

Module 4: Kwetsbare ouderen met complexe zorgsituatie

In module 4 zijn zéér kwetsbare ouderen opgenomen waarbij het zorgprogramma in een aantal specifieke interventies voorziet. Deze module is onderverdeeld in:

1. Inhoud van de zorg
2. Organisaties van de zorg

Bij het in kaart brengen van de mate van kwetsbaarheid en de complexiteit van de zorgsituatie kan men denken aan een combinatie van een aantal kenmerken die op een grotere mate van kwetsbaarheid en een complexe zorgsituatie duiden. De complexiteit en het ontbreken van compenserende factoren leiden tot een instabiele situatie. Het gaat om de volgende kenmerken:

- Multimorbiditeit: d.w.z. twee of meer chronische aandoeningen
- Milde tot ernstige cognitieve stoornissen
- Polyfarmacie (chronisch gebruik van minimaal vijf geneesmiddelen)
- Aanwezig zijn van een of meerdere geriatrische syndromen (vallen, ondergewicht, incontinentie, communicatiestoornis, decubitus, depressie)
- Meerdere hulpverleners betrokken
- Frequente hulpvragen met semi-spoed karakter
- Veel ongeplande zorg nodig
- Veelal niet (makkelijk) in staat om reguliere controles te volgen
- Inadequate eigen regiefunctie
- Alleenstaand
- Geen of weinig ondersteuning vanuit hulpverleners en/of instabiele mantelzorg

Het kan zijn dat een verdere probleemanalyse nodig is als aanvulling op de basisvragen in het Easycare instrument waarvoor meerdere huisbezoeken nodig zijn. Evenals in module 3 is het vervolgtraject afhankelijk van de resultaten van de (aanvullende) diagnostiek.

1.1.1 Inhoud van de zorg

Zorgverlening	Toelichting
Screening door Easycare	Minimaal één keer per jaar een gedeelte van het Easycare instrument af nemen om wijzigingen in de situatie in kaart te brengen. Op indicatie kan tussentijds de gehele trap 2 worden afgenomen of men kan gedeeltelijk screenen op de relevante domeinen
MDO	Minimaal 2x per jaar de patiënt op het MDO bespreken. Dit kan digitaal dan wel fysiek. Afhankelijk van de problematiek is frequenter multidisciplinair overleg nodig. Zie verdere toelichting hieronder
Medicatiebeoordeling	1 x per jaar voeren huisarts en apotheker de medicatiebeoordeling uit. Zie verdere toelichting hieronder
Consultatie	Doel is de afstemming van zorg optimaliseren en kennis t.a.v. bepaalde problematiek delen. De hulpverlener kan telefonisch of digitaal worden geconsulteerd. Indien de huisarts het wenselijk vindt kan de hulpverlener bij het MDO betrokken worden. Zie toelichting hieronder

Medicatiebeoordeling

Onder polyfarmacie wordt het chronisch gebruik van vijf of meer geneesmiddelen verstaan.

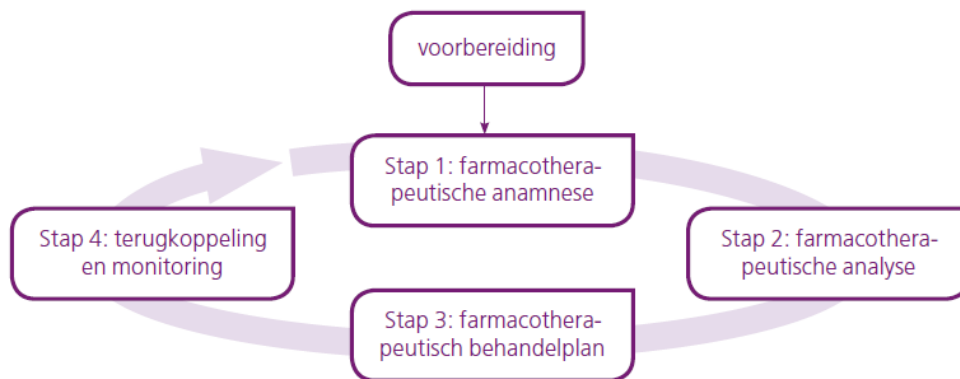
Ouderen hebben vaak meerdere aandoeningen, waarvoor meerdere geneesmiddelen chronisch worden gebruikt en waarbij noodzakelijke chronische medicatie vaker ontbreekt.

Polyfarmacie leidt naast het gewenste effect ook tot interacties en bijwerkingen. Daarnaast kunnen slechte therapietrouw en onderhandeling een probleem zijn. Verder volstaat bij de oudere vaak een lagere dosering door verandering in kinetiek en dynamiek. Het is van belang dat geneesmiddelen op de juiste wijze worden voorgeschreven en ingenomen.

Een gestructureerde medicatiebeoordeling optimaliseert het medicijngebruik in termen van veiligheid, effectiviteit en patiëntvriendelijkheid.

De medicatiebeoordeling wordt door huisarts en apotheker samen uitgevoerd in een aantal stappen (zie schema). Het stappenplan voor de medicatiebeoordeling is gebaseerd op de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) polyfarmacie bij ouderen. De huisarts is de hulpverlener die de regie voert bij patiënten met polyfarmacie en de apotheker de geneesmiddeldeskundige. Zij kunnen naar eigen oordeel taken delegeren

Schematische weergave proces medicatiebeoordeling



Stappen medicatiebeoordeling	
Voorbereiding	<ul style="list-style-type: none"> • actueel medicatie overzicht; • episodelijst met relevante ICPC codes ; • relevante metingen en lab waarden.
<u>Stap 1:</u> farmacotherapeutische anamnese	<ul style="list-style-type: none"> • actueel geneesmiddelengebruik (recept en zelfzorg) en therapietrouw; • gebruiksgemak: zoals inname, frequentie; • (ervaren) bijwerkingen / allergieën; • kennis , zorgen en verwachtingen van de patiënt.
<u>Stap 2:</u> farmacotherapeutische analyse door huisarts en apotheker	<ul style="list-style-type: none"> • bevindingen uit de farmacotherapeutische anamnese; • onderhandeling; • effectiviteit medicatie; • overbehandeling; • (potentiele) bijwerkingen; • klinisch relevante contra-indicaties en interacties; • onjuiste doseringen; • gebruiksgemak.
<u>Stap 3:</u> opstellen farmacotherapeutisch behandelplan door huisarts en apotheker	<ul style="list-style-type: none"> • behandeldoelen; • signaleerde problemen uit stap 1 & 2; • prioritering; • vaststellen farmacotherapeutisch behandelplan met daarbij verantwoordelijkheden van betrokken hulpverleners .

Stap 4:

terugkoppelen voorstel
farmacotherapeutisch
behandelplan

- terugkoppelen naar patiënt (en/of diens mantelzorger);
- actualiseren medicatie;
- vaststellen evaluatie momenten;
- effectueren.

Consultatiefunctie

Bij kwetsbare ouderen met complexe zorgsituatie kunnen veel hulpverleners en instanties betrokken zijn. Hierbij kan gedacht worden aan:

- GGZ (waaronder SPV, POH-GGZ Maatschappelijk werk)
- Kaderhuisarts ouderengeneeskunde
- Paramedici
- Sociale wijkteam
- Specialist ouderengeneeskunde (SOG)
- Specialisten tweede lijn (waaronder geriater)
- Specialistische verpleegkundigen
- Welzijn & zingeving
- WMO loket
- Zorgtrajectbegeleider dementie

Er is een consultatielijst beschikbaar met hulpverleners van verschillende organisaties in de OCE regio die betrokken zijn in de ouderenzorg. Deze hulpverleners hebben expliciet aangegeven zich beschikbaar te stellen voor consultatiefunctie.

1.1.2 Organisatie van de zorg

Omdat bij deze doelgroep vaak meerdere hulpverleners betrokken zijn, heeft de (multidisciplinaire) afstemming van zorg prioriteit. Het is bij deze patiëntengroep belangrijk om:

- Een zorgplan op te stellen;
- Een zorgcoördinator te benoemen;
- De patiënt in te plannen voor het multidisciplinair overleg (MDO).

Belangrijk is hierbij een prioritering aan te geven: welke problemen zijn het meest urgent voor de oudere zelf, de naaste(n) of mantelzorger en voor de hulpverlening.

Hieronder wordt verder ingegaan op deze drie onderwerpen.

Het multidisciplinair zorgplan

Wat is het multidisciplinair zorgplan?

Het multidisciplinair zorgplan brengt samenhang in de zorg en is een middel voor regievoering door de huisarts. Bij de doelgroep kwetsbare ouderen met complexe zorgsituatie zal meestal sprake zijn van een multidisciplinair zorgplan omdat meerdere hulpverleners betrokken zijn die elk hun eigen behandelplan hebben, waardoor onderlinge afstemming samen en met de patiënt noodzakelijk is.

Door het systematisch in kaart brengen van de problemen kan men hulpvragen definiëren en een beeld krijgen van de noodzakelijke interventies. Vervolgens kan behandeling, ondersteuning en begeleiding op maat worden geboden om de kwaliteit van leven zo lang mogelijk te behouden en waar mogelijk te verbeteren; uiteraard afgestemd op de wensen van de oudere.

Wat staat er in het multidisciplinair zorgplan?

In het digitale of fysieke MDO wordt het zorgplan gestructureerd en wordt de urgentie van de problemen bepaald. Het zorgprogramma hanteert het NHG multidisciplinair zorgplan (zie bijlage 5) dat wordt opgesteld volgens het SFMPC-model:

- Somatisch
- Functioneel

- **Maatschappelijk**
- **Psychisch**
- **Communicatief**

Per probleem wordt een haalbaar doel geformuleerd, met de benodigde interventie en een evaluatiedatum. Deze doelen dienen aan te sluiten op de wensen en mogelijkheden die de patiënt heeft. In het zorgplan wordt tevens genoteerd wie de zorgcoördinator is.

Wie is verantwoordelijk?

Belangrijk is dat betrokken hulpverleners zelf hun (deel)verantwoordelijkheid nemen. Ieder dient vanuit de eigen discipline in het zorgplan te noteren wat de problemen, haalbare doelen en acties zijn.

Digitaal of op papier

Het multidisciplinair zorgplan is digitaal of op papier beschikbaar. De digitale vorm biedt tevens door de digitale overlegtafel (zie VIPLive hoofdstuk 11 ICT) de volgende mogelijkheden:

- Betrokken hulpverleners kunnen over de grenzen van de eigen organisatie veilig communiceren en informatie delen;
- Vergroten van de betrokkenheid van de patiënt bij de eigen zorg en/of betere communicatie en betrokkenheid van de mantelzorg.

In het kader van de wet WGBO en Wbp dient voorafgaand aan het aanleggen van een (digitaal) multidisciplinair dossier toestemming te worden gevraagd aan de patiënt.

Zorgcoördinator

Wat doet de zorgcoördinator?

De zorgcoördinator is diegene die verantwoordelijk is voor het coördineren van de zorg voor de individuele kwetsbare oudere. Dit gebeurt in overleg met de oudere en/of mantelzorg.

Wie is de zorgcoördinator?

De rol van zorgcoördinator kan worden vervuld door de huisarts, POH of verantwoordelijke (wijk)verpleegkundige, dan wel door een case manager of zorgtraject begeleider dementie, wanneer deze reeds betrokken is.

Welke taken heeft de zorgcoördinator?

Taken van de zorgcoördinator zijn o.a.

- proces rondom zorgplan bewaken
- aanmaken en actueel houden zorgplan
- afstemmen welke zorg en begeleiding geleverd moet worden
- in samenspraak met huisarts patiënt (her)aanmelden voor MDO
- voorbereiden van het MDO
- verslaglegging van de conclusies vanuit het MDO in het multidisciplinair zorgplan
- coördineren van de overdracht van zorg bij ziekenhuisopname en –ontslag, en opname in een verpleeghuis of andere zorginstelling.

Multidisciplinair overleg

Wat wordt besproken in een MDO?

Tijdens het MDO wordt het (concept) multidisciplinair zorgplan besproken.

Hoe vaak een MDO?

- Een kwetsbare oudere met complexe zorgsituatie dient tweemaal per jaar in een multidisciplinair overleg (MDO) besproken te worden.

- Het aantal MDO's op jaarbasis zal variëren per praktijk op basis van het aantal ouderen met een zorgplan. Door (aanvullend) digitaal multidisciplinair overleg (zie ZWIP hoofdstuk 10 ICT) wordt continuïteit van zorg geborgd.

Wie is aanwezig bij het MDO?

- Uitgangspunt is dat tijdens een fysiek MDO ten minste een huisarts, praktijkondersteuner en/of een (wijk)verpleegkundige aanwezig is.
- Omdat een huisartsenpraktijk met meerdere thuiszorgorganisaties te maken heeft, heeft het ten behoeve van de efficiëntie de voorkeur om per (thuiszorg)organisatie het aantal mensen, die deelnemen aan het MDO, te beperken.
- De overige betrokken hulpverleners kunnen worden uitgenodigd om fysiek deel te nemen of kunnen vooraf worden geconsulteerd, eventueel via een digitaal MDO.

Om te voldoen aan de wet- en regelgeving houdt werken volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) in:

Hulpverleners die geen zorgrelatie hebben met een bepaalde patiënt hebben geen inzage recht (WGBO) en horen geen kennis te nemen van diens zorgdossier. Alternatief is het instellen van anonieme MDO's, waarbij structureel disciplines vertegenwoordigd zijn die geen zorgrelatie hoeven te hebben met de te bespreken patiënten.

Om te voldoen aan de wet-en regelgeving houdt werken volgens de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) in:

Er is toestemming van de patiënt nodig bij het digitaal verwerken van persoonsgegevens zoals de uitwisseling van patiëntgegevens. Dit betekent dat de huisarts bij de start van het verlenen van multidisciplinaire zorg vanuit het zorgprogramma, middels opt-in, toestemming vraagt aan de patiënt om patiëntgegevens via Calculus VIP raadpleegbaar te maken voor andere zorgverleners. Daarbij is het belangrijk dat de huisarts de patiënt schriftelijk informeert over de aard, de omvang en het doel van de gegevensuitwisseling bij verwijzing naar andere hulpverleners. De huisarts legt het verstrekken van deze informatie en de wel of niet gegeven toestemming van de patiënt vast.

Verslag en uitkomsten MDO

De zorgcoördinator maakt aantekeningen over de besproken patiënt en verwerkt deze in het zorgplan met acties en namen van de verantwoordelijken hiervoor. De uitkomsten van het MDO en het zorgplan worden met de oudere en/of mantelzorger(s) besproken. Doorgaans gebeurt dit tijdens een huisbezoek.