

Organisatie & samenwerking

1.1 Samenwerking met het verzorgingshuis

Hoewel het aantal ouderen stijgt, vindt steeds minder zorg binnen de muren van een verzorgingshuis plaats. Momenteel bevindt Nederland zich in een overgangssituatie, waarbij de zorg zich verplaatst naar buiten de muren van de instelling (extramuralisering) en er steeds meer verzorgingshuizen verdwijnen. De organisatie van de zorg ligt nu nog voornamelijk binnen de muren van de instelling, met de EVV'er als verantwoordelijke voor de coördinatie van zorg. De intramurale organisatie is verantwoordelijk voor het MDO. Gaandeweg zal de regie van het MDO zich echter steeds meer verplaatsen naar extramuraal, namelijk de huisartsenpraktijk. De uitdaging waar we in deze overgangssituatie mee te maken hebben is om de vertaalslag te maken van intramuraal naar extramuraal denken. Om de verandering van regie te bewerkstelligen is het van belang dat een extramurale hulpverlener die verbonden is aan de huisartspraktijk de zorgcoördinator wordt. Hierbij valt te denken aan een Praktijkondersteuner of een wijkverpleegkundige.

Samenwerking met specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde is bij deze populatie meestal betrokken en het is aan te bevelen gebruik te maken van de kennis die vanuit diens expertise aanwezig is. Het ligt daarnaast voor de hand in de overgangssituatie gebruik te maken van de bestaande samenwerkingsverbanden uit het intramurale MDO.

De kwetsbare oudere in het verzorgingshuis

Binnen het zorgprogramma worden de patiënten van het huidige verzorgingshuis beschouwd als alle andere ouderen buiten het verzorgingshuis. De patiënten doorlopen dezelfde procedure als andere patiënten, zoals beschreven in module 1 (screening en probleemanalyse). Als blijkt dat een patiënt kwetsbaar en complex is, zal een zorgplan worden gemaakt en wordt deze besproken in een MDO, zoals benoemd in module 4. Bij patiënten die in een verzorgingshuis of kleinschalige woonvorm voor ouderen komen te wonen is sprake van een hoge prevalentie van kwetsbaarheid met complexe situatie. Daarom dient binnen één maand gestart te worden met screenen, tenzij de mate van kwetsbaarheid al bekend is.

Zorgcoördinatie

De rol van de zorgcoördinator is in de intramurale setting niet anders dan in de extramurale setting. Wel vindt er nauw contact plaats met de intramurale organisatie. Het is van belang om hierbij afspraken te maken over:

- De verdeling van verantwoordelijkheden en invulling van de verschillende rollen;
- De bereikbaarheid van de zorgcoördinator en huisarts;
- De communicatie met de familie/mantelzorg, met name ten aanzien van de inventarisatie voor het zorgplan en bevindingen en conclusies naar aanleiding van het MDO;
- De contactpersoon voor het CIZ ten aanzien van ZZP verhogingen.

Wanneer een patiënt verhuist naar een verpleeghuis, of juist naar een extramurale setting, zorgt de zorgcoördinator voor de overdracht, inclusief actueel zorgplan.

1.2 Transferzorg

Wanneer een oudere is opgenomen in een ziekenhuis, is bij ontslag vaak sprake van verlies van functionaliteit. Dit geldt in het bijzonder voor de groep kwetsbare ouderen met complexe zorgsituatie. Wanneer gedurende de opname naast aandacht voor de medische problemen ook aandacht is voor geriatrische aspecten, voorkom je een deel van dit verlies. Een goed georganiseerde zorgketen voor, tijdens en na het ontslag draagt bij aan het beperken of zelfs voorkomen van verlies van functionaliteit.

Aandachtspunten

Bij opname en ontslag zijn de volgende aandachtspunten van belang:

Aandachtspunt	Toelichting
Inhoud overdracht door de huisarts bij opname	<ul style="list-style-type: none"> • Mate van kwetsbaarheid en complexiteit: dit kan telefonisch maar ook via zorgdomein (volgens het SFMPC-model); • Zorgplan (indien aanwezig); • Actuele medicatie en medicatiebeleid; • Reanimatiebeleid; • Aandachtspunten voor de patiënt in zorg en sociale context.
Inhoud overdracht vanuit het ziekenhuis bij ontslag	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose, behandeling en prognose verder beloop in de thuissituatie; • Verwachtingen over het proces na ontslag en de rol van de huisarts; • Complicaties die van invloed zijn op de mate van kwetsbaarheid; • Duidelijk medicatieoverzicht en wijzigingen in medicatiebeleid; • Wijzigingen in reanimatiebeleid.

Zorgcoördinator

De zorgcoördinator wordt betrokken bij de voorbereidingen van het ontslag, zodat bij terugkeer in thuissituatie de zorg afgestemd is op de zorgbehoefte van de patiënt. Laagdrempelig intercollegiaal overleg tijdens de opname heeft meerwaarde. Zodra het ontslagmoment bekend is, worden de huisarts, POH en betrokken (wijk)verpleegkundige geïnformeerd. In complexe zorgsituatie wordt vanuit het transferpunt de in te schakelen thuiszorgorganisatie afgestemd met patiënt en huisarts.

Initiatieven transferzorg

In onze regio zijn er verscheidene initiatieven vanuit de tweede lijn op het gebied van transferzorg. Het zorgprogramma sluit hier zo veel mogelijk bij aan.

1.3 Het (wijk)netwerk

“Ouderenzorg verbeteren” vraagt om samenwerking in een (wijk)netwerk. Onder het (wijk)netwerk verstaan we de huisartsenpraktijk met haar netwerkpartners. Met netwerkpartners bedoelen we: organisaties of zelfstandigen betrokken bij de ouderen zorg (in de wijk, stad, dorp). Zij zijn via zorg en welzijn van ouderen verbonden aan de huisartsenpraktijk zoals:

- Apothekers;
- (para)Medici;
- Thuiszorgorganisaties;
- Welzijnsorganisaties;
- GGZ;
- Maatschappelijk werk;
- Specialisten ouderengeneeskunde.

Specialisten ouderengeneeskunde kunnen in complexe zorgsituaties zowel in de thuissituatie als in verzorgingshuizen betrokken zijn.

Elke netwerkpartner is een organisatie met één of meerdere hulpverleners die bij verschillende ouderen betrokken zijn (horende bij de huisartsenpraktijk of SWV). Er worden geleidelijk aan meer betrokken hulpverleners en (daarmee hun organisaties) geïdentificeerd, waardoor het netwerk in de tijd zal groeien.

Deelname in het persoonlijke netwerk van een oudere wordt beëindigd als de zorgrelatie stopt. Het persoonlijke netwerk is dus dynamisch want hulpverleners wisselen in de tijd.

Dit maakt dat in de dagelijkse praktijk 'de' netwerkpartner vele gezichten en functies kent.

Door de maatschappelijke ontwikkelingen en veranderingen in financiering zullen invulling en taken van de verschillende netwerkpartners de komende jaren veranderen. Dit zal aanpassingen van het zorgprogramma vereisen.

Het netwerk kan bij voorkeur wijkgebonden zijn, maar dit is zeker niet altijd te realiseren, bijvoorbeeld in een stadspraktijk. Netwerkpartners zijn dan lastiger te identificeren en een samenwerkingsovereenkomst bij de opstart is moeilijker te realiseren.

1.4 Rol huisartsenpraktijk of SWV

Ouderenzorg kan geïnitieerd worden vanuit één huisartsenpraktijk of een samenwerkingsverband (SWV) van verschillende huisartsenpraktijken. De rol van de huisartsenpraktijk of SWV is coördineren en verbinden: identificeren en samenbrengen van de netwerkpartner. Belangrijk hierbij is dat de huisarts, POH en (wijk)verpleegkundige op de hoogte zijn van de competenties van de andere netwerkpartners.

Het verdient aanbeveling om een team te benoemen van een coördinerend huisarts en coördinerende POH die voor de ouderenzorg de vaste aanspreekpunten zijn binnen het SWV en voor de netwerkpartners. Voor de logistiek en planning kan men een administratief medewerker inzetten (of de POH).

1.5 Vormen van samenwerking

Met de kernspelers die vanaf de opstart van de ouderenzorg betrokken zijn, kan de huisartsenpraktijk of SWV de visie delen en worden werkafspraken gemaakt voor de opstart en het inrichten van de ouderenzorg. Er zijn verschillende vormen van samenwerking mogelijk. Afhankelijk van de organisaties kan men uitgaan van:

- Het delen van de visie en doelen van het Zorgprogramma Ouderenzorg zonder formele verbintenis
- Een intentieverklaring waarin men de intentie tot samenwerking uitspreekt en de visie en doelen op ouderenzorg deelt
- Een samenwerkingsovereenkomst waarin men naast bovengenoemde visie en doelen ook concrete werkafspraken vastlegt.

De laatste optie wordt sneller gerealiseerd bij een nauwe samenwerking tussen de partijen.

1.6 Advanced care planning

Het invullen van een palliatieve memo helpt huisartsen om informatie over de patiënt te geven aan om de continuïteit van de zorg te waarborgen in de avond, nacht en weekenden. Het wordt aangeraden om de palliatieve memo in te vullen indien de surprise question ('Zou ik verbaasd zijn als



OCE NIJMEGEN

STERK IN DE EERSTE LIJN

deze patiënt binnen 12 maanden zou overlijden?') 'nee' is. De palliatieve memo is na het invullen direct beschikbaar via 'mijn Patiënten Portaal van Calculus VIP'. Zodoende is ook bij de triage al duidelijk dat het om een kwetsbare oudere met een complexe zorgsituatie.