

Handreiking

Signalering en Begeleiding Kwetsbare Thuiswonende Ouderen met complexe problematiek regio Oss, Uden, Veghel

Netwerk Geriatrie Oss-Uden-Veghel



Deze handreiking is ontwikkeld door de werkgroep 'Signalering en Opvolging Kwetsbare Ouderen' van het Netwerk Geriatrie Oss-Uden-Veghel.

Deelnemers van deze werkgroep zijn:

Moniek Peeters, huisarts Ravenstein/kaderarts Ouderenzorg

Otto Plaisier, Specialist Ouderengeneeskunde Laverhof

Lyan de Roos, Specialist Ouderengeneeskunde Brabantzorg

Jose van Boxtel, Praktijkondersteuner Berghem

Marion van den Akker, casemanager psychogeriatric Pantein

Henriëtte Kidess, kwaliteitsfunctionaris Interzorg

Thea Pittens, dementieconsulent BrabantZorg

William Gremmen, SPV'er GGZ Oostbrabant

December 2014, Oss

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding.....	4
1.1 Waarom deze handleiding	4
1.2 Voor wie	4
1.3 Doel	4
1.4 Uitgangspunten en werkwijze	4
2. Op weg naar goede zorg voor kwetsbare ouderen	6

BESCHIKBARE BIJLAGEN [zie de website van Samen in Zorg](#)

1. Processchema KO (maakt deel uit van de 'Handreiking en Begeleiding Kwetsbare thuiswonende Ouderen met complexe problematiek Oss, Uden, Veghel')
2. Doelenkaart (=hulpmiddel voor ouderen om doel te bepalen)
3. Afspraken consultatie specialist ouderengeneeskunde en klinisch geriater (Netwerk Geriatrie Oss-Uden-Veghel)
4. Contactpersonenlijst specialisten ouderengeneeskunde/geriater
5. Contactpersonenlijst casemanagers Dementie
6. Zorgbehandelplan LAEGO
7. Medicatiereview
8. Toolkit levenseinde
9. TRAZAG

Aanvullende informatie:

<http://www.sameninzorg.nu>

[http:// www.platformouderenzorg.nl/](http://www.platformouderenzorg.nl/)

Handreiking Kwetsbare ouderen in de eerste lijn (<http://www.vilans.nl/>)

Infographic Kwetsbare ouderen (<http://www.vilans.nl/>)

1. Inleiding

In 2012 hebben de zorgaanbieders in de regio Oss, Uden, Veghel hun samenwerking vorm gegeven in een Netwerk Geriatrie. Deelnemende organisaties zijn: Interzorg, BrabantZorg, Pantein, Laverhof, Vereniging Synchronon en Ziekenhuis Bernhoven. De gezamenlijke ambitie is:

Zorg en ondersteuning voor iedere geriatrische cliënt / kwetsbare oudere woonachtig in de regio Oss-Uden-Veghel, gericht op maximale kwaliteit van leven en zelfredzaamheid (eigen regie) waarbij de aanbieders van die zorg en ondersteuning samen denken en handelen, de doelen en behoeften van de oudere leidend zijn en aansluiten op wat de oudere (en zijn naaste/omgeving) zelf nog kan.

Deze handreiking voor professionals in de eerste lijn is uitgewerkt door de werkgroep 'Signalering en Opvolging Kwetsbare Ouderen' van het Netwerk Geriatrie Oss, Uden, Veghel (Samen in Zorg). Er is gebruik gemaakt van ervaringen uit de praktijk (o.a. Goal!project Oss).

1.1 Waarom deze handleiding

De handreiking helpt om in de regio Oss, Uden, Veghel de samenwerking tussen welzijn en zorg voor kwetsbare ouderen goed op te zetten. De kracht is multidisciplinaire samenwerking.

N.B. er wordt in de regio Oss, Uden, Veghel in het kader van alle transities gewerkt aan de totstandkoming van Sociale (wijk)teams (voorlopig nog naast de Basisteam Jeugd). Het verdient aanbeveling een sluitende verbinding tot stand te brengen tussen de kernteams ouderenzorg georiënteerd op de huisartsenpraktijken en de Sociale (wijk)teams.

De doelpopulatie betreft ouderen (geen exact leeftijdscriterium) met problemen op meerdere domeinen (somatische, functionele, sociale, psychische of communicatieve problemen) en/of onvoldoende mantelzorgcapaciteit. Er is sprake van een wankel evenwicht dat snel negatief beïnvloed kan worden. De situatie van de oudere kan op één of meerdere gebieden snel verslechteren. Er is sprake van een verhoogd risico op negatieve gezondheidsuitkomsten.

1.2 Voor wie

De handreiking is voor (zorg)professionals in de eerste lijn werkzaam in de regio Oss, Uden, Veghel die hun zorg voor kwetsbare ouderen willen verbeteren.

1.3 Doel

Het uiteindelijke doel van de samenwerking tussen welzijn en zorg is het bereiken van een betere kwaliteit van leven en het vergroten van de zelfredzaamheid van kwetsbare thuiswonende ouderen met complexe problematiek, waardoor zij zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen.

1.4 Uitgangspunten en werkwijze

De pijlers zijn vroegdiagnostiek, goede coördinatie en afstemming van zorg en ondersteuning, aandacht voor polyfarmacie en goede transferzorg van en naar het ziekenhuis.

Een belangrijk uitgangspunt is de eigen kracht van mensen. Dat betekent dat wordt uitgegaan van de mogelijkheden en de sterke punten van de kwetsbare oudere en zijn omgeving. Het is belangrijk om altijd aan de oudere zelf te vragen wat deze nog kan en wil en na te gaan of iemand daadwerkelijk last ervaart. Het gaat hierbij vooral om meer aandacht voor het functioneren van de oudere binnen zijn eigen omgeving.

Om bij ouderen problemen op meerdere gebieden te signaleren is een brede evaluatie noodzakelijk. Het is belangrijk om niet alleen te kijken naar het somatische domein (S), maar ook naar het functionele domein (F), het maatschappelijk (M), psychisch (P) en communicatief (C) domein (SFMPC-model). De inventarisatie op deze gebieden vindt bij voorkeur in de thuissituatie plaats in aanwezigheid van de mantelzorger (indien aanwezig) met behulp van een gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijst (TRAZAG-instrument). De resultaten en het plan van aanpak komen in een zorgbehandelplan.

Om een brede aanpak te realiseren, en de oudere en de mantelzorger te versterken, is samenwerking op verschillende gebieden noodzakelijk. Bijvoorbeeld met de apotheker, fysio- en ergotherapie, wijk- en thuiszorg, maatschappelijk werk, welzijn expertise ouderenadviseur en casemanager (dementie). Hierbij moet zorg gedragen worden voor de privacy van de oudere.

In complexe situaties kunnen de specialist ouderengeneeskunde en/of geriater als experts worden betrokken. Ook kan de specialist ouderengeneeskunde een ondersteunende rol spelen in het opzetten en vormgeven van het multidisciplinair overleg (MDO).

Voor de toekomst is een goede vorm van communicatie belangrijk. Omdat veel verschillende (zorg)professionals bij de oudere betrokken kunnen zijn is een digitaal dossier wenselijk. In de regio wordt op dit moment een proef gedraaid binnen het KIS (keteninformatiesysteem) van Vital Health (Synchroon). Aan de hand van de opgedane ervaringen zal verdere uitwerking en verspreiding volgen. Voorlopig is het advies om het zorgbehandelplan ter inzage bij de oudere thuis te leggen.

Deze handreiking beschrijft de stappen nodig zijn om te komen tot goede zorg voor kwetsbare ouderen. Daarin opgenomen zijn de regionale afspraken die als basis dienen voor de uitwerking op lokaal niveau waarmee samenhangende, pro-actieve en integrale zorg kan worden opgezet. Een proces schema is als bijlage beschikbaar en maakt onderdeel uit van deze handreiking.

2. Op weg naar goede zorg voor kwetsbare ouderen

De stappen 1 t/m 8 zijn nodig om te komen tot goede zorg voor kwetsbare ouderen in Oss, Uden, Veghel.

STAP 1

Signaleren van Kwetsbare Ouderen met complexe problematiek en onvoldoende zorg/ondersteuningsaanbod:

Dit kan plaatsvinden door casefinding of door systematische opsporing.

Via casefinding:

Hierbij zijn de huisarts, praktijkondersteuner en ketenpartners alert op signalen die kunnen wijzen op kwetsbaarheid door:

- Waarneming uit de dagelijkse praktijk;
- Gegevens uit het Huisartsen Informatie Systeem;
- Meldingen uit sociale omgeving oudere (kinderen, burens, overige betrokkenen);
- Meldingen 1^e lijn(zorg)aanbieders (bijvoorbeeld: wijkverpleegkundige, ouderenadviseur/vrijwilliger, apotheker, dementie-consulent, casemanager, fysiotherapeut e.a.);
- Meldingen van 2^e lijnszorgaanbieders (bijvoorbeeld: ontslagcoördinator ziekenhuis, SPV-er, specialist ouderengeneeskunde, geriater, ouderen psycholoog, CVA-keten)

Optioneel: via systematische opsporing

- Systematische signalering vanuit het Huisarts Informatie Systeem (HIS) naar aanleiding van voorkomen van cluster van risicofactoren

De Werkgroep gaat uit van casefinding. Dat is een bewuste keuze. De huisarts kent het merendeel van de (potentieel) kwetsbare ouderen omdat deze bij de praktijkondersteuners bekend zijn via de al bestaande zorgprogramma's. Bovendien is er nog onvoldoende evidence voor de te gebruiken clusters van indicatoren om tot systematische opsporing vanuit het HIS over te gaan.

STAP 2

Afwegen signalen tot nadere probleemanalyse

Het kernteam bestaat uit de huisarts, praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige en (afhankelijk van de beschikbaarheid) de welzijnsmedewerker/ouderenadviseur (waarbij elkaar leren kennen en gebruik maken van elkaars deskundigheid van belang is). Het kernteam weegt de signalen en bepaalt of er kans op kwetsbaarheid bestaat en dus verdere probleemanalyse noodzakelijk is. In de weging worden alle gegevens tot dusver bekend meegenomen. Belangrijk is dat niet alleen naar problemen wordt gekeken, maar ook naar prioriteiten en doelen m.b.t. kwaliteit van leven van de oudere.

Per situatie wordt in onderling overleg bekeken of stap 3 gezet moet worden en wie dat gaat doen. In principe is dat degene die het meest nauw bij de zorg/problematiek betrokken is.

STAP 3

Gesprek met oudere en evt. mantelzorger

Iemand uit het kernteam (benoemd in stap 2) treedt in gesprek met de oudere en indien aanwezig de mantelzorger (bij voorkeur tijdens een huisbezoek) over:

- De aanleiding, het doel en de werkwijze
- De leefsituatie, het gevoel van welbevinden en ervaren gezondheid
- Het doel en de behoefte van de oudere/mantelzorger zelf

Verder wordt in kaart gebracht:

- De al betrokken ondersteuners/zorgverleners.
- Het systeem waar de oudere deel van uitmaakt
- De globale gezondheidssituatie en draagkracht mantelzorger

Te hanteren instrumenten:

- Het Startdocument van de TRAZAG (en eventueel de Caregiver Strain Index of mantelzorglijst uit de TRAZAG).
- Eventueel de Doelencarta (hulpmiddel voor oudere om doelen te bepalen)

Het **TRAZAG-instrument** is in de regio Oss, Uden, Veghel gekozen als instrument om de gezondheid van ouderen in kaart te brengen en hun zorgbehoefte te analyseren. Het Startdocument van TRAZAG geeft aan welke probleemgebieden voor de oudere actueel zijn. Het formulier kan samen met de oudere worden ingevuld.

Wanneer de oudere aangeeft geen gesprek te wensen en hij zijn situatie goed overziet, dan dient geen nadere interventie plaats te vinden. Wanneer er blijvend twijfels en niet-pluissignalen zijn, dient te worden gewerkt aan het versterken van de vertrouwensrelatie met de oudere. Betrek eventueel de ouderenadviseur of wijkverpleegkundige.

STAP 4

Bespreken resultaten van gesprek met oudere en evt. mantelzorger

De resultaten van het gesprek worden in het kernteam besproken. Op basis hiervan worden vervolgspraken gemaakt met betrokkenheid van de oudere en zijn eventuele mantelzorger.

De volgende stap kan zijn:

- Geen aanpassingen. Actie: bespreek met de oudere door wie en hoe de vinger aan de pols gehouden wordt om bij toekomstige problemen tijdig betrokken te worden (bijvoorbeeld: POH doet follow up en legt datum vast om weer even contact te hebben)
- (Geringe) aanpassing van beleid door Huisartsenpraktijk/Thuiszorg en/of Welzijn: actie: afspreken doel, behandeling/zorg, inclusief evaluatiedatum
- Bespreking in multidisciplinair overleg, MDO (richtlijn: bij > dan 3 keer "ja" in TRAZAG Startdocument)

Actie: bespreken in MDO = stap 5

STAP 5

Bespreking in MDO

Degene die het gesprek met de oudere heeft gevoerd, meldt de oudere aan voor het MDO en geeft aan welke andere (zorg)professionals al betrokken zijn en welke (zorg)professionals betrokken moeten worden. Het MDO bestaat uit het kernteam en wordt indien nodig aangevuld met andere (zorg) professionals. De oudere en zijn omgeving worden vooraf altijd goed geïnformeerd en actief betrokken. Het heeft sterke voorkeur om het MDO samen met de oudere (en zijn directe omgeving) te doen.

Tijdens het MDO worden de resultaten uit stap 3 besproken (TRAZAG/Doelenkaart).

Indien al mogelijk:

- Bespreken voorstel doelen en zorgbehandelplan. Dit kan tijdens het MDO aangepast worden.
- Keuze coördinator (neemt de regie). De coördinator is één persoon, de professional die de situatie overziet, frequent contact heeft met oudere, korte lijnen heeft met overige zorgaanbieders en het zorgsysteem van de oudere kan aansturen. Dit kan de bijvoorbeeld de praktijkondersteuner, casemanager dementie of wijkverpleegkundige zijn.
- Maken nieuwe afspraak voor bespreking in MDO (afh. van oudere, minimaal 1 keer per jaar)

Tevens wordt bepaald of nader onderzoek noodzakelijk is. Mogelijkheden voor nader onderzoek en/of verwijzing en ondersteuning zijn:

- Vervolgassessment nav. startdocument TRAZAG (startdocument geeft per probleemgebied verdiepingsinstrument)
- Nader onderzoek door huisartsenpraktijk
- Consultatie specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater (zie bijlage afspraken consultatie Netwerk Geriatrie) of casemanager, ouderenadviseur, fysiotherapie, ergotherapie, maatschappelijk werk.
- Medicatiereview (richtlijn: bij 4 of meer chronisch voorgeschreven geneesmiddelen)

STAP 6

Uitvoeren van gemaakte afspraken uit het MDO door de coördinator

De coördinator bezoekt de oudere en zorgt voor:

- Terugkoppeling van de gemaakte afspraken uit het MDO naar de oudere en mantelzorger

Eventueel:

- Verrichten van vervolgassessment TRAZAG
- (Doen) verrichten van medicatiereview (zie Tool STRIP: Systematic Tool Reduce Inappropriate Prescribing)
- Consultatie door een specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater of andere (zorg)professional

STAP 7

Opstellen zorgbehandelplan

De coördinator stelt na overleg met de huisarts een zorgbehandelplan op (doelen, zorg- en anticipatie op toekomstige problemen). In de regio Oss, Uden, Veghel wordt gebruik gemaakt van het zorgbehandelplan dat ontwikkeld is door LAEGO (Landelijke Adviesgroep EerstelijnsGeneeskunde voor Ouderen).

Het **zorgbehandelplan** is een systematische manier om de gevonden problemen weer te geven en daarbij acties met evaluatiedatum in te plannen. Ook wordt duidelijk genoteerd wie de actie gaat uitvoeren. Het zorgbehandelplan komt in overleg met de oudere tot stand en heeft instemming van de oudere nodig. De wens van de oudere vormt het uitgangspunt. Op het zorgbehandelplan wordt de 1^e contactpersoon van de oudere genoteerd. Indien van toepassing wordt aangegeven of de oudere opgenomen wil worden en of hij wel/niet gereanimeerd wil worden.

STAP 8

Bespreken zorgbehandelplan in het MDO en maken vervolgsafspraken over o.a. monitoren verloop

In een regulier MDO wordt het zorgbehandelplan gepresenteerd door de coördinator, besproken en vast gesteld. De coördinator zorgt dat het zorgbehandelplan bij de oudere ligt en volgt actief de uitvoering van het plan. De coördinator maakt afspraken over de evaluatie van het zorgbehandelplan en bespreking in een MDO.

Richtlijnen multidisciplinair overleg (MDO) Kwetsbare Ouderen:

- Frequentie: streven is 2-4 keer per jaar en op verzoek tussendoor als het nodig is, gepland vanuit Huisartsenpraktijk.
- Kernleden: huisarts, POH, Wijkverpleegkundige, Ouderenadviseur Welzijn
- Per casus uitnodigen: overige relevante betrokken disciplines
- Strakke planning: 15 minuten per oudere. De coördinator bespreekt vooraf met de oudere en de familie en koppelt na afloop terug.
- Het MDO wordt ingepland door de Huisartsenpraktijk (veelal POH)
- Iedereen neemt benodigde informatie mee (het actuele zorgbehandelplan, het zorgdossier, de uitdraai HIS en de medicatielijst)
- Ondersteuning door Keten Informatie Systeem (KIS) (Vanaf 2015 afhankelijk van resultaten pilot Synchron)