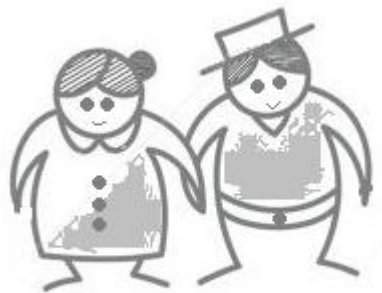


Protocol

Ouderenzorg



HAP van Mil & van Osch
In samenwerking met
HAP van Jaarsveld & Tersmette

Opgesteld door Marielle van Gastel & Janet Rams
1 juli 2013
Herziening januari 2016

Ouderenzorg HAP van Mil & van Osch
In samenwerking met
HAP van Jaarsveld & Tersmette

Inhoudsopgave:

Inleiding	pagina 3
Doelstelling en doelgroep	pagina 4
Stappenplan	pagina 5
Multidisciplinaire samenwerking	pagina 7
Polyfarmacie	pagina 8
evaluatie protocol	pagina 8
<i>Bijlage 1: Zorg/behandelplan</i>	pagina 9
<i>Bijlage 2: risicoprofiel TRAZAG</i>	pagina 11
<i>Bijlage 3: risicoprofiel MMSE & kloktekentest</i>	pagina 12
<i>Bijlage 4: stroomdiagram includeren patienten</i>	pagina 13

Inleiding

Het aantal kwetsbare ouderen neemt de komende jaren toe. In 1999 was 14% van de bevolking ouder dan 65 jaar. Voor 2025 wordt een toename van 50% verwacht. (Trazag) Om de complexe zorg voor kwetsbare ouderen goed inhoud te kunnen geven is goed gestructureerde zorg nodig, die voor de hele keten van eerstelijnszorg, tweedelijnszorg en verpleeghuiszorg is omschreven.

De definitie van kwetsbaarheid in dit verband: gelijktijdige afname op meerdere gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen van omgevingsinvloeden (LHV complexe ouderenzorg 2009).

Ouderen die aan drie of meer van de onderstaande criteria voldoen kunnen als kwetsbaar worden beschouwd:

- laag lichaamsgewicht (of zeer hoog)
- verminderde longfunctie (als maat voor zwakte)
- lichamelijke inactiviteit
- verminderd cognitief functioneren (dementie of Mild Cognitive Impairment)
- slechthoortheid
- slechthoortendheid
- incontinentie
- depressieve symptomen
- weinig ervaren regie over eigen leven
- eenzaamheid / sociaal zwakke positie
- polyfarmacie

Om kwalitatief goede zorg te kunnen bieden is het van belang de kwetsbare ouderen tijdig in beeld te hebben zodat crisis situaties vermeden of verminderd kunnen worden.

Doelstelling

Het onderkennen van de kwetsbare ouderen in de thuissituatie. Dit vindt plaats op verschillende manieren:

- via de huisarts (spreekuur of visite)
- selecties maken van diverse groepen
 - alleenstaande 90+
 - echtparen 90+
 - alleenstaande 85+
 - echtparen 85+
 - alleenstaande 80+
 - echtparen 80+
 - alleenstaande 75+
 - echtparen 75+

Bij deze de getallen van het aantal patiënten van beide praktijken

	2013			2016	
	Tolhuisweg	Laan ten Bogaerde		Tolhuisweg	Laan ten Bogaerde
90+	24	31	90+	24	31
85-90	49	44	85-90	49	44
80-84	102	94	80-84	102	94
75-79	219	130	75-79	219	130

Met de volgende doelen:

1. Met de juiste interventies zo lang mogelijk een veilige thuissituatie kunnen waarborgen.
2. Crisissituaties voorkomen
3. Mantelzorg adequaat ondersteunen

Hiervoor wordt het totale functioneren van de oudere in kaart gebracht.

Doelgroep

Kwetsbare ouderen in de thuissituatie, die met aanpassing van ondersteuning langer thuis kunnen blijven wonen.

Inclusiecriteria zijn de criteria voor kwetsbaarheid: scoort een oudere 3 keer of meer positief dan behoort deze tot de doelgroep. Zie TRAZAG scoretabel op volgende pagina

Tevens kunnen de huisartsen patiënten die volgens hen onder de kwetsbare ouderen vallen laten includeren.

Stappenplan

1. Voorbereiding

De gestructureerde zorg kan van start gaan wanneer aan een aantal randvoorwaarden is voldaan:

- Opleiding en instructie van POH-S met het Trazag instrument
- Uitbreiding/ opstellen van de sociale kaart met een tabblad ouderenzorg
- Inventarisatie van de wijkgebonden activiteiten
- Protocol Ouderenzorg is opgesteld
- Goede contacten met oa SOG/dietiste/geriatisch fysiotherapeut/ maatschappelijk werkster/zorgcoördinatoren van BrabantZorg en Pantein/dementie consulent

2. Uitvoering

2.1 Screening aangepast sinds januari 2015

Gezien de aantallen patiënten die in zorg zijn gekomen en de studies die aantonen dat screening op leeftijd niet veel meerwaarde geeft is besloten om de patiënten die reeds in zorg zijn te blijven volgen en nieuwe patiënten middels casefinding te verkrijgen. De huisarts/thuiszorg/familie etc kunnen altijd een verzoek neerleggen bij de huisarts om de POH langs te sturen met het screeningsinstrument TRAZAG om te kijken of de patiënt in aanmerking komt. Vooralsnog lijkt het goed te werken!

Vervallen:

We starten met 90+ alleenstaanden, daarna komen de 90+ echtparen, daarna 85+alleenstaanden (etc....) De patiënt (en) worden benaderd door de POH met een uitnodiging (zie bijlage 1) met folder. Er wordt actief een afspraak toegestuurd. Indien de patiënt de afspraak afbelt dan wordt er door de POH telefonisch nog extra informatie gegeven en het belang van de visite uitgelegd. Indien er toch geen interesse is, dan wordt dat genoteerd in het HIS.

Het beoordelen van eventuele kwetsbaarheid vindt plaats door de praktijkondersteuner Somatiek met het Trazag instrument. Het Trazag instrument werkt stapsgewijs:

- Eerst worden met het startformulier de actuele probleemgebieden uitgevraagd.
- Scoort de oudere positief op één van de vragen dan kan het geïdentificeerde probleemgebied nader in

kaart worden gebracht door het uitvragen van dat gebied met een specifiek vervolg formulier. Dit zal tegelijk plaatsvinden indien de tijd dit toelaat.

Het onderzoek vindt plaats in de thuissituatie omdat de oudere dan beter geobserveerd kan worden op het gebied van cognitie en handelen. Er worden geen medisch technische handelingen uitgevoerd. Mocht de TRAZAG goed zijn dan wordt er enkel een *glucose en nierfunctie* bepaald. Er wordt expliciet aandacht gegeven aan de mogelijkheden en onmogelijkheden van de mantelzorg. Het afnemen van het onderzoek wordt gedeclareerd als Visite > 20 min. (V2/VO2) Indien de MMSE afgenomen wordt, mag deze los gedeclareerd worden (MMSE)

Scoretabel Trazag: 0-1 vraag met "ja" beantwoord*: valt niet binnen de doelgroep.
drie-jaarlijkse follow-up
2 vragen met "ja": beantwoord is jaarlijkse follow-up
3 of meer vragen met "ja" beantwoord: opname in het
ouderenzorgtraject.

**: indien alleen score "ja" bij vraag 9 (cognitieproblemen), dan toch opnemen in het traject.*

2.1.1 Verwijzing

In veel gevallen zal de POH-S de begeleiding van de kwetsbare ouderen in de thuissituatie kunnen invullen (case-manager), eventueel in samenspraak met wijkverzorging en welzijnswerkers. Soms is aanvullende diagnostiek nodig, met name in geval van een vermoeden van MCI of dementie.

2.2 Opstellen zorgplan

Na de screening en eventuele aanvullende diagnostiek, wordt op basis van de zorgbehoefte van de oudere en de ondersteuningsbehoefte van de mantelzorg een zorgplan opgesteld waarbij de kwaliteit van leven voorop staat. Het opstellen van het zorgplan gebeurt door huisarts en POH samen met de Specialist Ouderen Geneeskunde of geriater.

In het zorgplan worden de volgende aandachtsgebieden besproken volgens het SFMPC-model; **S**omatisch, **F**unctioneel, **M**aatschappelijk, **P**sychisch en **C**ommunicatief.
(NHG-praktijkwijzer Ouderenzorg, zie bijlage 1)

2.3 Verslaglegging

De gegevens uit het huisbezoek worden vastgelegd in een risicoprofiel "TRAZAG" binnen het huisarts informatie systeem (HIS). In dit profiel worden de gegevens zo mogelijk in meetwaardes uitgedrukt zodat de metingen door de tijd vervolgd kunnen worden.

Sinds juni 2014 is er een module beschikbaar (pilot) in het Keten Informatie Systeem (KIS) om het zorgplan in te zetten zodat ook andere professionals meteen zicht hebben op de problematiek en tevens welke acties er door wie uitgevoerd kunnen worden. Op dit moment (jan 2016) komt er een grote update die mogelijk de functionaliteit van deze module vergroot. Op dit moment wordt er niet veel gewerkt in het KIS

Het risicoprofiel bestaat uit de TRAZAG domeinen, waar mogelijk wordt de WCIA tabel gebruikt.
(bijlage 2)

Zodra de MMSE en kloktekentest afgenomen zijn worden deze in een apart risicoprofiel verwerkt.
(bijlage 3)
(WCIA-metingen)

Als de patiënt opgenomen wordt in het traject dan wordt het zorgplan op papier uitgewerkt en bijgehouden. Deze gegevens zijn te vinden op de POH-kamer in de map "zorgplannen".

2.4 Follow up

Indien de patienten in de doelgroep vallen dan worden ze als kwetsbaar beschouwd. Ze worden dan opgenomen in het traject en worden minimaal 2x per jaar besproken in het MDO. Deze patienten worden gemarkeerd met de ruit PO.

Complexe ouderenzorg is zorg op maat, de frequentie van de vervolgbezoeken hangt af van het opgestelde zorgplan. Zo nodig kan de SOG of de geriater, gespecialiseerd dementiemanager mee op huisbezoek.

Indien de MMSE (score 23 of minder) of kloktekentest (score <7) is, dan wordt deze na zes maanden herhaald.

Multidisciplinaire samenwerking

Om de complexe zorg voor ouderen goed vorm te kunnen geven wordt een multidisciplinair team samengesteld.

Dit team bestaat uit de volgende disciplines:

- Huisarts
- Praktijkondersteuner somatiek (en op afroep praktijkondersteuner ggz)
- thuiszorg
- familie/mantelzorg
- Specialist ouderengeneeskunde (SOG)
- Geriater (op afroep)
- Geriatrisch Fysiotherapeut (op afroep)
- Dementieconsulent (op afroep)
- Zorgcoördinatoren BrabantZorg / Pantein
- Diëtiste (op afroep)
- Apotheker

Taakverdeling verschillende disciplines

Huisarts	diagnostiek, medicatiebeleid, eindverantwoordelijke zorgplan,
POH somatiek	screening, opstellen zorgplan, verslaglegging ,follow up en bijstellen protocol, voorbereiding MDO's. automatisering, communicatie met collega's, casemanagement.
mantelzorg/familie	ondersteunende informatie
POH GGZ	psychische problematiek
Thuiszorg/ZoCo	ondersteuning ADL en HDL, ondersteuning medicatiegebruik, signaalfunctie
SOG	ziekte en zorgdiagnostiek (ook bij gedragsproblemen). Inbreng multidisciplinaire team in kader systeemzorg
Dementieconsulent	casemanagement vanaf CDR 2 en hoger
Geriater	geriatrische diagnostiek en behandeling bij complexe problematiek
Diëtiste	screening en interventies bij ondervoeding en overgewicht
Psychiater	psychiatrische diagnostiek bij meer complexe psychische co-morbiditeit
Apotheker	geriatrische polyfarmaciecheck
Fysiotherapeut	valpreventie en mobiliteitsproblemen

Multidisciplinair overleg (MDO)

Elke 2 maanden vindt er een MDO plaats met bovenstaande disciplines, daarbij zal gekeken worden naar de noodzaak van de aanwezigheid per discipline per overleg. Eventueel met een consult van een geriater.

Elke kwetsbare oudere wordt minimaal 1x per jaar besproken. Dat mag ook digitaal zijn.

In acute fases worden sneller MDO's ingepland door de praktijkondersteuner dan voorheen

Polyfarmacie is dat niet 1x per jaar zonder ons?!

Elke 6 maanden vindt overleg plaats tussen de apotheker, POH S en huisarts over de medicatie van geïnccludeerde patiënten.

Aandachtspunten zijn

- **de compliance van de patiënt (evt weekdoos, baxterverpakking regelen, inschakelen van mantelzorg of wijkzorg voor begeleiding)**
- **de noodzaak van voortzetting van medicatie**
- **de noodzaak van starten van medicatie**
- **de medicatie in relatie tot de nierfunctie (indien nodig)**
- **eventuele bijwerkingen van de medicatie**

Evaluatie protocol

Het protocol wordt beschouwd als groeimodel en wordt daarom in de startfase om de 3 maanden geëvalueerd door de POH en de huisarts en zonodig bijgesteld.

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 ouderen¹). 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.

PROBLEEMINVENTARISATIE:

SFMPG-model: Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch en Communicatief)

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		



Landelijke Adviesgroep EerstelijnsGeneeskunde voor Ouderen

Vervolg bijlage 1

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 HUISARTSEENZORG (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.

Bijlage 2 risicoprofiel TRAZAG binnen het HIS.

Weergave: Onderzoeken:

Datum: Follow up: Follow up datum:

Zoeken:

<input type="checkbox"/>		Datum	Omschrijving	Laatste meet...	Meetwa...	Eenheid	OG	BG	Lab
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	Hulp nodig bij huish. <3 mnd	<leeg>	<leeg>				
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	Meer hulp ADL nodig < 3 mnd	<leeg>	<leeg>				
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	Onbedoeld afgevallen < 3 mnd	<leeg>	<leeg>				
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	Problemen met eten en drinken	<leeg>	<leeg>				
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	2x of vaker gevallen in 6 mnd	<leeg>	<leeg>				
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	Problemen met lopen	<leeg>	<leeg>				
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	Vaker ziek geweest laatste jr	<leeg>	<leeg>				
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	Urineverlies afgelopen 3 mnd	<leeg>	<leeg>				
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	Meer dan 4 soorten medicijnen?	<leeg>	<leeg>				
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	Problemen met zien?	<leeg>	<leeg>				
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	Problemen met gehoor?	<leeg>	<leeg>				
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	Problemen met geheugen?	<leeg>	<leeg>				
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	Laatste 3 mnd somberder gestem	<leeg>	<leeg>				
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	kwetsbaarheid (ouderenzorg)	nee	<leeg>	[lijst]	0	1	
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	aanwijzingen kwetsbaarheid (ouderenzorg)	ja	<leeg>	[lijst]	0	1	
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	aanvullende geg.anamnese/onderz(ouderen)	scoort pos op incontinentie	<leeg>	tekst			
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	termijn vervolgsconsult (ouderenzorg)	2 jaar	<leeg>	[lijst]			

Bijlage 3 risicoprofiel MMSE / kloktekentest

Weergave MMSE & kloktekentest

Datum

<input type="checkbox"/>		Datum	Omschrijving	Laatste meet...	Meetwa...	Eenheid	OG	BG	Lab
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	weet wanneer we nu leven (MMSE1)	<leeg>	<leeg>	00			
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	weet waar we nu zijn (MMSE2)	<leeg>	<leeg>	00			
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	weet voorwerpen te herhalen (MMSE3)	<leeg>	<leeg>	00			
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	uitvoering rekensom/spellingsopdracht (MMSE4)	<leeg>	<leeg>	00			
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	weet voorwerpen te herinneren (MMSE5)	<leeg>	<leeg>	00			
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	weet voorwerpen te benoemen (MMSE6)	<leeg>	<leeg>	00			
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	weet zin te herhalen (MMSE7)	<leeg>	<leeg>	00			
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	uitvoering opdracht van papier (MMSE8)	<leeg>	<leeg>	00			
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	uitvoering mondelinge opdracht (MMSE9)	<leeg>	<leeg>	00			
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	kan volledige zin opschrijven (MMSE10)	<leeg>	<leeg>	00			
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	kan figuur natekenen (MMSE11)	<leeg>	<leeg>	00			
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	totaalscore MMSE	<leeg>	<leeg>	00			
<input type="checkbox"/>		01-07-2013	score Clock Drawing	<leeg>	<leeg>	00			

Bijlage 4 Stroomdiagram includeren patienten eruit???

