

Een multidisciplinaire aanpak

Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) omschrijft kwetsbaarheid bij ouderen als een proces waarbij de opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren de kans op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden) vergroot. Sommige mensen zijn kwetsbaar op hun zestigste, anderen op hun tachtigste en anderen nooit. Feit is dat met de vergrijzing het aantal ouderen met functionele problemen toeneemt. Voor zorg en ondersteuning zijn die ouderen aangewezen op mantelzorgers en zorg in de wijk. Tegelijkertijd verschuift de medische zorg steeds meer van specialist naar huisarts. Willen we de ouderenzorg goed én betaalbaar houden, dan moeten we haar anders gaan organiseren. Maar hoe pakken we dat aan? Vilans ontwikkelde een stappenplan.

Tekst | Ruth Pel-Littel en Joke Koers

Je kunt klein starten: een huisarts en een praktijkverpleegkundige kunnen samen al een heel eind komen. Maar vaak gaat het pas echt goed lopen als meer disciplines meedoen. Dat vraagt om afstemming en samenwerking met thuiszorg, gemeente en welzijnsorganisaties. De gratis handreiking *Kwetsbare ouderen in de eerste lijn*, ontwikkeld door Vilans in samenwerking met professionals uit de eerste lijn, geeft informatie en tips over een multidisciplinaire, programmatische aanpak. Uitgangspunt is dat ouderen zelf keuzes maken over de aard en mate van ondersteuning, eventueel begeleid door een zorgprofessional die zich

ouderen kunt organiseren. Bij stap één tot en met zes breng je in kaart wie de kwetsbare ouderen zijn en wat er speelt. Hierbij kijk je niet alleen naar ziekten en beperkingen, maar ook naar wat de oudere zelf belangrijk vindt in zijn leven. Stap zeven tot en met dertien gaan over individuele zorgplanning en de rol van casemanagement.

In de praktijk

Joke Koers is praktijkverpleegkundige ouderenzorg bij huisartsenpraktijk De Teselaar in Bemmelen. In 2007 begon ze de ouderen in kaart te brengen door middel van casefinding en patiënten van vijftientig jaar en ouder te benaderen.

enkele vorm van ondersteuning? Belangrijk is om samen met patiënt en huisarts te bespreken wat de wensen zijn. Ook zochten we contact met patiënten die na een opname in het ziekenhuis weer thuis kwamen. We proberen al in een vroeg stadium de mantelzorgers erbij te betrekken en – als dat mogelijk is – een van de kinderen. Zij kunnen en willen vaak veel betekenen.’ Op dit moment heeft Joke de kwetsbare ouderen in haar praktijk vrij goed in beeld. ‘Met de handreiking van Vilans kan ik gericht nagaan wat wij nog nodig hebben om de ouderenzorg goed neer te zetten. De randvoorwaarden zijn duidelijk, ook voor andere partijen in de eerstelijnszorg. Als praktijkverpleegkundige kan ik nu verbindingen leggen, ook met betrekking tot casemanagement en het maken van een integraal zorgplan. Maar bovenal biedt de handreiking duidelijkheid: wie doet wat en wanneer?’

Waar staan jullie?

Niemand begint bij nul, gelukkig. De kans is groot dat in jouw praktijk al een heleboel dingen goed op orde zijn. Met

‘Met dit stappenplan zie ik meteen wat nog nodig is om de ouderenzorg goed neer te zetten’

verdiept in de wensen en behoeften. De handreiking beschrijft dertien stappen waarlangs je de zorg voor kwetsbare

‘We gingen systematisch te werk. Hoeveel ouderen zijn er, wie is kwetsbaar, wie heeft al thuiszorg, wie heeft geen



Zeven overwegingen bij het organiseren van goede ouderenzorg

Langer thuis

Mensen willen zo lang mogelijk in hun eigen vertrouwde omgeving blijven wonen, juist als hun gezondheid afneemt. Er verandert dan al zoveel. Dat betekent dat steeds meer kwetsbare ouderen een beroep doen op de eerstelijns gezondheidszorg. Goede afstemming tussen patiënt, mantelzorgers en zorgprofessionals is noodzakelijk. Coördinatie door de praktijk- of wijkverpleegkundige is eerder noodzaak dan luxe.

Preventie moet beter

Wie kwetsbaar is en blijft, heeft een vijf keer grotere kans om opgenomen te worden in een zorginstelling. De kans op vroegtijdig overlijden is bijna drie keer zo groot als bij gezonde ouderen. Het loont dus om te investeren in preventie en zo tekorten in het functioneren te voorkomen, te verminderen of uit te stellen.

Samen aan de slag

Voor huishoudelijke hulp en verzorging moeten ouderen een beroep doen op mantelzorgers en het sociale netwerk. Pas als dat niet lukt, is professionele hulp een optie. Zorgprofessionals in de eerste lijn kunnen helpen de zorg in de naaste omgeving te regelen. Met aandacht voor de risico's, zoals overbelasting van mantelzorgers en ouderen die tussen wal en schip dreigen te vallen.

Versterking eerste lijn

Een kleine gebeurtenis kan grote gevolgen hebben. Een val of een griepje kan leiden tot een stroom van elkaar opvolgende

problemen op lichamelijk, psychisch en/of emotioneel gebied. Zo vroeg mogelijk ingrijpen kan veel leed voorkomen. Dat kan door een proactieve werkwijze van professionals uit de eerste lijn.

Meer samenwerking met ziekenhuizen

Kwetsbare ouderen hebben tijdens en na een ziekenhuisverblijf een verhoogde kans op complicaties. Vaak is dat een gevolg van de versnippering van de specialistische zorg of van onvoldoende voorbereiding op het ontslag. Tijdige signalering en goede samenwerking tussen huisarts en ziekenhuis kan dit voorkomen.

Zelfredzaamheid vergroten, denk wijkgericht

Kwetsbare oudere patiënten hebben vrijwel altijd meer dan één behandelaar. Dat vraagt om afstemming met een coördinerende rol voor de praktijk- en/of wijkverpleegkundige. Samen ondersteunen zij ouderen met chronische ziektes bij het voorkomen van complicaties en het verbeteren van hun kwaliteit van leven. Een gezonde leefstijl, therapietrouw en zelfmanagement zijn belangrijke ingrediënten.

Stelselwijziging

De financiering van de zorg verandert. Verzorging en verpleging bij langdurige ziekte, voorheen uit de AWBZ gefinancierd, komt nu voor een groot deel uit de ziektekostenverzekering en de Wmo. De eerste lijn en gemeenten moeten samenwerken. De expertise die veel eerstelijnssteams hebben opgebouwd, vormt hiervoor belangrijke input.

de Kwaliteitsmatrix uit de handreiking Kwetsbare ouderen in de eerste lijn zie je in één oogopslag hoever jullie zijn en waar aanknopingspunten liggen voor volgende stappen. Want die stappen zijn nodig. Om de zorg voor kwetsbare ouderen betaalbaar én van goede kwaliteit te houden. ■

Meer weten?

Kijk op www.kennispleinchronischezorg.nl bij het thema 'Kwetsbare ouderen'

Ruth Pel-Littel is werkzaam bij Vilans, specialist in het ontwikkelen en helpen toepassen van kennis om de langdurende zorg blijvend te verbeteren

'Een huisarts en een praktijkverpleegkundige kunnen samen al veel bereiken'



DEEL 1 Signalering & diagnostiek

STAP 1

Casefinding: wie zijn de kwetsbare ouderen in jouw regio? (huisarts - praktijkverpleegkundige*)
Stel vast hoeveel kwetsbare ouderen er in jouw gebied zijn m.b.v. casefinding, selectieve screening of een populatiebenadering



STAP 2

Voer het assessment uit (praktijkverpleegkundige)
Meet stapsgewijs de mate van kwetsbaarheid:
1. **Begin met een korte vragenlijst voor eerste beoordeling**
Scoren mensen boven een bepaalde grenswaarde?
2. **Neem een breed assessment af bij grote kans op kwetsbaarheid**
Belangrijk is dat in het assessment niet alleen naar problemen gekeken wordt, maar ook naar prioriteiten en doelen m.b.t. kwaliteit van leven van de oudere.



STAP 3

Besprek het na (praktijkverpleegkundige - huisarts)
• Analyseer alle verzamelde gegevens en de diagnosestelling. Dit is cruciaal en maakt deel uit van het proces van de analyse van de kwetsbaarheid. Let op: het gaat hierbij niet alleen om medische aspecten, maar ook om functionele, psychische en maatschappelijke aspecten in de context van de leef- en denkwereld van de oudere.
• Besprek de bevindingen eerst in het kernteam: de huisarts en de praktijkverpleegkundige die het assessment heeft uitgevoerd.



STAP 4

Onderzoek zo nodig verder
Soms is verdiepend onderzoek, nadere diagnostiek en consultatie nodig. Kies ook hiervoor een stepped care benadering:
1. Het kernteam neemt de eerste analyse voor haar rekening
2. Het kernteam betreft daarna 'op indicatie' andere disciplines, zoals de specialist ouderengeneeskunde.



STAP 5

Besprek de resultaten (praktijkverpleegkundige - huisarts)
• Vat de analyse samen in een overzicht van alle problemen. Het SFMPC-model helpt hierbij.
• Prioriteer de problemen naar urgentie.



STAP 6

Is er sprake van complexe problematiek? (huisarts)
Bepaal nu of er sprake is van complexe problematiek en van kwetsbaarheid: ja of nee?
JA: ga door met stap 7
NEE: bespreek met de oudere hoe vinger aan de pols gehouden wordt om bij toekomstige problemen tijdig betrokken te worden.



STAP 7

Stel een zorgbehandelplan op (praktijkverpleegkundige)
• De praktijkverpleegkundige stelt nu een zorgbehandelplan op.
• Aan de hand van de opgestelde inventarisatie, uitgaande van de behoeften, wensen en prioriteiten van de oudere zelf, wordt voor elk probleem een haalbaar doel geformuleerd, met de actie die nodig is om die doelstelling te behalen.
• Noem hierin ook periodieke screening op polyfarmacie op.
• Leg vast wie wat voor zijn rekening neemt.
• Benut hierbij een toolbox met interventies bij veelvoorkomende problemen.



STAP 8

Besprek het zorgbehandelplan (praktijkverpleegkundige - huisarts)
Bespreek het plan als kernteam van huisarts en praktijkverpleegkundige.



STAP 9

Vraag het ouderenteam om advies (ouderenteam)
• Vraag advies in het multidisciplinair overleg met deskundigen als de specialist ouderengeneeskunde.
• Maak in dit overleg ook afspraken over coördinatie en casemanagement. De casemanager kan de praktijkverpleegkundige zijn maar ook een andere discipline.



STAP 10

Stel samen met de oudere een Individueel Zorg Plan op (casemanager)
• Bespreek het zorgbehandelplan met de oudere en diens verzorgende
• Stel samen met hen op basis hiervan een Individueel Zorg Plan op. Het IZP omvat:
• De doelen van de patiënt
• De afspraken die u samen maakt om deze doelen te behalen.
• Concrete zelfmanagementacties voor de oudere zelf.
Het Individueel Zorg Plan kan verschillende uitingsvormen hebben, papier of digitaal, met woorden en/of beelden. Belangrijk is dat het past bij de persoon die het wil gebruiken.



STAP 11

Voer het individueel zorgplan uit (ouder, casemanager)
Houd actief vinger aan de pols bij de uitvoering van het plan. Dit doet de casemanager. Deze heeft regelmatig contact met de oudere. En is actief betrokken bij transities zoals een ziekenhuisopname.



STAP 12

Voer een medicatiereview uit (apotheek, huisarts, praktijkverpleegkundige)
Voer een medicatiereview uit. Bekijk in hoeverre de geneesmiddelen nodig zijn, of alle voorzorgsmaatregelen getroffen worden en in hoeverre alle aandoeningen aldoende behandeld worden. Dit doen apotheek, huisarts en praktijkverpleegkundige samen.



STAP 13

Evalueer het individueel zorgplan (huisarts, casemanager)
• Evalueer het individueel zorgplan. De casemanager organiseert deze evaluatie.
• Herhaal indien nodig onderdelen van het assessment.



Is er tussentijds sprake van een belangrijke wijziging? Overleg dan met de casemanager of tussentijdse evaluatie en bijstelling van het individueel zorgplan nodig is. Dit gebeurt ook als een geplande actie niet het gewenste resultaat oplevert.

Meer weten?

Download de gratis handreiking 'Zorg voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn; Handreiking voor professionals & multidisciplinaire teams' op het Kennisplein Chronische Zorg: www.kennispleinchronischezorg.nl

* PVK kan overal ook WVK of POH zijn