

Zorginhoudelijk aanbod

Kwetsbare ouderen met complexe problematiek

Ouderen blijven langer thuis wonen en dat leidt tot een grotere druk op de huisarts. Bovendien is door de stelselwijziging meer overleg nodig tussen de wijkverpleging, gemeente/welzijn en de huisarts. In het inkoopbeleid van Menzis is aangegeven dat de zorg voor ouderen dichtbij de huisartsenpraktijk georganiseerd moet worden. De huisarts is hoofdbehandelaar en wordt ondersteund door een POH-Ouderenzorg (POH-O).

Een belangrijk uitgangspunt bij de integrale zorgverlening voor kwetsbare ouderen is dat de samenwerking tussen de betrokken zorgverleners bij ouderenzorg op lokaal niveau goed georganiseerd moet worden. Hierbij heeft de POH-O een belangrijke rol.

De inhoud van de zorg aan kwetsbare ouderen is vastgelegd in de Groninger Zorgstandaard Integrale Ouderenzorg (GZIO). Op basis van het GZIO is in het onderstaande een samenvatting beschreven van de basis-geriatrie zorg aan de doelgroep kwetsbare ouderen met complexe problematiek. In deze samenvatting zijn de onderdelen zodanig beschreven dat de activiteiten binnen het zorgaanbod duidelijk worden. Voor een inhoudelijke toelichting wordt verwezen naar de GZIO.

Voorbereiding: opsporing kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk

De ouderen in een huisartspraktijk worden via casefinding opgespoord en verder in kaart gebracht. Dit is een continue en geleidelijk proces; de huisarts kent een groot deel van de ouderen patiënten en kan vaak al goed inschatten welke ouderen kwetsbaar zijn en welke ouderen mogelijk kwetsbaar zijn.

Daarnaast weegt de huisarts verschillende factoren die bij kwetsbaarheid een rol spelen. Weegfactoren zijn o.a. polyfarmacie (5 of meer medicijnen), de patiënt ontvangt thuiszorg, meer dan twee chronische aandoeningen, laag of hoog lichaamsgewicht, lichamelijke inactiviteit, verminderd cognitief functioneren, slechtziendheid, slechthorendheid, incontinentie, depressieve symptomen, weinig ervaren regie over eigen leven en eenzaamheid/sociaal zwakke positie. De GFI kan als handreiking worden gebruikt voor het vaststellen van kwetsbaarheid.

De kwetsbare ouderen worden gemarkeerd in het HIS, hierin wordt tevens een individueel zorgplan vastgelegd met de persoonlijke behandeldoelen (zie verder).

1. Geriatrie assessment (probleeminventarisatie)

Afhankelijk van de mate van kwetsbaarheid wordt een meer of minder intensief geriatrie assessment uitgevoerd. Het geriatrie assessment omvat het volgende:

- Anamnese
- Inventarisatie
 - medische voorgeschiedenis
 - bestaande afspraken rond advance care planning (ACP)
 - medicatie/polyfarmacie
- Psychologisch onderzoek
- Lichamelijk onderzoek
 - algemeen lichamelijk onderzoek
 - functioneel onderzoek
- Aanvullend (laboratorium) onderzoek en eventueel functie-onderzoek (audiologie, ECG, longfunctie)

In het verslag (zie aandachtspunt IZP onder 2) worden de volgende punten vastgelegd:

- mate van kwetsbaarheid
- hoofdbehandelaar en zorgcoördinatie
- sociale en contextuele gegevens (inclusief behandelbeperkingen)
- voorgeschiedenis medisch
- diagnostiek functioneren
 - o medische voorgeschiedenis
 - o functioneren dagelijkse activiteiten
 - o mobiliteit, kracht, valrisico
 - o communicatie
 - o voeding
 - o medicatie / polyfarmacie
 - o cognitie en stemming
 - o sociaal en maatschappelijk
 - o mantelzorg en ouderen mishandeling
- evaluatie
- plan en follow-up

De probleeminventarisatie bestaat uit een uitgebreide inventarisatie inclusief diagnostiek naar functioneren en kan waar nodig worden aangevuld met aanvullend onderzoek (psychologisch onderzoek zoals afnemen MMSE, laboratorium onderzoek of functieonderzoek zoals ECG of audiogram). Zie voor uitgebreide informatie hoofdstuk 4 van de GZIO.

2. Opstellen individueel zorgplan

Het zorgplan wordt opgesteld op basis van het geriatrisch assessment. Daarbij wordt nauw samengewerkt met de wijkverpleegkundige. In het zorgplan worden de conclusies van het assessment vastgelegd en worden in overleg met de ouderen zelf (en mantelzorg) de behandeldoelen vastgesteld.

In het zorgplan zijn de doelen en afspraken vastgelegd en wie verantwoordelijk is voor de uitvoering. De POH-O bespreekt het nieuw opgestelde zorgplan met de huisarts. Het zorgplan wordt minimaal eenmaal per jaar geëvalueerd en zo nodig aangepast.

3. Zorgcoördinatie / casemanagement

Zorgcoördinatie

- De POH-O (in opdracht van de huisarts) is zorgcoördinator behandeling en verantwoordelijk voor de cure (behandeling) van kwetsbare ouderen in de eerste lijn. Het betreft alle medische behandelingen en taken waarvoor de huisarts eindverantwoordelijk is. De POH-O draagt zelf zorg voor controlebeleid om de effecten van behandeling te evalueren. Voorbeelden: behandeling van urineweginfecties, diabetes, wondbehandeling
- De Wijkverpleegkundige is zorgcoördinator verzorging en verantwoordelijk voor de care (zorg) voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn. Het betreft alle medische behandelingen en taken waarvoor de wijkverpleegkundige/thuiszorg organisatie eindverantwoordelijk is. De wijkverpleegkundige draagt zelf zorg voor controlebeleid om de effecten van zorg te evalueren. Voorbeelden: persoonlijke zorg, toezicht medicatie inname, wondverzorging
- In de dagelijkse praktijk zijn deze rollen niet 100% gescheiden. Er is sprake van een eindverantwoordelijkheid voor eigen zorgcoördinatieschap en tevens een signalerende verantwoordelijkheid ten aanzien van het zorgcoördinatieschap van de andere. Voorbeeld: de wijkverpleegkundige signaleert dat een patiënt koorts blijft houden ondanks een kuur voor een urineweginfectie en overlegt met de POH-O of de huisarts
- Er worden in het behandelplan van de patiënt alleen aanvullende afspraken gemaakt over zorgcoördinatieschap als de praktijk afwijkt van de hierboven beschreven gang van zaken.

Voorbeeld: de POH-O verzoekt de wijkverpleegkundige de nuchtere glucose van een patiënt te controleren 1x per week en bij afwijkende resultaten de POH-O hierover te informeren

Casemanagement

Voor de zorg voor dementie en Parkinson zijn verpleegkundigen als casemanagers betrokken bij de zorg voor patiënten in de eerste lijn. Deze zorg wordt ingezet op indicatie en wordt of vanuit specialistische zorg ingezet (Parkinson, dementie) of vanuit de wijkverpleging (dementie in stabiele fase).

Het casemanagement staat los van het zorgcoördinatieschap. Een casemanager is alleen verantwoordelijk voor de behandeling en begeleiding van het specifieke ziektebeeld waarvoor hij/zij is ingezet. Daar waar de behandeling en begeleiding interfereert met andere aspecten van ziekte, behandeling of zorg voor de patiënt, zal de casemanager overleggen met de desbetreffende zorgcoördinator. De casemanager rapporteert naar beide zorgcoördinatoren. Bij voorkeur wordt casemanagement uitgevoerd door een van de zorgcoördinatoren en is de financiering hiervoor geregeld.

Er kan maximaal 1 casemanager per patiënt zijn, ongeacht het aantal ziektebeelden waarvoor casemanagement kan worden ingezet. De huisarts wijst bij problemen het casemanagement toe op basis van het patiëntenprofiel.

4. Communiceren zorgplan met ketenpartners en geriatrisch netwerk (MDO)

De casemanager communiceert het zorgplan met de ketenpartners. In de meeste gevallen is hiervoor geen georganiseerd overleg voor nodig. Bij complexe problemen of behoefte aan overleg wordt zo nodig afstemming in het geriatrisch netwerk georganiseerd (MDO). Bij een MDO zijn in ieder geval de huisarts, POH-O, wijkverpleegkundige en eventueel de SO aanwezig; eventueel aangevuld met andere betrokken zorgverleners. De frequentie van een MDO is minimaal tweemaal per jaar. De wijkverpleegkundige is in alle gevallen de link naar het sociale domein en draagt zorg voor de afstemming met dit domein (zie GZIO).

Tijdens een MDO wordt het zorgplan besproken en worden werkafspraken gemaakt met de betrokken hulpverleners. Het zorgplan wordt tijdens een visite door de POH besproken met de betreffende oudere en eventueel de mantelzorger. Besproken wordt welke doelen de oudere zelf heeft genoemd tijdens het huisbezoek, welke problemen aangepakt gaan worden en op welke wijze en hoe daarmee de zelfredzaamheid vergroot kan worden. De oudere wordt gestimuleerd eigen beslissingen te nemen.

Bij ieder MDO moet worden bekeken of de oudere nog in de 2e lijn behandeld /begeleid wordt en of dit medisch noodzakelijk is. Bij voorkeur wordt de kwetsbare ouderen begeleid in de eerste lijn. Tweedelijns zorg wordt in overleg met de oudere waar mogelijk stopgezet.

5. Uitvoeren individueel zorgplan & eventuele interventies

De uitvoering van het zorgplan wordt in gang gezet. De casemanager ziet erop toe dat alle hulpverleners doen wat er is afgesproken en spreekt professionals aan op hun inbreng op het moment dat hier niet aan wordt voldaan. De POH-O en wijkverpleegkundige bezoeken zo nodig de kwetsbare oudere met complexe problematiek. Er vindt gestructureerd toezicht op de medicatie plaats.

Bij tussentijdse escalaties of belangrijke wijzigingen in het zorgplan van een individuele oudere, wordt door de casemanager afstemming gezocht met de benodigde disciplines. Afhankelijk van de aard van de problematiek wordt bilateraal overleg gevoerd, dan wel een MDO georganiseerd.

6. Bespreken zorgplan patiënt intern (evaluatie)

De uitvoering van het zorgplan en eventuele aanpassingen daarin worden regelmatig besproken tussen de huisarts en de POH-O/wijkverpleegkundige.

Om de zorgprocessen ook inzichtelijk te maken voor afstemming met de regiopartijen is het noodzakelijk een aantal indicatoren vast te leggen. Er is nog geen standaard ouderen indicatorenlijst vastgesteld op dit moment, de GHC heeft hier zelf invulling aan gegeven.