

Handreiking ouderenzorg

December 2022

OZ-2212



Inleiding

Het aantal thuiswonende ouderen in Nederland stijgt de komende jaren enorm. Daarbij is in toenemende mate sprake van een complexe zorgvraag. Om de zorg voor deze (groeierende) groep het hoofd te kunnen bieden, is een duidelijke structuur onder regie van de huisarts van belang. Afstemming binnen de huisartsenpraktijk en met betrokken samenwerkingspartners binnen het sociaal en medisch domein is noodzakelijk. In dit document beschrijven we, op hoofdlijnen, de meest relevante onderdelen rondom het cyclisch proces van 'signaleren-inventariseren-bespreken-opvolgen'. Bureau Cohesie ondersteunt de huisartsenpraktijk(en) bij het fasegewijs uitrollen van de onderdelen van gestructureerde ouderenzorg, rekening houdend met de lokale situatie.

Een gestructureerde aanpak in de huisartsenpraktijk

Een gestructureerde aanpak heeft als doel: inzicht verkrijgen in de populatie kwetsbare ouderen (75-plussers) in de huisartsenpraktijk waardoor proactief passend- en geïntegreerde zorg in de thuishouding kan worden georganiseerd en acute interventies zoveel mogelijk worden voorkomen.

Relevante onderdelen cyclus

Gestructureerde ouderenzorg richt zich op een aantal onderdelen: het signaleren en identificeren van de kwetsbare oudere, waarna een probleeminventarisatie wordt gedaan om de zorgbehoefte vast te stellen. Aanvullende onderdelen hierbij zijn medicatiereview en vroegtijdige zorgplanning (advance care planning: ACP). Bij de complexere groep ouderen werkt de huisartsenpraktijk samen met zorgverleners en is er een individueel zorgplan/gezondheidsplan en periodieke afstemming van belang.

Schema gestructureerde ouderenzorg

Deze handreiking vormt samen met het document 'schema gestructureerde ouderenzorg' de leidraad. Het schema beschrijft de in te zetten meetinstrumenten, acties en registraties op basis van de mate van kwetsbaarheid.

Digitale (samenwerkings)omgeving

VIPLive is een digitale (samenwerkings)omgeving. In deze omgeving is het volgende mogelijk

- inzicht op patiënt- en populatieniveau (dashboard)
- invullen en delen van screenings- en vragenlijsten door patiënt en/of zorgverlener
- voeren van gesprekken in een beveiligde omgeving, consulteren en verwijzen
- toevoegen van zorgverlener aan zorgnetwerk van de patiënt
- opstellen en evalueren van (gezamenlijk) gezondheidsplan
- invullen en delen afspraken rondom vroegtijdige zorgplanning (ACP-module)

Leeswijzer

In dit document beschrijven we op hoofdlijnen de organisatie van de ouderenzorg in de huisartsenpraktijk en het proces dat wordt doorlopen.

 Daar waar het van toegevoegde waarde is plaatsen we een tip en/of advies.

Inhoudsopgave

Inleiding.....	2
1. Organisatie	4
1.1 De regierol van de huisarts.....	4
1.2 Afstemming in diverse overleggen.....	4
1.3 Zorgcoördinator.....	5
2. Proces	6
2.1 Signaleren en identificeren van de kwetsbare oudere	6
2.2 Probleeminventarisatie en zorgbehoefte vaststellen	7
2.3 Opstellen en evalueren individueel zorgplan.....	8
2.4 Periodiek overleggen en opvolgen.....	9

1. Organisatie

Het organiseren van gestructureerde samenwerking rondom de complexe ouderen in de eerstelijns is een voorwaarde om te komen tot geïntegreerde zorg thuis.

1.1 De regierol van de huisarts

De huisarts heeft de regierol. Vanuit onze huidige visie op gezondheid benaderen we de patiënt integraal. Mensen worden in hun totaliteit gezien. Integrale, multidisciplinaire zorg is noodzakelijk om vaak samenhangende problemen effectief aan te pakken. De huisarts coördineert de zorg die andere professionals verlenen in de huisartsenpraktijk. Tevens is de huisarts de verbindende factor in de samenwerking met andere zorgprofessionals en mensen die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt.

1.2 Afstemming in diverse overleggen

Samenhangende (geïntegreerde) zorg rondom deze complexe doelgroep komt niet vanzelf tot stand, maar ontwikkelt zich geleidelijk vanuit een gemeenschappelijke kijk op structuur en regie vanuit de huisartsenpraktijk. Voor de meer complexe problematiek is het van belang om de expertise en samenwerking met professionals in de wijk te zoeken.

Kernteamoverleg in huisartsenpraktijk

Huisarts en praktijkondersteuner (POH)¹ bespreken met enige regelmaat de oudere patiënten die bekend zijn in de chronische zorg of de kwetsbare groep die uit screening en casefinding naar voren is gekomen. De POH is meestal het aanspreekpunt voor zowel oudere als voor de huisarts.

Gestructureerd periodiek overleg (GPO)

Het kernteam in de huisartsenpraktijk is uitgebreid met bijvoorbeeld wijkverpleegkundige en/of apotheker (in verband met het medicatiereview). Bij voorkeur ook met een specialist ouderengeneeskunde en casemanager dementie (indien al aanwezig bij oudere). Het kernteam is nu een kernteam+ en bespreekt de complexere problematiek. Kennismaken met elkaars expertise en komen tot een duidelijke taakverdeling onder de deelnemers aan dit overleg is van essentieel belang. Het aanspreekpunt voor de oudere en huisarts wordt per oudere vastgesteld.

Multidisciplinair overleg (MDO)

Wanneer het vanwege de complexiteit van de problematiek noodzakelijk is om het aantal deelnemers aan het kernteam+ verder uit te breiden (bijvoorbeeld met praktijkondersteuner GGZ, ergotherapeut, fysiotherapeut (met specialisatie geriatrie), diëtist, ouderenpsycholoog, klinisch geriater en/of medewerkers uit het sociale domein) dan spreken we van een multidisciplinair overleg. Meer nog dan bij het GPO vraagt een dergelijk overleg een duidelijke taakverdeling en structuur.

¹ Waar gesproken wordt van een praktijkondersteuner (poh), kan ook een praktijkverpleegkundig of een verpleegkundig specialist zijn.

1.3 Zorgcoördinator

Om het cyclische proces goed vorm te kunnen geven en de oudere een vast aanspreekpunt te kunnen bieden, is het van belang een zorgcoördinator aan te wijzen. De rol van de zorgcoördinator kan vervuld worden door huisarts, POH, wijkverpleegkundige of casemanager dementie als hij/zij betrokken is bij de oudere. De taken van de zorgcoördinator zijn:

- Bewaken van het proces rondom het tot stand komen van het individueel zorgplan
- Monitoren van de vastgestelde doelen en zorgafspraken en zorgplan actueel houden
- Regelmatig contact opnemen met de oudere en een vinger aan de pols houden op cruciale momenten zoals bij overdracht zorg tussen zorgverleners of instellingen
- Ondersteunen van het zelfmanagement van de oudere
- Geven van advies, begeleiding en ondersteuning (eventueel ook aan de mantelzorger)



Investeren in je netwerk is heel belangrijk! Dit kost tijd, maar verdien je later terug omdat de lijnen onderling veel korter worden en je de zorg op elkaar kan afstemmen.

2. Proces

Bij het beschrijven van de onderdelen uit deze procesbeschrijving is gebruik gemaakt van de landelijke handreiking 'Kwetsbare ouderen thuis'. Per onderdeel is een korte toelichting opgenomen.

2.1 Signaleren en identificeren van de kwetsbare oudere

Het doel hiervan is de meest kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk in beeld te hebben. Zowel de medewerkers van de huisartsenpraktijk als het netwerk van de ouderen kunnen bijdragen aan het (vroeg)signaleren van kwetsbaarheid.

Systematische screening of casefinding

- Systematische screening: periodiek uitdraaien van een lijst van 75+-ers
- Casefinding: zoeken naar risicofactoren of beginnende afwijkingen bij personen die om een andere reden de zorgverlener raadplegen. Deze preventieve activiteit staat dus los van de klacht waarvoor iemand met een actueel probleem een huisarts raadpleegt. (zie onderstaand kader).

Voorspellende indicatoren: Hoewel er geen 'harde' criteria zijn om kwetsbaarheid vast te stellen, zijn er toch een aantal factoren te benoemen die -vooral in combinatie met elkaar- ouderen kunnen duiden op kwetsbaarheid. Dit zijn o.a.

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| • Multimorbiditeit | • Recent verlies van een partner |
| • Eén of meer geriatric giants
(mobiliteitsstoornissen, ondervoeding,
communicatiestoornissen,
geheugenproblemen, psychische
stoornissen en incontinentie) | • Alleenstaand zijn |
| • Het ontbreken van een sociaal netwerk | • Een lage opleiding |
| • Frequent praktijkbezoek | • Laaggeletterdheid |
| | • Een recente ziekenhuisopname |
| | • Een overbelaste mantelzorg |
| | • Polyfarmacie |
| | • Frequent gebruik huisartsenpost/SEH |

Bepaling van kwetsbaarheid met gebruik van screeningslijsten

Er zijn meerdere screeningsinstrumenten om de kwetsbaarheid te bepalen, zoals de GFI, TraZAG, Easycare, Prisma, TFI. Advies vanuit de Cohaesie werkgroep ouderen: gebruik **Groningen Frailty Indicator (GFI)** en het **startdocument TraZAG**. Deze screeningsinstrumenten zijn als vragenlijst opgenomen in VIPLive en kunnen ook door de patiënt zelf ingevuld worden.

Vroegsignalering niet alleen een taak voor de huisartsenpraktijk

Gemeenten en zorgorganisaties doen ook aan het signaleren van kwetsbaarheid bij ouderen. Van belang is dat relevante informatie gedeeld wordt om dubbel werk te voorkomen. Relevante informatie, zoals de Algemene Dagelijkse Levensverrichting (ADL), TraZAG en Mini-Mental State Examinatio (MMSE) voor het screenen van cognitieve beperkingen bij ouderen.



Gebruik periodiek het ouderenzorgrapport VIPLive om de meeste kwetsbare ouderen in beeld te hebben.



Zoek de samenwerking op met wijkverpleging, sociaal domein op het gebied van vroegsignalering met als doel een integrale effectieve aanpak. Sommige gemeenten organiseren bijvoorbeeld (signalerende) 75+-huisbezoeken.

2.2 Probleeminventarisatie en zorgbehoefte vaststellen

Het doel van de probleeminventarisatie (multi-domeinanalyse) is om op een integrale wijze de problemen van de kwetsbare oudere inzichtelijk te maken en vast te kunnen stellen of er sprake is van een complexe zorgsituatie. Het gaat hierbij niet alleen om medische aspecten maar vooral ook om functionele, psychische, communicatieve en maatschappelijke aspecten in de context van de leef- en denkwereld van de oudere. Het resultaat van deze processtap is een overzicht van de gesignaleerde problemen met bijbehorende urgentie en prioriteit. Denk ook aan thema's als positieve gezondheid.

Gesprek met oudere en mantelzorger

Ons uitgangspunt is de eigen regie van de oudere en de mantelzorger en diens wensen en behoeften. Onderstaande voorbeeldvragen kunnen helpen bij het helder krijgen van het hoofddoel van de oudere en de mantelzorger:

- Wat vindt u belangrijk op het gebied van zorg en welzijn?
- Wat zou u graag willen (of kunnen) doen?
- Heeft u nagedacht over uw toekomst?
- Hoe ziet u uw leven over drie jaar?
- Wat zou u graag anders zien aan de zorg die u momenteel ontvangt?
- Hoe belangrijk is het voor u om zelf betrokken te zijn bij beslissingen over uw gezondheid en de hulpverlening?

Multi-domein analyse met behulp van SFMPC

Voor verdere analyse van de gesignaleerde problemen wordt volgens de SFMPC methode gewerkt. SFMPC staat voor Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch en Communicatief. Hiervoor worden de bevindingen uit eerdere onderzoeken (TraZag, op indicatie: lichamelijk onderzoek en geriatrisch labonderzoek) overgenomen en gekeken of geen gebieden gemist worden. Bij het opstellen van de probleemlijst kijk je samen met de oudere, welke problemen aangepakt worden en welke hierbij voorrang moeten krijgen (gezamenlijke besluitvorming).

Lichamelijk en/of bloedonderzoek




Afhankelijk van de problematiek van de oudere en vermoedelijke oorzaken hiervan kan lichamelijk en /of bloedonderzoek nodig zijn. Indien geen **recente nierfunctie** bekend is, is het belangrijk deze te bepalen.

Vroegtijdige zorgplanning

Initieer vroegtijdige zorgplanning, indien dit nog niet is gebeurd. Vroegtijdige zorgplanning is een proces waarbij, anticiperend op de zorgbehoefte in deze laatste levensfase, wensen, doelen en voorkeuren van de patiënt worden besproken en vastgelegd.

Medicatiereview / medicatiebeoordeling


Een medicatiebeoordeling (MBO) is een integrale beoordeling van de farmacotherapie door patiënt (of mantelzorg), arts en apotheker op basis van een gestructureerde, kritische evaluatie van de medische, farmaceutische en gebruiksinformatie met als doel het optimaliseren van de effectiviteit van de farmacotherapie en het verminderen van de kans op farmacotherapeutische problemen (FTP's). (bron: Module Medicatiebeoordeling 2019).

-
-  Overweeg voor het vaststellen van kwetsbaarheid een huisbezoek. Een huisbezoek geeft veel aanvullende informatie wat betreft zelfredzaamheid en sociale context, omdat je een kijkje kunt nemen in de thuissituatie van de oudere.
 -  In sommige gemeenten zijn er andere professionals die een huisbezoek uitvoeren om kwetsbaarheid vast te stellen: In dit geval is het de vraag hoe de informatie te bundelen.
 -  Wijkverpleegkundigen zijn vaak uitgebreid geschoold in de methodiek van "samen beslissen" of 'Het goede gesprek'. Neem dit mee in de beslissing wie het gesprek met de oudere/mantelzorg voert.
-

2.3 Opstellen en evalueren individueel zorgplan

In het individueel zorgplan (IZP) worden de gemaakte afspraken met de oudere en/of mantelzorg en betrokken zorgprofessionals vastgelegd, gemonitord en geëvalueerd. Het individueel zorgplan is het resultaat van de hiervoor beschreven stappen. Het maakt de afspraken inzichtelijk, wie wat doet en waarvoor verantwoordelijk is. Wie het IZP opstelt is afhankelijk van de afspraken in de praktijk. In VIPLive wordt het IZP een gezondheidsplan genoemd.

- **Prioriteer en werk de problemen uit die bij de multi-domein analyse zijn geconstateerd.**
Per probleem wordt een doel vastgesteld dat de oudere wil bereiken. Om dit doel te bereiken wordt een actie bepaald en de verantwoordelijke die deze gaat uitvoeren aangewezen. Dit kan de oudere zelf zijn, de mantelzorg of een zorgverlener. Vervolgens wordt een termijn voor evaluatie bepaald. Dit termijn kan per probleem en toegewezen actie variëren.
In de registratie in VIPLive zijn de volgende domeinen in te vullen:
 1. Vastleggen zorgcoördinator
 2. Prioriteren van zorgproblemen (SFMP)
 3. Formuleren heldere doelstellingen (SMART)²: eventueel een toelichting maken
 4. Formuleren actiepunten en het toewijzen van een verantwoordelijke aan actie(s)
 5. Evalueren
- **Besprek als zorgcoördinator het definitieve zorgplan** met de oudere en houdt toezicht op de uitvoering van de acties uit het zorgplan.

-
-  **Betrek de oudere en/of mantelzorg bij dit proces.**
Ga na wat de mogelijkheden zijn voor ondersteuning op het (psycho)sociale vlak in de regio.
-

² SMART: specifiek, meetbaar, acceptabel, resultaat/relevant, tijdsgebonden.

2.4 Periodiek overleggen en opvolgen

Het doel van het Gestructureerd periodiek overleg (GPO) en/of het Multidisciplinair overleg (MDO) is het vaststellen van een gezamenlijk gedragen beleid, waarbij de wensen van de oudere centraal staan. Specifieke doelen en acties worden geformuleerd per probleem met input van andere betrokken zorgverleners en aandacht voor prioritering. De resultaten van dit overleg worden vastgelegd in een overzichtelijk zorgplan en periodiek getoetst en besproken.

De verschillende aspecten van een periodiek overleg

1. **Werkwijze voor het organiseren van een periodiek overleg.**
 - Er is een duidelijke taakverdeling voor het organiseren van een periodiek overleg.
 - Deelnemers hebben duidelijkheid over de eigen rol.
2. **Samenwerking rondom en in het periodiek overleg.**
 - De vertegenwoordiging van disciplines in het overleg is structureel en adequaat.
 - Een ieders expertise en de onderlinge verwachtingen zijn voldoende duidelijk.
 - Voor eenieder is duidelijk welke patiëntengroep in aanmerking komt voor bespreking in de periodieke overleggen.
3. **Vaste systematiek bij presentatie casuïstiek in het periodiek overleg**
 - De vraagstelling rondom de casuïstiek is al voorafgaand aan het overleg duidelijk.
 - Degene die de casus inbrengt hanteert een duidelijke systematiek wat betreft het presenteren van de casus passende bij het cyclische proces tot dan toe: hoe verliep de signalering- concrete punten uit de inventarisatie- vraagstelling- bespreking- afspraken nieuw overleg.
 - De voorzitter van het overleg bewaakt dit proces.
 - De diverse onderdelen worden systematisch vastgelegd in VIPLive (bij voorkeur voorafgaand aan het periodiek overleg).
4. **Overige relevante afspraken**
 - Er wordt vastgesteld (indien van toepassing) wie het ACP-gesprek voert.
 - Er wordt (of is) vastgesteld (indien van toepassing) of er een medicatiereview wordt gedaan.

Opvolgen van de afgesproken acties door de zorgcoördinator

Voor andere deelnemers van het periodiek overleg is helder wie de zorgcoördinator van de desbetreffende oudere is. Afspraken rondom de invulling van de rol worden gemaakt in het periodiek overleg en vastgelegd in het gezondheidsplan in VIPLive. De zorgcoördinator zorgt voor de terugkoppeling van de resultaten uit het periodiek overleg aan de oudere en mantelzorger en zorgt, indien van toepassing, voor aanmelding van de patiënt bij één van de volgende MDO's.



Evalueer met regelmaat de voortgang (bijvoorbeeld 1x per jaar) op basis van de genoemde aspecten.



Bij onduidelijkheid wie het beste de rol van zorgcoördinator op zich kan nemen, gebruik het document "de opvolging van de kwetsbare ouderen uit het zorgprogramma".