I N H O U D S O P G A V E

1	**INLEIDING**	***2***
2	**ACHTERGROND**	***3***
	Definitie	3
	Aanverwante begrippen	3
	Model van kwetsbaarheid	3
	Kwetsbaarheid in cijfers	6
	Beïnvloedende factoren bij kwetsbaarheid	6
	Ontwikkeling van kwetsbaarheid	6
	Vaststellen kwetsbaarheid	7
	Rol van hulpverleners	8
3	**ZORGPROGRAMMA OUDERENZORG EERSTELIJN**	***9***
	Uitgangspunten zorgprogramma	9
	Voorwaarden voor een succesvolle uitvoering van het programma	9
	Stroomschema's zorgprogramma kwetsbare ouderen (1 + 2)	11
4	**Onderdelen van het zorgprogramma uitgelicht**	**13**
	Analyse huisartsenpopulatie	13
	Multidisciplinair zorgteam	13
	Inclusiestrategie	13
	Kwetsbaarheid herkennen	14
	Mate van kwetsbaarheid en complexiteit vaststellen en analyseren	14
	Multidisciplinair Overleg	16
	Individueel zorgleefplan	16
	Toolbox interventies	18
	Polyfarmaciereview	21
	Evaluatie zorgprogramma	22
	Randvoorwaarden	22
4	**BIJLAGEN**	***23***
	Ouderen Screening: Trap 1	24
	Ouderen Screening: Trap 2	27
	Beoordeling complexiteit zorgsituatie	38
	Multidisciplinair overleg	39
	Geraadpleegde bronnen	41

Versie 2.0 / 20 november 2012

INLEIDING

Ouderen hebben de toekomst, dat is de prognose. Het aantal 65-plussers zal naar schatting toenemen van 2,5 miljoen in 2009 naar 4,5 miljoen in 2040[1]. Met deze toename zal ook het aantal ouderen met (chronische)aandoeningen groeien en zullen ouderen steeds vaker te maken krijgen met comorbiditeit (2 of meer aandoeningen). Op dit moment is de kans dat er bij een oudere van 65 jaar sprake is van comorbiditeit 50%[2]. Naarmate de leeftijd stijgt neemt de kans op multimorbiditeit exponentieel toe.

Gekeken naar de soort aandoeningen vormen de lichamelijke aandoeningen een hoge ziektelast, maar ook de psychische stoornissen. Op dit moment veroorzaakt dementie bij de groep van 75 jaar en ouder de hoogste ziektelast veroorzaakt door dementie[3].
In 2009 bracht de Gezondheidsraad naar voren dat ouderen behoefte hebben aan zorg gericht op kwaliteit van leven: minder belasting, beter functioneren en meer zelfredzaamheid[4]. Het kan dus zijn dat een oudere aangeeft dat de lasten van een behandeling voor hem of haar zwaarder wegen dan leven met complicaties die de ziekte met zich meebrengt.

Het zorgprogramma Kwetsbare ouderen beoogt dat de zorg in de eerste lijn aan kwetsbare ouderen multidisciplinair en integraal vanuit de domeinen wonen, welzijn, cure en care georganiseerd wordt. Het effect moet zijn dat kwetsbare ouderen langer en in betere gezondheid in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen.

Uitgangspunten zijn de huisartsenpopulatie, kern is het ambachtelijk duo (huisarts – POH Ouderenzorg) ondersteund door een multidisciplinair team (specialist ouderengeneeskunde, apotheker, fysiotherapeut, wijkverpleegkundige en indien mogelijk de patiënt of zijn mantel).

De literatuur geeft geen eenduidige definitie voor kwetsbaarheid. Dit programma hanteert de omschrijving van het Sociaal Cultureel Planbureau[5].

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

Ouderen overigens herkennen het begrip niet, het is derhalve een concept dat door professionals en niet door hun cliënten wordt gehanteerd.

---

[1] Centraal Bureau voor de Statistiek, Kerncijfers van de bevolkingsprognose, 2008-2050
[2] Dijk van et al, H&W 53, 2010
[3] Zorg voor gezondheid, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006, Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ., Bilthoven: RIVM, 2006
[4] Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Gezondheidsraad, Den Haag 2009, Publicatienr. 2009/07
[5] Kwetsbare Ouderen. Campen C van (red). Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2011

1 ACHTERGROND[6]

Het aandeel 65-plussers in de maatschappij neemt tot 2030 toe tot een kwart van de bevolking. Daarmee neemt ook het aantal ouderen met lichamelijke, psychische en sociale problemen en ongemakken toe. Problemen die ze vaak heel goed zelf kunnen oplossen, maar waarvoor ze soms ook hulp en ondersteuning nodig hebben. In sommige gevallen komt die hulp en ondersteuning te laat omdat de oudere zelf, naasten en/of hulpverleners niet op tijd in de gaten hebben dat hij/zij het alleen niet meer redt.

Definitie kwetsbaarheid

Weten wat kwetsbaarheid inhoudt is belangrijk, omdat de mate waarin ouderen kwetsbaar zijn beter dan hun leeftijd voorspelt of een oudere zal worden opgenomen in een ziekenhuis of verpleeghuis, en of hij/zij vroegtijdig zal overlijden.
In de gezondheidszorg bestaan verschillende ideeën over wat kwetsbaarheid bij ouderen is. Er kan gekozen worden voor een smalle benadering waarin uitsluitend aandacht is voor fysieke kwetsbaarheid, of voor een brede benadering die ook oog heeft voor psychische en sociale kwetsbaarheid.
Dit zorgprogramma gaat uit van de brede benadering: *Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen,opname, overlijden).*
Door het tijdig onderkennen van kwetsbaarheid, kunnen ouderen geholpen worden langer de regie over hun eigen leven te houden en hun zelfstandigheid behouden.

Aanverwante begrippen

Het brede begrip van kwetsbaarheid heeft overlap met de begrippen 'kwaliteit van leven' en 'succesvol ouder worden'; het onderscheidt zich van de begrippen 'multimorbiditeit' en 'lichamelijke beperkingen' door naast organische en fysieke problematiek ook nadruk te leggen op de psychosociale problematiek. Er is echter een grote overlap tussen de populaties kwetsbare ouderen, ouderen met multimorbiditeit en ouderen met langdurige lichamelijke beperkingen.

Model van kwetsbaarheid

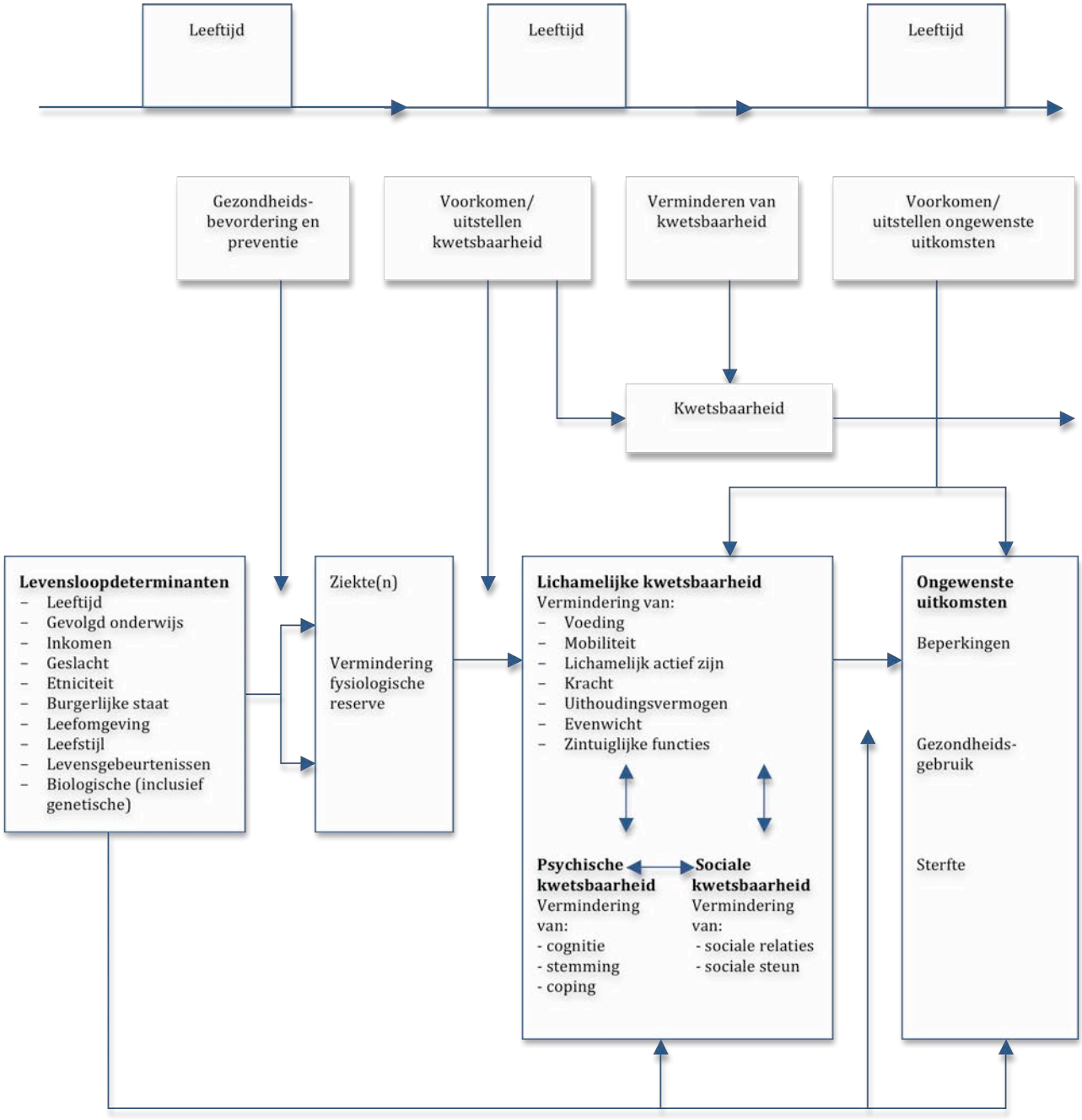
Er zijn diverse conceptuele modellen voor kwetsbaarheid ontwikkeld. De meeste modellen zijn door medische wetenschappers ontwikkeld en laten een scheiding van de mens in lichaam en geest zien. Het psychisch en maatschappelijk functioneren van de mens wordt niet belicht.
Er is één invloedrijk model dat multidimensioneel en multidisciplinair van aard is en dat is het levensloopmodel van Bergman et al. Het model van de levensloop van ouderen schetst de weg van kwetsbaarheid naar ongewenste gebeurtenissen. Biologische, psychische en sociale factoren, die op elkaar inwerken gedurende de levensloop, worden gezien als de determinanten van kwetsbaarheid.
Gobbens et al. (2010) hebben het model van Bergman bewerkt tot een conceptueel model van kwetsbaarheid.

---

[6] Bronnen:
- Rapport Kwetsbare ouderen van het Sociaal en Cultureel Planbureau, februari 2011
- Rapport Kwetsbare ouderen in de praktijk van het Sociaal en Cultureel Planbureau, april 2011

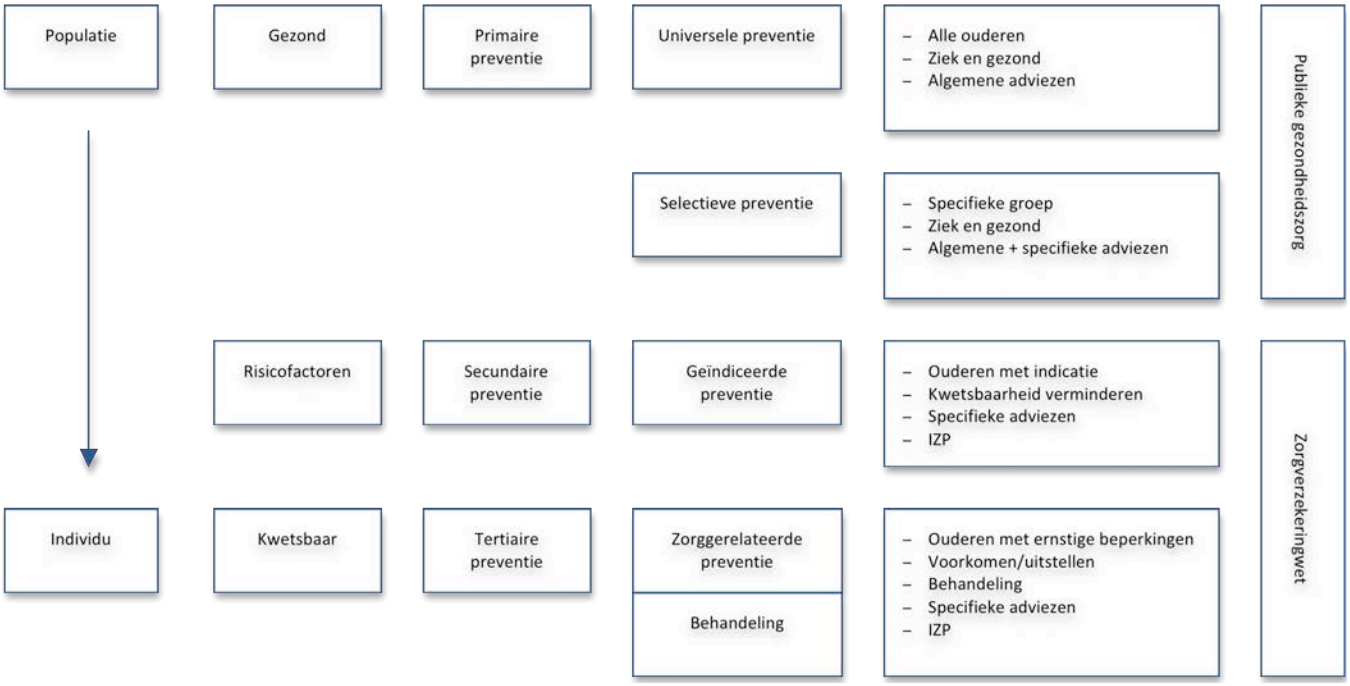
Dit model onderscheidt zich van het oorspronkelijke model door drie vormen van kwetsbaarheid te onderscheiden: lichamelijke, psychische en sociale kwetsbaarheid die onderling samenhangen. Het model wijst de volgende determinanten aan:

- Sociaal demografische factoren (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, etniciteit),
- Sociaal economische factoren (onderwijs, inkomen);
- Leefstijl;
- Levensgebeurtenissen;
- Woonomgeving;
- Genetische factoren (zie onderstaand schema*).*



Schema Conceptueel model van kwetsbaarheid van Gobbens et al. (2010)).

Het begrip ziekte neemt een belangrijke plaats in binnen het model. Ziekten als hartfalen, anemie en diabetes mellitus kunnen iemand kwetsbaar maken. Het hebben van twee of meer ziekten vergroot de kans op kwetsbaarheid aanzienlijk. Progressieve kwetsbaarheid kan tenslotte leiden tot ongewenste situaties zoals het hebben van ernstige beperkingen, een toename van zorggebruik en vroegtijdig overlijden.
Het model van de levensloop van ouderen schetst de weg van kwetsbaarheid naar ongewenste gebeurtenissen en schetst de momenten waarop hulpverleners preventief en/of curatief kunnen ingrijpen. Het Sociaal Cultureel Planbureau gaat bij haar beschrijving van preventie nog uit van de klassieke indeling. In dit zorgprogramma is aansluiting gezocht bij de indeling die het CVZ7 hanteert. Deze indeling heeft als voordeel dat er een betere verbinding van preventie en curatie in de praktijk gerealiseerd kan worden.



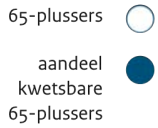
Deze indeling vertaald naar ouderen levert de volgende indeling op:

- Universele en selectieve preventie is een taak van de GGD, welzijnsorganisaties en ouderen-adviseurs,
- Geïndiceerde preventie is een taak van de wijkverpleegkundige, de POH Ouderenzorg, de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde, omdat zij bij uitstek goed op de hoogte zijn van beïnvloedende factoren die snel tot institutionalisering kunnen leiden;
- Zorggerelateerde preventie en behandeling heeft als doel verlies van zelfredzaamheid en welzijn te voorkomen en het moment van ongewenste uitkomsten uit te stellen. Dit valt onder de verantwoordelijkheid van de huisarts.

[7] CVZ Rapport Van preventie verzekerd, juli 2007.

Kwetsbaarheid in cijfers

Uitgaand van de definitie van kwetsbaarheid is in Nederland 27% van de 65-plussers kwetsbaar, dat zijn bijna 700.000 personen.
In 2030 zullen er ongeveer 1 miljoen kwetsbare 65-plussers zijn, 25% van het aantal 65-plussers.
Een kwart van de zelfstandig wonende 65-plussers in Nederland is kwetsbaar. In verzorgingshuizen is driekwart van de 65-plussers kwetsbaar. In verpleeghuizen is bijna elke bewoner kwetsbaar.
Ouderen, vrouwen en verweduwden en mensen met een lage opleiding zijn vaker blijvend kwetsbaar dan anderen.
De kans op vroegtijdig overlijden is voor blijvend kwetsbaren bijna drie keer groter dan voor ouderen die niet-kwetsbaar blijven.
Van de kwetsbare ouderen is circa 70% fysiek kwetsbaar en circa 60% psychisch of sociaal kwetsbaar.





Beïnvloedende factoren bij kwetsbaarheid





Eén op de drie ouderen met hoogstens lager onderwijs is kwetsbaar tegenover één op de zeven ouderen met een hoge opleiding.
Gehuwden overlijden relatief vaak zonder dat ze kwetsbaar zijn geweest.
Beperkt alcoholgebruik beschermt tegen kwetsbaarheid; onder matige drinkers is een relatief hoger percentage ouderen blijvend niet-kwetsbaar dan onder geheelonthouders.

Ontwikkeling van kwetsbaarheid

Kwetsbaarheid is geen toestand maar een proces. Kwetsbaar worden kan op verschillende manier. Mensen worden niet altijd kwetsbaar, ze kunnen ervan herstellen, kwetsbaarheid kan zich langzaam ontwikkelen en sommigen zijn al op jongere leeftijd kwetsbaar. Gezondheid, leefstijl en persoonlijkheid zijn allemaal van invloed op het beloop van kwetsbaarheid.
Fysieke kwetsbaarheid bestaat uit acht kenmerken:

- slecht lopen,
- slecht evenwicht kunnen bewaren;
- lichamelijk moe zijn;
- slecht horen;
- slecht zien;
- weinig tot niet wandelen;
- ongewenst gewichtsverlies;
- weinig handkracht hebben.

Ouderen die ten minste vier van deze kenmerken hebben, gelden als fysiek kwetsbaar. Uit het zeven jaar lopende LASA-onderzoek (Longitudinal Ageing Study Amsterdam[8]) onder 65-plussers blijkt dat in een periode van zeven jaar:

- Een derde van hen fysiek kwetsbaar is (geweest) of wordt,
- Bijna de helft van de onderzochte ouderen geen of maar één van deze kenmerken heeft;
- Een heel kleine groep (2,8%) blijvend kwetsbaar is;
- Eén op de tien ouderen wel kwetsbaar is geworden,
- Iets meer dan één op de tien ouderen overlijdt nadat ze een periode kwetsbaar zijn geweest.

Wat opvalt is dat fysieke en psychische kwetsbaarheid vaak samengaan: als de fysieke kwetsbaarheid toeneemt, doet de psychische dat ook altijd. Het beloop van sociale kwetsbaarheid gaat niet altijd samen met het beloop van fysieke en psychische kwetsbaarheid. Opvallend is ook dat bij mensen die blijvend kwetsbaar zijn, hun sociale kwetsbaarheid juist afneemt. Zij zoeken waarschijnlijk sociale steun in hun omgeving om hun verminderd functioneren op te vangen.

Vaststellen kwetsbaarheid

Kwetsbaarheid is volgens de gehanteerde definitie meetbaar aan de hand van:

- Kracht, voeding, uithoudingsvermogen, mobiliteit, lichamelijke activiteit, evenwicht, zintuiglijke functies (= lichamelijk domein),
- Cognitie, stemming en coping (= psychisch domein);
- Sociale relaties en sociale steun (= sociaal domein).

Met behulp van een multidimensioneel meetinstrument is het mogelijk kwetsbaarheid te signaleren en vervolgens de mate van kwetsbaarheid vast te stellen. Als iemand tekenen van kwetsbaarheid vertoont (dus een bepaalde score heeft op zo'n instrument), volgt een onderzoek door hulpverleners om de problematiek in kaart te brengen. Op grond van de resultaten kunnen hulpverleners in overleg met betrokkenen bepalen welke zorg en ondersteuning het beste past.

Bij het signaleren van kwetsbaarheid kan vanuit een stepped care principe eerst kort een screenings-instrument gebruikt worden. Daarvoor zijn in Nederland diverse instrumenten beschikbaar:

- de Groningen Frailty Indicator (GFI),
- de Identification Seniors At Risk vragenlijst (ISAR);
- de Easycare Tos;
- de Tilburger Frailty Indicator (TFI)[9].

Het zijn instrumenten waarin aan de hand van een korte reeks vragen een score wordt bepaald op basis waarvan de kans op kwetsbaarheid worden ingeschat. Bij mensen die beneden de grenswaarden uitkomen kan worden afgezien van een uitgebreide assessment. Boven een bepaalde grenswaarde is de kans op kwetsbaarheid zo groot dat een breed assessment is geïndiceerd.

8 Op initiatief VWS is VUmc in 1991 gestart met een grootschalig onderzoek naar het dagelijks functioneren van ouderen vanaf 55 jaar.

9 Er is nog geen consensus wat het beste meetinstrument is.

Voor het vaststellen van kwetsbaarheid zijn diverse assesment instrumenten beschikbaar. Het is van belang dat het instrument alle domeinen beslaat om zo een goed en breed beeld te krijgen van iemands gezondheids- en leefsituatie. Daarnaast is het van belang dat het instrument bijdraagt aan een integratie van de analyse van de verschillende domeinen, want dan pas zal duidelijk kunnen worden met welke urgentie op bepaalde terreinen interventies geboden zijn.
Voorbeelden van assessment instrumenten zijn:

- Trazag (**TRA**nsmuraal **Z**org **A**ssessment **G**eriatrie),
- Intermed (complexiteit van zorg meten)
- Easy Care Diagnostiek.

Dit zijn semi-gestructureerde interviews waarmee systematisch gegevens verzameld worden op alle relevante functiedomeinen. Op onderdelen kunnen gericht deelinstrumenten worden gebruikt, b.v. een MMSE om de analyse meer te kunnen onderbouwen.
Het interview wordt bij voorkeur afgenomen door een daartoe opgeleide functionaris, POH Ouderenzorg. Analyse van de bevindingen geschiedt aansluitend in een multidisciplinair overleg (MDO).

Rol van hulpverleners

Kwetsbare ouderen met meervoudige, complexe problemen hebben vaak te maken met een diversiteit aan hulpverleners: de huisarts, de praktijkondersteuner, de apotheker, de fysiotherapeut, een ouderenadviseur, thuiszorgmedewerkers, mantelzorgers, de geriater, medisch specialisten, vervoerders en vrijwilligers. Die stemmen hun hulp lang niet altijd even goed op elkaar af. Multidisciplinaire samenwerking in de ouderenzorg is essentieel, opdat hulpverleners hun zorg op elkaar afstemmen en de oudere en diens familie één aanspreekpunt heeft. In de huidige situatie vervult vaak de praktijkondersteuner deze functie.
Ouderen willen graag de regie over hun leven houden. Hulpverleners moeten begrijpen dat kwetsbare ouderen dus niet alleen gebaat zijn bij het wegnemen van een ziekte of klacht. Vroegtijdige signalering en interventie kan helpen de oudere regie over diens eigen leven te laten houden.

2 ZORGPROGRAMMA KWETSBARE OUDEREN

Dit zorgprogramma beschrijft in operationele termen wat, hoe en wanneer en welke bijdrage de verschillende hulpverleners kunnen leveren aan gestructureerde programmatische zorg voor kwetsbare ouderen. Hier gaat niet alleen om de inzet van de verschillende disciplines maar ook om de onderlinge afstemming c.q. integratie van hun werkzaamheden.

Uitgangspunten van het zorgprogramma

De voorgestelde proactieve werkwijze van de huisarts en zijn team kent de volgende stappen:

- *Casefinding* op kwetsbaarheid m.b.v. een probleemanalyse op het somatische, functionele, maatschappelijke, psychische en communicatieve domein. Deze methodiek wordt gekenmerkt door het stepped care principe om te voorkomen dat er mensen geïncludeerd worden voor wie het programma niet is bedoeld,
- Opstellen, monitoren en bijsturen van een *individueel zorgleefplan* (IZLP). Het IZLP bestaat uit een medisch behandelplan en een zorg/leefplan, waarvan de doelstellingen op elkaar zijn afgestemd. Bij ontbreken van een IZLP, spreekt de huisarts de thuiszorginstelling of het verzorgingshuis hierop aan[10];
- *Periodieke polyfarmacie review* van alle ouderen met als doel optimalisatie van medicatiebeleid ondersteund door of uitbesteed aan andere deskundigen;
- Het IZLP wordt 'vertaald' naar een *actieplan* voor betrokkenen. De acties die dagelijkse worden ondernomen zijn duidelijk beschreven in het plan dat onder handbereik thuis beschikbaar is;
- Instellen van *casemanagement* gericht op het actief monitoren en begeleiden van een complexe kwetsbare patiënt;
- De huisarts werkt structureel samen in een *multidisciplinair zorgteam* voor kwetsbare ouderen. In dit team participeren in ieder geval de huisarts, de POH Ouderenzorg, de specialist ouderen-geneeskunde, de wijkverpleegkundige en de ouderenadviseur;
- Deze hulpverleners hebben een systeem waarin men regelmatig een multidisciplinair overleg *(MDO)* heeft om de geleverde zorg te evalueren, onderling af te stemmen en te anticiperen op mogelijke problemen;
- Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde krijgen ruime mogelijkheden tot *taakdelegatie* naar in ouderenzorg gespecialiseerde praktijkondersteuners en verpleegkundigen.

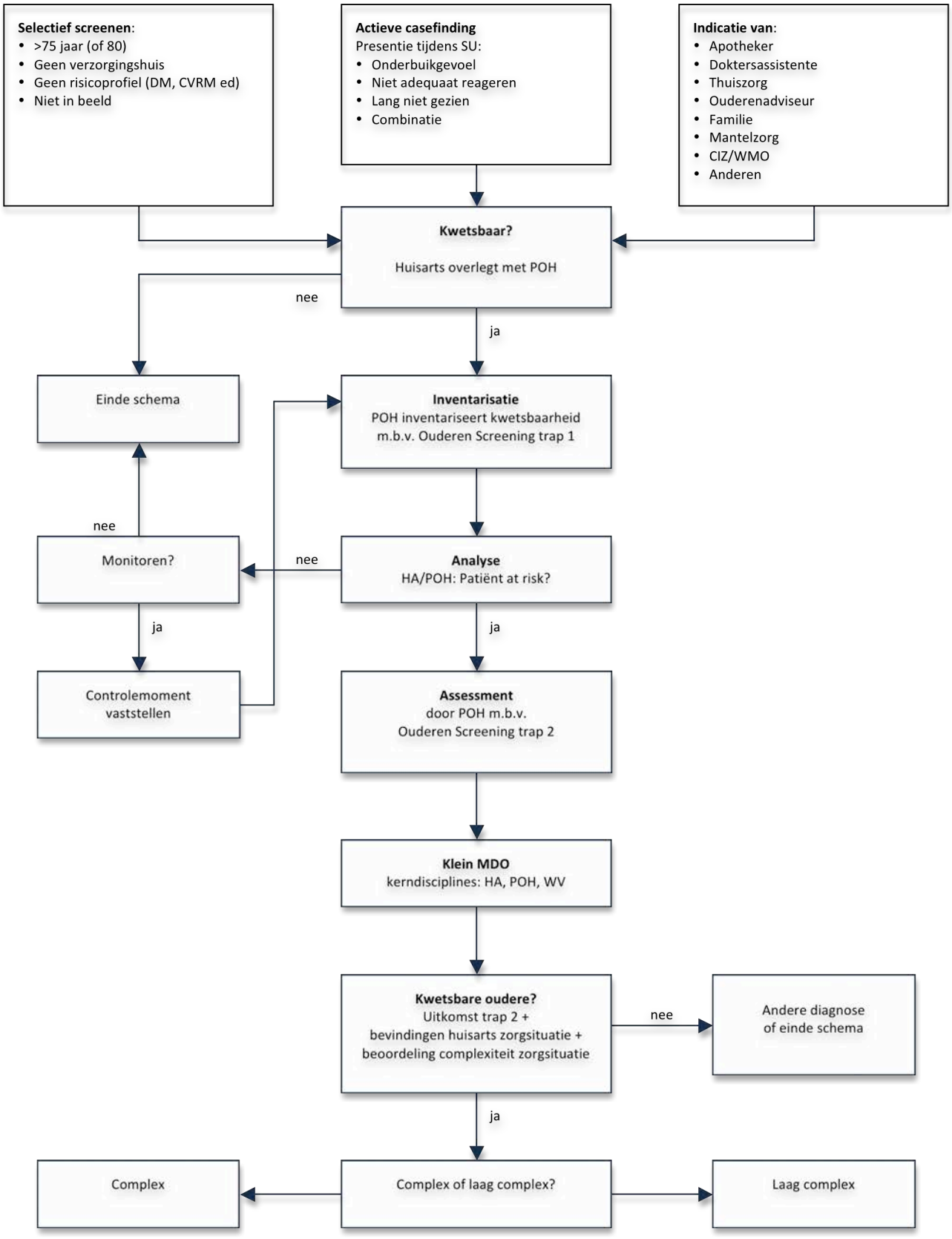
Voorwaarden voor een succesvolle uitvoering van het zorgprogramma

- De wensen en behoeften van de patiënt en diens mantelzorgers staan centraal,
- De toegepaste methodieken gaan steeds uit van de eigen kracht van betrokkene;
- De praktijk respectievelijk het team is bekend met (de toepassing van) begrippen als zelfmanagement, zorgproces, organisatie van multidisciplinair overleg en besluitvorming, klinische informatie- en communicatiesystemen;
- Beschikbaarheid van een goed bereikbaar multidisciplinair netwerk (sociale kaart) inclusief sociale voorzieningen;

[10] ActiZ, V&VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS en ZN. Kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (langdurige en/of complexe zorg). Oktober, 2007.

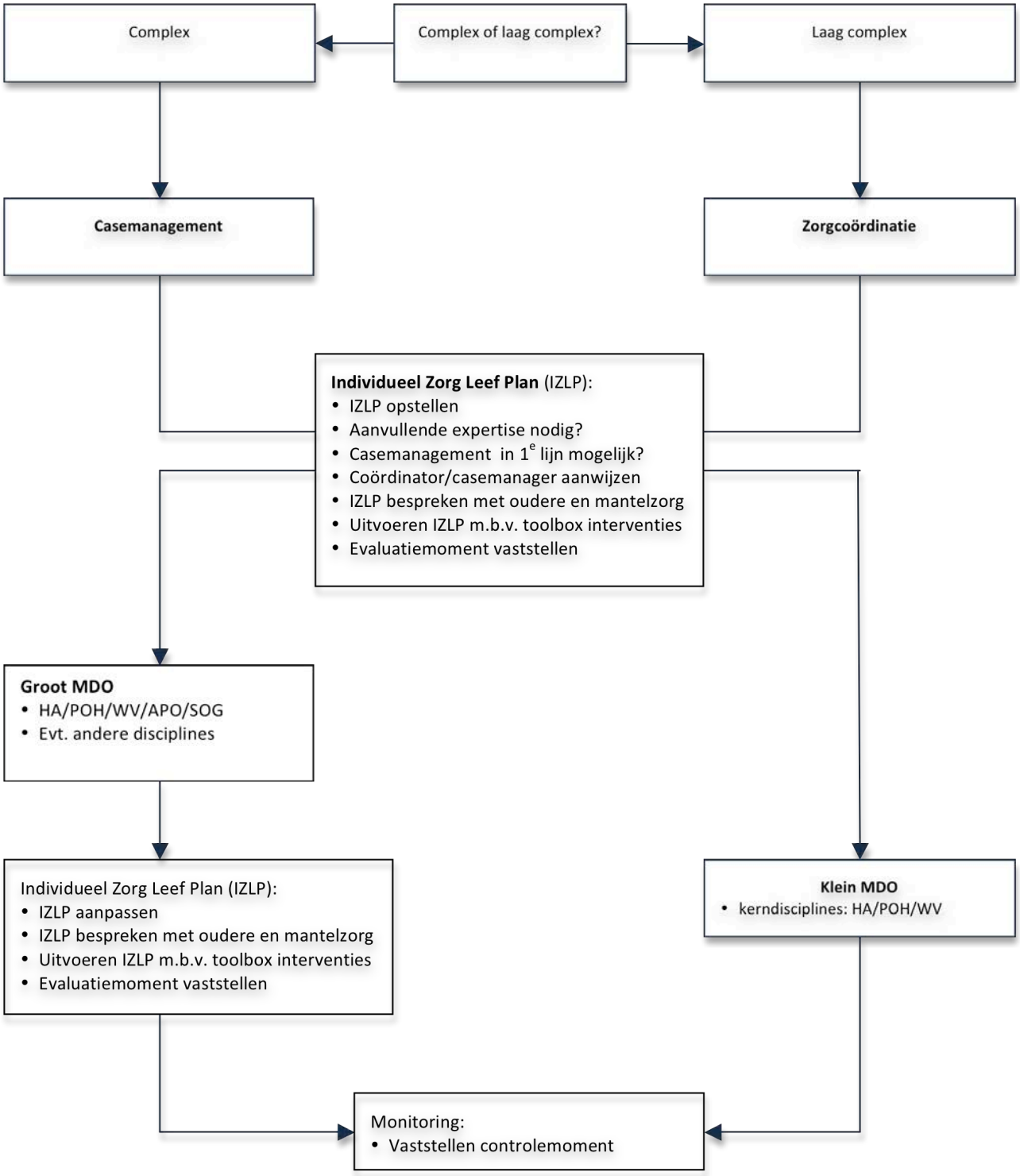
- Aanwezigheid van een multidisciplinair zorgteam met een gezamenlijke visie op de zorg voor kwetsbare ouderen;
- De organisatie binnen de praktijken op het gebied van zelfmanagement, zorgproces en besluit-vorming is op orde;
- Open staan voor innovatie, o.a. op ICT gebied;
- Respecteren en waarderen van ieders bijdrage in het zorgprogramma.

STROOMSCHEMA ZORGPROGRAMMA KWETSBARE OUDEREN (1)



Zie voor ouderen screening trap 1-2 en beoordeling complexiteit zorgsituatie hoofdstuk 4 Bijlagen

STROOMSCHEMA ZORGPROGRAMMA KWETSBARE OUDEREN (2)



4 ONDERDELEN VAN HET ZORGPROGRAMMA UITGELICHT

Analyse huisartsenpopulatie

In principe staan alle Nederlanders ingeschreven bij een huisarts. Veel kwetsbare ouderen onder hen hebben al regelmatig contact met hun huisarts of praktijkondersteuner. Daarnaast is de huisarts verantwoordelijk voor een tijdige herkenning van kwetsbaarheid.
Voordat gestart wordt met de uitvoering van een zorgprogramma kwetsbare ouderen, is het van belang een populatie-analyse uit te voeren om de omvang van de doelgroep vast te stellen. Als de omvang van de doelpopulatie bekend is wordt de omvang van de gewenste personele capaciteit zichtbaar. Als vuistregel kan hierbij gehanteerd worden dat 10-15% van de populatie mensen ouder dan 65 jaar tot de groep kwetsbare ouderen behoort.

Multidisciplinair zorgteam

Het zorgteam bestaat uit:

- Huisarts,
- Praktijkondersteuner Ouderenzorg;
- Specialist Ouderengeneeskunde (gelet op complexe problematiek is de expertise van een generalistisch werkend specialist een uiterst nuttige aanvulling);
- Wijkverpleegkundige;
- Ouderenadviseur.

Het zorgteam wordt op basis van de voorliggende problematiek aangevuld met:

- Apotheker,
- Fysiotherapeut;
- SPV ouderenzorg;
- Eventueel geriater.

Inclusiestrategie

Om de zorg voor kwetsbare ouderen te optimaliseren is allereerst identificatie van deze doelgroep nodig. Diverse strategieën kunnen worden toegepast om ouderen, die mogelijk kwetsbaar zijn en nog niet in beeld zijn bij de huisarts, te identificeren. Een drietal wordt kort toegelicht:

- Selectieve screening
  Op basis van de volgende determinanten wordt een selectie toegepast in het HIS:
  - >75 jaar
  - Geen verzorgingshuis
  - Geen risicoprofiel (DM, CVRM e.d.)
  - Niet (meer) in beeld.
- Actieve case finding
  Case finding is een vorm van preventie in de huisartspraktijk. Het betreft hier opsporing van veranderingen die mogelijk op kwetsbaarheid wijzen bij een oudere die, los van de klachten waarmee de oudere op het spreekuur komt, plaats vindt. Het kunnen ook signalen zijn, die worden aangeleverd door iedereen die betrokken is bij de oudere en diens leefsituatie. Of alertheid van de hulpverleners bij life-events of bij transities in het leven van de oudere.

- Populatiebenadering op basis van leeftijdsindicatie
  Ouderen boven een bepaalde leeftijd worden door de gemeente benaderd met de vraag of zij bezocht willen worden door een ouderenadviseur. Deze screent systematisch op verschillende functiedomeinen in hoeverre er behoefte is aan (aanvullende) interventies bij eventueel geconstateerde problemen. Vervolgens wordt de oudere verwezen naar de aangewezen instantie of zorgverlener die de geconstateerde problemen kan helpen op te lossen. Goede bekendheid tussen ouderenadviseurs en de eerste lijn is nodig om signalering, nadere analyse en interventie naadloos op elkaar aan te laten sluiten.

In dit zorgprogramma wordt de mogelijk kwetsbare oudere geïdentificeerd m.b.v. casefinding in de huisartsenpraktijk.

Kwetsbaarheid herkennen

De ouderen, van wie niet bekend is of er wel of niet sprake is van kwetsbaarheid, worden besproken door de huisarts en de POH Ouderenzorg. Op basis van het HIS beoordeelt de huisarts of er sprake is van kwetsbaarheid m.b.v. de Ouderen Screening Trap 1 (zie pagina 24).
Bij een oudere waarvan onvoldoende informatie beschikbaar is, of waarbij het onduidelijk is op welke gebieden er gezondheidsproblemen zijn, is een huisbezoek geïndiceerd.
In dit 1e huisbezoek (duur 45 minuten) worden de gegevens verzameld voor de Ouderen Screening Trap 1. De bevindingen worden aan de huisarts teruggekoppeld: de huisarts en de POH beoordelen of de oudere al dan niet kwetsbaar is en in welke gebieden er gezondheid- of welzijnsproblemen zijn.

Mate van kwetsbaarheid en complexiteit vaststellen en analyseren

Indien er sprake is van kwetsbaarheid is het wenselijk een probleemanalyse te maken. De POH legt een 2e huisbezoek af (duur 90 minuten). Tijdens dit huisbezoek neemt de POH een breed geriatrisch assessment af, waarbij ze met behulp van een heteroanamnese de draagkracht van de mantel analyseert. Ze maakt hierbij gebruik van de Ouderen Screening Trap 2 (zie pagina 27).
Doel is het vaststellen van een medische of zorggerelateerde diagnose en het opstellen van een individueel zorgbehandelplan.

Huisbezoek

Het geriatrisch assessment kan op de praktijk afgenomen worden of bij mensen thuis. Het voordeel van het huisbezoek is dat de omgeving van de oudere meegenomen wordt in de diagnostiek. Tijdens het assessment worden de volgende gegevens verzameld:

- Lengte, gewicht, BMI, RR,
- Medicatie: inname, polyfarmacie;
- Afhankelijkheid: HDL en (I)ADL score;
- Visus- en gehoor;
- Cognitie: o.a. MMSE en kloktekentest;
- Stemming: o.a. GDS;
- Valrisico aan de hand van een overzicht van risicofactoren;
- Voedingstoestand: m.b.v. MNA;
- Wonen, welzijn en zorg;
- Doelbepaling: de oudere geeft zelf aan wat prioriteit heeft in zijn situatie.

Heteroanamnese

Afnemen van een heteroanamnese is belangrijk vanwege twee redenen.

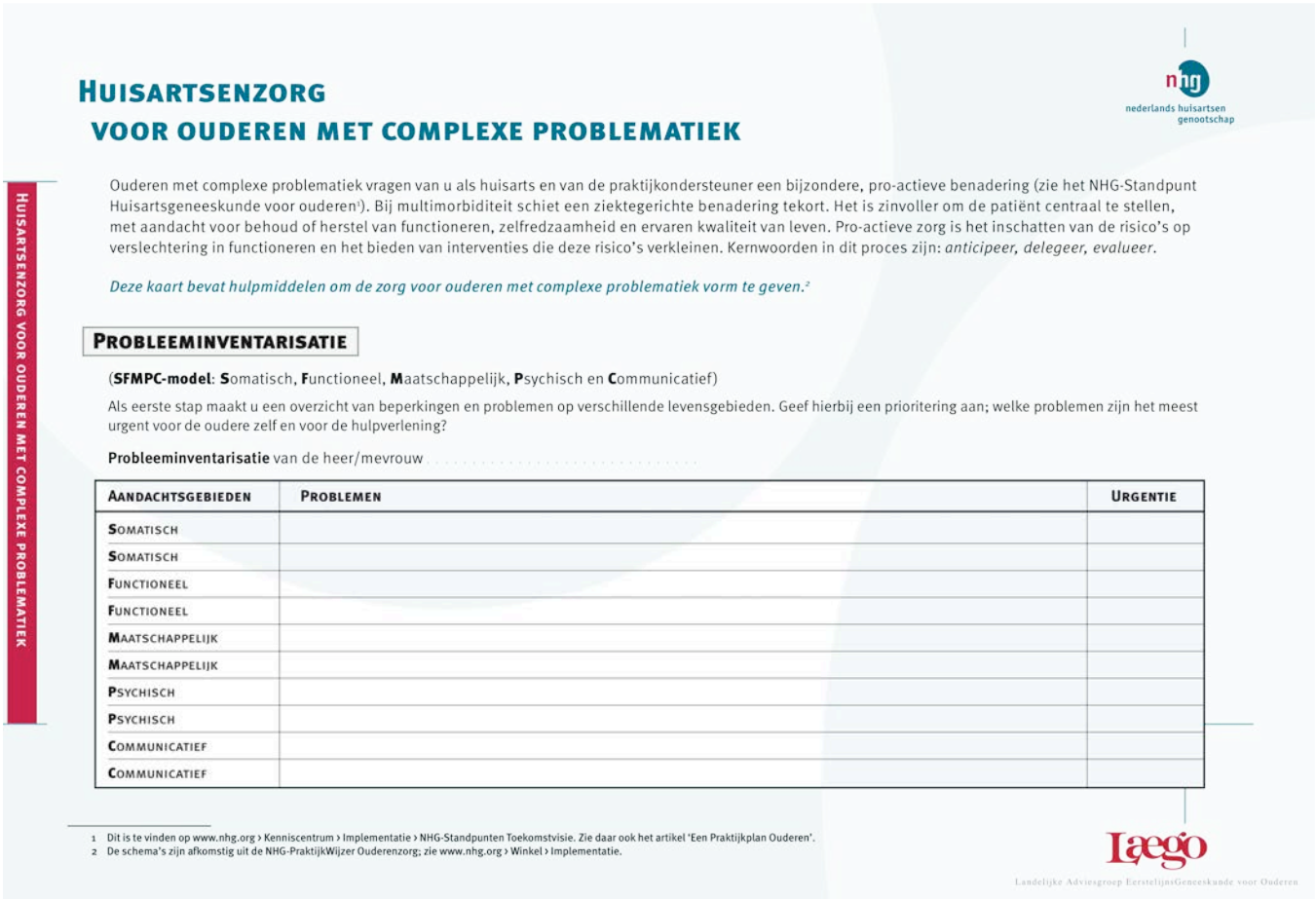
Ten eerste is niet altijd duidelijk in welke mate er cognitieve problemen spelen, of bv. geheugen en ziekte-inzicht gestoord zijn. Het is dus ook onduidelijk in hoeverre de informatie van patiënt correct is of aangevuld kan worden. Het verhaal van een mantelzorger die dichtbij staat, is dan van belang om feiten uit de anamnese te verifiëren.

Ten tweede is het van belang om de (on-)mogelijkheden van de mantelzorger en de signalen van overbelasting te kennen.

Analyse

De POH rapporteert de bevindingen van het assessment met behulp van het SFMPC model en geeft aan welke beperkingen en problemen voor de oudere en de hulpverlening het meest urgent zijn op de levensgebieden:

- Somatisch,
- Functioneel;
- Maatschappelijk;
- Psychisch;
- Communicatief.



HUISARTSENZORG
VOOR OUDEREN MET COMPLEXE PROBLEMATIEK

nhg nederlands huisartsen genootschap

HUISARTSENZORG VOOR OUDEREN MET COMPLEXE PROBLEMATIEK

Ouderen met complexe problematiek vragen van u als huisarts en van de praktijkondersteuner een bijzondere, pro-actieve benadering (zie het NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen[1]). Bij multimorbiditeit schiet een ziektegerichte benadering tekort. Het is zinvoller om de patiënt centraal te stellen, met aandacht voor behoud of herstel van functioneren, zelfredzaamheid en ervaren kwaliteit van leven. Pro-actieve zorg is het inschatten van de risico's op verslechtering in functioneren en het bieden van interventies die deze risico's verkleinen. Kernwoorden in dit proces zijn: *anticipeer, delegeer, evalueer.*

Deze kaart bevat hulpmiddelen om de zorg voor ouderen met complexe problematiek vorm te geven.[2]

PROBLEEMINVENTARISATIE

(**SFMPC-model**: **S**omatisch, **F**unctioneel, **M**aatschappelijk, **P**sychisch en **C**ommunicatief)

Als eerste stap maakt u een overzicht van beperkingen en problemen op verschillende levensgebieden. Geef hierbij een prioritering aan; welke problemen zijn het meest urgent voor de oudere zelf en voor de hulpverlening?

Probleeminventarisatie van de heer/mevrouw . . . . . .

AANDACHTSGEBIEDEN	PROBLEMEN	URGENTIE
SOMATISCH		
SOMATISCH		
FUNCTIONEEL		
FUNCTIONEEL		
MAATSCHAPPELIJK		
MAATSCHAPPELIJK		
PSYCHISCH		
PSYCHISCH		
COMMUNICATIEF		
COMMUNICATIEF		

1 Dit is te vinden op www.nhg.org › Kenniscentrum › Implementatie › NHG-Standpunten Toekomstvisie. Zie daar ook het artikel 'Een Praktijkplan Ouderen'.
2 De schema's zijn afkomstig uit de NHG-PraktijkWijzer Ouderenzorg; zie www.nhg.org › Winkel › Implementatie.

laego
Landelijke AdviesgroepEerstelijnsGeneeskunde voor Ouderen

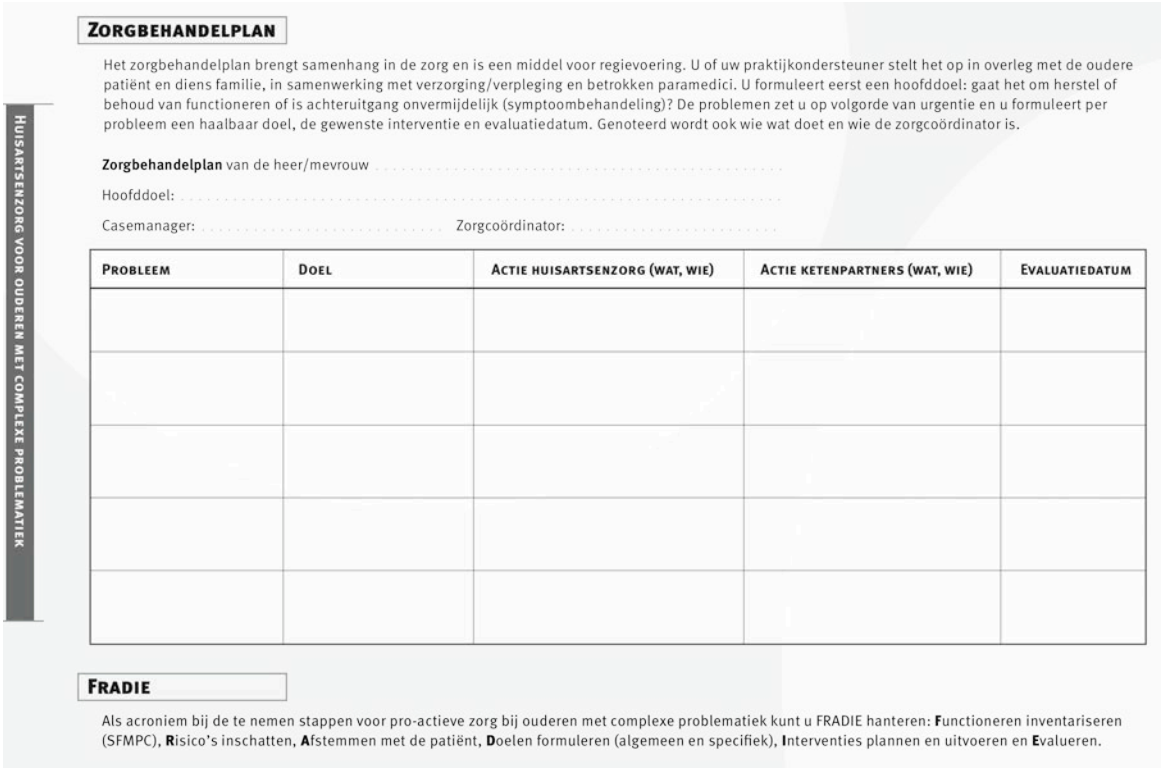
Deze concept probleeminventarisatie plus de onderliggende gegevens vormen de input voor het multidisciplinaire overleg en zijn (voorafgaand aan de bespreking) elektronisch inzichtelijk voor het (kern)zorgteam. Bij de analyse van de bevindingen wordt ook het stepped care principe toegepast. De eerste analyse van de bevindingen gebeurt door het kernzorgteam (huisarts, POH Ouderenzorg en WV). Indien nodig wordt voor een tweede analyse een uitgebreid MDO georganiseerd, waarbij op geleide van de problematiek andere disciplines (SOG, ouderenadviseur, apotheker, fysiotherapeut, SPV ouderen, geriater) aanwezig zijn.

Multidisciplinair Overleg

Het MDO is onderdeel van een cyclisch proces van hulpverlening, waarbij, uitgaande van de actuele problemen en wensen van de oudere, de betrokken hulpverleners samen de bijpassende zorgdoelen formuleren en interventies afspreken en evalueren.

Doel van het MDO is komen tot een gezamenlijk gedragen beleid om de geboden zorg af te stemmen en te anticiperen op mogelijke problemen (zie ook Bijlage MDO pagina 39). Dit vertaalt zich concreet in een individueel zorgleefplan en het aanwijzen van een zorgcoördinator of, indien nodig, een casemanager[11].

Individueel Zorgleefplan



HUISARTSENZORG VOOR OUDEREN MET COMPLEXE PROBLEMATIEK

ZORGBEHANDELPLAN

Het zorgbehandelplan brengt samenhang in de zorg en is een middel voor regievoering. U of uw praktijkondersteuner stelt het op in overleg met de oudere patiënt en diens familie, in samenwerking met verzorging/verpleging en betrokken paramedici. U formuleert eerst een hoofddoel: gaat het om herstel of behoud van functioneren of is achteruitgang onvermijdelijk (symptoombehandeling)? De problemen zet u op volgorde van urgentie en u formuleert per probleem een haalbaar doel, de gewenste interventie en evaluatiedatum. Genoteerd wordt ook wie wat doet en wie de zorgcoördinator is.

Zorgbehandelplan van de heer/mevrouw .....

Hoofddoel: .....

Casemanager: ..... Zorgcoördinator: .....

PROBLEEM	DOEL	ACTIE HUISARTSENZORG (WAT, WIE)	ACTIE KETENPARTNERS (WAT, WIE)	EVALUATIEDATUM

FRADIE

Als acroniem bij de te nemen stappen voor pro-actieve zorg bij ouderen met complexe problematiek kunt u FRADIE hanteren: **F**unctioneren inventariseren (SFMPC), **R**isico's inschatten, **A**fstemmen met de patiënt, **D**oelen formuleren (algemeen en specifiek), **I**nterventies plannen en uitvoeren en **E**valueren.

11

- Zorgcoördinatie is het regelen en afstemmen van gelijktijdige of opeenvolgende zorg- en/of dienstverlening rondom een patiënt met alle betrokken zorg- en dienstverleners.
- Casemanagement is zorgcoördinatie in bijzonder gecompliceerde situaties.
- Zorgregie is het stelselmatig toewerken naar een situatie waarin de regisserende zorgverlener (een generalist) sturing geeft aan het zorgproces en alle participanten in de gelegenheid stelt en stimuleert hun bijdrage te leveren.

Het stellen van een gezamenlijk doel van het individueel zorgleefplan (IZLP) is uitermate belangrijk. Op het einde van het assessment wordt de vraag gesteld: 'Indien er één ding gedaan zou kunnen worden om de situatie voor u te verbeteren, wat zou dat zijn?'
Bij de gezamenlijke doelbepaling van het IZLP is het balanceren tussen:

- Wat wil de patiënt,
- Wat wil de mantelzorger voor de patiënt;
- Wat vinden de verpleegkundige en de huisarts nodig vanuit welzijn- en gezondheidsperspectief;
- Wat is er binnen de gezondheidszorg mogelijk?

Het IZLP brengt samenhang in de zorg en is een middel voor zorgregie.

Het hoofddoel wordt geformuleerd: gaat het om herstel of behoud van functioneren of is achteruitgang (symptoombehandeling) onvermijdelijk. Aansluitend worden de problemen op volgorde van urgentie gezet. Per probleem wordt een haalbaar doel geformuleerd met de gewenste interventies en door wie te nemen plus de evaluatiedatum (zie het Zorgbehandelplan NHG/Laego, pag. 16).
Het concept IZLP wordt besproken met de betrokken oudere en evt. diens mantelzorg, toegelicht opdat in de definitieve versie de keuzen van de betrokkenen zijn verwerkt en vastgelegd.

De aard van de problematiek en de gewenste interventies zijn bepalend voor het aanwijzen van een zorgcoördinator of casemanager. De casemanager is niet in alle gevallen dezelfde functionaris.
Dat kan de POH ouderenzorg, de wijkverpleegkundige, de dementieverpleegkundige of de ouderenadviseur zijn. Degene die deze taak krijgt toebedeeld, vormt met de huisarts de regie-tandem. De huisarts is eindverantwoordelijk en de casemanager neemt het operationele deel voor zijn rekening. De casemanager is voor alle betrokkenen (patiënt, diens mantel en diens zorgverleners) het eerste aanspreekpunt. De casemanager houdt actief de vinger aan de pols door en heeft regelmatig contact met de oudere en/of diens mantel. De casemanager is actief betrokken bij transitiemomenten met als doel deze zo goed mogelijk (voorbereid) te laten verlopen.

De voorgenomen acties worden in het IZLP vastgelegd en volgens planning uitgevoerd. Op een van tevoren vastgelegd moment wordt het IZLP geëvalueerd en/of tussentijds bijgesteld wanneer daartoe aanleiding is. Het assessment kan dan herhaald worden.
Het IZLP is een elektronisch dossier toegankelijk voor de betrokkenen die daartoe geautoriseerd zijn. Men heeft toegang tot de gegevens en kan in hetzelfde systeem voortgangsrapportages kwijt. De HIS/KIS infrastructuur, die voor andere chronische zorgprogramma's in gebruik is, lijkt hiertoe op dit moment de beste mogelijkheden te bieden.

Toolbox Interventies

Het IZLP dient primair de doelen van de betrokkene en bevat zinvolle acties en interventies. Zoveel mogelijk dienen interventies hun waarde te hebben bewezen: evidence based interventies. Daarnaast zijn er ook acties nodig waarvoor geen evidence bestaat, maar waar gezond verstand, intuïtie, ervaring en de wens van betrokkene en/of de mantel een rol spelen: practice – of experience based interventies.

De interventies die zijn opgenomen in de toolbox zijn gerangschikt naar het SFMPC model. Van de mogelijke interventies wordt aangegeven door wie deze uitgevoerd kunnen worden dan wel naar wie daartoe verwezen kan worden. Niet voor alle problemen zijn standaardinterventies beschikbaar, laat staan evidence based interventies. Het hangt van de lokale omstandigheden af in hoeverre een bepaalde interventie beschikbaar en uitvoerbaar is. Dit geldt ook voor de wijze waarop de interventie uitgevoerd kan worden. In deze zin is het overzicht vooral indicatief. De veelheid van mogelijke interventies en het grote aantal mogelijk betrokken disciplines maakt een nauwkeurige indicatiestelling en sluitende afspraken omtrent zorgcoördinatie/casemanagement noodzakelijk. Gestreefd moet worden naar een zo klein mogelijk team van betrokken zorgverleners.

Aandachtsgebied	***Problemen***	***Mogelijke interventies***	***Huisarts verwijst naar***
S = Somatisch	(Chronische) ziekten	Monitoring door huisarts *Zorgprogramma's DM, COPD en VRM*	
	Incontinentie	Blaastraining Training bekkenbodemspieren *Protocol incontinentie* Advisering incontinentiemateriaal	Fysiotherapeut Apotheker(assistente)
	Pijn	Monitoring door huisarts Anamnese m.b.v. pijnscorelijst	
	Polyfarmacie	*Protocol Review medicatie*	Apotheker
	Duizeligheid	Uitsluiten cardiovasculaire oorzaken	
	Parkinson	Optimaliseren medicamenteuze behandeling Evenwichtstraining	Fysiotherapeut
	Gewrichtsaandoeningen	Spierversterking Balansverbetering Cursus valpreventie	Fysiotherapeut

Aandachtsgebied	***Problemen***	***Mogelijke interventies***	***Huisarts verwijst naar***
S = Somatisch	Valrisico	*Protocol valpreventie* Hulpmiddelen	Fysiotherapeut Wijkverpleegkundige Ergotherapeut WMO loket
	Ondervoeding Overgewicht Slikstoornissen Gebitsproblemen Vochtinname	Evaluatie voedingstoestand Monitoring gewicht Maaltijdvoorzieningen *SNAQ protocol* Hulpmiddelen Aangepaste voeding Toezicht bij maaltijden	Diëtiste Wijkverpleegkundige Maaltijdvoorzieningen Cursus Let op je gewicht Logopediste Tandartsen Mantelzorg
	Voeten en schoeisel	Aanpassing schoeisel	Podotherapie
	Huidproblemen	Signalering	Wijkverpleegkundige Mantelzorg

Aandachtsgebied	***Problemen***	***Mogelijke interventies***	***Huisarts verwijst naar***
F = Functioneel	Beperking pers verzorging	ADL ondersteuning	Mantelzorg Thuiszorg
	Beperking in en om huis	HH ondersteuning Hand- en spandiensten	Huishoudelijke hulp Klusjesman
	Beperking voortbewegen Evenwichtsstoornissen	Mobiliteit en spierkracht verbeteren Oefenprogramma Adviseren hulpmiddelen	Fysiotherapeut Ergotherapeut WMO loket
	Beperking vervoer	Ondersteuning vervoer Regiotaxi	Gemaksdiensten WMO loket

Aandachtsgebied	*Problemen*	*Mogelijke interventies*	*Huisarts verwijst naar*
M = Maatschappelijk	Onveilige woonsituatie	Woningaanpassing en voorzieningen Persoonsalarmering Telefooncirkel Domotica	Ergotherapeut WMO loket mantelzorg
	Problemen met mantelzorg	Ondersteuning mantelzorg	AMW Wijkverpleegkundige
	Financiële situatie		AMW MEE
	Relatieproblemen Verlies partner/familie Eenzaamheid Afname mogelijkheden tot zelfregie	*Protocol eenzaamheid* Versterken zelfmanagement	AMW POH-GGZ Wijkverpleegkundige Geestelijk verzorger Mantelzorg Dagbesteding Ouderenadviseur Vrijwilliger

Aandachtsgebied	*Problemen*	*Mogelijke interventies*	*Huisarts verwijst naar*
P = Psychisch	Depressie en angst Oriëntatiestoornissen Cognitie Dementie Geheugenstoornissen	Vervolgdiagnostiek *Zorgprogramma Depressie* *Zorgprogramma Cognitieve stoornissen*	POH-GGZ SOG GGZ ouderen Geriatrisch vpk Geriater
	Zelfbeeld en zingeving		AMW POH GGZ Geestelijk verzorger
	Verslavingsproblematiek		
	Euthanasievraagstuk		SCEN arts Geestelijk verzorger

Aandachtsgebied	*Problemen*	*Mogelijke interventies*	*Huisarts verwijst naar*
C = Communicatie	Gehoorproblemen	Hulpmiddelen Vervolgdiagnostiek	Kno-arts/audicien
	Visuele problemen	Aanpassing bril/cataractoperatie	Opticien/oogarts
	Spraakstoornissen		Logopedist
	Digitale communicatie	Cursus	Welzijn

Polyfarmacie review

Ouderen (75 jaar en ouder) krijgen gemiddeld viermaal zo veel geneesmiddelen voorgeschreven als de gemiddelde Nederlander. Bij gebruik van vijf of meer geneesmiddelen naast elkaar is er sprake van polyfarmacie.

Indien meerdere geneesmiddelen worden gebruikt, kunnen deze invloed hebben op elkaars werking, er kunnen geneesmiddelen gebruikt worden voor behandeling van bijwerkingen van andere geneesmiddelen en geneesmiddelen kunnen een wisselwerking hebben met aandoeningen waar de patiënt aan lijdt.

Hoe meer geneesmiddelen gebruikt worden, hoe ingewikkelder het wordt het juiste geneesmiddel op het juiste moment in te nemen; dit terwijl ouderen vaak al moeite hebben met correct innemen van al hun geneesmiddelen door een afname in gezichtsvermogen, gehoor, coördinatie en cognitie. Ouderen zijn gevoeliger voor de werking van geneesmiddelen; hierbij spelen verschillende mechanismen een rol. Uit diverse studies blijkt dat gebruik van meerdere geneesmiddelen naast elkaar het risico op ongeplande ziekenhuisopnames vergroot.

Ondanks alle bijbehorende risico's is polyfarmacie in veel gevallen toch aangewezen om de verschillende aandoeningen waaraan een oudere lijdt te behandelen volgens de geldende richtlijnen. Het is van belang te bekijken in hoeverre de geneesmiddelen die gebruikt worden nodig zijn, of alle voorzorgsmaatregelen getroffen worden (denk bijv. aan controle van bloeddruk en elektrolyten) en in hoeverre alle aandoeningen afdoende behandeld worden. Ook is het van belang dat de patiënt goed op de hoogte is op welk tijstip de geneesmiddelen ingenomen moeten worden, waarvoor de geneesmiddelen gebruikt worden en wat eventuele risico's zijn.

De apotheker is verantwoordelijk voor de farmacotherapie van de bij de apotheek ingeschreven patiënten. Door een medicatie review (in samenspraak met de huisarts) en het terugkoppelen van de uitkomsten hiervan naar patiënt, wordt de farmacotherapie zo veel mogelijk geoptimaliseerd. Een polyfarmacie review dient regelmatig, tenminste jaarlijks, te gebeuren en is onderdeel van het IZLP.

Evaluatie zorgprogramma

Prestatie-indicatoren
1. Aantal gescreende ouderen van de praktijkpopulatie
2. Aantal niet kwetsbare ouderen van het aantal gescreende ouderen van de praktijkpopulatie
3. Aantal kwetsbare ouderen van het aantal gescreende ouderen van de praktijkpopulatie
4. Aantal kwetsbare ouderen zonder complexe thuissituatie
5. Aantal kwetsbare ouderen met complexe thuissituatie
6. Aantal kwetsbare ouderen met complexe thuissituatie die casemanagement behoeft
7. Aantal in het MDO besproken kwetsbare ouderen
8. Aantal medicatie reviews bij de gescreende ouderen van de praktijkpopulatie
9. Aantal interventies n.a.v. de medicatie reviews

Randvoorwaarden voor een gestructureerde programmatische benadering

- Gestructureerde programmatische zorg voor kwetsbare ouderen en mensen met een verhoogd risico op kwetsbaarheid is teamwork. Voor effectief en efficiënt teamwork is werken vanuit een gezamenlijke visie een strikte voorwaarde. Het gaat immers om het formeren van een breed samengesteld team rondom de huisarts. Van dat team kunnen ook andere dan de 'traditionele' eerstelijns disciplines deel uit maken. Denk aan de ouderenadviseur, WMO-adviseur, vrijwilliger van een ouderenorganisatie enzovoorts. Er kan beter gesproken worden over een netwerk van personen die in verschillende organisaties werken. Gelet op de grote variatie in beelden (bv. casemanagement) die er zijn is het in een netwerk van belang de visie te delen.
- De benodigde personele capaciteit voor een brede uitrol van een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen is een cruciaal punt. De eerste ervaringen met casemanagement in dit type zorg leren dat de case load voor de casemanager maximaal 100 bij een full time werktijdsfactor bedraagt. Inclusie van de volledige doelpopulatie vraagt een forse beschikbaarheid van zowel casemanagers (praktijkondersteuners, ouderenverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen) als van huisartsen die meer samenwerkingstijd moeten investeren dan zij nu over het algemeen beschikbaar hebben
- De financiering van die benodigde capaciteit vormt nu een probleem omdat er geen structurele regeling is die daarin voorziet. Op een aantal beleidsregels kan een beroep worden gedaan om de verschillende elementen van een programma voor kwetsbare ouderen te kunnen financieren. De meeste zorgverzekeraars bieden de mogelijkheid om in de vorm van een M&I module de inzet van huisarts en praktijkondersteuner te bekostigen.
- Het is van belang een goed project- en implementatieplan op te stellen. Een dergelijk plan dient bestuurlijk draagvlak te hebben bij alle betrokken samenwerkingspartners voordat het tot uitvoering wordt gebracht. Daarbij is expliciet aandacht nodig voor de ICT paragraaf met als kernelementen: eenmalige registratie t.b.v. dossiervorming, onderlinge communicatie en rapportage en verantwoording.

5 BIJLAGEN

- Concept Ouderen Screening: Trap 1 (gebaseerd op Easycare TOS Trap 1)
- Concept Ouderen Screening: Trap 2 (gebaseerd op Easycare TOS Trap 2, TraZag en Easycare Assessment)
- Beoordeling complexiteit zorgsituatie
- Multidisciplinair overleg
- Geraadpleegde bronnen

Concept Ouderen Screening: Trap 1

Naam patiënt: ……..

Postcode patiënt: ……..

Geboortedatum patiënt: ……..

Geslacht: ☐ Man ☐ Vrouw

Datum invullen trap 1: ……..

Hieronder maakt u een beoordeling van de kwetsbaarheid van de patiënt o.b.v. bij u bekende gegevens (uit o.a. HIS). De geselecteerde domeinen zijn belangrijke kenmerken voor kwetsbaarheid en helpen u bij het maken van een inschatting.

1. Multimorbiditeit, patiënt heeft:
   - ☐ 0 of 1 belangrijke chronische aandoening
   - ☐ 2 belangrijke chronische aandoeningen
   - ☐ 3 of meer belangrijke chronische aandoeningen
   - ☐ onbekend

2. Polyfarmacie, patiënt heeft:
   - ☐ minder dan 4 langdurig voorgeschreven medicijnen
   - ☐ 4 of meer langdurig voorgeschreven medicijnen
   - ☐ onbekend

3. Geheugenproblemen, patiënt heeft:
   - ☐ geen geheugenproblemen
   - ☐ lichte vergeetachtigheid
   - ☐ dementie (gediagnosticeerd)
   - ☐ onbekend

4. Zintuigen, patiënt heeft:
   - ☐ geen problemen met horen of zien
   - ☐ enige problemen met horen of zien
   - ☐ problemen met horen of zien
   - ☐ onbekend

5. Beperkingen dagelijks leven, patiënt:
   - ☐ kan zichzelf volledig verzorgen zonder hulp van professionele zorg of mantelzorg
   - ☐ is enigszins afhankelijk van professionele zorg of mantelzorg
   - ☐ is in hoge mate afhankelijk van professionele zorg of mantelzorg
   - ☐ onbekend

6. Mobiliteit, patiënt is:
   - ☐ in staat zich zelfstandig te verplaatsen
   - ☐ in staat zich met enige hulp te verplaatsen
   - ☐ niet in staat zichzelf te verplaatsen
   - ☐ onbekend

-

7. Vallen, patiënt is:
   - ☐ niet gevallen de laatste 12 maanden
   - ☐ 1 keer gevallen de laatste 12 maanden
   - ☐ 2 keer of vaker gevallen de laatste 12 maanden
   - ☐ onbekend

8. Mantelzorg, patiënt heeft:
   - ☐ voldoende en stabiele mantelzorg
   - ☐ onvoldoende of instabiele mantelzorg
   - ☐ geen mantelzorg
   - ☐ onbekend

9. Eenzaamheid, patiënt heeft:
   - ☐ geen eenzaamheid
   - ☐ heeft last gehad van eenzaamheid in de laatste 12 maanden
   - ☐ onbekend

10. Sociaal netwerk, patiënt heeft:
   - ☐ voldoende groot en kwalitatief sterk sociaal netwerk
   - ☐ groot maar kwalitatief zwak sociaal netwerk
   - ☐ klein maar kwalitatief sterk sociaal netwerk
   - ☐ klein en zwak of geen sociaal netwerk
   - ☐ onbekend

11. Depressieve klachten, patiënt heeft:
   - ☐ geen depressieve klachten
   - ☐ depressieve klachten
   - ☐ onbekend

12. Angstklachten, patiënt heeft:
   - ☐ geen angstklachten
   - ☐ angstklachten
   - ☐ onbekend

13. Lichamelijk onvoldoende verklaarde klachten, patiënt heeft:
   - ☐ geen lichamelijk onvoldoende verklaarde klachten
   - ☐ lichamelijk onvoldoende onverklaarde klachten
   - ☐ onbekend

14. Andere psychiatrische klachten, patiënt heeft:
   - ☐ geen andere psychiatrische klachten
   - ☐ wel andere psychiatrische klachten, te weten ……
   - ☐ onbekend

Conclusie

U hebt nu alle domeinen waarop een oudere kwetsbaar kan zijn langsgelopen. Op basis van de gegevens die al over deze patiënt heeft, hoe schat u de kwetsbaarheid van deze patiënt in:

☐ niet kwetsbaar
☐ kwetsbaar, door naar screening 2
☐ onvoldoende zeker, door naar screening 2

CONCEPT OUDEREN SCREENING: TRAP 2

Datum screening: ……../……../……..
Praktijkondersteuner: ……
Mantelzorger aanwezig? ……

Naam: ……
Adres: ……
Postcode: ……
Telefoonnummer: ……
Geboortedatum: ……../……../……..
Geslacht: man/vrouw
Burgerlijke staat ……
Hoogst genoten afgeronde opleiding ……

Soort woning?

☐ eengezinswoning
☐ vrijstaande woning
☐ flat zonder lift
☐ bovenwoning
☐ serviceflat
☐ seniorenwoning
☐ aanleunwoning
☐ flat met lift
☐ benedenwoning
☐ verzorgingstehuis

U woont:

☐ zelfstandig alleen
☐ zelfstandig met anderen

Wonen er kinderen of andere familie in de buurt? ……
Maken zij zich regelmatig zorgen over u? ……

Wie kunt u (en wij) bereiken als er iets ernstigs aan de hand is?
Contactpersoon ……
Telefoonnummer: ……

Bent u de afgelopen 12 maanden in het ziekenhuis opgenomen geweest?

☐ nee
☐ ja, namelijk …… dagen in totaal

opname 1 ……
opname 2 ……
opname 3 ……

Heeft u de afgelopen 12 maanden buiten kantooruren een huisarts (ANW) bezocht of een visite van een huisarts gehad voor uzelf?

☐ nee
☐ ja, namelijk …… keer in totaal

Hebt u thuiszorg?

☐ nee

☐ ja, namelijk …… uur per week

naam organisatie ……

contactgegevens ……

Hebt u persoonsalarmering?

☐ nee

☐ ja, namelijk …… uur per week

naam organisatie ……

contactgegevens ……

Bent u de afgelopen 12 maanden tijdelijk opgenomen geweest in een verzorgings-/verpleeghuis?

☐ nee

☐ ja, namelijk …… weken in totaal

Gaat u naar dagopvang of -behandeling? ……

☐ nee

☐ ja, namelijk …… dagen per week

Zijn er meer hulpverleners die u helpen?

Zo ja, wie ……

contactgegevens ……

Zo ja, wie ……

contactgegevens ……

Zo ja, wie ……

contactgegevens ……

Zo ja, wie ……

contactgegevens ……

Heeft u een mantelzorger?

Zo ja, wie? ……

Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid beschrijven?

☐ uitstekend

☐ erg goed

☐ goed

☐ redelijk

☐ slecht

Hoe is in het algemeen uw gezondheid in vergelijking met een jaar geleden?

☐ veel beter

☐ iets beter

☐ ongeveer hetzelfde

☐ iets slechter

☐ slechter

LICHAMELIJK FUNCTIONEREN

Actuele en chronische aandoeningen

1. ……
2. ……
3. ……
4. ……
5. ……
6. ……
7. ……
8. ……
9. ……
10. ……

ICPC genoteerd in dossier? ……

MEDICATIEGEBRUIK

1. Bent u in staat uw eigen geneesmiddelen in te nemen?

☐ 0 Zonder hulp (de juiste dosering op het juiste tijdstip)

☐ 2 Met enige hulp (u kunt uw geneesmiddelen innemen als iemand ze voor u klaarzet en/of u eraan herinnert ze in te nemen)

☐ 4 U bent geheel niet in staat uw geneesmiddelen in te nemen

Als u problemen heeft, wie helpt u dan?

☐ echtgeno(o)t(e) of partner

☐ familielid

☐ vriend of buur

☐ eigen betaalde hulp

☐ thuiszorg

☐ andere hulp

☐ geen hulp beschikbaar

Gebruikt u ≥ 4 verschillende medicijnen?

☐ ja

☐ nee

Vraag de oudere de doosjes te laten zien en vraag precies na hoe en wat hij/zij gebruikt. Klopt dit?

Observatie ……

……

GEHEUGEN

Vergeet u regelmatig dingen?

☐ nee

☐ soms

☐ ja

Gaan er daardoor dingen mis? ……

Neem eventueel de MMSE af.

afhankelijkheidsscore genummerde vragen per pagina ……..

ZINTUIGEN

Kunt u zien (met een bril indien deze wordt gedragen)?
Kunt u goed lezen? Goed tv kijken?

☐ ja
☐ moeilijk
☐ kan helemaal niets zien

Kunt u horen (met een hoorapparaat indien dit wordt gedragen)?
Moet u vaak vragen of mensen het nog een keer willen zeggen?

☐ ja
☐ moeilijk
☐ kan helemaal niets horen

Heeft u moeit u zelf verstaanbaar te maken omdat u problemen met uw spraak heeft?

☐ geen problemen
☐ bij sommige mensen
☐ aanzienlijke problemen met iedereen

2. Kunt u telefoneren?

☐ 0 zonder hulp, inclusief opzoeken van nummers en kiezen
☐ 1 met enige hulp
☐ 3 u kunt niet zelf telefoneren

FUNCTIONEREN IN DAGELIJKS LEVEN

3. Bent u in uw huishoudelijke taken zelf uit te voeren?

☐ 0 Zonder hulp (vloeren reinigen, enz.)
☐ 1 Met enige hulp (u kunt licht huishoudelijk werk doen, maar u heeft hulp nodig bij zwaardere taken)
☐ 3 U bent geheel niet in staat enig huishoudelijk werk uit te voeren

4. Bent u in staat uw eigen maaltijd te bereiden?

☐ 0 Zonder hulp (u kunt zelf volledige maaltijden voorbereiden en klaarmaken)
☐ 2 Met enige hulp (u kunt bepaalde dingen bereiden maar bent niet in staat zelf volledige maaltijden te bereiden)
☐ 5 U bent geheel niet in staat maaltijden te bereiden

5. Bent u in staat boodschappen te doen?

☐ 0 Zonder hulp (u doet zelf uw boodschappen)
☐ 2 Met enige hulp (er moet altijd iemand met u mee als u boodschappen wilt doen)
☐ 4 U bent geheel niet in staat zelf boodschappen te doen

6. Bent u in staat uw eigen geldzaken af te handelen?

☐ 0 Zonder hulp
☐ 2 Met enige hulp
☐ 4 U bent geheel niet in staat uw geldzaken af te handelen

afhankelijkheidsscore genummerde vragen per pagina ……..

7. Bent u in staat het toilet (of po) te gebruiken?

☐ 0 Zonder hulp (u kunt toilet/po bereiken, zelfstandig uitkleden, zelf reinigen en weer weggaan)

☐ 5 Met enige hulp (u kunt sommige dingen doen, met inbegrip van uzelf reinigen)

☐ 8 U bent geheel niet in staat toilet/po te bereiken

8. Kunt u zelf een bad of douche nemen?

☐ 0 Zonder hulp

☐ 6 U hebt hulp nodig bij het gebruik van bad of douche

9. Kunt u zelf uw uiterlijk verzorgen (haren kammen, scheren, make-up aanbrengen enz.)?

☐ 0 Zonder hulp

☐ 5 U hebt hulp nodig bij het verzorgen van uw uiterlijk?

10. Kunt u zich zelf aankleden?

☐ 0 Zonder hulp (met inbegrip van knopen, schoenveters enz.)

☐ 5 Met enige hulp (u kunt de helft zonder hulp doen)

☐ 8 U bent geheel niet in staat zelfstandig te eten

11. Kunt u zelfstandig eten?

☐ 0 Zonder hulp

☐ 1 Met enige hulp (voedsel snijden, boterham smeren enz.)

☐ 3 U bent geheel niet in staat enig huishoudelijk werk uit te voeren

12. Heeft u wel eens ongelukjes met uw urine?

☐ 0 geen ongelukjes

☐ 6 ja, af en toe een ongelukje (minder dan 1 per dag)

☐ 8 u heeft geregeld ongelukjes (eens per dag of meer) of u heeft een katheter

13. Heeft u wel eens ongelukjes met uw ontlasting?

☐ 0 geen ongelukjes

☐ 6 ja, af en toe een ongelukje (minder dan eens per week)

☐ 9 u heeft geregeld ongelukjes of moet er een klysma worden toegediend

Als u problemen heeft bij de bovenstaande onderwerpen, wie helpt u daar dan bij?

☐ echtgeno(o)t(e) of partner

☐ familielid

☐ vriend of buur

☐ eigen betaalde hulp

☐ thuiszorg

☐ andere hulp

☐ geen hulp beschikbaar

afhankelijkheidsscore genummerde vragen per pagina ……..

MOBILITEIT EN VALLEN

Loopt u met hulpmiddelen? Zo ja welke ……

Kunt u zelfstandig opstaan uit een stoel zonder gebruik van uw armen?

☐ staat vlot op
☐ staat met moeite op
☐ komt wel los van het zitvlak, maar valt terug
☐ kan niet opstaan

14. Kunt u de trap op- en aflopen?

☐ 0 zelfstandig, al dan niet met een hulpmiddel
☐ 2 met enige hulp
☐ 5 u kunt in het geheel geen trappen op- en aflopen

15. Kunt u uzelf van uw bed naar een stoel verplaatsen als deze naast elkaar staan?

☐ 0 zonder hulp
☐ 5 met enige hulp
☐ 7 u bent geheel niet in staat uzelf van bed naar stoel te verplaatsen

16. Bent u in staat om u buitenshuis te verplaatsen?

☐ 0 zonder hulp
☐ 4 met enige hulp
☐ 6 u bent geheel niet in staat om u buiten uw huis te verplaatsen

17. Bent u in staat om u binnenshuis te verplaatsen?

☐ 0 zonder hulp
☐ 4 in een rolstoel zonder hulp
☐ 6 met enige hulp
☐ 9 u bent bedlegerig

Als u problemen heeft bij de bovenstaande onderwerpen, wie helpt u daar dan bij?

☐ echtgeno(o)t(e) of partner
☐ vriend of buur
☐ thuiszorg
☐ geen hulp beschikbaar
☐ familielid
☐ eigen betaalde hulp
☐ andere hulp

Bent u de afgelopen 12 maanden gevallen

☐ nee
☐ een keer
☐ twee of meer keren (neem valrisicotest af)

Inschatting valrisico van de patiënt

☐ hoog valrisico
☐ enig valrisico
☐ geen valrisico

afhankelijkheidsscore genummerde vragen per pagina ……..

PSYCHISCH WELBEVINDEN

Kunt u belangrijke ontspannende activiteiten ondernemen zoals hobby's, werk- en leeractiviteiten?

☐ nee
☐ ja

Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen in de afgelopen 4 weken uw sociale activiteiten belemmerd?

☐ voortdurend
☐ meestal
☐ soms
☐ zelden
☐ nooit

Hebt u onlangs te maken gehad met een verlies of sterfgeval?

☐ nee
☐ ja

Had u de afgelopen maanden problemen met in slaap komen?

☐ nee
☐ ja

Had u de afgelopen maanden veel lichamelijke pijn?

☐ nee
☐ ja

Indien ja, hoeveel?

☐ heel licht
☐ gemiddeld
☐ licht
☐ ernstig

Hoe vaak heeft u zich de laatste maand nerveus of angstig gevoeld?

☐ altijd
☐ heel vaak
☐ redelijk vaak
☐ soms
☐ bijna nooit
☐ nooit

Hoe vaak hebt u zich de afgelopen maand kalm en rustig gevoeld?

☐ altijd
☐ heel vaak
☐ redelijk vaak
☐ soms
☐ bijna nooit
☐ nooit

afhankelijkheidsscore genummerde vragen per pagina ……..

Hoe vaak hebt u zich de afgelopen maand neerslachtig of somber gevoeld?

☐ altijd
☐ heel vaak
☐ redelijk vaak
☐ soms
☐ bijna nooit
☐ nooit

Hebt u de laatste maand vaak last gehad van desinteresse of het gevoel gehad nergens plezier aan te beleven?

☐ altijd
☐ heel vaak
☐ redelijk vaak
☐ soms
☐ bijna nooit
☐ nooit

Hoe vaak hebt u zich de afgelopen maand gelukkig gevoeld?

☐ altijd
☐ heel vaak
☐ redelijk vaak
☐ soms
☐ bijna nooit
☐ nooit

Hoe vaak hebt u zich de afgelopen maand zo somber gevoeld dat niets u kon opvrolijken?

☐ altijd
☐ heel vaak
☐ redelijk vaak
☐ soms
☐ bijna nooit
☐ nooit

Hoe is in het algemeen uw kwaliteit van leven?

☐ uitstekend
☐ erg goed
☐ goed
☐ redelijk
☐ slecht

Welk rapportcijfer (0 – 10) geeft u uw leven op dit moment? ……

Hoe is in het algemeen uw kwaliteit van leven in vergelijking met een jaar geleden?

☐ veel beter
☐ iets beter
☐ ongeveer hetzelfde
☐ iets slechter
☐ veel slechter

afhankelijkheidsscore genummerde vragen per pagina ……..

SOCIALE CONTEXT

Voelt u zich veilig binnenshuis?

☐ nee
☐ ja

Voelt u zich veilig buitenshuis?

☐ nee
☐ ja

Hoe veilig voelt u zich bij de zorg die u op dit moment ontvangt?

☐ helemaal niet veilig
☐ niet veilig
☐ neutraal
☐ veilig
☐ heel veilig

Woont u alleen?

☐ nee
☐ ja

Is er iemand die u zou kunnen helpen wanneer u ziek bent of in een noodgeval?

☐ nee
☐ ja

Heeft u contact met mensen in uw omgeving?

☐ met weinig mensen, nauwelijks contact
☐ weinig mensen, maar veel/goed contact
☐ met veel mensen, maar weinig/slecht contact
☐ met voldoende mensen, voldoende contact
☐ heeft u behoefte aan meer contact

Voelt u zich eenzaam?

☐ nooit
☐ soms
☐ vaak

Gebruik eventueel de eenzaamheidsschaal.

LEEFSTIJL

Beweegt u regelmatig?

☐ nee
☐ ja

Bent u wel eens buiten adem tijdens normale activiteiten

☐ nee
☐ ja

afhankelijkheidsscore genummerde vragen per pagina ……..

Rookt u?

☐ nee
☐ ja

Hoeveel alcohol drinkt u?

☐ minder dan 15 eenheden per week
☐ meer dan 15 eenheden per week, nl …….

Hebt u problemen met het kauwen van voedsel (eventueel met gebit)?

☐ geen problemen
☐ enige moeite
☐ kan niet kauwen

Smaakt het eten u goed de laatste tijd?

☐ nee
☐ ja

Maakt u zich zorgen over uw gewicht?

☐ geen zorgen
☐ ja, te veel gewichtsverlies
☐ ja, te zwaar

ERVARINGEN MET DE ZORG

Wat vindt u van de hoeveelheid voorlichting en/of informatie die u de afgelopen 12 maanden van hulpverleners over uw zorg heeft gekregen?

☐ veel te weinig
☐ te weinig
☐ genoeg
☐ te veel
☐ veel te veel

Wat vindt u van de mate waarin u de afgelopen 12 maanden betrokken bent geweest bij de zorg?

☐ veel te weinig
☐ te weinig
☐ genoeg
☐ te veel
☐ veel te veel
☐ niet van toepassing

Als u zorg nodig heeft, weet u dan waar u terecht kunt?

☐ helemaal niet
☐ niet
☐ enigszins
☐ goed
☐ heel goed

afhankelijkheidsscore genummerde vragen per pagina ……..

Hoeveel behoefte heeft u om invloed op uw eigen zorg te hebben?

☐ heel veel
☐ veel
☐ enige
☐ weinig
☐ geen

Wat vindt u van de mate waarin u invloed heeft op uw eigen zorg?

☐ veel te weinig
☐ te weinig
☐ genoeg
☐ te veel
☐ veel te veel

Wat vindt u van de mate van overeenstemming tussen uw hulpverleners?

☐ veel te weinig
☐ te weinig
☐ genoeg
☐ te veel
☐ veel te veel
☐ weet niet
☐ niet van toepassing

DOELEN

Indien er één ding gedaan zou kunnen worden om de situatie voor u te verbeteren, wat zou dat dan zijn?

……
……

AFHANKELIJKHEIDSSCORE

De algemene afhankelijkheidsscore – met een maximumscore van 100 - kan berekend worden door de scores van de genummerde vragen op te tellen. Hoe hoger de totaalscore, hoe groter de mate van afhankelijkheid.

Totaal score …… (maximum 100)

afhankelijkheidsscore genummerde vragen per pagina ……..

BEOORDELING COMPLEXITEIT ZORGSITUATIE

Dit formulier kan de huisarts en de POH ondersteunen bij beoordeling van de complexiteit van de zorgsituatie. Basis blijft de professionele autonomie van de hulpverlener.

Stap 1.

Patiënt is kwetsbaar (uitkomst Easycare TOS 1)

☐ nee → ziektespecifieke geprotocolleerde zorg

☐ ja → stap 2

Stap 2

Beïnvloeden de chronische ziekten elkaar? Zijn er beperkingen op functioneel, sociaal en psychisch gebied?

☐ nee → ziektespecifieke geprotocolleerde zorg

☐ ja → stap 3

Stap 3

Zijn er de laatste 12 maanden andere hulpverleners bij deze patiënt betrokken geweest?

☐ geen andere betrokken hulpverleners

☐ 1 - 3 andere betrokken hulpverleners

☐ meer dan 3 andere betrokken hulpverleners

☐ onbekend

Is er sprake van niet genezende wonden of decubitus?

☐ nee

☐ ja

Heeft de patiënt en/of diens mantelzorger ziekte inzicht (1 helemaal niet en 10 heel erg goed)?

0 …… 10

Is er onzekerheid over het te voeren beleid bij deze patiënt (1 heel onzeker en 10 heel erg zeker)?

0 …… 10

Hoe voorspelbaar is het verloop van de situatie (1 zeer voorspelbaar en 10 zeer onvoorspelbaar)?

0 …… 10

In hoeverre is de patiënt in staat zijn eigen regie te voeren? (1 helemaal niet en 10 heel erg goed)?

0 …… 10

Zijn er bij de overig betrokken hulpverleners twijfels of onzekerheden over de behandeling?

☐ nee

☐ ja

☐ onbekend

Conclusie

☐ geen casemanagement

☐ wel casemanagement

Multidisciplinair Overleg

Het MDO is onderdeel van een cyclisch proces van hulpverlening, waarbij, uitgaande van de actuele problemen en wensen van de oudere, de betrokken hulpverleners samen de bijpassende zorgdoelen formuleren en interventies afspreken en evalueren.

Doel: komen tot een gezamenlijk gedragen beleid om de geboden zorg af te stemmen en te anticiperen op mogelijke problemen en ten behoeve van het welbevinden van de oudere.

Inclusiecriteria MDO

- Kwetsbare ouderen met multimorbiditeit:
  - Multimorbiditeit: er zijn meerdere aandoeningen/ziekten tegelijk aanwezig, bijvoorbeeld parkinson en incontinentie
  - Ouderen bij wie meerdere disciplines en/of instellingen betrokken zijn,
- 6 – 7 ouderen per MDO;
- Starten met ouderen die kwetsbaar en complex zijn.

Organisatie MDO

- 1x per kwartaal per praktijk,
- 60 minuten, 8 – 10 minuten per oudere (strakke tijdsbewaking!);
- Tijdstip;
- Locatie;
- Deelnemers: huisarts, praktijkondersteuner Ouderenzorg, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde.
- Andere disciplines worden op basis van gerichte vragen aan de desbetreffende discipline uitgenodigd (ouderenadviseur, fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtiste, e.a.);
- planning data 1x per jaar door POH.

Voorbereiding

- POH maakt agenda,
- POH vraagt aan de oudere (of diens mantelzorger) of hij/zij vragen heeft voor het MDO;
- Elk agendapunt is gekoppeld aan de patiënt en kent de volgende opbouw:
  - korte samenvatting situatie door POH
  - concrete vraagstelling of evaluatie a/d hand van SFMPC model van de huidige situatie
  - per agendapunt exacte tijd benoemen i.v.m. tijdsbewaking;
- POH mailt de agenda twee weken voor het MDO;
- De anderen selecteren relevante informatie uit eigen dossiers;
- POH neemt medicatielijst + meest recent labwaarden mee (visitebrief);
- Iedereen formuleert voorafgaand de vragen die hij/zij wil stellen.

Vergadering

- Algemeen:
  - POH zit de vergadering voor
  - POH zorgt voor verslaglegging van het algemene deel
  - Zorgcoördinator noteert de afspraken per desbetreffende patiënt en past zorgplan aan,

- Bespreking:
  - Probleeminventarisatie a/d hand van SFMPC model en geformuleerde vragen inbrengen
  - Algemeen zorgdoel formuleren/checken
  - Problemen kiezen ter bespreking a/d hand van wensen oudere en risicoanalyse
  - Formuleren specifieke zorgdoelen per probleem
  - Interventies en evaluatiemoment afspreken (indien escalatie verwacht kan worden, een 'wat-indien' scenario afspreken)
  - Keuzemogelijkheden en terugkoppeling naar de patiënt afspreken
  - Afspreken binnen welk termijn de zorgcoördinator het concept zorgbehandelplan met de oudere besproken en aangepast heeft, zodat deze beschikbaar is voor betrokken disciplines;
- Afronding:
  - Algemeen verslag door POH binnen 24 uur aanleveren bij de aanwezige disciplines Afspraken maken over tussentijdse communicatie
  - Invullen format evaluatie door POH (zie onderstaande tabel).

Datum MDO	
Huisartsenpraktijk	
Vaste deelnemers (doorstrepen indien niet aanwezig)	HA / POH / SOG
Overige deelnemers (doorstrepen indien niet aanwezig)	FT / ET / DT / OA / WV[1]
Aantal besproken ouderen	
Aantal medicatie reviews	
Aantal patiënten bij wie review tot interventie(s) leidde	

Na MDO

- Vervolg individueel zorgbehandelplan door zorgcoördinator:
  - stelt concept aanpassing zorgbehandelplan op
  - stemt dit af met de oudere
  - stelt definitieve zorgbehandelplan op
  - stelt tijdspad monitoring interventies op
  - informeert de anderen dat het zorgbehandelplan klaar staat,
- Vervolg zorg door de disciplines aanwezig bij het MDO:
  - Uitvoeren afgesproken interventies
  - Monitoring uitvoering en effect van de interventies
  - Aanleveren informatie over effect interventies t.b.v. een volgend MDO.

[1] SOG = Specialist Ouderen Geneeskunde FT = fysiotherapie, ET = ergotherapie, DT = diëtist, OA = ouderenadviseur, WV = wijkverpleegkundige

Geraadpleegde Bronnen

- Centraal Bureau voor de Statistiek, Kerncijfers van de bevolkingsprognose, 2008-2050
- Rapport Kwetsbare ouderen van het Sociaal en Cultureel Planbureau, februari 2011
- Rapport Kwetsbare ouderen in de praktijk van het Sociaal en Cultureel Planbureau, april 2011
- NHG-Standpunt Huisartsenzorg voor ouderen (mei 2007)
- NHG/Laego Huisartsenzorg voor ouderen met complexe problematiek (november 2009)
- KNMG-Standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen (maart 2010) Dijk van et al, H&W 53, 2010
- Zorg voor gezondheid, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006, Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ., Bilthoven: RIVM, 2006
- Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Gezondheidsraad, Den Haag 2009 Publicatienr. 2009/07
- Kwetsbare Ouderen. Campen C van (red). Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2011
- ActiZ, V&VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS en ZN. Kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (langdurige en/of complexe zorg). Oktober, 2007
- http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/projecten/projectreportages/eigen-kracht-conferentie/
- Eerstelijns gestructureerd periodiek overleg (GPO) over ouderen met complexe problematiek (oktober 2011) Wind A.