

PROJECT OUDERENZORG IN DE HUISARTSPRAKTIJK

De huisarts moet de regie krijgen in de ouderenzorg in de 1^e lijn. Hij moet een proactieve houding hebben naar oudere patiënten: inschatten risico's, preventief handelen en steunen. Gehandeld wordt naar een model waarin het in kaart brengen van de problematiek (somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch, communicatief) voorop staat en waarin tevens een behandelingsplan wordt opgesteld: functioneren analyseren, risico's inschatten, afstemmen met patiënt, doelen formuleren, interveniëren en evalueren.

BETROKKEN UITVOERDERS

Een praktijkverpleegkundige uit de eigen praktijk of een praktijkondersteuner ouderenzorg (pvk) legt visites af om kwetsbare ouderen in de thuissituatie te beoordelen, o.a. met een vragenlijst. Ook voert de pvk een aantal tijdrovende medische en coördinerende taken uit. De huisarts coacht en overlegt met de pvk en doet de taken waar de pvk niet toe bevoegd is, of overlegt met de POH- GGZ.

SAMENWERKEN IN DE KETEN

De praktijk vraagt informatie bij de ketenpartners over ontwikkelingen in de zorgbehoeften en over het zorgaanbod van die ketenpartners. Afspraken over afstemming werden o.a. gemaakt met de geriater Carola Guiken en specialist ouderengeneeskunde Tjeerd de Boer.

DOELGROEP

alle patiënten > 75jr, die een ½ jaar of langer niet bij de h.a. zijn geweest; wanneer deze groep klaar is gaan we de leeftijd verlagen naar 65 jaar.

WERKWIJZE

- het gaat om ouderen die onvoldoende in beeld zijn bij de huisarts op lichamelijk, psychisch en/of sociaal gebied. Vaak zijn dit de ouderen die weinig bij de huisarts komen. Deze selectie wordt door de huisarts zelf gemaakt, na raadpleging van zijn HIS
- deze ouderen krijgen een brief voor een huisbezoek door de pvk. Ouderen die niet reageren worden door de pvk nogmaals benaderd
- huisbezoek door de pvk: neemt vragenlijst af; de pvk stelt via de vragenlijst thema's aan de orde als gezondheidssituatie van de oudere, medicijngebruik, eetgewoonten, mobiliteit en valrisico's, vergeetachtigheid en sociale contacten. Het bezoek duurt ± 45 minuten. Huisbezoek is ook nodig om vertrouwen te krijgen en een persoonlijke band op te bouwen met de oudere. Aan de hand van de gegevens wordt een risicoprofiel uitgewerkt en ontstaat een beeld van de kwetsbaarheid van die oudere. Bij gebleken kwetsbaarheid worden nadere diagnostische testen afgenomen (zie onder), gewoonlijk bij een 2^e huisbezoek. Voor een ieder die als kwetsbare oudere wordt aangemerkt zal een individueel passend aanbod voor leefstijladvisering, behandeling, vervolgonderzoek of extra hulp, voorzieningen en/of mantelzorgondersteuning worden opgesteld. Bij complexe problematiek en multimorbiditeit consulteert de h.a. 2^e of 3^e lijns- specialisten, via de hiertoe georganiseerde overlegstructuren. Uitgangspunt is dat de oudere primair de verantwoordelijkheid draagt, zijn capaciteit zoveel mogelijk aanwendt en dat zelfstandigheid en zelfmanagement worden gestimuleerd
- vragenlijst op basis van de Groninger Frailty Indicator
- info die deze vragenlijst oplevert wordt met h.a. besproken

- h.a. bepaalt bij welke patiënten de pvk taken op zich kan nemen en in welke vorm vastleggen van de info en de vervolgafspraken vastleggen in de medisch dossier
- pvk maakt compleet dossier, maakt sociale status op, inventariseert de betrokken zorgverleners en de met hen gemaakte afspraken, kijkt naar de voedingstoestand, activiteiten, doet een functionele probleeminventarisatie en maakt afspraken over het levenseinde, zie onder

Checklist compleet dossier:

Personalialia

Probleemlijst (medisch)

Medicatie (volledig overzicht, inclusief langdurig gebruik van zelfmedicatie) / hulp bij uitzetten medicatie

Kwetsbaarheid (problemen en/of risico's op drie of meer gebieden) *

Sociale status

- woonsituatie
- sociaal- economische status
- contactpersoon
- mantelzorg
- sociaal netwerk en maatschappelijk functioneren
- levensbeschouwing en land van herkomst

Betrokken zorgverleners en de met hen gemaakte afspraken

- zorgbehandelplan (wel /niet aanwezig en laatste herziening, wie is casemanager/zorgcoördinator, datum eerstkomende evaluatie)
- thuiszorg: verpleging en verzorging (indicatie en organisatie die de hulp levert)
- huishoudelijke hulp (welke organisatie levert die hulp)
- alarmering
- paramedici (fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, diëtist)
- andere hulpverleners (GGZ, maatschappelijk werk, geestelijk verzorger en anderen)
- medisch specialisten bij wie de patiënt onder behandeling/controle is

Voedingstoestand

- gewicht (kg/lengte)
- maaltijdvoorziening/calciuminname/drinken
- intoxicatie (alcohol, roken, drugs)
- gebit
- slikklachten
- (kans) osteoporose

Activiteiten (dagbesteding/dagopvang)

Functionele probleeminventarisatie

- HDL en ADL-functioneren
- mobiliteit en kracht/valrisico's
- communicatieve status (spraak, gehoor, visus)
- psychische functies (cognitieve functie, depressie, angst)

Afspraken over levenseinde

- + reanimatie en wat bij pneumonie etc.
- + eerder delier gehad bij infecties

* Wanneer kwetsbaar?

Kwetsbaarheid is bepaald aan de hand van een aantal criteria:

- laag gewicht of gewichtsverlies;
- verminderde longfunctie;
- lichamelijke inactiviteit;
- cognitieve beperkingen, achteruitgang;
- slechtziendheid;
- slechthorendheid;
- incontinentie
- depressieve symptomen (waaronder zelfrapportage van traagheid en gebrek aan energie);
- weinig ervaren regie over eigen leven of achteruitgang in ervaren regie.

Ouderen die aan drie of meer van deze criteria voldoen gelden in dit onderzoek als kwetsbaar. Zij hebben een verhoogd risico op verdere toename van beperkingen, opname in een zorginstelling en sterfte. Dit is onafhankelijk van eventuele ziekten.

- de huisarts formeert een team ouderenzorg: bevat een kernteam: huisarts, POH en POH- GGZ. Bevat eventueel ook thuiszorg, fysiotherapeuten met specialisatie ouderenzorg, maatschappelijk werk, specialist ouderengeneeskunde, pastor /geestelijk verzorger. Heeft contacten met de medisch specialistische zorg (internist/ geriater), welzijnswerk, woonservicediensten, gemeentelijk WMO- loket.
- Pvk maakt sociale kaart.
- Pvk maakt folders/voorlichtingsmateriaal . Als aanvulling op de sociale kaart maakt de POH een bestand met informatiemateriaal voor patiënten en mantelzorgers. Dit omvat specifieke informatie over voorzieningen in de wijk en algemene informatie over ziekten, aandoeningen en hulpverleningsmogelijkheden voor problematiek bij ouderen.

Overzicht mogelijke interventies per probleemgebied; bij gebleken kwetsbaarheid worden nadere diagnostische testen afgenomen

Problematiek	Advies, verwijzing, begeleiding
Somatische problemen	- monitoring verloop, door huisarts verder aan te geven
Medicatie	- eigen protocol polyfarmacie
Voedingstoestand	- uitsluiten specifieke somatische / psychische oorzaak - diëtist - maaltijdvoorzieningen - monitoring gewicht - bij alcoholgebruik/ verslaving advies vragen aan of verwijzen naar POH-GGZ/maatschappelijk werk/verslavingszorg - zie formulier MNA
Functioneren HDL en ADL	- ergotherapie - thuiszorg (huishoudelijke hulp; verzorging; begeleiding) - gemaksdiensten - WMO-loket - ADL: Barthel- index - HDL; zie formulier HDL problematiek
Mobiliteit en kracht / valrisico's	- nadere risicoanalyse; zie GARS - valpreventie; zie formulier mobiliteit en valrisico, get-up en go-test
Communicatieve status (spraak, gehoor, visus)	- vervolgdagnostiek - oogarts/opticien - kno-arts/audicien - logopedist - zie formulier visus en gehoorproblematiek ouderen
Cognitie	- vervolgdagnostiek - zie formulier MMSE (standaard bij iedereen; bij afwijkingen hetero-anamnese)
Psychische problematiek	- vervolgdagnostiek - adviesvragen aan of verwijzen naar POH-GGZ / maatschappelijk werk / GGZ ouderen - zie geriatische depressieschaal; evt. MDRS - zie formulier eenzaamheidsschaal
Zingeving / vragen rond levenseinde	- verkennen vragen door de POH, toeleiding naar gesprek met de huisarts en/of een geestelijk verzorger
Dagbesteding en activiteiten	- verwijzen naar welzijnswerk / wijkorganisaties - verwijzen naar WMO-loket
Sociale vaardigheden	- eigen krachten benutten en versterken
Sociaal netwerk	- positieve krachten benutten en versterken
Belasting mantelzorg	- ondersteuning mantelzorg - bij ontspoorde zorg advies vragen aan of verwijzen naar POH-GGZ / maatschappelijk werk / GGZ ouderen - zie formulier EDIZ- score
Financiële situatie	- verwijzen voor advies en ondersteuning
Woonsituatie	- verwijzen voor woningaanpassingen en voorzieningen

-
Na de functionele probleeminventarisatie wordt een zorgbehandelplan opgesteld. Dit omvat:

- beschrijving en analyse van alle problemen
- hoofddoelstellingen voor behandeling en zorg: welke verbeteringen zouden bereikt moeten worden, welk functieverlies of schade voor de patiënt moet bewaakt en zoveel mogelijk voorkomen worden
- uitwerking van de hoofddoelstellingen (door huisarts en POH) in het **medisch behandelplan**: medicaties, controle, paramedische behandeling, verpleegkundige handeling op indicatie van de arts
- uitwerking van de hoofddoelstellingen (door de thuiszorg) in het **zorgplan**, waarin verzorging, begeleiding, activering, welzijn e.d.
- ijkmomenten voor evaluatie en wijze van evaluatie: wie zijn bij de evaluatie betrokken en hoe en door wie worden de gegevens voor de evaluatie verzameld
-

Bij kwetsbaarheid gaat de huisarts altijd na of een zorgbehandelplan moet worden opgesteld en of de professionele trajectbegeleiding gewenst is. De huisarts is vrij hiervoor een andere deskundige in te schakelen, b.v. in complexe gevallen de specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist. Trajectbegeleiding: actief monitoren en begeleiden van een patiënt op problemen die om een interventie vragen. Aan professionele trajectbegeleiding dient altijd een zorgbehandelplan ten grondslag te liggen. De professionele trajectbegeleider handelt binnen het kader van het zorgbehandelplan en participeert in het hometeam.

03.07.2010, Wim Brunninkhuis