assessment. De gekozen methode sluit aan bij instrumenten die door het lokale geriatrienetwerk al gebruikt worden, kent afstemming tussen betrokken disciplines en is handzaam in het gebruik. Een wijkverpleegkundige of een praktijkverpleegkundige (bij voorkeur met specialisatie ouderenzorg) kan de vragenlijsten afnemen.

Een uitgebreid geriatrisch assessment is arbeidsintensief. Men kan ervoor kiezen alleen te inventariseren bij ouderen met complexe problematiek.

PERSOONSGERICHTE ZORG EN ADVANCE CARE PLANNING

Met de gebruikelijke ziektegerichte benadering komt men bij patiënten met multimorbiditeit en complexe problematiek niet uit. Bij hen is des te meer zorg op maat nodig, waarbij de oudere zelf zoveel mogelijk zijn doelen bepaalt. Proactieve zorg en behandeling moet geleverd worden uitgaande van mogelijkheden en wensen van de oudere zelf. Hierbij is ook anticiperen op de zorg rond het levenseinde van belang. Een richtlijn voor deze Advance Care planning is te vinden in een door NHG en Verenso en V&VN uitgebrachte LESA anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen (van Delden, 2013), er is tevens een toolkit beschikbaar (Laego, 2017). Bij een life event als opname in een ziekenhuis is het van belang dat de wensen van de patiënt goed vastgelegd zijn en overgedragen worden aan zorgverleners in de tweede lijn.

ELEMENTEN VAN EEN GOEDE HIS-REGISTRATIE EN OVERDRACHT IN DE KETEN

Na het in beeld en in kaart brengen van de kwetsbare oudere en diens specifieke problemen, wensen met betrekking tot behandeling en met betrekking tot het levenseinde, dienen deze vindbaar in het HIS te worden geregistreerd. Bij registratie van ouderenzorg in het HIS zijn nog enkele knelpunten aan te wijzen. Zo past het vastleggen van preventieve geneeskunde nog niet goed in de huidige structuur van episodegericht registreren, zaken als ouderenzorg en polyfarmacie doorkruisen alle bestaande ziekte episodes en de ICPC-codering is gemaakt voor klachten en ziektes; voor ouderenzorg bestaan geen ICPC-ingangen. Ter ondersteuning van adequate registratie heeft het NHG registratieprotocollen ontwikkeld voor kwetsbare ouderen waarin specifiek te gebruiken ICPC-codes en episodens gemeld staan (<https://www.nhg.org/themas/publicaties/icpc-online>).

Doelen, acties en afspraken kunnen bij de complexe kwetsbare ouderen, waarbij meerdere hulpverleners betrokken zijn, worden vastgelegd in een individueel zorgzorgbehandelplan (IZP, bijvoorbeeld SFMPC-model) voor meer informatie zie website NHG (NHG, 2017). Het is voor de patiënt en zorgverleners van belang dat er maximaal één zorgbehandelplan per patiënt is.

Bij kwetsbare ouderen bevat het dossier:

- de standaard patiëntgegevens (NAW, journaal, probleemlijst en medische voorgeschiedenis, actueel medicatie overzicht, meetwaarden, intoleranties en contra-indicaties). Hierbij is de medicatie geoptimaliseerd door middel van periodieke polyfarmacie bespreking in samenwerking met de apotheker;
- een contactpersoon van de oudere;
- gegevens van de betrokken hulpverleners;
- wensen met betrekking tot eventuele behandelbeperking en levenseinde;
- een eventueel zorgzorgbehandelplan.

Deze gegevens worden bij opname van patiënt in ziekenhuis of in instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf zo spoedig mogelijk (uiterlijk de eerste werkdag na opname) overgedragen aan de behandelend medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde. Naast bovengenoemde zaken is op indicatie informatie nodig betreffende cognitieve stoornissen, functionele klachten/ ADL en het sociaal netwerk van de oudere. Zo mogelijk is patiënt (na toestemming) aangesloten op het Landelijk Schakelpunt (LSP), waardoor het medisch dossier door behandelend artsen kan worden ingezien. Als voorzien wordt dat een oudere met complexe problematiek medische hulp nodig kan hebben buiten kantooruren wordt een overdracht naar de Huisartsenpost en, indien betrokken, de thuiszorg gemaakt; bij belangrijke veranderingen in de toestand van patiënt volgt een update.

Op de dag van ontslag wordt informatie over de opname, inclusief eventuele bevindingen van geriatrisch onderzoek, zorgzorgbehandelplan en geadviseerd beleid naar de huisarts verstuurd. Het verdient de voorkeur dat de huisarts de benodigde informatie ontvangt voordat de patiënt ontslagen is uit het ziekenhuis. Wanneer snel vervolcontact nodig is dient op de dag van ontslag telefonisch contact met huisarts of verpleegkundige-ouderenzorg (VPK-O) gepland worden. Voor meer informatie aangaande de overdracht zie de HASP-richtlijn (NHG, 2017).

OUDEREN MET VERWARD GEDRAG

Deze groep kan worden onderverdeeld in ouderen die bekend zijn met verward gedrag en de groep ouderen met een plots optredende verwardheid in de thuissituatie, waarbij de oorzaak onbekend is (NHG, 2014; NHG, 2015).

Bij ouderen met een bekend verward gedrag, die nog thuis wonen, betreft het bijvoorbeeld dementie met hallucinaties of achterdocht of depressie met psychotische kenmerken. Vaak worden zij behandeld in samenwerking met de ouderenpsychi-

ater, specialist ouderengeneeskunde (SO) of geriater en een ambulant team. Er is meestal veel ondersteuning nodig, soms een speciale casemanager en een beschermde woonvorm. Het is voor de huisarts belangrijk een individueel zorgzorgbehandelplan op te stellen, waarbij de doelen als handhaven van veiligheid thuis en ondersteuning van de zelfredzaamheid, evenals de behandelwensen en – grenzen zijn geborgd.

De ouderen met plotseling optredende verwardheid vergen een acute aanpak. Het stelt de huisarts voor een diagnostische uitdaging, maar ook voor een directe noodzaak tot interventie. Er is meestal sprake van een delier, een ernstig spoedeisend beeld, dat wordt uitgelokt door één of meerdere somatische stoornissen. Primair is de actie gericht op de zorg voor veiligheid van patiënt en zijn omgeving. Daarbij staan onderzoek naar en behandeling van de oorzaken centraal in de aanpak.

Onderzoek vindt bij voorkeur plaats door huisarts en/of verpleegkundige ouderenzorg in de thuissituatie. Afhankelijk van de mate van ziekzijn en onrust is dit haalbaar, vaak in samenwerking met SO. Bij een veilige situatie, voldoende draagkracht van mantelzorger en voldoende inzet van ondersteuning en een behandelbare oorzaak van een mild delier is behandeling thuis mogelijk. Het vereist wel een dagelijkse monitoring en evaluatie. Ook biedt een goede samenwerking met thuiszorgaanbieders en een geriatrieteam een grotere kans van slagen. Ook kan opvang in een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf mogelijk zijn mits veiligheid kan worden gewaarborgd.

Bij een ernstig delier met agressief gedrag en verdenking ernstige onderliggende aandoening kan patiënt moeten worden opgenomen, afhankelijk van eerder vastgestelde behandelwensen. Aanvullend onderzoek kan via SEH plaatsvinden. Afhankelijk van de bevindingen wordt de patiënt daarna opgenomen in een algemeen ziekenhuis (afdeling geriatrie of ouderengeneeskunde), instellingen voor tijdelijk en chronisch verblijf of zorgsetting met 24 uur zorg in de nabijheid. Ook hier is een goede crisisregeling noodzakelijk om onnodig of onwenselijk verblijf in het ziekenhuis te vermijden. De wens van patiënt en mantelzorger is hierbij van groot belang.

Wie doet wat en mogelijkheden in de regio

In de thuissituatie ligt de regie voor de medische zorg bij de huisarts, of in sommige situaties, bij de specialist ouderengeneeskunde. Zorgcoördinatie kan gedelegeerd zijn aan POH/PVK of wijkverpleegkundige; bij complexe problematiek kan dit een casemanager zijn. Het streven is dat de oudere, met hulp van een event mantelzorger, hierbij zoveel mogelijk zelf de regie over het eigen leven voert; beslissingen met betrekking tot behandeling worden, na informeren en bespreken van de mogelijkheden, door arts en patiënt samen genomen (shared decision making).

Bij het bieden van passende zorg is het sociale domein belangrijk. Hiervoor kan een sociaal werker of ouderenadviseur worden ingeschakeld. De sociaal werker/Gezondheidszorg Maatschappelijk Werker (GZMW) biedt in samenwerking met andere professionals uit het wijknetwerk (zoals huisartsen en wijkverpleegkundigen) begeleiding en ondersteuning bij problemen met wonen, zorg en welzijn). Met name de GZMW heeft de expertise om patiënten in hun sociale context te begeleiden bij veranderingen in hun gezondheid en de psychosociale gevolgen van deze veranderingen. De sociaal werker/GZMW geeft onder andere informatie en advies over huisvesting, financiële regelingen, maaltijdvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en activiteiten, signaleert toenemende eenzaamheid en bemiddelt bij het verkrijgen van de hulp en diensten die het beste bij de oudere patiënt passen. De sociaal werker/GZMW werkt preventief en signaleert vroegtijdig kwetsbaarheid bij thuiswonende ouderen. Ze heeft ook aandacht voor eenzaamheid en brengt samen met de oudere het netwerk in kaart zodat men samen oplossingen kan zoeken. Zij ondersteunt, stemt af, werkt samen met mantelzorgers en kan vrijwilligers inzetten. De sociaal werker/GZMW werkt niet alleen vraaggericht maar kan ook actief contact leggen met de ouderen, waardoor ook zorgmijders in beeld komen.

Mogelijke interventies en beslismomenten

Zoals boven besproken zijn dit in ieder geval:

- vaststellen van de wensen van patiënt op gebied van behandeling en levenseinde;
- vaststellen van kwetsbaarheid;
- vaststellen contactpersoon;
- anticiperend individueel zorgzorgbehandelplan opstellen, waarin de wensen met betrekking tot behandelen/niet behandelen en levenseinde zijn opgenomen. Belangrijke informatie is hierbij zoveel mogelijk beschikbaar via LSP;
- bij verwachte mogelijke spoedsituaties zorgt de huisarts voor een overdracht naar de HAP;
- als door een incident of intercurrente ziekte of door een voortschrijdende aandoening patiënt niet verantwoord thuis behandeld of verzorgd kan worden: in samenspraak met patiënt en mantelzorg bepalen welke zorg nodig is: diagnos-

- tisch/curatief/ verzorging/ revaliderend en waar deze zorg het best geleverd kan worden;
- tijdige en goede overdracht van huisarts naar huisartsenpost, van eerste naar tweede en van tweede naar eerste lijn (overdracht in de keten);
 - tijdige en volledige medicatie overdracht van apotheek naar ziekenhuis of instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf bij opname en van ziekenhuis of instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf naar thuis apotheek bij ontslag uit de zorginstelling.
 - een verpleegkundige die rond de opname zowel in het ziekenhuis als in de thuissituatie de kwetsbare oudere en eventuele mantelzorger begeleidt (FIT-studie, transmurale zorgbrug);
 - bij patiënten die acuut worden opgenomen en nog niet als kwetsbaar in beeld zijn kan tijdens de ziekenhuisopname/opname in instellingen voor tijdelijk en chronisch verblijf screening plaatsvinden. Bij vermoeden van kwetsbaarheid kan een uitgebreider geriatrisch onderzoek plaatsvinden en kan een zorgzorgbehandelplan gemaakt worden gericht op voorkomen van functieverlies;
 - tijdige aankondiging van ontslag bij patiënt en familie, met ontslaggesprek, en bij huisarts en wijkverpleging, eventueel andere betrokken hulpverleners en apotheek;
 - tijdig opstarten van thuiszorg;
 - overleg tussen huisarts en de tweede lijn voordat patiënt weer naar huis komt. Als de stap van ziekenhuis naar huis nog te groot is: de mogelijkheid van GRZ in instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf;
 - na thuiskomst: begeleiding door verpleegkundige, bijvoorbeeld volgens model transmurale zorgbrug.

Literatuur

- Van Delden JJ, De Ruiter CM, Van der Endt RP, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen. *Huisarts Wet* 2013;56(4):S1-7.
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011 Jul 26;343:d4163.
- Laego. Visie op de Eerstelijns Geneeskunde voor Ouderen. 2014.
- Laego. Visie huisartsenzorg voor ouderen. 2017.
- Laego. Toolkit advance care planning met betrekking tot het levenseinde. 2017.
- LESA. Verlee E, Van der Sande R, Abel R, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen. *Huisarts Wet* 2017;60(6):S1-S12.
- NHG. <https://www.nhg.org/actueel/dossiers/dossier-individueel-zorgzorgbehandelplan>
- NHG. NHG-standaard Delier. 2014
- NHG. Protocollaire Ouderenzorg. 2015
- NHG/FMS. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist bij verwijzingen. (HASP). 2017
- Suijker JJ, Buurman BM, ter Riet G, et al. Comprehensive geriatric assessment, multifactorial interventions and nurse-led care coordination to prevent functional decline in community-dwelling older persons: protocol of a cluster randomized trial. *BMC Health Serv Res*. 2012 Apr 1;12:85.

BIJLAGE 1.1 OVERZICHT VRAGENLIJSTEN BIJ HOOFDSTUK 1

Instrument	K/A*	Min	Voordeel	Opmerking	Oorsprong en validiteit
TraZAG	K/A	15-90	Korte startlijst (15 min) Aansluitende uitgebreide assessment	Veel gebruikt in de praktijk Complete inventarisatie 1,5 uur	Maastricht; niet gevalideerd
EasyCare	K/A	15-120	Korte startlijst EasyCareTOS Aansluitende uitgebreide assessment	Veel gebruikt (wetenschappelijk), ook welzijn Kosten: voor opleiding Complete assessment 2 uur	Nijmegen; gevalideerd
Share-FI	K	10	Zeer korte test met 5 vragen Geschikt voor screening	Relatief onbekend, maar handig Uitkomst ook pre-frail Kosten: aanschaf knijpkrachtmeter	Canada; gevalideerd
GFI	K	15-20	Korte handzame lijst (15 vragen)	Geen vervolg, alleen kwetsbaarheid Vaak in combinatie met Intermed en welbevindenlijst	Groningen; gevalideerd
TFI	K	45	Ontwikkeld in de eerste lijn	Speciaal ontwikkeld in de eerste lijn Zelfmanagement vragen	Tilburg; niet gevalideerd
UCARE	K/A	120	Patiëntgerichte vragenlijst Vragenlijst sluit aan op toolkit UCare	GFI, Intermed en welbevinden Complete assessment 2 uur	Utrecht en Groningen; gevalideerd
ISAR-PC	K	10	Eerste lijn/transmurale versie Korte lijst, 3 vragen	Gecombineerd met CGA	Leiden/AMC; gevalideerd
CGA	A	120	Eerste lijn/transmuraal	Volledige inventarisatie met transmurale overdracht	Amsterdam
RAI	A	90	Sluit aan bij SFMPC-model en zorgzorgbehandelplan	Inventarisatielijst bewoners verzorgingshuizen Kosten aan verbonden	Gevalideerd, West Friesland eerstelijns variant
PRISMA7	K	15	Korte lijst met 7 vragen	Alleen aantonen	VU Amsterdam gevalideerd
ORION	K/A	45	Ontwikkeld in de eerste lijn, minder lang	Nieuw, praktisch, relatief weinig ervaring mee	Midden Brabant, niet gevalideerd
Digitaal					
UPRIM**	A	-	Digitaal programma	Polyfarmacie, multimorbiditeit en consultation gap uit het HIS gehaald	Utrecht
<p>* K =instrument "korte vragenlijst" kwetsbaarheid A =Uitgebreid Assessment ** UPRIM is niet openbaar beschikbaar. Meer informatie vindt u op de website van Netwerk</p>					

BIJLAGE 1.2 INSTRUMENTEN VOOR UITGEBREID ASSESSMENT BIJ HOOFDSTUK 1

Instrument	Basis	Inhoud	Kenmerk	Intra- of extramuraal	Plaats
TraZag	Quattro-model	Zorgsituatie en zorgbehoefte	Patiënt centraal	Huisartsenpraktijk	Maastricht
EasyCare	Gewogen oordeel huisarts	Gezondheid, wonen en welzijn	LEAD: luisteren, easycare instrument, afstemmen en doelen	Huisartsenpraktijk	Nijmegen
UCARE	Intermed-SE/GWI	Complexiteit zorg, lichamelijk, psychisch, sociaal en zorgbehoefte, welbevinden	Oudere stelt zelf prioriteiten	Huisartsenpraktijk	Utrecht, Groningen
CGA	Defence model	Screenen, geriatrische anamnese en geriatrische interventies	Wordt ook gebruikt voor transmurale zorgbrug	Intramuraal	Amsterdam
RAI	RAI-HC	Gezondheidsrisico en zelfredzaamheid	Vervangt gebruikelijke losse vragenlijsten	In de wijk of verzorgingshuis	Verenigde Staten / West-Friesland
(G)OUD	75+, thuiswonend; TraZag verdiept	Lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren	Proactieve zorg	Huisartsenpraktijk	Maastricht

02 Kwetsbare oudere op de SEH en in het ziekenhuis

2a Kwetsbare ouderen op de SEH of spoedpolikliniek

Inleiding

Ongeveer 50% van de ziekenhuisopnames van ouderen is acuut. Op de SEH is een op de drie patiënten 80+ en een op de vier patiënten 65-80 jaar; dit is op de Eerste Hart Hulp (EHH) nog hoger (CBS, 2014). In 2016 wordt er een toename gezien in het aantal met spoed gepresenteerde 65+ers op de spoedzorg van het ziekenhuis (Fluent, 2017). In een onderzoek bij 43 ziekenhuizen was de toename ten opzichte van 2015 in eenzelfde periode +16%. Ten opzichte van 2012 is de gemiddelde toename in 2016 ook 16%. Deze groei gaat verder dan op basis van demografie verwacht mag worden. In deze toegenomen (acute zorg) stroom naar de ziekenhuizen zijn grofweg twee hoofdstromingen te zien:

- 1) ontstane letsels en complicaties
- 2) toename van acuut ingezonden patiënten uit de kwetsbare groep ter observatie.

De toename van het aantal acute zorgvragen kent meerdere oorzaken. De transitie naar langdurige zorg en toename van multimorbiditeit, vooral in laatste levensjaren, gecombineerd met geriatrische syndromen leidt tot een groter aantal kwetsbare ouderen. Daarbij ontstaat een verhoogd risico op ziekenhuisopname. Een ander punt is de overbelasting van de mantelzorger die bij toenemende zorgvraag en complexiteit eerder leidt tot escalatie. Verder sluiten de opvangmogelijkheden in de eerste lijn niet altijd aan bij acute noodzaak in avond en weekend. De problematiek van ouderen op SEH is complex door de combinatie van somatische, psychische, cognitieve, sociale en functionele problemen, door acute problematiek bij bestaande comorbiditeit, door polyfarmacie en door vaak een atypische presentatie. Vaak is er sprake van onderschatting van urgentie bij het huidige triage systeem, wat kan leiden tot langer verblijf op SEH en overmatige diagnostiek (AZO, 2015). De problematiek van de patiënt wordt vaak onvoldoende herkend en onderschat door beperkte deskundigheid op SEH. Dit leidt tot onnodige herbezoeken op SEH (Samaras, 2010; Golüke, 2015). Een zorgpad met aangepaste werkwijze op de SEH kan leiden tot eerdere herkenning van kwetsbare oudere, snellere probleemanalyse met beperkte diagnostiek, aanwezige of beschikbare geriatrische deskundigheid, zinvolle interventies gericht op behoud van functioneren en kwaliteit van leven en snelle doorplaatsing naar de juiste vervolghulpverlener(s). De kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid en effectiviteit in acute zorg voor ouderen kan hierdoor verbeteren.

OPSPOREN VAN KWETSBARE OUDEREN

Screeningsinstrumenten voor het vaststellen van risico op kwetsbaarheid bij ouderen op de spoedeisende hulp blijken een beperkte voorspellende waarde te hebben. (Carpenter, 2015). Ze blijken niet goed te differentiëren tussen personen met een hoog of laag risico. Screeningsinstrumenten die op de verpleegafdeling worden gebruikt (bijvoorbeeld ISAR-HP, VMS-bundel kwetsbare ouderen) worden soms toegepast op SEH's, waarvan de ISAR-HP inmiddels is gevalideerd voor toepassing op de SEH. Als leeftijdsgrens wordt vaak 70 jaar of ouder genomen. Onderzoekers van het LUMC en het Alrijne Ziekenhuis hebben een screeningsinstrument ontwikkeld om het risico op functionele achteruitgang en mortaliteit te kunnen inschatten op de SEH. Dit instrument is momenteel beschikbaar via een app met als doel uiteindelijk geïntegreerd te kunnen worden in de ziekenhuissystemen (www.apop.eu) (de Gelder, 2016). Pijn is een risicofactor, maar wordt bij dementie niet altijd herkend. De pijnscore wordt dan afgenomen door middel van de PACSLAC-D, pijn bij patiënten zonder dementie kan met een VAS worden afgenomen. Adequate pijnstilling is belangrijk.

Geadviseerd wordt om bij triage op de SEH niet alleen te kijken naar het acute probleem, maar ook naar factoren, zoals hoge leeftijd, meerdere chronische ziekten, polyfarmacie, communicatieproblemen, cognitieve problemen, die wijzen op kwetsbaarheid en de urgentie verhogen. Zorg ervoor dat de wachttijd in de wachtkamer zo kort mogelijk is. Ook screening op (mogelijke) ouderen mishandeling hoort bij het opsporen van kwetsbaarheid (NVKG, verwacht 2018).

VERPLEEGKUNDIG ZORGPROCES OP DE SEH

De verpleegkundige doet meestal de triage, de screening op kwetsbaarheid en pijnscore en let op signalen van mogelijke ouderenmishandeling. Wanneer er sprake is van een kwetsbare oudere, wordt dit kenbaar gemaakt aan de arts. Afhankelijk van de lokale situatie is dit een SEH-arts, arts(assistent) van een bepaald specialisme, geriater of internist ouderengeneeskunde. De mantelzorger wordt actief betrokken bij de screening, de anamnese en de zorg voor de patiënt. Er wordt gelet op gebruik van hulpmiddelen zoals bril, gehoorapparaat en kunstgebit. Indien patiënt dit mag wordt er iets te drinken en eventueel te eten aan patiënt aangeboden. Het is belangrijk dat patiënt en mantelzorger tijdig worden geïnformeerd over welke stappen er volgen op de SEH.

MEDISCH PROCES OP DE SEH

De arts die de oudere onderzoekt kijkt niet alleen naar het acute probleem, maar let ook op bijkomende multimorbiditeit, polyfarmacie. Het is belangrijk een indruk te krijgen over de mobiliteit, cognitie, zelfredzaamheid en sociale situatie. Als dit niet uit de anamnese kan worden verkregen, is een aanvullende heteroanamnese belangrijk.

Wanneer de problemen duidelijk zijn volgt overleg met de oudere en/of mantelzorger over zijn/haar wensen, doelen en verwachtingen van een ziekenhuisopname en of een ziekenhuisbehandeling hieraan kan bijdragen. Het is ook wenselijk dat het reanimatiebeleid en een eventuele wilsbeschikking aan de orde komen en kunnen worden vastgelegd.

Bij geriatrische problemen wordt bij voorkeur de geriater of internist ouderengeneeskunde in consult gevraagd. Ook de specialist ouderengeneeskunde kan worden geconsulteerd. Hiervoor wordt verwezen naar de veldnorm zoals beschreven in de Kwaliteitsstandaard Intramurale Spoedzorg (NIV, verwacht 2018), deze norm is:

“Veldnorm: Voor elke geopende SEH is 24/7 binnen een halfuur een medisch specialist met expertise van multimorbiditeit, polyfarmacie en ouderen bereikbaar voor telefonische consultatie. Indien nodig, is de medisch specialist binnen twee uur fysiek aanwezig op de SEH/in het ziekenhuis.”

Wanneer de patiënt wordt opgenomen voor een andere hoofdbehandelaar, kan dit consult het beste op de klinische afdeling plaatsvinden. Indien er voor de hoofdbehandelaar geen opname indicatie bestaat, zal overleg plaatsvinden of er een indicatie voor opname voor de geriater/internist ouderengeneeskunde bestaat óf dat een spoedplaatsing naar instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf noodzakelijk is óf dat patiënt (met hulp) naar huis kan. Dit behoeft vaak een consult op de SEH, tenzij dit in een lokaal protocol anders is vastgelegd. Het ziekenhuis moet met de ketenzorgpartners streven naar een regionale crisisopvangregeling.

De geriater of internist ouderengeneeskunde (of verpleegkundig specialist ouderen of physician assistant) wordt zo mogelijk in consult gevraagd voor een geriatrisch assessment bij een van de volgende criteria:

- oudere patiënt (>70 jaar of biologische leeftijd > 70 jaar) die zich presenteert met een acuut geriatrisch syndroom: onverklaard vallen, syncope, duizeligheid, verwardheid, onbegrepen functionele achteruitgang, dehydratie, (zelf) verwaarlozing;
- patiënt is het afgelopen jaar op de afdeling geriatrie opgenomen geweest;
- patiënt is in een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf of is anderszins afhankelijk van 24-uurs zorg
- bij oudere patiënten die mogelijk voor GRZ in aanmerking komen;
- bij verdenking ouderenmishandeling;
- preoperatieve beoordeling bij kwetsbaar gescreende oudere of bij patiënten ouder dan 70 jaar met een heupfractuur of colon-chirurgische ingreep (NVKG, 2016).

Het dient duidelijk te zijn wie het zorgproces op de SEH coördineert. Bij opname in het ziekenhuis wordt bij iedere kwetsbare patiënt een medicatieverificatie gedaan door een medewerker van de apotheek. Op deze manier is er een correct overzicht van de huidige medicatie, eventuele recente medicatiewijzigingen en allergieën. Het actueel medicatie overzicht kan opgevraagd worden bij de eigen apotheek. Het medicatie interview kan afgenomen worden bij patiënt en mantelzorger. Indien geen apotheker beschikbaar in diensttijden, bij voorkeur binnen 24 uur na opname op de afdeling.

OMGEVINGSAANPASSINGEN OP DE SEH

De kamer waar de oudere verblijft, bevat bij voorkeur een normaal bed en geen brancard. Er wordt gelet op veiligheid en zo nodig worden beschermende maatregelen genomen. Indien patiënt niet in bed hoeft te liggen, gaat de voorkeur uit naar

een gemakkelijke stoel met armleningen. De beschikbaarheid van een belsysteem en een (datum)klok is gewenst. Er zijn voorbeelden van SEH's met camera-registratie, er wordt geëxperimenteerd met kleur en muziek. Bij enkele projecten gericht op omgevingsaanpassingen op de SEH heeft dit tot vermindering van delier en versnelde doorlooptijd op de SEH geleid. Denk ook aan nuttige informatievoorziening, waarbij gedacht kan worden aan een whiteboard in de behandelkamer waarop de datum, naam van de verpleegkundige, arts en andere informatie wordt genoteerd.

OVERDRACHT BIJ VERVOLGSTAP

Bij het verlaten van de SEH gaat patiënt naar huis (met hulp) óf naar een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf in overleg met huisarts of specialist ouderengeneeskunde, (danwel volgens crisisprotocol binnen ketenzorgafspraken), óf wordt opgenomen in het ziekenhuis óf gaat naar het psychiatrisch ziekenhuis.

Er vindt altijd een volledige overdracht plaats. Hiervoor geldt de nieuwe richtlijn HASP specifiek aangevuld met gegevens als het een kwetsbare oudere betreft (NHG & FMS, 2017). Zie ook hoofdstuk Overdracht.

Bij ontslag naar huis krijgen zowel de patiënt als mantelzorger een ontslagbrief mee met informatie over reden van komst, diagnose, zorgbehandelplan, aandachtspunten bij de zorg, eventueel thuiszorginformatie, vervolgspraak en medicatie bij ontslag. Daarin ook een telefoonnummer waar men zich kan melden met vragen.

De huisarts ontvangt aansluitend aan het SEH-bezoek digitaal de ontslagbrief met reden van komst, voorgeschiedenis, medicatie, anamnese, lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek, diagnose, conclusie, zorgbehandelplan en medicatiewijzigingen en aandacht voor de specifieke risico's waarop de patiënt positief heeft gescoord. Bij (vermoeden van) ouderemishandeling dient dit ook in de brief vermeld te worden en bij voorkeur telefonisch overlegd te worden. Er kan ook voor gekozen worden een melding te doen bij Veilig Thuis.

Literatuur

- Bureau AZO. Monitor Acute Zorg 2013-2014. Nijmegen: acute zorgregio oost. 2015.
- Carpenter CR, Shelton E, Fowler S, et al.. Risk factors and screening instruments to predict adverse outcomes for undifferentiated older emergency department patients: a systematic review and meta-analysis. Acad Emerg Med. 2015 Jan;22(1):1-21.
- Fluent Healthcare. Ontwikkelingen Langdurige zorg. Ontwikkelingen in de zorg voor 65+ in perspectief. 2017.
- de Gelder J, Lucke JA, de Groot B, et al. Predicting adverse health outcomes in older emergency department patients: the APOP study. Neth J Med. 2016 Oct;74(8):342-352.
- Goluke. An observational, retrospective study of the length of stay and its influencing factors, among elderly patients at the emergency department. European Geriatric Medicine. 2015;6(4):331-5.
- NHG & FMS. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist bij verwijzingen (HASP). 2017.
- NIV. Kwaliteitsstandaard Intramuraal spoedzorg. (verwacht 2018)
- NVKG. Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment en addendum consult en medebehandeling 2012
- NVKG. Richtlijn Vermoeden van Ouderenmishandeling. 2017 (verwacht)
- NVKG. Multidisciplinaire behandeling van kwetsbare ouderen rondom chirurgische ingrepen. 2016.
- NVvH. Richtlijn proximale femurfracturen. 2016.
- Samaras N, Chevally T, Samaras D, et al. Older patients in the emergency department: a review. Annals of emergency medicine . 2010;56(#):261-9.

2b Kwetsbare ouderen in het ziekenhuis

Inleiding

Opname is bij 10% van de ouderen in het ziekenhuis onverwacht. De meeste opnames vinden in het laatste levensjaar plaats (Abarshi, 2010). Er is dan sprake van veel multimorbiditeit in combinatie met geriatrische syndromen wat leidt tot grotere kans op heropname (Fried, 2001; Kansagara, 2011).

Bijna 5% van de ouderen krijgt een vermijdbare complicatie tijdens de ziekenhuisopname. Ongeveer 20% van de ouderen (65+) wordt heropgenomen in het ziekenhuis en 25% overlijdt in de eerste drie maanden na ontslag. Meer dan 30% van de ouderen ervaart -meestal blijvende- functionele achteruitgang na de ziekenhuisopname. Pre-existente factoren, kwaliteit van de ziekenhuiszorg en de overgang van ziekenhuis naar huis zijn van invloed op deze uitkomsten. Doel van het zorgpad is om

handvatten te bieden opdat de kwetsbare oudere veilig en met zo min mogelijk complicaties of functieverlies het verblijf in het ziekenhuis doorstaat.

VERWIJZING NAAR - EN OPNAME IN HET ZIEKENHUIS

Indicatie voor ziekenhuisopname bestaat als er behoefte is aan diagnostiek en behandeling die niet op een andere plek kan plaatsvinden. Ook is het belangrijk vast te stellen wanneer er géén indicatie is voor opname in het ziekenhuis, maar zorg of revalidatie elders geboden wordt (Hoofdstuk 1 Ouderen met complexe problematiek in de thuissituatie en Hoofdstuk 3 Kwetsbare ouderen in een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf). De huisarts bepaalt in principe samen met patiënt en mantelzorger of een spoedbeoordeling nodig is om te bepalen of een ziekenhuisopname geïndiceerd is of dat een andere oplossing beter is. Er bestaat geen duidelijk instrument. Situatie en hulpverlener kunnen bij verwijzing verschillen. Verwijzing vanuit thuis wordt door huisarts, psychiater of specialist ouderengeneeskunde gedaan. Via SEH of vanuit polikliniek is geriater, internist ouderengeneeskunde, of andere specialist de verwijzer.

De huisarts is in staat de kwetsbare oudere in de thuissituatie te identificeren, een analyse en assessment te doen en kan gericht doorverwijzen naar het ziekenhuis (hoofdstuk 1 Ouderen met complexe problematiek in de thuissituatie).

Indien gewenst biedt een dag-opname voor ouderen met meerdere problemen de mogelijkheid onderzoeken zoveel mogelijk op één dag te combineren. Er wordt rekening gehouden met de belastbaarheid van de oudere. Waar nodig zijn rustpauzes ingepast en wordt extra begeleiding geboden. Voor mogelijke adviezen kan gekeken worden naar de website www.seniorvriendelijkziekenhuis.nl.

OPSPOREN VAN KWETSBARE OUDEREN IN HET ZIEKENHUIS

Screening door verpleegkundige bij opname

De verpleegkundige anamnese wordt <24 uur afgenomen, waaronder screening op kwetsbaarheid via een gevalideerd screeningsinstrument. De screening dient in ieder geval plaats te vinden bij 70+ers, en verder op indicatie. Er zijn verschillende screeningsinstrumenten beschikbaar waarbij er onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing is om een specifiek instrument te adviseren. Voorbeelden van instrumenten zijn

de VMS / ISAR-HP / TRAZAG-i / GFI. Bij positieve screening op kwetsbaarheid zijn specifieke interventies aangewezen. Naast screening op kwetsbaarheid is het relevant het valrisico en delierrisico in kaart te brengen aangezien deze specifieke maatregelen vereisen ter preventie conform NVKG-richtlijn delier uit 2013 en de NVKG-richtlijn Preventie van Valincidenten uit 2017 (NVKG, 2013; NVKG, 2017). Een vroegtijdige heteroanamnese over het functioneren thuis op alle domeinen is belangrijk. Aangezien kwetsbaarheid ook kan ontstaan met name bij langdurige ziekenhuisopname of bij ernstige ziekte met bijvoorbeeld ICU opname is het advies de screening te herhalen bij overname vanaf ICU en na 2 weken opname.

Voor de zeer kwetsbare groepen, zoals patiënten opgenomen met een heupfractuur, is er voldoende bewijskracht voor gedeelde zorg door chirurg en geriater zoals beschreven in de NVKG richtlijn Multidisciplinaire behandeling van kwetsbare ouderen rondom chirurgische ingrepen (NVKG, 2017). Voor de planbare groep zoals bij gewricht vervangende operaties, of colonchirurgie kan vroegtijdige screening bijdragen aan de besluitvorming.

INTERVENTIES TIJDENS ZIEKENHUISOPNAME

Gestandaardiseerde zorg voor kwetsbare ouderen

Een integraal zorg en zorgbehandelplan door de behandelend specialist (hoofdbehandelaar) en de coördinerend verpleegkundige op alle domeinen is wenselijk. Dit plan wordt opgesteld in samenspraak met de patiënt en mantelzorger en is gebaseerd op de doelen en wensen van de oudere. Indien er sprake is van kwetsbaarheid of geriatrische problematiek kan het geriatrieteam van het ziekenhuis hier een belangrijke bijdrage in leveren. Bij multimorbiditeit dient er goede afstemming te zijn tussen de diverse behandelaren, ook bij een eventueel poliklinisch natraject. Een casemanager, vanuit de eerste of tweede lijn, zou hier een rol in kunnen vervullen. Er is beperkte evidence voor de effectiviteit van een casemanager in het voorkomen van ziekenhuisopnames (Huntley, 2013). Een op maat gemaakte behandeling met goede communicatie reduceert aantoonbaar het aantal acute heropnames, mortaliteit en functieverlies bij ouderen (Hickman, 2015). Comprehensive geriatric assessment heeft een bewezen positief effect op overleving en terugkeer naar huis na een acute opname (Ellis, 2011).

OPNAME OP DE INTENSIVE CARE

Bij beslissingen over behandelbeperkingen op het gebied van ic-opname kan consultatie van de intensivist worden overwogen. Dat is vaak niet nodig als de beslissing tot afzien van ic-opname gebaseerd is op de pre-existente conditie van de oude

patiënt of op de door hem/haar ervaren kwaliteit van leven. Dan kan de internist-specialist ouderengeneeskunde of geriater dit beoordelen. Als zo een beslissing, om wel of niet op de IC opgenomen te worden, echter gebaseerd wordt op de kans op herstel van de oudere patiënt op de IC, dan moet zo een beslissing worden genomen in nauw overleg met de intensivist, die beter kan afwegen of acute IC-behandeling succesvol kan zijn.

Bij ontslag vanuit IC naar vervolgfafdeling is betrokkenheid geriatrieteam of psychiatrieteam indien psychiatrische comorbiditeit speelt gewenst. Na overplaatsing moet de mate van kwetsbaarheid opnieuw in kaart gebracht worden en worden de behandelaars geacht alert te blijven op recidief van geriatrische of psychiatrische problematiek.

GESPECIALISEERDE GERIATRIE AFDELINGSZORG VERSUS CONSULTATIE GERIATRIETEAM

De gespecialiseerde afdeling geriatrie/ouderengeneeskunde

Een meta-analyse naar de effectiviteit van acute geriatrische afdelingszorg versus usual care voor ouderen toonde een positief effect aan op: vallen, delier, functieverlies bij ontslag, opname duur, ontslagbestemming en kosten (Fox, 2012; Craen, 2010).

Een geriatrie unit werd hierin gedefinieerd door tenminste:

- 1) patiëntactiviteiten (huiskamer);
- 2) regelmatige medicatie optimalisatie;
- 3) vroege revalidatie;
- 4) vroege ontslagplanning;
- 5) aanpassen ziekenhuisomgeving aan functioneren van patiënt.

De verpleegkundigen op de geriatrie afdeling hebben bij voorkeur een aanvullende opleiding gehad waarbij met name de diagnostiek van dementie en behandeling van gedragsproblemen aantoonbaar beter is met minder gebruik van psychofarmaca. De mogelijkheid tot afsluiting van een ziekenhuis unit kan relatieve vrijheid bieden voor een patiënt met dwaalneiging.

Patiënten die in aanmerking komen voor primaire opname op een klinische afdeling geriatrie zijn bijvoorbeeld:

- hoge biologische leeftijd en ernstige functionele stoornissen (mobiliteit/ondervoeding);
- bekend op de polikliniek geriatrie (<1 jaar);
- patiënten met dementie/ernstige cognitieve stoornissen/ dwaalneiging/ gevorderde M. Parkinson;
- patiënten uit een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf voor somatiek, psychiatrie of mensen met een verstandelijke beperking en:
 - o presentatie met geriatrisch syndroom (bijvoorbeeld delier, vallen);
 - o beperkte behandelwens.

Consultatie geriatrieteam

Een deel van de ziekenhuizen heeft geen mogelijkheid tot gespecialiseerde zorg op een afdeling klinische geriatrie, maar betreft het geriatrieteam als medebehandelaar. Dit geriatrieteam bestaat bij voorkeur uit een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde, een geriatrieverpleegkundige of verpleegkundig specialist geriatrie en een (geriatrie)fysiotherapeut. Ook in ziekenhuizen met een geriatriefdeling is het geriatrieteam als consultant inzetbaar op orgaan specifieke afdelingen.

Conform het addendum 'CGA bij consult en medebehandeling' (NVKG, 2013) bij de richtlijn CGA wordt een consult bij het consultatief geriatrieteam aangeraden bij:

- vermoeden geheugenproblemen (NVKG, 2014);
- delier, indien standaard interventies volgens geldende ziekenhuisprotocol onvoldoende effectief;
- recidiverend vallen;
- bij een heupfractuur indien geen geriatrie traumatologie unit;
- complexe uitplaatsing uit het ziekenhuis.

Werkwijze geriatrieteam

Het geriatrieteam (ofwel op de afdeling ofwel consultatief) zal vervolgens een geriatrisch assessment uitvoeren volgens de richtlijn (NVKG, 2010). Op basis van dit complete beeld wordt -met en op maat voor de patiënt- een geïntegreerd zorgzorg-behandelplan gemaakt wat de vier domeinen Somatisch, Psychisch, Functioneel en Sociaal bestrijkt. Dit plan beschrijft de problemen, doelen en interventies die worden ingezet tijdens en na ziekenhuisverblijf. Er vindt wekelijks een multidisciplinair overleg plaats met alle betrokken disciplines en behandelaren. Dit MDO moet methodisch van opzet zijn met voorbereiding en duidelijke taakverdeling.

DE INRICHTING VAN HET ZIEKENHUIS

De inrichting van het ziekenhuis is bij voorkeur afgestemd op ouderen bijvoorbeeld door:

- de verpleegafdelingen zodanig in te richten dat het mobiliseren van oudere patiënten wordt gestimuleerd (indien medisch verantwoord), zoals de mogelijkheid om aan tafel te eten en voldoende ruimte om te lopen, te manoeuvreren met rolstoel/rollator etc.;
- de badkamers/wc's zijn geschikt voor mindervaliden. De badkamers /wc's zijn ook 's nachts goed vindbaar (nachtverlichting/ verlichting met bewegingsmelder/ verlichte lichtsckelaars);
- op de verpleegafdeling (en/of op korte loopafstand) is een gemeenschappelijke huiskamer afgestemd op de behoeften van ouderen (door bijv. comfortabele stoelen, huiselijke inrichting);
- op elke verpleegafdeling is een ruimte beschikbaar die gebruikt wordt voor slechtnieuwsgesprekken wanneer de oudere patiënt niet alleen op een kamer ligt;
- zorgdragen voor een rustige omgeving (vooral 's nachts).

Met elke verplaatsing binnen het ziekenhuis wordt het risico op delier groter. Er zijn meerdere beleidsdocumenten ten aanzien van kwetsbare ouderen vanuit de KNMG, IGZ en de beroepsverenigingen NVKG en NIV die het belang van continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen onderschrijven als voorwaarde voor goede kwaliteit van zorg en veiligheid. Een acute opname afdeling binnen het ziekenhuis voor overplaatsing is daarmee minder geschikt als beginstation binnen het ziekenhuis.

SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN EN ROL PARAMEDICI, PSYCHOLOOG, PSYCHIATER

Voeding

Naar schatting is 25 tot 40% van de ziekenhuispatiënten bij opname ondervoed. Zonder screening wordt slechts 50% van de ondervoede patiënten tijdig herkend. De gevolgen van ondervoeding bij ziekte zijn ernstig. Ondervoeding beïnvloedt de conditie van de patiënt en kan leiden tot vertraagde wondgenezing, het ontwikkelen van complicaties, zoals infecties en decubitus, een verhoogde postoperatieve morbiditeit, verlengde ligduur en zelfs vroegtijdig overlijden (zie: www.stuurgroepondervoeding.nl).

Alle patiënten van 70 jaar of ouder worden bij opname door de verpleegkundige gescreend op (het risico op) ondervoeding met behulp van een gevalideerd screeningsinstrument (in Nederland meestal SNAQ, MUST of MNA). De screeningsuitslag en bijbehorende actiepunten kunnen worden opgenomen in de meestal digitale verpleegkundige anamnese. Daarnaast wordt gedurende de hele opname de voedingsinname bijgehouden door de voedingsassistent met behulp van een valide voedingsintakelijst, bijvoorbeeld de Meet en Weet. Hierdoor ontstaat een beeld van (in)adequate voedingsinname, ook bij goed gevoede patiënten.

Afhankelijk van de screeningsuitslag op ondervoeding en de gemeten voedingsinname wordt een voedingsbeleid ingezet. Dit kan bestaan uit een interventie door de voedingsassistent/ verpleegkundige (bij risico op ondervoeding) of verwijzing naar een diëtist (bij ondervoeding).

Standaard interventies voor oudere patiënten ter preventie dan wel behandeling van ondervoeding, zoals bijvoorbeeld meerdere maaltijden per dag, eiwitrijke snacks, kunnen ingezet worden op hoog-risicoafdelingen (voor meer informatie zie www.stuurgroepondervoeding.nl).

Bewegen

De klinisch (geriatrie)fysiotherapeut heeft een belangrijke rol bij kwetsbare oudere als het gaat om een analyse van mobiliteit en valrisico, het inzetten en adviseren van een veilige (vroege)mobilisatie, het verbeteren van mobiliteit, conditie, kracht, balans, of inzetten en oefenen van een loophulpmiddel. Op deze manier speelt de klinisch (geriatrie)fysiotherapeut een rol bij het voorkomen van vermijdbaar functieverlies. Daarom is het van belang dat de fysiotherapeut vroegtijdig in consult gevraagd wordt bij kwetsbare ouderen.

Functioneel handelen.

Ergotherapie is erop gericht dat kwetsbare ouderen hun activiteiten kunnen (blijven) doen die voor hen van betekenis zijn (Gommers, 2016). De ergotherapeut zoekt samen met de cliënt en/of zijn mantelzorger naar betekenisvolle handelingen en richt zich op zelfmanagement en eigen regie bij het (weer) oppakken van de dagelijkse activiteiten. De behandeling is

gericht op de fases van mogelijk herstel, ontwikkeling, aanpassing, preventie en het leren omgaan met klachten, zo optimaal mogelijk te laten verlopen. Er zal er een ADL-screening worden gedaan en op basis hiervan wordt een strategie of functionaliteitstraining aangeboden. Als een verbetering van beweging of bepaalde handelingen niet (meer) mogelijk zijn, dan wordt een nieuwe of andere manier van uitvoeren aangeleerd. Motivatie en de mate van cognitie zijn daarbij een belangrijke factor (Graff, 2010). Als dit niet mogelijk is wordt gekeken naar aanpassingen of hulpmiddelen die het stukje welzijn of zelfredzaamheid kan vergroten.

De ergotherapeut geeft adviezen om klachten te voorkomen of om aanwezige klachten te verminderen. De adviezen kunnen ook gericht zijn op de mantelzorger of op het verzorgend personeel als het gaat om benaderingswijzen, houdingstechnieken en het omgaan met hulpmiddelen en aanpassingen.

Psychische aandoeningen

De inbreng van psychiater en psycholoog bij screening/diagnostiek/(mede)behandeling) varieert per ziekenhuis. In meerdere richtlijnen staat de rol en functie aangegeven. Juist bij kwetsbare ouderen speelt veel inactiviteit als gevolg van depressie, vermijding als gevolg van angst, en overmatige medische consumptie als gevolg van somatisatie (meestal maar beperkt onderkent). Dit sneller onderkennen en hierop beleid voeren dient voldoende aandacht te krijgen.

De psycholoog speelt een rol bij diagnostiek van psychische stoornissen en hoe hier mee om te gaan. Daarbij worden niet alleen uitleg en adviezen gegeven aan patiënt en mantelzorger, maar ook aan de betrokken hulpverleners.

Sociale domein

Tijdens opname en bij ontslag kan patiënt worden begeleid bij psychosociale problematiek. Bij kwetsbare ouderen speelt vrijwel altijd psychosociale problematiek. Hiervoor kan extra begeleiding noodzakelijk zijn. Hiervoor wordt regelmatig de Gezondheidszorg Maatschappelijk Werker (GZMW) in consult gevraagd, met name bij complexe problematiek. De GZ maatschappelijk werker begeleidt dan zowel de psychosociale als materiële aspecten.

VOORLICHTING EN BEGELEIDING

Kwetsbare ouderen en hun mantelzorger hebben één vast, professioneel aanspreekpunt gedurende het gehele diagnose- en behandeltraject in het ziekenhuis (over de specialismen heen). Mantelzorgers worden bij voorkeur betrokken bij opname gesprek en ontslaggesprek, zeker in geval van cognitieve problematiek. In dat gesprek zouden minimaal altijd de advance care planning/ behandelbeperkingen besproken moeten worden. Uitgangspunt van het beleid bij ontslag is dat het ontslag pas in gang is gezet nadat de overdracht van zorg en behandeling met de opvolgend zorgverlener en de mantelzorger is afgestemd. Patiënt en mantelzorgers worden in een vroeg stadium betrokken bij de behandeling ergotherapie als het gaat om de inzet van hulpmiddelenprocedures en aanvragen tot woningaanpassing en vervoer.

Bij naderend overlijden vindt een gesprek plaats met arts en verpleegkundige waarbij aandacht is voor wat voor de patiënt belangrijk is in de laatste levensfase en welke ondersteuning daarbij gegeven kan worden.

MEDICATIE

Bij opname en bij ontslag moet de medicatie besproken en geverifieerd worden conform de Richtlijn Overdracht Medicatiegegevens in de Keten (FMS, 2017). Doel van deze beoordeling is een veilig en effectief farmacotherapeutische behandelplan mede gebaseerd op de wensen en behoeften van de patiënt (en mantelzorgers of andere betrokkenen). Voor inhoudelijke medicatieverificatie/beoordeling en risico-inschatting verwezen naar beroepsrichtlijnen (NVKG, 2012; KNMP, 2013; KNMP, 2016). Voor de aanpak van polyfarmacie in de tweede lijn wordt verwezen naar de Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen in de tweede lijn (NVKG, 2018). Bij elk geriatrisch assessment medicatiereview door arts geriatrie in samenwerking met apotheker, ook in afstemming met huisarts.

ONTSLAGPROCEDURE

De ontslagprocedure begint al bij opname. Gestreefd wordt naar een beperkte opname duur. Tijdens de opname wordt de hulpbehoefte in kaart gebracht, de draaglast en draagkracht van de mantelzorger en wordt vastgesteld welke nazorg geboden moet worden en waar dit het beste kan plaatsvinden. Voor het bepalen van de indicaties voor nazorg kan het geriatrieteam worden ingeschakeld, kan het transferteam worden ingezet en kan afhankelijk van de lokale/regionale afspraken de specialist ouderengeneeskunde of de thuiszorgorganisatie/wijkverpleging in consult worden gevraagd. Als hulp in de thuisituatie niet tijdig geboden kan worden of de nazorginstelling geen plaats heeft, zal het ziekenhuis samen met de ketenpartners een overbrugging realiseren. Een voorbeeld is een transferafdeling met de specialist

ouderengeneeskunde als hoofdbehandelaar. Voor de juiste en tijdige overdracht wordt verwezen naar Hoofdstuk 6 Overdracht.

Literatuur

- Abarshi E, Echteld M, Van den Block L, et al. Transitions between care settings at the end of life in the Netherlands: results from a nationwide study. *Palliat Med.* 2010 Mar;24(2):166-74.
- Ben Sajet Centrum. Interventies gericht op het verbeteren van de (transmurale) ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen. 2016.
- Van Craen K, Braes T, Wellens N, et al. The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2010 Jan;58(1):83-92.
- Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2011;343:d6553.
- Ergotherapie Nederland. Gewoon Doen "dagelijks handelen draagt bij aan gezondheid en welzijn". 2016.
- FMS. Richtlijn Overdracht Medicatiegegevens in de keten. 2017.
- Fox MT, Persaud M, Maimets I, et al. Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Dec;60(12):2237-45.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al.; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 Mar;56(3):M146-56.
- Gommers I., Graff M., Leijenhorst A., et al. Ergotherapie Nederland. Profiel Specialisatie Ouderenergotherapeut. 2016.
- Graff I., van Melick M., Thijssen M., Ergotherapie bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers. Het EDOMAH programma. 2010.
- Hickman LD, Phillips JL, Newton PJ, et al. Multidisciplinary team interventions to optimise health outcomes for older people in acute care settings: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015;61(3):322-9.
- Huntley AL, Thomas R, Mann M, et al. Is case management effective in reducing the risk of unplanned hospital admissions for older people? A systematic review and meta-analysis. *Fam Pract.* 2013;30(3):266-75.
- Kansagara D, Englander H, Salanitro A, et al. Risk prediction models for hospital readmission: a systematic review. *JAMA.* 2011 Oct 19;306(15):1688-98.
- KNMP. KNMP-richtlijn Medicatiebeoordeling. 2013.
- KNMP. KNMP-richtlijn Medicatiebewaking. 2016.
- LESA. Verlee E, Van der Sande R, Abel R, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen. *Huisarts Wet* 2017;60(6)S1-S12.
- NVKG. Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment. 2010.
- NVKG. Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment bij consult en medebehandeling. 2013.
- NVKG. Richtlijn Delier. 2013.
- NVKG. Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Dementie; Addendum dementie als comorbiditeit in het ziekenhuis. 2014.
- NVKG. Richtlijn Multidisciplinaire behandeling van kwetsbare ouderen rondom chirurgische ingrepen. 2016.
- NVKG. Richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen in de tweede lijn. 2018.
- NVKG. Richtlijn Preventie van Valincidenten. 2017
- NVKG. Vermoeden van Ouderenmishandeling. Verwacht 2018.
- Standpunt van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen', inclusief het addendum.

2c Kwetsbare ouderen in de GGZ

Inleiding

Naast de verhoogde prevalentie van frailty onder ouderen met een psychiatrische stoornis, is het belangrijk dat juist deze populatie per definitie at risk is voor negatieve gezondheidsuitkomsten. Deze negatieve gezondheidsuitkomsten zijn multifactorieel bepaald, waaraan onder andere leefstijl factoren, therapietrouw en versnelde biologische veroudering bijdragen (Verhoeven, 2015). In de ouderenpsychiatrie wordt veelal de leeftijdsgrens van 60+ gehanteerd. Deze leeftijdsgrens is genoemd om aan te geven dat de psychiatrische patiënt op jongere leeftijd door comorbiditeit kwetsbaar is. Echter dient de aard en ernst van de klachten, stoornissen of aandoeningen, de benodigde diagnostiek en behandelafaciliteiten leidend te zijn.

Verschillende meta-analyses hebben aangetoond dat psychiatrische stoornissen geassocieerd zijn met een verhoogde incidentie van vele somatische ziekten (bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, diabetes, dementie, kanker), institutionalisering, en vervroegd overlijden (Penninx, 2013). Tevens speelt iatrogene schade door psychofarmaca een rol, zoals metabole ontregeling, secundair parkinsonisme en bewegingsstoornissen, cognitieve beperkingen en verhoogd valgevaar.

Een systematische review toont dat depressie en frailty, vermoedelijk reciprook, met elkaar geassocieerd zijn (Mezuk, 2011). Hoewel de empirisch onderzoek beperkt is, blijken andere psychiatrische stoornissen ook een risicofactor voor het ontstaan van frailty (Andrew, 2007). In Nederland blijkt 27% van de depressieve 60-plussers fysiek frail, deze prevalentie loopt op tot 50% onder depressieve 80-plussers (Collard, 2014). Een meta-analyse toont een gemiddeld 10,7% van de populatie ouder dan 65 jaar als frail kan worden bestempeld; 9,8% wanneer strikt naar fysieke frailty wordt gekeken en 13,5% wanneer bredere operationalisaties worden gehanteerd (Collard, 2012).

Waar wordt de oudere psychiatrische patiënt opgenomen?

Als de oudere psychiatrische patiënt een acute ontregeling toont, kan gezien het verhoogde risico op kwetsbaarheid een somatische oorzaak worden vermoed. In dat geval (zie ook oudere patiënt met acute verwardheid) zal de huisarts:

1. Patiënt kunnen verwijzen naar een SEH om een somatische oorzaak te laten analyseren. Op de SEH wordt door SEH-arts het somatische onderzoek verricht. Daarbij zal de psychiater in consult komen ter beoordeling van de psychiatrische problemen. Afhankelijk van de bevindingen zal patiënt indien noodzakelijk worden opgenomen op de PAAZ (psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis) of indien aanwezig de MPU (medisch psychiatrische unit) als somatische problemen naast psychiatrische problematiek speelt. In dat geval is de psychiater hoofdbehandelaar en zal medebehandeling door orgaanspecialist en/of geriater waarschijnlijk zijn.
2. De crisisdienst in consult kunnen vragen om patiënt thuis te beoordelen. Dit gebeurt m.n. als patiënt niet wilsbekwaam is/likt en er wel een onveiligheid of gevaar bestaat.
3. Als een psychiatrische ziekte als oorzaak wordt vermoed, i.o.m. het ambulantly psychiatrisch team opname realiseren in het psychiatrisch ziekenhuis waar patiënt al bekend is. Een aantal psychiatrische ziekenhuizen beschikken over een speciale afdeling ouderenspsychiatrie of over een GAPZ (geriatrische afdeling psychiatrisch ziekenhuis).

KLINISCHE (OUDEREN)PSYCHIATRIE

Bij opname van de oudere patiënt op een psychiatrische afdeling is screening op kwetsbaarheid een must. In tegenstelling tot het algemeen ziekenhuis, is de VMS-bundel kwetsbare ouderen met screening op delier, vallen, ondervoeding, en fysieke beperkingen vaak niet geïmplementeerd in elk psychiatrisch ziekenhuis. Dit is opmerkelijk omdat juist bij opname de prevalentie van deze problematiek vermoedelijk hoger ligt dan bij ouderen opgenomen in het algemeen ziekenhuis. Screening op fysieke kwetsbaarheid, cognitieve beperkingen, polyfarmacie, en de VMS-thema's vallen, delier, ondervoeding en fysieke beperkingen zou een goed uitgangspunt zijn. Dit wordt onderbouwd door het feit dat in geval van een psychiatrische stoornis per definitie sprake is van psychologische kwetsbaarheid en (veelal) sociale kwetsbaarheid, dient gescreend te worden op fysieke (of biomedische) kwetsbaarheid (Morley, 2013). Een geschikt screeningsinstrument hiervoor is het Physical Frailty Phenotype volgens Fried (2001). In het zorgbehandelplan zou per domein (somaat, psychiatrisch, sociaal, functioneel) aangegeven kunnen worden of hierop problemen spelen en zo ja, welke interventies hierop worden ingezet. Tijdens het multidisciplinair overleg dient de mate van verandering in kenmerken van kwetsbaarheid benoemd te worden.

Bij patiënten met een (langdurige) psychiatrische voorgeschiedenis is polyfarmacie eerder regel dan uitzondering. Diagnostiek en behandeling op een psychiatrische afdeling zijn per definitie multidisciplinair, onder regie van de psychiater. Naast de verpleegkundige discipline, vaktherapeuten, (klinisch) psycholoog en maatschappelijk werk, wordt in de regel gewerkt met vaste consulenten vanuit de klinische geriatrie, neurologie, fysiotherapie, ergotherapie en diëtetiek.

In het algemeen ziekenhuis krijgt de psychiater een steeds belangrijkere rol op de SEH. Er wordt een toename gesignaleerd van acute verwijzing van de oudere psychiatrische patiënt. Enerzijds is dit het gevolg van het streven patiënten zo lang mogelijk thuis te behandelen. Gezien de verhoogde kwetsbaarheid van de oudere psychiatrische patiënt kan in korte tijd acute ontregeling van zowel somatische als psychiatrische toestand optreden. Anderzijds is bezuinigd op de psychiatrische hulpverlening in de thuissituatie en op opname mogelijkheden. Ook voor de oudere psychiatrische patiënt is een goede afstemming van zorg (diagnostiek, begeleiding en behandeling) in de keten noodzakelijk om passende en tijdige zorg te kunnen bieden en escalaties te voorkomen. Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (NKO) is momenteel bezig met het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden voor de GGz (generieke modules en zorgstandaarden). Een aantal daarvan zijn reeds gepubliceerd op hun website, veel zijn nog in de laatste autorisatiefase en komen binnenkort online.

AMBULANTE (OUDEREN)PSYCHIATRIE

De patiënten in de ambulante ouderenpsychiatrie wordt eveneens gekenmerkt door een hoge mate van kwetsbaarheid. Daarnaast geldt dat de meerderheid van deze patiëntengroep ambulante zorg ontvangt, hetgeen goede afstemming met de eerste lijn vereist. Steeds vaker zet de GGZ een ambulante psychiatrieteam in om patiënt thuis te bezoeken, te diagnostiseren en bij voorkeur en tijdig ambulante te behandelen.

Het is aan te raden om bij verwijzing naar de ambulante ouderenpsychiatrie, evenals na opname op een psychiatrische afdeling, standaard te screenen op fysieke kwetsbaarheid (Fried Frailty criteria), cognitieve problematiek (Montreal Cognitive Assessment Scale) en de VMS-thema's vallen, delier en ondervoeding. Om de afstemming met andere zorgverleners goed te laten verlopen zou de huisarts standaard een afschrift van het zorgbehandelplan van de patiënt moeten krijgen, waarop de namen van de betrokken GGZ-hulpverleners zijn vermeld. Het inventariseren van kwetsbaarheid is een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Literatuur

- Andrew MK, Rockwood K. Psychiatric illness in relation to frailty in community-dwelling elderly people without dementia: A report from the Canadian Study of Health and Aging. *Can J Aging* 2007;26:33-38.
- Collard RM, Comijs HC, Naarding P, et al. Physical frailty: Vulnerability of patients suffering from late-life depression. *Ageing Ment Health* 2014, 18:570-578.
- Collard RM, Boter H, Schoevers RA, et al. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Aug;60(8):1487-92.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M146-56.
- Mezuk B, Edwards L, Lohman M, et al. Depression and frailty in later life: a synthetic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012;27:879-892.
- Morley JE, Vellas B, van Kan GA, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013; 14: 392-397.
- Penninx BW, Milaneschi Y, Lamers F, Vogelzangs N. Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *BMC Med* 2013;11:129.
- Verhoeven JE, Révész D, van Oppen P, Epel ES, Wolkowitz OM, Penninx BW. Anxiety disorders and accelerated cellular ageing. *Br J Psychiatry.* 2015 May;206(5):371-8.

03 Kwetsbare oudere in een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf

INLEIDING

In dit zorgpad is de term verpleeghuis vervangen door de omschrijving instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf. Onder instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf wordt verstaan de zorg die geboden wordt onder medische eindverantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde. Hiervan is sprake in een intramurale verblijfsetting met kleinschalige psychogeriatric(PG)-woonvormen of chronische somatische zorg. De instellingen voor tijdelijk en chronisch verblijf hebben ook een ambulante functie en dragen bij aan de zorg voor kwetsbare ouderen in de rest van de keten.

FUNCTIES EN DOELGROEPEN IN EEN INSTELLING VOOR TIJDELIJK EN CHRONISCH VERBLIJF

Patiënten die naar een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf verwezen worden zijn per definitie kwetsbaar. Dat betekent dat een integrale (op alle domeinen van het functioneren) benadering noodzakelijk is om gestelde doelen te bereiken die gericht zijn op kwaliteit van leven van patiënten. Het betreft grotendeels ouderen, echter ook jongere patiënten met vergelijkbare zorgbehoeften worden opgenomen.

De hedendaagse instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf kent de volgende functies en doelgroepen:

- langdurige/chronische opnames (Wlz): Het betreft ouderen die op psychogeriatric of somatische grondslag permanent toezicht behoeven en afhankelijk zijn van de 24/7 intensieve zorg in de vorm van continue, langdurige, systematische en multidisciplinaire zorg (CLSM). Onder chronische opnames op aparte afdelingen vallen ook specialistische functies (ook bij jongere doelgroep) als gerontopsychiatrie, Korsakov, MS, Parkinson, Huntington, niet-aangeboren-hersenletsel en beademing;
- tijdelijk verblijf:
 - multidisciplinaire revalidatie zorg of herstelgerichte zorg ter voorbereiding van ontslag naar huis (ELV eerstelijns verblijf);
 - palliatieve zorg bij een korte levensverwachting van minder dan 3 maanden. SO is eindverantwoordelijk. Voor de indicatiestelling is een afwegingsinstrument ontwikkeld (VWS, 2016);
 - crisisopname (kwetsbare oudere met een WLZ indicatie) of spoedopname (kwetsbare oudere zonder WLZ indicatie);
- ambulante zorg en behandeling: multidisciplinaire revalidatiezorg, andere dagbesteding, consultatie in de huisartsenpraktijk en in het ziekenhuis. Binnen alle functies wordt observatie, diagnostiek, begeleiding en behandeling geboden door een multidisciplinair team onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde.

De zorg in en vanuit de instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf is per definitie multidisciplinair. De specialist ouderengeneeskunde is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de medische zorg voor kwetsbare ouderen zowel binnen de instelling voor tijdelijk (hoogcomplexe zorg) en chronisch verblijf als daarbuiten. De huisarts is verantwoordelijk voor tijdelijk verblijf bij laagcomplexe zorg.

Hoe wordt in de instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf en de zorg onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde procesmatig omgegaan met de specifieke aspecten van kwetsbaarheid?

Bij Opname

Patiënten die worden opgenomen in de instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf zijn chronisch beperkt door de gevolgen van multimorbiditeit. In de geboden zorg en behandeling is daarom kwaliteit van leven het uitgangspunt. Er wordt bij alle patiënten een ouderengeneeskundig/geriatric assessment uitgevoerd leidend tot een zorgbehandelplan op de vier domeinen somatisch, functioneel, sociaal en psychisch. Hierbij vinden verwijzingen plaats naar paramedische en begeleidingsdisciplines voor onderzoek en behandeling. Coördinatie en eindverantwoordelijkheid ligt bij de SO. Standaard vindt een medicatiereview plaats en worden behandel- en zorgwensen in het kader van Advance Care Planning (ACP) met de

patiënt en/of diens vertegenwoordiger (Personalised Medicine) besproken; ook wordt vastgesteld hoe met wilsonbekwaamheid wordt omgegaan. Standaard risicolijsten worden afgenomen op het gebied van valrisico, pijn, (onder)voeding en stemming. Beoordeeld wordt in hoeverre er een indicatie is tot continueren of instellen van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen in het kader van de wet BOPZ. De voortgang van actueel polikliniekbezoek wordt eveneens met de patiënt of diens vertegenwoordiger besproken en het dossier van de huisarts wordt standaard opgevraagd.

Cliënt (en/of naasten) wordt betrokken bij het opstellen van het zorg- en zorgbehandelplan. Vooral de kwaliteit van leven en het welzijn is hierin leidend. Mogelijk hulpmiddel voor de patiënt is hierbij Mijnkwaliteitvanleven.nl. Door het invullen van een vragenlijst ontvangen deelnemers een persoonlijk overzicht, op deze manier kan men samen goed voorbereid in gesprek. De zorg wordt gecoördineerd en het zorg- en zorgbehandelplan wordt samen met de patiënt/naasten opgesteld. Het zorg- en zorgbehandelplan worden binnen 24 uur opgesteld en uiterlijk na zes weken geïntegreerd aangeboden aan de patiënt en diens vertegenwoordiger tijdens het multidisciplinair overleg (MDO). Op deze wijze wordt er invulling gegeven aan Shared Decision Making. Periodiek wordt dit MDO gebruikt om de samenwerking tussen behandelaars en het zorgteam te evalueren met als thema's samenwerking, veiligheid en patiënt/familieparticipatie.

Voor het opname- en ontslagbeleid is een aantal aspecten van cruciaal belang om kwetsbaarheid niet te vergroten en veiligheid en zelfredzaamheid te bevorderen. Het betreft medische overdracht, doelen en verwachtingen, welke medische zorg is reeds verleend, welke medicatie is actueel (thuis, ziekenhuis, wijzigingen), welke behandelaars zijn betrokken, welke vertegenwoordigers en welke behandelafspraken zijn van kracht (en besproken met de patiënt) (zie ook Hoofdstuk 6 Overdracht).

Bij opname geriatrische revalidatiezorg

Vóór opname beoordeelt de SO middels de criteria van het triage instrument GRZ of een cliënt in aanmerking komt voor GRZ. Ouderengeneeskundig assessment/CGA vindt plaats op de opnamedag (Verenso, 2014). Op basis van de revalidatieprognose en comorbiditeit worden in de eerste opnameweek behandeldoelen met de cliënt en familie geformuleerd. Een verwachte prognose met betrekking tot functioneel herstel en revalidatie duur (ontslagdatum) maakt daar deel van uit. Kenmerk van GRZ is multidisciplinaire diagnostiek en behandeling. De verzorgenden zijn hierbij onderdeel van het behandelteam. Vanuit de wensen en mogelijkheden van de patiënt wordt samen met de patiënt een revalidatiezorgbehandelplan opgesteld. Binnen het MDO wordt de voortgang van de revalidatie besproken. Bepaald wordt ook wanneer revalidatie ambulantly kan worden voortgezet.

Behandeling van comorbiditeit, complicaties, het kritische bijstellen van polyfarmacie en beoordelen van afgesproken polikliniekbezoek zijn onderdeel van de medische zorg door de SO op de revalidatieafdeling. Deze is regiebehandelaar voor de revalidatie. Ontslagvoorbereiding start bij opname; met de patiënt en familie wordt de voortgang naar wederzijdse behoefte afgestemd in een familiegesprek/cliëntoverleg. Er wordt gekeken naar veiligheid, ondersteuningsbehoefte en aanpassingen in de thuissituatie, met name op het gebied van paramedisch advies. Idealiter vindt vóór ontslag afstemming plaats met de huisarts en thuiszorg en bij ontslag wordt een (voorlopige) schriftelijke overdracht gedaan, zoals beschreven in de handreiking samenwerking huisarts – specialist ouderengeneeskunde.

Gedurende het chronische verblijf

Bij een permanent verblijf in een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf richt het behandelproces zich meer op de kwaliteit van leven. De afstemmingsmomenten zijn minder frequent, maar nog steeds vastgesteld periodiek (MDO 2x per jaar). De SO voert wekelijks een visite uit op de afdeling. Aangaande kwetsbaarheid zijn een aantal aspecten en situaties van belang: het functioneren wordt actief gemonitord (in visites en MDO) met scorelijsten op het gebied van voeding, mobiliteit en stemming. Toepassing van middelen- en maatregelen, psychofarmacabeleid, algemeen medicatiegebruik /medicatiereview en probleemgedrag worden frequent geëvalueerd. Na ziekenhuisopname zal er weer ouderengeneeskundig assessment uitgevoerd worden. Het doel van dit assessment is tijdig achteruitgang in functioneren te signaleren en waar mogelijk te herstellen dan wel op te anticiperen. Het biedt daarnaast de mogelijkheid om Advance Care Planning te blijven uitvoeren. Er dienen zich ook situaties voor waarin de gezondheidstoestand acuut dan wel geleidelijk verandert. Dan vindt assessment plaats om te bepalen in hoeverre nadere diagnostiek in relatie zal staan tot mogelijke behandelingen. Afhankelijk van de behandelwensen zal in overleg met de patiënt en/of diens vertegenwoordiger het nut van ziekenhuisopname afgewogen worden tegen de risico's daarvan. De SO kan in deze situaties telefonisch afstemmen (wat te doen en overdragen) met de medisch specialist in het ziekenhuis.

Bij ontslag naar ziekenhuis of naar huis

In geval van ziekenhuisopname is de overdracht van cruciaal belang. De schriftelijk overdracht omvat het bestaande zorgbehandelplan inclusief behandelafspraken, doel van de ziekenhuisopname en medicatiegegevens (actueel gebruik, allergieën). Tijdens de opname is actieve betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde noodzakelijk (case-management) voor afwegingen in het behandelbeleid en de ontslagplanning. De verpleegkundige overdracht naar en van het ziekenhuis vereist informatie over het totale functioneren evenals over de gevoerde communicatie met patiënt en familie. In geval van ontslag naar huis is overleg met de huisarts en thuiszorg noodzakelijk. De overdracht naar de huisarts, thuiszorg en ook bilateraal door paramedici en andere disciplines is van belang. Dit is opgenomen in ontslagprotocollen. De SO doet een integrale overdracht aan de huisarts. De ontslagfase begint bij opname en betekent inventarisatie van mogelijkheden, wensen en verwachtingen op grond waarvan een prognose wordt gemaakt wanneer en onder welke voorwaarden het ontslag naar huis veilig kan plaatsvinden.

Dagbesteding

In het kader van de GRZ en Wlz ontvangen thuiswonende ouderen kortdurend respectievelijk langdurig behandeling (en begeleiding) om zelfstandig wonen te bevorderen en opname te voorkómen dan wel uit te stellen. Het multidisciplinair samengestelde team onder verantwoordelijkheid van de SO stelt – net als bij een opname in een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf – een zorgbehandelplan op naar aanleiding van de verwijzingsindicatie. Tijdens de deelname wordt het beloop in het MDO geëvalueerd. De huisarts blijft de hoofdbehandelaar en wordt over het beloop geïnformeerd; ook met de thuiszorg vindt afstemming plaats. Bij veranderend functioneren doet de specialist ouderengeneeskunde onderzoek in afstemming met de huisarts. De SO treedt op als consulent of medebehandelaar.

Consultatie door de specialist ouderengeneeskunde thuis en in het ziekenhuis

Bij consultatie in de eerste lijn past de SO dezelfde werkmethode toe als in de instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf, aangepast aan de patiënt situatie thuis. Daarmee wordt bijgedragen aan de vroegtijdige opsporing van kwetsbare ouderen en het te voeren zorg- en behandelbeleid, gericht op behoud van zelfstandigheid en ervaren kwaliteit van leven. Doordat ouderen met regelmaat in de keten komen door ziekenhuis- en tijdelijke opnames in een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf spelen de SO en andere behandelaars een steeds belangrijker rol. Huisarts en ziekenhuis-specialist dienen hen tijdig te betrekken bij complexe afwegingen ten aanzien van behandeling en plaatsing.

Ontwikkelingen zorg in een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf

In het document Visie van ouderen op goede ouderenzorg in 2025 is beschreven hoe ouderen zelf vinden dat de zorg in 2025 vormgegeven zou moeten worden (NPO, 2012). Op de vragen wat goede ouderenzorg is en hoe deze kan worden georganiseerd zijn vier domeinen geïdentificeerd, namelijk zeggenschap, voorzorg, samenhang en kwaliteit & doelmatigheid. In deze visie ligt de nadruk op het zelf behouden van de regie en zeggenschap. Informatie is helder en eenvoudig toegankelijk en de bejegening is respectvol zodat ouderen zich gewaardeerd voelen. De vertaling van verpleeghuismethodieken naar buiten de instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf kan een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit en veiligheid van de ouderenzorg in de gehele keten.

Literatuur

- Nationaal Programma ouderenzorg (NPO). Visie van ouderen op goede ouderenzorg in 2025. 2012.
- Verenso. Handreiking geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde. 2014.
- Verenso. Handreiking spoed/crisisopname in het verpleeghuis. 2013.
- Verenso. Kwaliteitshandboek voor de specialist ouderengeneeskunde. 2013. (<http://www.verenso.nl/ouderengeneeskunde/kwaliteitskader>).
- VWS. Afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf 2.0. 2016.
- Zorginstituut Nederland. Kwaliteitskader verpleeghuiszorg. 2017.

04 Transmurale zorgproces

INLEIDING

Ouderen met multimorbiditeit en geriatrische syndromen maken frequent gebruik van ons zorgsysteem; zij worden vaak acuut in het ziekenhuis opgenomen, hebben te maken met meerdere zorgverleners, gebruiken veel verschillende soorten medicatie en doen vaak een beroep op hun omgeving. De intensiteit van deze zorgvragen neemt toe in het laatste jaar van het leven. Voor ouderen zelf staan de kwaliteit van leven en het functioneren in deze levensfase centraal; zij geven aan dat het belangrijk is om te kunnen blijven doen wat voor hen belangrijk is.

Kenmerkend is dat ouderen zich met al deze zorgvragen door de keten bewegen: van de thuissituatie, naar een ziekenhuisopname, revalidatiezorg in een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf, wijkzorg. Goede transmurale zorg, communicatie en samenwerking zijn daarom essentieel. In dit hoofdstuk wordt de visie van de werkgroep gegeven op transmurale zorg, die de basis vormt voor de hoofdstukken in dit zorgpad.

COMPLEXITEIT VAN DE ZORGVRAAG

De complexiteit van de zorgvraag van ouderen ligt op twee niveaus: op het niveau van de patiënt en op het niveau van het zorgsysteem. In tabel 4.1 staan de factoren genoemd die de zorgvraag complex kunnen maken. Dit maakt dat om de zorg voor ouderen te verbeteren en de continuïteit in het transmurale zorgproces te bewaken, het nodig is om op beide niveaus te focussen.

Patiënt	Zorgsysteem
Multimorbiditeit	Veel artsen, geen hoofdbehandelaar; veel betrokken professionals, geen regie
Polyfarmacie	Ziekte specifieke insteek gezondheidszorgsysteem
Geriatrische syndromen	Ontbreken van richtlijnen voor patiënten met meer aandoeningen
Palliatieve zorgbehoefte	Veel transities tussen instellingen
Sociaal systeem dat overbelast is	Financieringsbelemmeringen om goede transmurale zorg te bieden
Laag opleidingsniveau	
Woning en leefomgeving die niet passend zijn	

Patiënt factoren

Multimorbiditeit: meer dan 65% van de 70-plussers heeft twee of meer verschillende chronische ziekten. Omdat de meeste richtlijnen ziekte specifiek zijn, en veel ouderen met multimorbiditeit niet aan klinische trials mogen deelnemen, is de evidence uit de ziekte specifieke richtlijnen niet altijd goed toepasbaar en soms interacteren de richtlijnen voor twee verschillende ziektebeelden.

Polyfarmacie: het gebruik van vijf of meer verschillende soorten geneesmiddelen komt voor bij 60% van de thuiswonende 70-plussers. Het is een resultante van de multimorbiditeit (Utrecht, 2006). Door het gebruik van verschillende soorten geneesmiddelen neemt de kans op interacties tussen middelen toe. Transities, zoals een opname in een ziekenhuis of instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf zijn risicovol bij deze groep, omdat medicatie dan vaak omgezet of veranderd wordt.

Geriatrische syndromen zoals cognitieve problemen, mobiliteitsstoornissen, vallen, delier en functieverlies ontstaan vaak als gevolg van het afnemen van de functies van verschillende orgaansystemen (Olde-Rikkert, 2003). De geriatrische syndromen

bepalen in belangrijke mate de fysiologische reserves die een oudere heeft en daarmee de prognose. Het is belangrijk om bij kwetsbare ouderen de geriatrische syndromen in beeld te hebben alvorens een behandeling op te starten.

Palliatieve zorgbehoefte: frequentie ziekenhuisopnames, functieverlies, multimorbiditeit en verminderde respons op behandeling kunnen tekenen zijn dat een oudere in het laatste jaar van het leven zit. Veel ouderen overlijden niet op de plek van voorkeur en dat heeft ermee te maken dat de wensen voor de laatste levensfase niet goed besproken zijn (Teno, 2013).

Overbelasting van de mantelzorger: de druk op de mantelzorgers en omgeving is in de afgelopen jaren toegenomen. Eerst zelf doen, dan hulp inschakelen is het credo van de overheid. Als een mantelzorger overbelast is, is de kans op een ontregeling zoals een acute ziekenhuisopname groot. Signaleren van overbelasting is essentieel, evenals de mantelzorger betrekken bij de behandeling (Buurman, 2016).

Laag opleidingsniveau: bij mensen met een lagere sociaaleconomische status treden multimorbiditeit en geriatrische syndromen op een jongere leeftijd op, zij hebben op jonge leeftijd al een hogere biologische leeftijd. Voor deze groep is begrijpelijke informatie en begeleiding cruciaal. Ook heeft deze groep veelal beperkte financiële mogelijkheden om zelf passende oplossingen te regelen.

Belangrijke voorwaarde om zelfstandig te wonen is een woning en leefomgeving die past bij de persoonlijke situatie en gezondheid.

Systeemfactoren

Ontbreken van een hoofdbehandelaar: ouderen met multimorbiditeit hebben vaak meerdere behandelaars, die onderling onvoldoende met elkaar communiceren. Het gevolg is dat behandelingen niet op elkaar afgestemd zijn en soms interacteren. Bij deze groep is een hoofdbehandelaar essentieel, die regie voert en de zorg coördineert.

Ziektespecifieke insteek gezondheidszorgsysteem; het gezondheidszorgsysteem is reactief en ziektespecifiek ingericht. Dat wil zeggen dat er wordt gehandeld als een oudere zich met een probleem meldt. Er zijn veel mooie ketenzorgmodellen voor COPD, cardiovasculair risicomanagement en diabetes. Die gaan uit van de ziekte en de primaire en secundaire preventie van complicaties. Veel ouderen hebben een combinatie van ziekten en bij deze groep is een persoonsgerichte benadering essentieel die uitgaat van de vraag *Wat is voor u van belang?* en de wensen van ouderen centraal stelt.

Richtlijnen voor ouderen met multimorbiditeit ontbreken.

Ook zijn de taken van de verschillende hulpverleners in de ouderenzorg niet altijd duidelijk. De LESA kwetsbare ouderen (ref) biedt hiervoor verbetering.

Financieringsbelemmeringen om goede transmurale zorg te bieden: iedere instelling wordt momenteel betaald voor de productie die ze bieden en deze bekostiging staat samenwerking soms in de weg. Denk aan revalidatiezorg na ziekenhuisopname: die kan nu alleen in een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf geboden worden, of een oudere moet tenminste een nacht worden opgenomen in een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf, terwijl het voor een oudere soms wenselijk is om deze zorg thuis te krijgen.

Ook ontstaan belemmeringen doordat er drie financieringsbronnen en -stromen zijn: de WMO, de Zorgverzekering en de WLZ. Deze schotten leveren problemen op om continuïteit van zorg goed te regelen. Daarnaast is het voor patiënten zeer onoverzichtelijk en niet te begrijpen

EFFECTIEVE TRANSMURALE ZORG

Om de zorg voor kwetsbare ouderen te verbeteren is het essentieel om zowel de behoeften van de patiënten goed mee te nemen in zorgpaden, als ook de systeemfactoren zodanig te beïnvloeden, dat de oudere die het zorgpad doorloopt continuïteit ervaart en de voorzieningen goed op elkaar zijn afgestemd. Samenwerking tussen de verschillende zorgprofessionals, ouderen en mantelzorgers, gemeente, zorgverzekeraar en met onderwijs zijn daarbij essentieel.

Er is onder andere in de VS, maar ook in Nederland veel onderzoek gedaan naar zowel integrale zorg in de eerste lijn, casemanagement en transitional care. De gemeenschappelijke deler van de verschillende modellen is dat zij de wensen van ouderen centraal stellen, kijken naar wat een oudere nodig heeft en dat zorg coördinatie altijd onderdeel is van deze modellen (Naylor, 2011). In deze paragraaf worden de kernelementen verder omschreven.

Screening: wie heeft verhoogd risico?

Niet alle oudere hebben baat bij zorg coördinatie en begeleiding. Het is daarom essentieel om de ouderen die een verhoogd risico hebben op bijvoorbeeld ziekenhuisopname of functieverlies te selecteren en deze groep zorg coördinatie en begeleiding te bieden. Om dit te kunnen doen wordt vaak een screeningsinstrument gebruikt als eerste stap. Dat stelt een zorgverlener in staat om binnen 5 minuten in te schatten of uitgebreide zorg nodig is. Hoe groot de populatie is die extra zorg nodig heeft is afhankelijk van de setting waar men werkt: in de huisartsenpraktijk is relatief gezien de gezondste populatie. Van de ouderen die acuut in het ziekenhuis worden opgenomen heeft 50% een verhoogd risico en op een afdeling in een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf kan deze stap worden overgeslagen. Er zijn veel verschillende instrumenten ontwikkeld die als screeningsinstrument ingezet kunnen worden.

Geriatrisch assessment

Bij ouderen met een verhoogd risico zou een geriatrisch assessment uitgevoerd moeten worden. Een geriatrisch assessment is een multidomein beoordeling waarbij de ziekten, medicatie, geriatrische syndromen en sociale systeem in kaart gebracht worden om zo een beeld te krijgen van de kwetsbaarheid van een oudere, maar ook op welke domeinen iemand nog goed functioneert. Een geriatrisch assessment wordt vaak door een interdisciplinair team van artsen, verpleegkundige en paramedici uitgevoerd. Er is veel bewijs dat het geriatrisch assessment als onderdeel van de zorg van kwetsbare oudere in de huisartsenzorg, in het ziekenhuis en in een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf effect heeft op de uitkomsten van ouderen. In toenemende mate wordt niet alleen consultatie ingezet, maar co-management geïmplementeerd, waarbij bijvoorbeeld de huisarts en specialist ouderengeneeskunde of de geriater en orthopeed samen verantwoordelijk zijn voor de zorg.

Doelen van ouderen zelf centraal

Een belangrijk uitgangspunt in de zorgmodellen is dat de doelen van ouderen centraal staan. Dat betekent dat wordt uitgegaan van de vraag Wat is voor u belangrijk. Het antwoord op deze vraag bepaalt deels de koers van het zorgbehandelplan. De doelen van ouderen kunnen erg variëren: bij toename van multimorbiditeit wordt het kunnen uitvoeren van de dagelijkse activiteiten en kwaliteit van leven steeds belangrijker. In dit traject is het essentieel dat ouderen goed worden voorgelicht over wat behandeling kan bijdragen aan de doelen die voor hen belangrijk zijn.

Advance care planning

Sterkt gelieerd aan het stellen van doelen en het vragen wat voor iemand belangrijk is, is het proces van advance care planning (ACP). Bij ACP wordt samen met de oudere en zijn naaste gekeken naar de doelen en hoe behandeling kan bijdragen aan de doelen die voor een oudere van belang zijn (Ott, 2015). ACP wordt vaak toegepast in de laatste levensfase en omvat naast de doelen, ook het vastleggen van behandelbeperkingen en reanimatiebeleid. Kern van het proces is het betrekken van de naasten in dit gesprek, zodat zij ook in naam van hun naaste kunnen handelen wanneer zich situaties voordoen waar behandelbeslissingen genomen moeten worden. Uit onderzoek is gebleken dat het toepassen van ACP ervoor zorgt dat ouderen vaker op de plek van voorkeur overlijden en dat mantelzorgers minder vaak depressieve klachten hebben, omdat ze in lijn kunnen handelen met de wensen van hun naaste (Detering, 2010).

Zorgcoördinatie & hoofdbehandelaar.

In alle modellen speelt zorgcoördinatie een essentiële rol. Degene die de zorg coördinatie uitvoert is vaak een verpleegkundige die het eerste aanspreekpunt is bij vragen, de continuïteit van de zorg bewaakt en de afstemming doet wanneer er vragen zijn of meer zorgverleners betrokken zijn. Wanneer een oudere bijvoorbeeld in het ziekenhuis wordt opgenomen is deze zorgcoördinator ook degene die zorgt voor een goede overdracht naar het ziekenhuis en na opname de regie weer overneemt. Naast de zorgcoördinatie moet er in het traject een hoofdbehandelaar worden aangewezen, die de medische zorg coördineert en de behandelbeslissingen neemt.

Mantelzorg als partner in de zorg

In de zorg voor ouderen speelt de omgeving een belangrijke rol. Zij verlenen vaak een groot deel van de zorg. In het proces van begeleiden van de meest kwetsbare ouderen is een belangrijke vraag wat de mantelzorg doet, of hij/zij het volhoudt en of ondersteuning nodig is. De overbelasting van de mantelzorg staat vaak centraal, maar veel mantelzorgers halen ook voldoening uit de zorg voor hun naaste. Het is een taak voor de zorgcoördinator om de mantelzorg bij de zorg en zorg-zorgbehandelplan te betrekken en te ondersteunen waar nodig. De ondersteuning kan bestaan uit praktische zorg, coaching, voorlichting, respijtzorg en actief betrekken bij gesprekken.

Literatuur

- Buurman BM, Parlevliet JL, Allore HG, et al. Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients: The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2016 Mar;176(3):302-9.
- Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ.* 2010 Mar 23;340:c1345.
- Olde Rikkert MG, Rigaud AS, van Hoeyweghen RJ, et al. Geriatric syndromes: medical misnomer or progress in geriatrics? *Neth J Med.* 2003 Mar;61(3):83-7. Review.
- Ott B, Thiel GJ, De Ruiter CM, et al. Kwetsbare ouderen en advance care planning. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2015;159:A8295
- Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, et al. The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff (Millwood).* 2011 Apr;30(4):746-54.
- Teno JM, Gozalo PL, Bynum JP, et al. Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries: site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. *JAMA.* 2013 Feb 6;309(5):470-7.
- Universiteit Utrecht. Hospital Admissions Related to Harm; een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames. 2006.

05 Coördinatie van zorg. Regiefunctie en casemanagement

INLEIDING

De gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen is intensief en complex. De mogelijkheden in diagnostiek en behandeling zijn de laatste jaren aanzienlijk uitgebreid. Daarnaast is ook het zorgaanbod en de financiering van zorg veranderd ten gevolge van nieuw overheidsbeleid. Door de complexiteit van zorg en multimorbiditeit werken diverse hulpverleners (in de medische en verpleegkundige as) samen in het diagnostiek en behandeltraject, zowel intramuraal als extramuraal. Deze ontwikkelingen vragen om goede coördinatie van de zorg in het diagnostische, behandel-, opname- en ontslagtraject alsook de nazorg. Het streven is om de kwetsbare oudere patiënt zoveel mogelijk in de thuissituatie de zorg, diagnostiek en behandeling te bieden. Dit om te voorkomen dat ongewenste, voor de patiënt belastende en onnodige verwijzingen naar de tweede lijn plaatsvinden. Patiënten die minder complexe zorg behoeven worden sneller vanuit het ziekenhuis en een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf naar huis geplaatst. Daarbij wordt steeds vaker een beroep gedaan op extramurale zorg en behandeling in de thuissituatie. Patiënten en hun mantelzorgers participeren actief in zorg- en behandelprocessen, zij laten zich via diverse (digitale) bronnen informeren en stellen steeds hoge eisen aan de zorg. Kwetsbare ouderen die (tijdelijk) intramuraal worden opgevangen, hebben ook tijdens dit verblijf en aansluitend bij en na terugkeer naar huis behoefte aan een goede coördinatie en continuïteit van het zorgproces en ondersteuning van hun afgenomen regiefunctie. Goed casemanagement bevordert de uitkomst van interventies en voorkomt een deel van de onnodige opnames en deel heropnames na ontslag (Buurman, 2016). Daarnaast wordt ook gezocht naar nieuwe vormen van zorgverlening, waarbij de discontinuïteit tussen klinische, poliklinische en thuisbehandeling wordt voorkomen of beperkt. (Buurman, 2016; Naylor, 2011)

CASEMANAGEMENT

Casemanagement is een samenwerkingsproces waarbij de zorg die door verschillende hulpverleners wordt geleverd op elkaar wordt afgestemd door één centrale hulpverlener. Hierbij wordt rekening gehouden met de wensen en mogelijkheden van de patiënt en zijn familie. Het coördineren van het zorgtraject door één centrale hulpverlener levert uiteindelijk patiëntveiligheid, kwalitatief hoogwaardige, uniforme zorg en eventueel een kostenbesparing op (Hussein, 1999).

Er bestaan verschillende modellen van casemanagement. In de COMPAS-studie (van Mierlo, 2016) is gekeken naar de implementatie en (kosten-)effectiviteit van twee casemanagementmodellen voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. De rol van de casemanager is in intentie in de verschillende modellen hetzelfde, maar de taken, de professionele achtergrond, het type zorg, de integratie in een multidisciplinair team kan erg verschillen en daarmee ook het resultaat van deze modellen.

De beschikbare evidence voor toepassing van casemanagement in het ziekenhuis betreft vooral Amerikaanse onderzoeken. In Nederland bestaat vooral in de GGZ ervaring met toepassing van casemanagement. De wijze waarop casemanagement in de verschillende ziekenhuizen vorm zal krijgen is nog in ontwikkeling. Op dit moment is vooral toepassing in de oncologie onderzocht (V&VN, 2010; van der Put 2015) en casemanagement in de transmurale zorgbrug (Buurman, 2010).

Voor kwetsbare ouderen is het wenselijk het casemanagement zo in te richten dat het cliëntstelsel en het professionele netwerk daaromheen optimaal ondersteund worden. Dat betekent afspraken maken wie dagelijks aanspreekpunt is en wie daarom heen de beste expertise heeft om het begeleidingsplan te bewaken.

WIE KAN DE CASEMANAGER ZIJN?

Grondige kennis van de complexiteit van zorg, van comorbiditeit en van de taak en functie van diverse hulpverleners is nodig om het zorgproces goed te kunnen coördineren. Dit kan betekenen dat de casemanager in de thuissituatie een andere is dan intramuraal. Het is essentieel dat er een intensieve overdracht en afstemming is in het transmurale proces.

Het casemanagement kan om verschillende deskundigheden vragen. Het kan namelijk gaan om eenvoudige stabiele patiëntsituaties en – al dan niet tijdelijk - complexe instabiele patiëntsituaties. De casemanager kan dan terugvallen op specifieke expertise ("generalist zoekt specialist") (Huijsman, 2017).

Omdat de kern het zorgproces betreft is de verpleegkundige met een specifiek aandachtsveld of expertise het meest geschikt als casemanager, bijvoorbeeld wijkverpleegkundige, dementieverpleegkundige, geriatrieverpleegkundige, transmuraal verpleegkundige (ziektebeeld gericht), verpleegkundig specialist ouderen. Zij zijn opgeleid om hun patiënten te begeleiden en hun zorgtrajecten te structureren en te stroomlijnen. Zij hebben geleerd samen te werken met hulpverleners en behandelaars uit werkvelden. Zij zijn in staat contacten te onderhouden op verschillende niveaus en overleggen te initiëren. Zij adviseren daarbij patiënten en hun mantelzorgers, collega's en andere hulpverleners. Door het beschrijven van de rol van casemanager in een zorgpad kunnen de taken die worden uitgevoerd door de casemanager intensief en goed gestructureerd worden afgestemd met de verschillende schakels in de zorgketen (Hummel, 2009).

Kwetsbare ouderen behoeven toenemend ondersteuning in de regievoering over het eigen leven. Daartoe is het wenselijk, met instemming van de patiënt, dat er een informele en/of formele vertegenwoordiging is, die contact houdt en aanspreekpunt kan zijn voor de casemanager. Voor informele regie ondersteuning kan gedacht worden aan een geschikt familielid.

REGIEVOERING

Zowel in de thuisituatie als tijdens intramuraal verblijf, moet duidelijk zijn wie de hoofdbehandelaar (eindverantwoordelijke) is en wie de regie voert over het medische beleid. Er kan sprake zijn van taakverschuiving naar arts-assistent, physician assistant en/of Huisarts in dienst van een huisarts (HIDHA). Dit moet in het dossier zijn vastgelegd. De regievoerder is ook verantwoordelijk voor het overleg met patiënt en mantelzorger waarin de casemanager wordt voorgesteld. De regievoerder erkent de positie van de casemanager of zorgcoördinator en stemt af tijdens gepland overleg. Het verdient aanbeveling om ook thuis en in het ziekenhuis de geriatrische specialisten (specialist ouderengeneeskunde en klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde) in de regierol te betrekken en in goede onderlinge afstemming de taken te verdelen. In het verlengde van deze geriatrische specialisten worden gespecialiseerde verpleegkundigen, paramedici en begeleidingsdisciplines geconsulteerd.

REGIONAAL KETENZORGBELEID

De werkgroep adviseert tot het maken van een regionaal ketenzorgbeleid. De werkgroep is van mening dat een regionaal ketenzorgbeleid een voorwaarde is om processen in de zorgketen voor kwetsbare ouderen efficiënt te kunnen begeleiden en goed te kunnen stroomlijnen. Hierin zouden de afspraken over de zorgcoördinatie, de functie van casemanagement en regievoering geborgd kunnen worden (LESA, 2017; Buurman, 2010). Het is aan de zorginstellingen en huisartsenpraktijken om dit gezamenlijk te realiseren en de zorgverzekeraars hierbij te betrekken. Het regionale ketenzorgbeleid wordt uitgewerkt in samenwerkingsafspraken, protocollen en zorgpaden, waarin de betrokken professionals verantwoordelijk zijn voor de inhoudelijke uitwerking.

Literatuur

- Buurman BM, Parlevliet JL, Allore HG, et al. Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients: The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2016 Mar;176(3):302-9.
- Buurman, B.M. (2016). Haastige spoed is zelden goed Het beland van samenwerken bij acute zorgvragen van ouderen. Lectorale reden.
- Buurman BM, Parlevliet JL, van Deelen BA, et al. A randomised clinical trial on a comprehensive geriatric assessment and intensive home follow-up after hospital discharge: the Transitional Care Bridge. *BMC Health Serv Res.* 2010 Oct 29;10:296.
- Huijsman R,. Generalistisch én specialistisch casemanagement in de dementiezorg. Erasmus University Rotterdam (EUR), Institute of Health Policy & Management. 2017.
- Hummel H, Meer de JP, Vries de O, Otter R. *Integrale oncologische zorgpaden, eerste druk*,. Assen, van Gorcum 2009. p.12,13
- Hussein Tahan A, Clarifying Casemanagement: What is in a label?. *Nursing Case Management*, 1999, Vol.4, No.6, 268-278
- LESA. Verlee E, Van der Sande R, Abel R, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen. *Huisarts Wet* 2017;60(6)S1-S12.
- Mierlo van, L.D., MacNeil-Vroomen ,J., Meiland, J.M., et al. Implementatie en (kosten-)effectiviteit van casemanagement voor mensen met dementie en hun mantelzorgesr: resultaten van de COMPAS-studie. *Tijdsch Geron en Ger* 2016, 15 nov.
- Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, et al. The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff (Millwood)*. 2011 Apr;30(4):746-54.
- Put van der, I. (2015) De inrichting van het proces casemanagement in de gezondheidszorg in Nederland.
- V&VN oncologie. De rol van casemanager. 2010.

06 Overdracht

INLEIDING

In 2015 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de overdracht voor kwetsbare ouderen in het ziekenhuis geïnspecteerd (IGZ, 2015). Dit werd gedaan in tien ziekenhuizen; één academisch, vier topklinische en vijf algemene ziekenhuizen. De IGZ heeft daarvoor het traject van een patiënt gevolgd en gekeken naar de volledigheid van de overdracht. De overdracht blijkt nog lang niet op orde te zijn. De belangrijkste knelpunten die werden gesignaleerd:

- het proces van de overdracht begint niet tijdig genoeg;
- de inhoud van de overdracht is onduidelijk/is niet gestandaardiseerd;
- de overdracht aan patiënt en mantelzorger krijgt nauwelijks aandacht;
- de inhoud van de verschillende overdrachten verschilt.

DEFINITIE VAN DE OVERDRACHT

Een overdracht in de zorg wordt gedefinieerd als het overdragen van de verantwoordelijkheden in de behandeling en zorg van een patiënt met als doel de continuïteit van de zorg te waarborgen. Een goede overdracht is tijdig, kent duidelijk gedefinieerde verantwoordelijkheden, is compleet en correct. De overdracht is noodzakelijk om goede zorg te kunnen leveren voor de opvolgend zorgverlener.

CONSEQUENTIES VAN NIET GOED OVERDRAGEN

De consequenties van een niet-tijdige en onvolledige overdracht kunnen groot zijn: 7% van de volwassen patiënten wordt binnen 30 dagen na ontslag heropgenomen en dit gebeurt vooral in de eerste twee weken na ontslag. Bij kwetsbare groepen ligt het aantal heropnames zelfs rond de 12% (Buurman, 2016). In de eerste twee weken na ontslag bezoeken veel patiënten de huisarts met vragen of problemen. Als de huisarts niet op de hoogte is van wat er in het ziekenhuis is gebeurd of geen actueel medicatieoverzicht is, kunnen onveilige situaties ontstaan.

Heropnames kunnen het gevolg zijn van medicatiefouten of onvolledige informatie aan de patiënt die daardoor bepaalde complicaties niet tijdig herkent. Ook het niet uitvoeren van acties voortkomend uit de overdracht zoals onvoldoende nazorg kunnen tot heropname leiden. Bepaalde groepen hebben ook een grotere kans te worden heropgenomen: een eerdere acute opname in het ziekenhuis, de aanwezigheid van comorbiditeit, depressiviteit, cognitieve problemen en polyfarmacie vergroten de kans op een heropname. Bij het inzetten van beleid rondom de overdracht is het daarom belangrijk om te kijken wat nodig is bij ontslag uit het ziekenhuis.).

Daarnaast ervaren mensen het als een belemmering (en frustratie) om meerdere keren hun verhaal te moeten doen als gevolg van gebrekkige/onvoldoende overdracht (FMS, 2017).

DE OVERDRACHT VOOR KWETSBARE OUDEREN

Er is voor de inhoud en de uitgebreidheid van de overdracht een getrapte benadering (zie figuur 6.1) (van Seben, 2017).



Figuur 6.1

De basis moet bij alle patiënten, inclusief ouderen op orde zijn. Dat wil zeggen dat er tijdig begonnen moet worden met de ontslagplanning en het in orde maken van de overdracht. Deze planning begint al bij opname door het plannen van een streefontslagdatum, het meegeven van schriftelijke informatie bij ontslag en het informeren van de huisarts.

Ongeveer een kwart van de patiënten krijgt na ontslag nazorg in een instelling voor tijdelijk en chronisch verblijf of van de wijkverpleging. Voor deze groep moet de zorg ook overgedragen worden aan de opvolgend zorgverlener en volgt er naast de medische overdracht nog een verpleegkundige en paramedische overdracht.

Een specifieke hoog-risicogroep, vaak ouderen die acuut zijn opgenomen, met veel geriatrische problematiek, krijgen begeleiding in de keten van een casemanager/ wijkverpleegkundige. Dit is 10% van de hele ziekenhuispopulatie en verschilt per afdeling; op geriatrie en inwendige geneeskunde ligt dit percentage op ongeveer 50% en bij de chirurgie een stuk lager (ongeveer 10%). Over deze begeleiding is meer te vinden in het hoofdstuk 'Kwetsbare ouderen op de SEH en in het ziekenhuis'.

DE BASIS VAN HET OVERDRACHTSPROCES

Standaardiseren van het proces en inhoud van de overdracht

Uit het onderzoek van de IGZ blijken de overdrachten van arts, verpleegkundige en apotheek vaak nog niet goed op elkaar afgestemd en dubbelingen te omvatten (IGZ, 2015). Ook is er veel aandacht voor het beschrijven wat er allemaal aan diagnostiek en behandeling is uitgevoerd, terwijl de opvolgend zorgverlener graag wil weten wat er thuis moet gebeuren, of er specifieke leefregels zijn, welke nazorg is ingezet, bij welke complicaties contact gezocht moet worden met het ziekenhuis en wie dan de contactpersoon is.

De zorgverlener in het ziekenhuis blijft verantwoordelijk voor de zorg, totdat deze is overgedragen.

Plannen streefontslagdatum

Het overdrachts- en ontslagproces begint al bij opname; binnen 48 uur na opname zou er een streefontslagdatum gepland

moeten worden die met een oudere en zijn mantelzorger afgestemd wordt. Dit geeft duidelijkheid over de verwachte opnameduur en brengt eventuele problemen die ontslag kunnen belemmeren naar voren (van Dalen, 2005). Het helpt om als behandelteam te definiëren wat nodig is om het ontslag daadwerkelijk voor elkaar te krijgen. Essentieel is dat de ontslagdatum dagelijks geëvalueerd wordt. Door scherp te hebben en houden wat de streefontslagdatum is kunnen de randvoorwaarden om een oudere te ontslaan gerealiseerd worden.

Een ontslagchecklist kan helpen om het ontslagproces te ondersteunen; in de checklist staat omschreven wat moet gebeuren voordat een patiënt met ontslag kan. Wanneer een streefontslagdatum is gepland kan op basis van die datum verder gepland worden wat wanneer nodig is.

Versturen van de medische, verpleegkundige en paramedische overdracht

Voor ontslag wordt voor alle patiënten de medische overdracht gemaakt. Wanneer ouderen nazorg krijgen dan wordt ook een verpleegkundige en paramedische overdracht gemaakt. Gemaakte afspraken over ACP tijdens ziekenhuisopname dienen te zijn vermeld, evenals poliklinische afspraken. Van belang is dat deze binnen 24 uur na ontslag bij de opvolgend zorgverlener is om heropnames te voorkomen en de kans op bijvoorbeeld medicatiefouten te verkleinen.

BELANG VAN VOORLICHTEN VAN PATIËNTEN EN MANTELZORGERS

In de huidige werkwijze wordt alleen overgedragen tussen professionals. Minstens net zo belangrijk is de overdracht aan de patiënt en/of zijn mantelzorger. De patiënt is de enige continue factor in de keten en bovendien moet hij/zij weten hoe hij thuis kan herstellen, wat de medicatie is die hij/zij moet gebruiken en wanneer en bij welke complicaties contact opgenomen moet worden met de huisarts of specialist. In veel ziekenhuizen wordt het ontslaggesprek gevoerd; maar van de mondelinge informatie wordt maar 10-20% echt onthouden (Engel, 2012). Een ontslaggesprek gecombineerd met schriftelijke informatie in begrijpelijk Nederlands is daarom essentieel; in Amsterdam is daarvoor een zogenaamde patiëntbrief ontwikkeld, die aan de patiënt kan worden meegegeven. Een gemiddelde Nederlander heeft het leesniveau van scholieren in groep 7; daarop moet de informatie afgestemd worden.

MEDICATIEOVERDRACHT

Medicatieproblemen na ontslag komen bij 18 tot 37% van de patiënten voor. Bij ongeveer 20% van hen leidt dit tot een heropname (Garcia-Caballo, 2010). Ondanks het feit dat er in de meeste ziekenhuizen medicatieverificatie bij ontslag wordt uitgevoerd, is het voor veel patiënten niet duidelijk welke thuismedicatie wel of niet gebruikt moet worden. Dat wordt deels veroorzaakt doordat artsen in ziekenhuizen en binnen de eerste lijn andere middelen voorschrijven voor hetzelfde probleem (merk versus generiek). Bij ontslag wordt het niet altijd teruggezet naar de medicatie die iemand thuis gebruikte. De kans bestaat dan dat patiënten zowel thuismedicatie als nieuwe medicatie gaan gebruiken. In de transmurale zorgbrug studie werden bijvoorbeeld heel vaak tassen oude medicatie gevonden en de ouderen gebruikten zeer regelmatig hun geneesmiddelen dubbel. Ontslag van de patiënt is een onderdeel van het zorgcontinuüm.

De basis op orde

Net als voor de medische overdracht geldt ook voor de medicatie overdracht dat de basis goed moet zijn. Dat betekent een medicatie overzicht (FMS, 2017), medicatieverificatie bij ontslag en de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en apotheek op moment van ontslag de juiste informatie sturen. Informatie met betrekking tot de medicatie wordt soms verdeeld over verschillende overdrachten, waardoor de kans ontstaat dat een patiënt geen of verkeerde medicatie krijgt. Het is daarom van groot belang dat verschillende overdrachten naar verschillende zorgverleners consistent zijn.

Medicatieverificatie thuis bij zeer kwetsbare ouderen

Bij sommige ouderen is medicatieverificatie bij ontslag niet voldoende. Begeleiding van deze kwetsbare groep bij het medicatiegebruik is eigenlijk voortdurend nodig, vooral als ouderen vijf of meer verschillende soorten medicatie gebruiken en/of heel kwetsbaar zijn. Dan is het belangrijk om ook thuis, tijdens een huisbezoek de medicatie door te nemen en daar medicatie-verificatie toe te passen. Juist om de medicatielijst uit het ziekenhuis en de medicatie die nog thuis ligt met elkaar te vergelijken en zo nodig bij te stellen. Uit Maastrichts onderzoek bleek ook dat maar 15% van de ouderen kon aangeven waarom ze welke medicatie gebruikten (Bosch-Lenders, 2016). Daarom is naast medicatie-verificatie de voorlichting over medicatie essentieel.

Verwerken van medicatie-veranderingen bij gebruik baxterrol

Sommige patiënten laten hun medicatie door de apotheek uitzetten in een baxterrol. Wanneer er nieuwe medicatie wordt voorgeschreven duurt het een week voordat dit in de baxterrol verwerkt is (van Seben, 2017). Het is daarom essentieel om

met de apotheek te overleggen dat de patiënt in de tussenliggende periode de juiste medicatie krijgt. Hier heeft de arts in het ziekenhuis de verantwoordelijkheid om dit goed te organiseren.

Literatuur

- Bosch-Lenders D, Maessen DW, Stoffers HE, et al. Factors associated with appropriate knowledge of the indications for prescribed drugs among community-dwelling older patients with polypharmacy. *Age Ageing*. 2016 May;45(3):402-8.
- Buurman BM, Parlevliet JL, Allore HG, et al. Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients: The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2016 Mar;176(3):302-9.
- Van Dalen G, Titulaer A. Gepland ontslag. *Med Contact (Bussum)*. 2005;60:1164-5.
- Engel KG, Buckley BA, Forth VE, et al. Patient understanding of emergency department discharge instructions: where are knowledge deficits greatest? *Acad Emerg Med*. 2012 Sep;19(9):E1035-44.
- FMS. Richtlijn Overdracht Medicatiegegevens in de keten. Verwacht 2017
- Garcia-Caballos M, Ramos-Diaz F, Jimenez-Moleon JJ, Bueno-Cavanillas A. Drug-related problems in older people after hospital discharge and interventions to reduce them. *Age Ageing*. 2010 Jul;39(4):430-8.
- IGZ. Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen naar vvt en huisartsen niet gewaarborgd. 2015.
- Van Seben R, Geerlings SE, Buurman BM. 10 tips voor een goede transmurale overdracht. *Ned tijdschr geneeskd*. 2017;161: d1031.

07 Overige oudere kwetsbare groepen patiënten

INLEIDING

Naast en ook binnen de groep kwetsbare ouderen bestaan er subpopulaties die extrakwetsbaar zijn. Hiertoe behoren oudere personen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen. Ook ouderen met een taalbarrière of een specifieke culturele achtergrond zijn vaak extra kwetsbaar. Ook deze ouderen lopen een hoger risico op slechte gezondheidssuitkomsten. Het is daarom van belang dat deze patiëntengroepen herkend worden en de extra aandacht krijgen in het zorgproces zoals dat in het zorgpad voor kwetsbare ouderen is vastgelegd.

VERSTANDELIJKE BEPERKINGEN

Over het algemeen worden personen met een verstandelijke beperking al vanaf de leeftijd van 50 jaar als 'oud' bestempeld (Perkins, 2010; Roth, 1996). Multimorbiditeit lijkt net als bij kwetsbare 70+ ouderen ook bij ouderen met een verstandelijke beperking in belangrijke mate bij te dragen aan de kwetsbaarheid (Hermans, 2014). In het artikel van Hermans wordt daarom de suggestie gedaan om bij kwetsbare ouderen met een verstandelijke beperking meer dan gebruikelijke aandacht te hebben voor multimorbiditeit. Er kan dan gekeken worden naar de preventie van multimorbiditeit en indien aanwezig, de behandeling daarvan.

TAALBARRIÈRES & CULTURELE DIVERSITEIT

Er is een groei te verwachten van het aantal ouderen van niet-westerse herkomst in Nederland: het aantal 65-plussers van 72.000 in 2010 naar 196.000 in 2025 (Den Draak, 2011). Door verschillende factoren is de kwetsbaarheid van deze groep groot. Ze beheersen de Nederlandse taal vaak minder goed of helemaal niet. Ze hebben vaak meer moeite om zelf de regie te nemen en toegang te krijgen tot ondersteuning en zorg. Ook hechten oudere migranten vooral aan de zorgplicht van kinderen voor hun ouders. Daardoor schakelen zij professionele ondersteuning en zorg minder snel in. Van ouderen met een niet-westerse culturele achtergrond is bekend dat zij zich relatief vaak eenzaam voelen ten opzichte van de autochtone ouderen (Fokkema, 2016). Eenzaamheid en andere vormen van kwetsbaarheid kunnen bij deze ouderen veroorzaakt worden door factoren zoals een zwakkere sociaaleconomische achtergrond, een lager opleidingsniveau, taalproblemen en minder 'gezondheidsvaardigheden' (LESA, 2017). Ook lijkt dementie en andere cognitieve problematiek vaker bij deze groep voor te komen (Parlevliet, 2016). De problematiek van de groep ouderen met een niet-westerse achtergrond vergt bijzondere vaardigheden om passende zorg te leveren.

Literatuur

- Fokkema, T. et al. Eenzaamheid onder oudere migranten: literatuuronderzoek en interviews. 2016.
- Hermans H, Evenhuis HM. Multimorbidity in older adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil.* 2014 Apr;35(4):776-83.
- LESA. Verlee E, Van der Sande R, Abel R, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen. *Huisarts Wet* 2017;60(6)S1-S12.
- Parlevliet JL, Uysal-Bozkir Ö, Goudsmit M, et al. Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in the Netherlands: a cross-sectional study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2016 Sep;31(9):1040-9. 21.
- Perkins EA, Moran JA. Aging Adults With Intellectual Disabilities. *JAMA.* 2010;304(1):91-92.
- Roth GM, Sun B, Greensite FS, et al. Premature aging in persons with Down syndrome: MR findings. *AJNR Am J Neuro-radiol.* 1996 Aug;17(7):1283-9.
- CSO. Zorgbelang en Stichting Pharos. Ouderen over ondersteuning en zorg. 2013

08 Implementatie en randvoorwaarden

INLEIDING

Dit zorgpad is een leidraad en moet handvatten bieden voor de praktijk waarin hulpverleners de zorg voor kwetsbare ouderen doelmatig kunnen leveren en waarbij de continuïteit is geborgd. In het zorgpad zijn wetgeving, bestaande richtlijnen en andere kwaliteitsdocumenten opgenomen in het zorgproces. Het zorgpad beschrijft de routes die de kwetsbare oudere patiënt doorloopt in de verschillende zorgprocessen binnen de zorgketens voor ouderen. De belangrijkste stappen in dit zorgpad zijn de juiste momenten van overleg met patiënt, de gezamenlijke besluitvorming en de noodzakelijke momenten van overdracht binnen de zorgketen. De zorgketens zijn vaak regionaal ingericht. Deze regio's verschillen echter van schaalgrootte, inhoud, primaire doelgroep en participanten. Zo bestaat er landelijk een indeling gezondheidsregio's van de GGZ, de zorgregio's van de zorgkantoren (zorgverzekeraars), regionale netwerken ouderenzorg (geen landelijke dekking) en dementienetwerk Nederland. Per regio verschilt de wijze van samenwerking, varieert het aantal participerende instellingen, heeft niet elke regio alle mogelijke voorzieningen beschikbaar, is de schaalgrootte erg variabel, zijn gespecialiseerde paramedici niet overal aanwezig, is hulpverlening in het psychosociale domein per ziekenhuis en per gemeente anders ingevuld en bestaan er ook andere ketenafspraken en netwerken binnen de regio's. Ook de kwaliteit en mate van innovatie verschilt per ziekenhuis en andere zorginstellingen. Tot slot is de ontwikkeling van samenwerkingsafspraken en netwerkvorming en daarmee het regionale ketenzorgbeleid niet in elke regio gerealiseerd. Het Zorgpad is geschreven voor landelijk gebruik, maar de implementatie zal gezien bovenstaande op regionaal niveau plaatsvinden, opdat daar de invulling op maat kan worden uitgewerkt en ook per onderdeel kan worden aangepast aan de hand van de actuele situatie.

IMPLEMENTATIEPLAN

De implementatie van het zorgpad op regionaal niveau kan met verschillende methodieken worden uitgevoerd. Gezien de betrokkenheid van meerdere zorgverleners en instellingen is een professionele ondersteuning bij de implementatie noodzakelijk. Er zijn verschillende methodieken die hiervoor gebruikt kunnen worden. De keuze wordt vaak gemaakt door of samen met de professionele ondersteuner. Een vaak gebruikte tool is het 7-fasenmodel van Vanhaecht (2011). Bij implementatie van zorgpaden in de GGZ is dit model vaker toegepast.

Een andere specifieke methode is het IOZP-model en het bijbehorende 9 stappenplan (Hummel, 2009). Hierbij staat de integrale behandeling, zoals dit in de oncologisch zorg is vereist, op de voorgrond in het zorgpad. Deze methode zou ook bij andere integrale zorg van toepassing kunnen zijn (van Hoeve, 2014).

Een andere methode voor implementatie van een zorgpad is de methode volgens het proces van design thinking. Deze methode verloopt in een aantal fasen: Wat zijn in een regio de perspectieven voor de potentiële deelnemers, voor welk probleem moet het zorgpad in deze regio een oplossing bieden, welke ideeën hebben de deelnemende instanties/hulpverleners zelf hoe dit op maat kan worden ingevuld en hoe dit het beste kan worden gerealiseerd en wat men wil bereiken. Het (aangepaste) zorgpad zal worden getest.

RANDVOORWAARDEN

1. De regio's zullen moeten worden vastgesteld. Dit kan aan de hand van de eerder genoemde gezondheidsregio's, de regio indeling van het zorgkantoor of aan de hand van bestaande samenwerkingsverbanden of netwerken ouderenzorg.
2. Samenwerking in en continuïteit van zorg voor (kwetsbare) ouderen vereist een regionaal ketenzorgbeleid.
3. Voor professionele ondersteuning bij de implementatie moet een budget beschikbaar zijn.

TE ONDERNEMEN ACTIES DOOR DE DEELNEMENDE BEROEPSVERENIGINGEN IN HET PROJECT

Hieronder wordt per partij toegelicht welke acties zij kunnen ondernemen om de implementatie van het zorgpad te bevorderen.

Alle direct betrokken wetenschappelijk verenigingen/beroepsorganisaties (NIV, NVKG, NVvP, V&VN, Verenso, KNGF, EN, NVD, Patiëntenfederatie Nederland, KBO-PCOB, NHG)

- Bekend maken van het zorgpad onder de leden.
- Publiciteit genereren door over het zorgpad te publiceren in tijdschriften en te vertellen op congressen.

De lokale vakgroepen/individuele medisch professionals

- Het bespreken van het zorgpad in de vakgroepsvergadering en lokale werkgroepen.
- Afstemmen en afspraken maken met andere betrokken disciplines om de toepassing van de leidraad in de praktijk te borgen.
- Onderdelen van het zorgpad selecteren die de kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen in de regio kunnen verbeteren.

Literatuur

- Hummel H, van der Meer JY, de Vries J, et al. Integrale oncologische zorgpaden. Opzet en toepassing. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2009.
- Vanhaecht K, Deneckere S, Van Gerven E, et al. 7 fasen model voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van een zorgpad CZV-KULeuven CZV-KULeuven. 2010.
- van Hoeve J, de Vries J. Ontwikkeling en implementatie van zorgpaden 8 nummer 2. 2014.

Appendix A Belangenverklaringen

Achternaam	Functie	Nevenfuncties	Persoonlijke financiële belangen	Persoonlijke relaties	Reputatie-management	Extern gefinancierd onderzoek	Kennisvalorisatie	Overige belangen
Mulder-Mertens	Beleidsmedewerker KNGF	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen
Brand	Huisarts; kaderarts Ouderen geneeskunde	Geen	Geen	Geen	lid stedelijke werkgroep ouderenzorg HKA	Geen	Geen	Geen
Weinberg	Specialist ouderengeneeskunde Rivas Zorggroep Gorinchem	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen
Van Maaschalkerweerd	Klinisch geriater, werkzaam in ziekenhuis Tergooi Blaricum	Geen	Geen	Echtgenote werkt als senior medisch adviseur bij Zorginstituut Nederland (ZiNL)	Geen	Geen	Geen	Geen
Jellesma-Eggenkamp voorzitter werkgroep	Klinisch geriater, niet praktiserend	- Vicevoorzitter Raad van Toezicht Vilente, betaald - Lid commissie kwaliteitszaken NVKG, onbetaald	Geen	Geen	Binnen RvT zorginstelling Vilente ben ik voorzitter van de commissie "kwaliteit zorg en welzijn"	Geen	Geen	Geen
Van Gils - Simons	Ergotherapeut	Geen	Geen	Geen	lid van adviesraad ouderen Ergotherapie Nederland	Geen	Geen	Geen
Kranenburg	Junior Beleidsmedewerker, Patiëntenfederatie NPCF (32 uur) POH GGz (10 uur)	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen
De van der Schueren	HAN-lector Voeding	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen

Achternaam	Functie	Nevenfuncties	Persoonlijke financiële belangen	Persoonlijke relaties	Reputatie-management	Extern gefinancierd onderzoek	Kennisvalorisatie	Overige belangen
Van der Winden	Teamleider transferbureau en meewerkend transferverpleegkundige	Lid Landelijk Bestuur Transferverpleegkundigen V en VN (alleen reiskostenvergoeding)	- Lid van een adviescommissie die in dienst van een bedrijf opereert op het gebied waar het advies/richtlijn zich op richt - Directe financiële belangen in een bedrijf (aandelen of opties)	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen
Lamberts	Adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten	Beleidsmedewerker Kwaliteit NVKG	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen
Roor	Projectleider keurmerk seniorvriendelijk ziekenhuis	Zelfstandig adviseur/projectmanager zorg voor ouderen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen
Oude Voshaar	Hoogleraar ouderenpsychiatrie UMC Groningen (1,0 fte)	#NAAM?	Geen	Geen	Voorzitter afdeling ouderenpsychiatrie van de Ned. Ver. Van Psychiatrie (NVVP)	Geen	Geen	Geen
Verheijen	Klinisch geriater	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen

Achternaam	Functie	Nevenfuncties	Persoonlijke financiële belangen	Persoonlijke relaties	Reputatie-management	Extern gefinancierd onderzoek	Kennisvalorisatie	Overige belangen
Buurman	Hoogleraar Acute Ouderenzorg. Bijzonder lector Transmurale Ouderenzorg Hogeschool van Amsterdam	<ul style="list-style-type: none"> - Vertegenwoordiger AMC in de Commissie Ouderenzorg -NFU-onbetaald - Vertegenwoordiger namens de NFU in de werkgroep verspilling in de zorg van Ministerie van VWS-onbetaald - Vertegenwoordiger V&VN in het zorgpad Transmurale zorg voor kwetsbare ouderen-betaald, met vacatiegelden - Bestuurslid Amsterdam Center on Aging-onbetaald - Programmaraadslid Ben Sajet Centrum-onbetaald 	Geen	Geen	Geen	Ik heb verschillende onderzoeken binnen het Nationaal programma ouderenzorg uitgevoerd, met subsidies van ZonMW. De financier heeft mogelijk baat bij een goed verhaal over de transmurale zorgbrug. Ik kan die belangen zelf scheiden.	<p>Binnen het NPO en met subsidie van NWO heb ik o.a. de transmurale zorgbrug ontwikkelt en doe ik onderzoek naar impact van ziekenhuis-opname op het functioneren van ouderen</p> <p>De transmurale zorgbrug wordt momenteel in Nederland verspreid en ik verwacht dat deze mogelijk een plek zal krijgen in het advies. Ik heb daar geen commerciële belangen bij. Het belang is vooral betere zorg aan ouderen. De interventies is met name een vernieuwde aanpak van organisatie van zorg, waar de oudere baat bij heeft</p>	Geen

Achternaam	Functie	Nevenfuncties	Persoonlijke financiële belangen	Persoonlijke relaties	Reputatie-management	Extern gefinancierd onderzoek	Kennisvalorisatie	Overige belangen
Van Munster	1. Internist-geriater en medisch manager Gelreziekenhuizen, Apeldoorn (0.2 fte) NB 2. Onderzoeker UMCG (0.2 fte), Groningen	1. Expertgroep 'Multidisciplinaire Leidraad Ouderen in wetenschappelijk onderzoek' 2. Voorzitter werkgroep 'Methodiek voor ouderenvoor richtlijnen' 3. Bestuurslid 'Netwerk voor Geriatrische Traumatologie' 4. Editorial Board van het 'Journal of Geriatrics' 5. Afgevaardigde sectieouderengeneeskunde in richtlijncommissie NIV 6. Expertgroep 'Kwaliteitskeurmerk senior friendly hospital' 7. Bestuurslid European Delirium Association 8. Lid Werkgroep Generieke module comorbiditeit 9. Vanaf januari 2016 redactielid Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie	Geen	Geen	Geen	Deelname ZONMw gefinancierde IEMO-studie naar subklinische hypothyreoïdie	Bijdrage als voorzitter namens de NIV aan 'addendum ouderenspecifiek maken van richtlijnen'	Geen



Bureau NVKG
Postbus 2704
3500 GS Utrecht
(088) 282 39 30

info@nvkg.nl
www.nvkg.nl