

BETERE ZORG VOOR THUISWONENDE AMSTERDAMSE OUDEREN

- NIEUWE VERSIE -
Nu met beknopt
stappenplan en
de laatste
ontwikkelingen en
integrale
ouderenzorg in
Amsterdam.



Programma 'Beter Oud in Amsterdam',
gestructureerde en integrale ouderenzorg in de eerstelijns.

Colofon

Auteurs

Mathilde Dijk, senior adviseur bij Elaa
Sabina Mak, senior adviseur bij Elaa

Redactie update maart 2020

Carin Sieling, communicatieadviseur bij Elaa

Eindredactie

Brenda Scholten

Cartoons

Auke Herrema

Vormgeving

Taluut



Voorwoord

Thuiswonende ouderen doen een steeds groter beroep op de eerstelijnszorg. Dit vraagt om een vooruitziende aanpak van de huisartsenzorg. Doel is om de kwetsbare oudere zo lang mogelijk verantwoord zelfstandig thuis te laten wonen, met een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven waarbij crisissituaties zoveel mogelijk worden voorkomen. Wat kunnen Amsterdamse huisartsenvoorzieningen doen om grip te houden op deze doelgroep?

De ambitie van de Amsterdamse Huisartsen alliantie is: 'Het verbeteren van integrale zorg voor kwetsbare ouderen in en vanuit de huisartsenvoorziening.'

Een aantal huisartsen in Amsterdam waren hier al mee gestart tijdens het Nationaal Programma Ouderen (NPO 2008-2016) van ZonMw. Het NPO is gestopt en overgegaan in het landelijk consortium BeterOud. Op stedelijk niveau werkt de Amsterdamse Huisartsen alliantie (AHA) de komende jaren hard aan de verbetering van integrale ouderenzorg waarbij de praktijkondersteuner ouderen (POH-O) een spilfunctie vervult. Hier is ook structureel financiering voor vanuit Zilveren Kruis. De AHA en Elaa hebben ervoor gekozen om voor de uitrol van het programma de herkenbare titel 'Beter Oud in Amsterdam' te behouden.

Doel van de handreiking

Deze handreiking heeft als doel om Amsterdamse huisartsenvoorzieningen een globaal beeld te geven van wat erbij komt kijken wanneer men aan de slag gaat met het opzetten van gestructureerde en integrale ouderenzorg.

De handreiking beschrijft in zeven stappen **WAT** gestructureerde en integrale zorg voor kwetsbare thuiswonende ouderen betekent, **WAAROM** deze belangrijk zijn en geeft tips en suggesties **HOE** deze zorg kan worden geboden. In de praktijk zullen professionals die met het programma aan de slag gaan soms behoefte hebben aan meer specifieke informatie, bijvoorbeeld over 'Hoe organiseer ik een MDO' (multidisciplinair overleg) of 'Hoe registreer ik goed'. Deze informatie is te vinden in de factsheets die te vinden zijn op de website van AHA.

Groeidocument

Door alle ontwikkelingen in de zorg, passen we de handreiking regelmatig aan. Via verschillende nieuwsbrieven informeren we iedereen over updates. Het brondocument staat op de website van Elaa. Voor correcties, suggesties of aanvullingen op de handreiking neem contact op met de coördinator van je organisatie of Elaa.

• CHAGZ	Joyce Kuijer	j.kuijer@chagz.nl
• MedZZO	Ineke Zekveld	izekvel@gmail.com
• ROHA	Mascha Lemmers	mlemmers@rohamsterdam.nl
• SAG	Marijke Koggel	mkoggel@sag-amsterdam.nl
• Elaa	Sabina Mak	s.mak@elaa.nl

Dankwoord

Met dank aan alle Amsterdamse huisartsen, praktijkondersteuners, coördinatoren, wijkverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, apothekers, ouderenvertegenwoordigers, onderzoekers en andere betrokkenen die hebben meegewerkt aan het tot stand komen van deze handreiking (en updates).

Gestructureerde integrale ouderenzorg – wat is dat precies?

De zin 'gestructureerde en integrale ouderenzorg voor kwetsbare ouderen' is nu al een paar keer gevallen. Wat bedoelen we hier precies mee?

We lichten een aantal belangrijke definities toe:

Integraal betreft zorg vanuit het perspectief van de oudere, die graag als een compleet persoon benaderd wil worden, waarbij zowel fysiek als psychosociaal functioneren in ogenschouw worden genomen en waarbij niet alleen beperkingen, maar ook mogelijkheden en wensen worden geïnventariseerd.

Geïntegreerd betreft zorg waarbij alle voor de oudere relevante disciplines samenhangende zorg bieden.

Gestructureerd betekent dat interne en externe organisatie een planmatige aanpak hanteert. Hoe krijg je goed zicht op kwetsbare personen en op wat hun mogelijkheden, beperkingen en wensen zijn? Hoe kan je beter samenwerken met andere disciplines?

Proactieve zorg is het vroegtijdig signaleren van en acteren op 'problemen' om latere escalatie te voorkomen.

Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale beperkingen in het functioneren. Het vergroot de kans op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)¹. We hanteren een leeftijd vanaf 75+ waarbij proactief op kwetsbaarheid wordt gescreend, maar voor sommige groepen zoals oudere migranten en laag opgeleide ouderen, kan de leeftijdsgrens 10-15 jaar lager liggen.



¹ Publicatie SCP 'Kwetsbare Ouderen' 19-01-2011. Hoofdstuk 3, pagina 9

Van project naar structurele borging

Project Beter Oud in Amsterdam

Van 2016 tot 2018 liep in vier stadsdelen (Noord, Nieuw-West, Zuidoost en Zuid) het project 'Beter Oud in Amsterdam', gefinancierd door ZonMw en de regiotafel van Zilveren Kruis. In de proeftuinen zaten praktijken uit verschillende zorggroepen: SAG, GAZO en CHAGZ en daarbij werden Cordaan, Amstelring, Evean en ZHGA betrokken. Het project werd begeleid door het Ben Sajat Centrum, Elaa en SIGRA. Het resultaat van het project was een belangrijke impuls voor het uiteindelijke programma Beter Oud in Amsterdam. Meer informatie over de resultaten uit het project is te vinden op de website van Elaa (elaanl.nl).

Implementatie en borging programma Beter Oud in Amsterdam

De AHa is het samenwerkingsverband van (bijna) alle huisartsen in Amsterdam, Badhoevedorp, Duivendrecht en Diemen. Samen werken we aan het versterken van de organisatie en infrastructuur (O&I) van de eerstelijnszorg in de regio. De AHa heeft een aantal thema's benoemd waar zij gezamenlijk in willen optrekken. Eén van de belangrijkste thema's op de agenda is het verbeteren van de zorg voor kwetsbare ouderen in en vanuit de huisartsenpraktijk. De AHa streeft naar een hoge kwaliteit en integrale gestructureerde ouderenzorg in Amsterdam.

Geformuleerde subdoelen vanuit de alliantie:

- Verdere ontwikkeling complexe ouderenzorg voor kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk conform het programma Beter Oud in Amsterdam.
- Meer en betere ondersteuning van de huisarts, door inzet van de POH-O en samenwerkingsafspraken met de specialist ouderengeneeskunde (SO), maatschappelijk werk, wijkverpleging, apotheek, e.d.
- Goede en vaste samenwerking met preferente aanbieders van verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) per wijk zijn conform het convenant afgesloten door de gezamenlijke VVT-aanbieders en de AHa.
- Verminderen van vermijdbare presentaties op de spoedeisende eerste hulp (SEH) en opnames in een eerstelijns verblijf (ELV) en het ziekenhuis.
- Soepele ketenzorg en snelle overgangen tussen de lijnen.
- Indien wenselijk, behandelwensgesprekken met kwetsbare ouderen.
- Meer huisartsen participeren in een multidisciplinair overleg (MDO).
- Er is één elektronisch communicatietool voor huisartsen en VVT.
- 75% van de kwetsbare ouderen is aangemeld bij het LSP (landelijk schakelpunt).

Belangrijke personen en partijen voor de borging van het programma

Voor een succesvolle implementatie en borging van een groot programma zoals Beter Oud in Amsterdam zijn verschillende personen en partijen nodig. De lijst hieronder is niet compleet. Andere belangrijke rollen, zoals de wijkverpleegkundige en apotheker, komen terug in het stappenplan van deze handreiking.

Stuurgroep ouderen

De stuurgroep van de Amsterdamse Huisartsen alliantie:

- Schakelt op bestuurlijke samenwerkingstafels, VVT, gemeente, verzekeraar Zilveren Kruis, over stedelijke randvoorwaarden. Onder andere samenwerkingsafspraken, scholing en financiering POH-ouderen (mandaat namens de AHa).
- Is verantwoordelijk voor het nemen van besluiten binnen een stedelijke lijn.

- Zorgt voor publicatie van de besluitvorming rond de stedelijke lijn op de website van de AHa, Elaa en de zorggroepen.
- Monitort ontwikkelingen in de ouderenzorg.
- Schaalt knelpunten op naar het Algemeen Bestuur van de AHa.

Projectgroep ouderen

In opdracht van de stuurgroep ouderen ontwikkelt de projectgroep ouderen stedelijke randvoorwaarden.

Elaa

In opdracht van de stuurgroep ouderen is Elaa stedelijk en regionaal projectleider en procesbegeleider.

Zorggroepen

De zorggroepen zijn verantwoordelijk voor de uitvoering conform de stedelijke afspraken en voor de financieel-organisatorische afwikkeling.

Coördinator per zorggroep/GEZ

Voor de implementatie en borging van het programma Beter Oud in Amsterdam in de eigen zorggroep/GEZ is het raadzaam iemand aan te wijzen die 'de kar trekt', het overzicht bewaakt en waar mensen terecht kunnen voor vragen.

Wijkgroepen huisarts

Bij de implementatie maken we gebruik van de bestaande structuren van wijkgroepen. De wijkgroepen vormen naast de huisartsenpraktijk een gremium waar op wijkniveau afspraken gemaakt kunnen worden met de relevante samenwerkingspartijen. Op dit moment zijn er 34 wijkgroepen actief. Een actueel overzicht van alle wijkgroepen staat op de website van de Aha.

amsterdamsehuisartsen.nl/wijkgroepen

Aanbieders Zorg in de wijk

Begin 2018 is de wijkverpleging door Zilveren Kruis bij elf partijen in Amsterdam gecontracteerd. Deze partijen hebben zich verenigd in een bestuurlijk overleg 'Zorg in de wijk' en hebben zich gecommitteerd om goede zorg te leveren en pakken hiervoor gezamenlijke projecten op.

Praktijkondersteuner Ouderen (POH-O)

De POH-O werkt vanuit de visie van de eigen huisartsenpraktijk op zorg en hulpverlening voor (kwetsbare) ouderen. De POH-O werkt naast de (vertrouwde) huisarts, in het huisartseninformatiesysteem en heeft een belangrijke rol als 'verbindingsofficier' tussen huisartsenzorg en het overige veld van ouderenzorg en het sociaal domein. De huisarts is medisch eindverantwoordelijk.

Taken POH-O

- Zorgt dat alle bij de huisarts ingeschreven ouderen van 75 jaar en ouder (in achterstandspopulaties vanaf 65+) in beeld zijn en dat de medisch kwetsbare ouderen in zorg zijn.
- Stemt deze zorg voortdurend af met de wijkverpleging indien aanwezig.
- Maakt en bewaakt afspraken over de coördinatie bij (complexe) problematiek bij (kwetsbare) ouderen.
- Signaleert en monitort van medicatieveiligheid bij schakelmomenten (na ziekenhuisopname, aanpassing medicatie na polibezoek).
- Doet jaarlijks het voorwerk en de afronding ten behoeve van realisatie van de medicatiebeoordeling door huisarts en apotheker. Is op de hoogte van werkelijk gebruik.
- Checkt en borgt continuïteit van transfer zorg bij kwetsbare ouderen uitgaande van adequate transferactiviteiten vanuit het ziekenhuis.
- Regelt tijdelijke bedden, spoedbedden en andere opnames of verwijzingen.

- Inventariseert vroegtijdig wensen, verwachtingen, vragen en eventuele angsten van de patiënt ten aanzien van wensen en persoonlijke (streef)doelen en behandelingen in de laatste levensfase, zodat de patiënt zoveel mogelijk regisseur is en blijft over de kwaliteit van leven. De persoonlijke waarden en behandelwensen worden vastgelegd in een zorgplan en worden bewaakt.
- Faciliteert *advance care planning*, bereidt het gesprek voor zodat huisarts uiteindelijk het gesprek met de patiënt kan voeren
- Werkt samen met het sociaal domein en ondersteunt de mantelzorger. Is eerste aanspreekpunt voor het sociaal domein en de mantelzorger, zorgt voor toeleiding naar bijvoorbeeld Welzijn op Recept.

Meer informatie over dit profiel en het uitgebreide functieprofiel staat op de website van AHA.

Scholing POH-O

Hiervoor heeft de Amsterdamse Huisartsen alliantie een verkorte opleiding POH-Ouderen neergezet. Deze scholing is aangepast naar het Amsterdamse en gebaseerd op de propositie POH-O. Voor meer informatie kijk op de website van AHA.

Stappenplan naar gestructureerde integrale eerstelijns ouderenzorg

Huisartsen krijgen steeds meer te maken met oudere patiënten, die in meer of mindere mate kwetsbaar zijn en complexe problematiek kennen. Dit vraagt om een proactieve houding van huisartsenvoorzieningen, samenwerking en afstemming met andere zorgverleners. Een wijkverpleegkundige en/of andere ondersteunende diensten weten vaak beter wat er thuis bij de patiënt en mantelzorgers speelt. De huisarts/POH-O behoudt het overzicht.

Deel 1: Signaleringen en vaststellen kwetsbaarheid

- Stap 1: Huisarts en POH-O brengen ouderen in kaart
- Stap 2: POH-O gaat in gesprek met de (mogelijk) kwetsbare oudere en mantelzorgers en brengt de oudere in beeld
- Stap 3: Huisarts en POH-O bepalen of er sprake is van kwetsbaarheid en de complexiteit van de problematiek

Deel 2: Zorg en coördinatie bij ouderen met complexe kwetsbaarheid

- Stap 4: POH-O organiseert een geriatrisch netwerk rondom de oudere patiënt
- Stap 5: POH-O legt afspraken vast in een beknopt zorgplan
- Stap 6: Zorg en ondersteuning voor de kwetsbare oudere wordt ingezet
- Stap 7: De ingezette zorg en ondersteuning wordt gemonitord

Deel 3: Transmurale zorg

- *Stap 8: ACP*
- *Stap 9: Medicatieveiligheid*
- *Stap 10: ELV*
- *Stap 11: Beschikbaarheid POH-O*

De inhoud van deel 3 volgt in de volgende versie van de handreiking

DEEL 1 SIGNALERING EN VASTSTELLEN KWETSBAARHEID

STAP 1 HUISARTS EN POH-O BRENGEN OUDEREN IN KAART

De huisarts en POH-O brengen alle 75+ patiënten in kaart. Er zijn verschillende manieren om kwetsbaarheid bij ouderen te identificeren. Oudere patiënten, waarbij een vermoeden bestaat van kwetsbaarheid, komen in proactief onder de aandacht door:

- Één à twee keer per jaar actief een selectie te maken van patiënten van 75 jaar² en ouder op basis van bepaalde kenmerken uit het HIS-bestand (bijvoorbeeld al langer dan een jaar geen contact gehad met de huisartsenvoorziening). Hiervoor zijn ook hulpprogramma's te gebruiken (zoals extractie ouderenmodule VipCalculus en/of via diverse KIS-systemen).
- Als de huisarts al langer vanuit de praktijk werkt, is hij of zij vaak wel op de hoogte welke ouderen kwetsbaar zijn of juist niet. En voor welke (nieuwe) ouderen dit onbekend is. Als handvat kan de huisarts letten op de volgende criteria die ouderen kwetsbaar maken³.
 - Multimorbiditeit
 - Eén of meer *geriatric giants* (mobiliteits-, psychische- en/of communicatiestoornissen, ondervoeding, geheugenproblemen en incontinentie)
 - Het ontbreken van een sociaal netwerk
 - Frequent praktijkbezoek
 - Recent verlies van een partner
 - Alleenstaand zijn
 - Een lage opleiding
 - Laaggeletterdheid
 - Een recente ziekenhuisopname
 - Een overbelaste mantelzorger
 - Frequent bezoek aan de huisartsenpost en/of SEH
- Signaleren van kwetsbaar gedrag tijdens reguliere contactmomenten in de huisartsenpraktijk.
- Signalen van welzijnscoaches, mantelzorgers, apotheker, wijkverpleging, paramedici, specialisten of vanuit de wijk

Of er daadwerkelijk sprake is van kwetsbaarheid en wat de complexiteit van de gezondheidsproblemen van de kwetsbare ouderen zijn, wordt door de POH-O verkend in een gesprek met de oudere en mantelzorger. De keuze bij wie de POH-O langs gaat op huisbezoek gaat altijd in samenspraak met de huisarts.

² Of 65+ bij bepaalde doelgroepen, zoals lage sociaaleconomische status of migranten ouderen op basis van *casefinding*.

³ Er zijn geen 'harde' criteria om kwetsbaarheid vast te stellen. Toch zijn er een aantal factoren die - vooral in combinatie met elkaar - ouderen kwetsbaar maken (LESA kwetsbare ouderen, juni 2017)

STAP 2 POH-O GAAT IN GESPREK MET DE (MOGELIJK) KWETSBARE OUDERE EN MANTELZORGER EN BRENGT DE OUDERE IN BEELD

Uit wetenschappelijke literatuur blijkt dat identificatie en begeleiding van de meest kwetsbare ouderen in de thuissituatie leidt tot beter behoud van zelfredzaamheid, tegen gelijkblijvende of lagere zorgkosten (Van Hout, H. 2016). Goede zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen kan veel leed en/of onnodige crisissituaties voorkomen. Uitgangspunt is dat ouderen zélf keuzes maken over de aard en mate van ondersteuning en zorg. De POH-O ondersteunt de oudere bij het maken van die keuzes, o.a. door zich te verdiepen in de wensen en behoeften van de oudere.

De huisarts en/of de POH-O vraagt de oudere patiënt, die in stap 1 naar voren komen als mogelijk kwetsbaar, of een POH-O op huisbezoek mag komen.

Doel van het gesprek

Wanneer de POH-O de oudere nog niet kent, zijn belangrijke doelen van dit eerste gesprek: kennismaken, zorgen voor vertrouwen en zicht krijgen op het huidige netwerk van de oudere. Daarnaast neemt de POH-O een screeningsinstrument af om kwetsbaarheid vast te kunnen stellen.

In het gesprek met de oudere en mantelzorger gaat het niet alleen over mogelijke kwetsbaarheid en gezondheidsproblemen, maar juist over de wensen, behoeften, verlangens en prioriteiten van de oudere: Welke aspecten maken uw leven de moeite waard? Waar kijkt u naar uit? Wat raakt u nog? En wat zijn de zorgen? Waar ligt u wakker van? Deze informatie is leidend wanneer er later in het zorgproces mogelijk een zorgplan wordt opgesteld.

Ouderen vooraf goed informeren

Het is belangrijk dat de oudere en mantelzorger zich goed kunnen voorbereiden op het doel van het gesprek. Gebruik hiervoor de informatiebrief.

Screeningsinstrument afnemen

Er zijn verschillende screeningsinstrumenten om kwetsbaarheid bij ouderen vast te stellen. In de regio Amsterdam is het advies om als screeningsinstrument de TraZAG startlijst of Prisma7 te gebruiken. Op onderdelen kunnen gericht deelinstrumenten worden gebruikt, zoals een MMSE bij het vermoeden van cognitieve problemen.

Proactief in gesprek over de zorg voor later

Tijdens het eerste huisbezoek kan het gesprek al gaan over wensen in de laatste levensfase, omdat dit onderwerp terugkomt in de vragenlijst van de screening. Dit wordt ook wel *advance care planning* (vroegtijdige zorgplanning) genoemd. Deze gesprekken vragen vaak wat langer de tijd. Als de POH-O merkt dat de oudere daar behoefte aan heeft, kan er een tweede gesprek met de POH-O worden ingepland en vervolgens met de huisarts.

TIPS

- Vraag voorafgaand aan het gesprek een actueel medicatieoverzicht vanuit de apotheek op.
- Controleer bij de ouderen die worden bezocht of het dossier op orde is (medische voorgeschiedenis, medicatielijst, gegevens contactpersoon, toestemming LSP).
- Ook kan mondeling alvast gevraagd worden naar toestemming voor het uitwisselen van gegevens met andere zorgverleners en/of de familie.

STAP 3 HUISARTS EN POH-O BEPALEN OF ER SPRAKE IS VAN KWETSBAARHEID, EN DE COMPLEXITEIT VAN DE PROBLEMATIEK

POH-O zet alle relevante bevindingen uit het gesprek (en uit eventueel aanvullende onderzoeken) in één overzicht. In Amsterdam is het advies om hiervoor het SFMPC-model te gebruiken. SFMPC staat voor: Functioneren van de oudere op Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch, Communicatief.

De POH-O en de huisarts gaan, op basis van het SFMPC-overzicht, samen na of er sprake is van kwetsbaarheid, en zo ja hoe complex de gesignaleerde problemen zijn. Dit geeft richting aan de vervolgstappen in het zorgproces:

- Bij ouderen waarbij nog **geen sprake is van kwetsbaarheid**, kan bijvoorbeeld aandacht worden besteed aan preventie.
- Bij ouderen met een **verhoogd risico** (chronisch ziek, afnemende functies) kan zo mogelijk de zorg en/of ondersteuning worden uitgebreid.
- Bij ouderen met **complexe problematiek** is samenhangende zorg nodig. Lees hier meer over in deel 2 (stap 4 t/m 7) van het stappenplan.

Als er geen sprake is van complexe problematiek, maar wel van (beginnende) kwetsbaarheid, bespreekt de huisarts met de POH-O hoe het beste de vinger aan de pols kan worden gehouden om eventuele toekomstige problemen vroegtijdig te signaleren. Dit wordt besproken met de oudere, mantelzorger en/of aanwezige hulpverleners.

Consult specialist ouderengeneeskunde

Bij complexe situaties kan de specialist ouderengeneeskunde (of een andere specialist) in consult worden gevraagd. De specialist ouderengeneeskunde heeft expertise op het gebied van multimorbiditeit, is meer vertrouwd met het verloop van verschillende chronische ziekten (dementie, Parkinson, etc.) en kan systeemproblematiek met betrekking tot familie en verzorgenden analyseren. De specialist ouderengeneeskunde kan op verzoek van de huisarts of POH-O een visite doen bij de oudere en helpen bij de analyse en prioritering van de verschillende problemen.

TIP

Alle bevindingen en afspraken worden door de POH-O direct in het HIS verwerkt.

	ICPC
Bepalen kwetsbaarheid	A49.01
Kwetsbare oudere	A05
Levenseinde gesprek	A20
Medicatiebeoordeling	A49.02
Eenzaamheid	Z04.03
Geheugenproblematiek	P20
Ziekenhuisopname	Wordt nog besproken

Voor meer informatie over ICPC-codes, zie factsheet stedelijke registratiewijzer (in ontwikkeling).

DEEL 2 ZORG EN COÖRDINATIE BIJ OUDEREN MET COMPLEXE KWETSBAARHEID

Kwetsbaarheid bij ouderen kan leiden tot complexe problematiek waarbij samenhang in de zorg, afstemmen van regie en samenwerking noodzakelijk zijn. Hierover gaat dit tweede deel van het stappenplan (stap 4 t/m 7).

STAP 4 POH-O ORGANISEERT EEN GERIATRISCH NETWERK/TEAM RONDOM DE OUDERE PATIENT

Het organiseren van een MDO is één van de methoden om binnen het geriatrische netwerk of team de zorg voor de patiënt af te stemmen. Maar dit kan ook ad hoc of via veilige e-communicatie zoals Siilo, of beveiligde e-mailgroepen (en in de toekomst via Cboards of OZO verbindzorg).

Organisatie MDO

Oudere patiënten waarbij sprake is van complexe kwetsbaarheid (multiproblematiek) worden vaak besproken in een multidisciplinair overleg (MDO) met de huisarts, wijkverpleegkundige en eventuele andere bij de casuïstiek betrokken partijen zoals de specialist ouderengeneeskunde, sociaal domein, de casemanager dementie, apotheek, fysio- en/of ergotherapeut, diëtiste, etc.

Er is geen gouden standaard voor het organiseren van een MDO. De opzet verschilt per praktijk. Het is vooral belangrijk om te kijken wat bij deze groep zorgverleners, of bij de specifieke casus, past. Sommige MDO's zijn groot met veel verschillende disciplines en sommige zijn kleiner bijvoorbeeld alleen met een huisarts, POH-O en wijkverpleegkundige. Soms vindt een MDO ad hoc plaats doordat de lijntjes heel kort zijn en men elkaar in de buurt kent en makkelijk weet te vinden. Het doel van een MDO is wel altijd hetzelfde: het gezamenlijk afstemmen van de zorg voor de kwetsbare oudere, elkaar leren kennen en elkaar weten te vinden en het maken van afspraken over zorgcoördinatie en het vervolg.

Rol POH-O bij een groot MDO

De rol van een POH-O bij een groot MDO is essentieel. Niet alleen voor de organisatie van een MDO (uitnodigingen versturen, agenda opstellen, ruimte regelen, etc.) maar ook de inhoudelijke voorbereiding.

Bij een groot MDO, waar meerdere patiënten met verschillende disciplines worden besproken, inventariseert de POH-O welke patiënten aan de orde moeten komen. Vervolgens stemt de POH-O met de patiënt en mantelzorger af dat hij of zij wordt besproken in het MDO. Ook verzamelt de POH-O alle belangrijke informatie van ondersteunende- en/of zorgdiensten van de patiënten die worden besproken en brengt deze informatie in tijdens het overleg.

TIPS

- Het is zinvol om bijvoorbeeld ook de apotheker, maatschappelijk werker, fysio- of ergotherapeut, sociaal domein bij een MDO te betrekken. Dat hoeft niet als vaste deelnemer maar kan ook als agenda lid: hij/zij ontvangt altijd de agenda met stukken en bepaalt zelf of het zinnig is om het overleg bij te wonen.
- Het MDO kan ook via skype of andere vorm van beeldbellen.
- Via één gezamenlijke communicatietool, zoals cBoards, OZO verbindzorg kunnen alle betrokkenen elkaar tussentijds informeren.

DEEL 2 ZORG EN COÖRDINATIE BIJ OUDEREN MET COMPLEXE KWETSBAARHEID

STAP 5 VAST AANSREEKPSERSOON + AFSPRAKEN VASTLEGGEN IN EEN BEKNOPT ZORGPLAN

Voor de patiënt en mantelzorger is fijn als er één à twee personen het overzicht houden, de regie hebben en wie met wie zij direct contact kunnen leggen. Vanuit de huisartsenvoorziening is dit de POH-O en daarbuiten bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige of de casemanager dementie. Die keuze hangt af van de accenten in het zorgplan, de mate van betrokkenheid in het zorgproces en de wens van de oudere zelf.

De wijkverpleegkundige of casemanager dementie vormt samen met de huisarts en de POH-O het kernteam: medische eindverantwoordelijkheid ligt bij de huisarts, de POH-O, wijkverpleegkundige of casemanager dementie is verantwoordelijk voor het bewaken van de uitvoer van het zorgplan.

Beknopt zorgplan

De POH-O of wijkverpleegkundige stemt de afspraken uit het MDO af met de oudere patiënt en mantelzorger. De afspraken, na overeenstemming met oudere/mantelzorger, worden vastgelegd in een beknopt zorgplan (stuurt deze via zorgmail dit naar alle betrokkenen) en zet vervolgens de nodige zorg in.

Zorgplan omzetten naar 'individueel zorgplan' voor de oudere en mantelzorger

Om de betrokkenheid en inzet van de patiënten en mantelzorgers, in het zorgproces te bevorderen, kan het zorgplan worden omgezet in een individueel zorgplan (voor de oudere en naasten). Een individueel zorgplan is een soort persoonlijk draaiboek waarin staat wat de oudere zelf kan doen om de doelen te behalen (bijvoorbeeld meer drinken, dagelijks bewegen, contact leggen in de buurt, etc.). Dit plan is dus niet verplicht maar kan een hulpmiddel zijn als patiënten extra motivatie of ondersteuning nodig bij de dingen die zij zelf moeten doen.

TIP

Het individueel zorgplan kan verschillende verschijningsvormen hebben: papier of digitaal, met alleen tekst of ook met beeld (zie voorbeeld zorgvoorbeter.nl). Het moet herkenbaar zijn voor de oudere patiënt (bijvoorbeeld een A4 wat op de koelkastdeur kan worden geplakt).

STAP 6 ZORG EN ONDERSTEUNING VOOR DE KWETSBARE OUDERE WORDT INGEZET EN AFGESTEMD

In het zorgplan is vastgelegd wie welke actie gaat uitvoeren. Regelmatige afstemming tussen de POH-O en wijkverpleegkundige en/of ondersteunende dienst(en) is in deze fase heel belangrijk. Net als bij een MDO kun je dit overleg ook structureel inplannen (bijvoorbeeld 1x per 6 weken alle patiënten doornemen) en/of ad hoc doen wanneer het nodig is.

STAP 7 DE INGEZETTE ZORG EN ONDERSTEUNING WORDT GEMONITORD

De behoeften, verlangens en prioriteiten van de oudere kunnen in de loop der tijd veranderen, bijvoorbeeld door verbetering of verslechtering van de lichamelijke en/of geestelijke functies. Hierop moet de zorg en/of ondersteuning worden aangepast.

Na een vooraf vastgestelde periode, of wanneer er tussentijds sprake is van een belangrijke wijziging, wordt de zorg met de betrokken zorgverleners gemonitord, bijvoorbeeld in een MDO. De POH-O organiseert deze evaluatie, eventueel samen met de wijkverpleegkundige of casemanager dementie (die de inhoud inbrengt). De POH-O informeert alle betrokkenen over het nieuwe zorgplan.

Bijstellen van de zorg

De evaluatie kan aanleiding geven om de zorg, en dus ook het zorgplan, bij te stellen. Bepaalde delen van het screeningsinstrument kunnen zo nodig herhaald worden.

Daarna worden, indien nodig, nieuwe doelen en acties vastgelegd. Uiteraard weer in samenspraak met de oudere en mantelzorger. Stel samen direct een nieuwe evaluatiedatum van het zorgplan vast.

Bronnen

In deze handreiking gebruiken we – met toestemming – informatie uit het boek 'Protocollaire Ouderenzorg' van Laego, Vilans, V&VN en NHG (2015). Bij de laatste herziening hebben we de Amsterdamse handreiking naast de landelijke handreiking 'kwetsbare ouderen thuis' (mei, 2019) gelegd en hieruit de laatste ontwikkelingen, en terminologie, meegenomen. Deze informatie hebben we verrijkt en aangescherpt met de kennis en ervaringen uit vier proeftuinen van het project Beter Oud in Amsterdam en uit onderzoek (La Grouw, van Hout, 2016), inclusief interviews met ouderen uit het door ZonMw (NPO) gefinancierde project Beter Oud in Amsterdam.

- 'Eerstelijns- en wijkgerichte ouderenzorg: onderbouwing voor een integrale vernieuwingsstrategie in Amsterdam.' Deelrapport in het kader van de voorstudie 'Vernieuwing van gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen', gefinancierd door de Stichting Preventie, Vroegdiagnostiek en e-Health. van Hout 2016
- 'Faciliterende en belemmerende factoren bij de implementatie van Beter Oud in vier Amsterdamse huisartspraktijken'. Verslag, La Grouw en Van Hout, 2017.
- Artikel Yvonne La Grouw voor Beter Oud: Kan spoedeisende hulp bij ouderen voorkomen worden? 11 mei 2018
- Boek 'Protocollaire ouderenzorg', S. van Maurik-Brandon, V.H. ten Dam, P.L.J. Dautzenberg. NHG, V&VN, Laego, Vilans. 2015,
- Handreiking 'kwetsbare ouderen thuis' (mei, 2019)
- Landelijke website Beter Oud
- Propositie POH ouderen binnen integrale ouderenzorg Amsterdam
- Sociaal loket Amsterdam
- Vijfde Els Borst-lezing door Joris Slaets: Kwaliteit van Zorg: wie mag het zeggen (2017)
- Website gemeente Amsterdam
- Website HKA
- Website Hogeschool van Amsterdam
- Website InHolland
- Website Kennisplein Chronische Zorg
- Website Mantelzorgondersteuning Amsterdam
- Website Waardigheid en Trots
- Website Zorg en Welzijn