



**GEÏNTEGREERDE ZORG
VOOR OUDEREN
WEST-ACHTERHOEK**

GZC

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	6
BEHOEFTE VAN OUDEREN	7
HOE GAAT HET NU?	8
WAT GAAN WE ANDERS DOEN?	9
EFFECTEN	13
WERKMODEL GEÏNTEGREERDE ZORG VOOR OUDEREN	14
AMBULANT TEAM OUDERENGENEESKUNDE	21

Kennisnetwerk Kwetsbare Ouderen West-Achterhoek

Contactpersoon I. Bennink, Manager Kennisnetwerk Kwetsbare Ouderen

Postbus 534

7000 AM Doetinchem

www.kennisnetwerkkwetsbareouderen.nl

INLEIDING

Kwetsbaar en afhankelijk worden, dat willen we het liefst zo lang mogelijk uitstellen. Door vroegtijdig zicht te krijgen op kwetsbaarheid bij ouderen kunnen we hierop inspelen en ervoor zorgen dat zij langer zelfstandig kunnen blijven. Professionals als huisartsen, wijkverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde en sociale wijkteams hebben hier een belangrijke rol in.

Nu al is het zo dat één op de tien Nederlanders 70 jaar of ouder is. Over twintig jaar is zelfs een kwart van de Nederlandse bevolking boven de 70. Ook worden we steeds ouder. Hoe beter het lukt om langer gezond te blijven, hoe meer kwaliteit van leven iemand ervaart.

INNOVATIEF

In de West-Achterhoek staan we de komende jaren voor grote uitdagingen. Niet alleen is de vergrijzing in onze regio twee keer zo hoog als in de rest van Nederland, ook hebben we te maken met een krappe arbeidsmarkt van zorgprofessionals en een krimp budget. Het aantal mensen dat werkt, daalt flink en het aantal mantelzorgers neemt af. Doordat mensen steeds ouder worden nemen multimorbiditeit, functionele en (psycho)sociale problemen en complexe zorgvragen toe.

Daarentegen staat de Achterhoek bekend als een van de meest innovatieve regio's van ons land. Ook het Kennisnetwerk Kwetsbare Ouderen zoekt samen met alle partijen voortdurend naar verbetering en vernieuwing van ondersteuning van ouderen. Samen zorgen we ervoor dat mensen zelf verantwoordelijkheid kunnen nemen voor

hun gezondheid en richten ons op het versterken van empowerment, positieve gezondheid en zelfmanagement.

DOELSTELLING

We willen bereiken dat kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, terwijl ze de juiste begeleiding, zorg en behandeling krijgen. Hierbij is kwaliteit van leven het uitgangspunt.

Om dit doel te bereiken komen de samenwerkende partijen in de West-Achterhoek met twee belangrijke vernieuwingen. Met dit boekje willen we u graag informeren over het werkmodel Geïntegreerde Zorg voor Ouderen (GZO) en de inzet van het Ambulant Team Ouderengeneeskunde (ATO).

WAT HOUDT KWETSBAARHEID IN?

Het begrip 'kwetsbaarheid' kent verschillende definities. Het is geen ziekte, maar een verzameling risicofactoren. Kwetsbaarheid is een specifieke conditie bij ouderen die we associëren met een verhoogd risico op vooral fysiek functieverlies. Dit risico op functieverlies is niet identiek aan, maar wordt wel geassocieerd met veroudering, beperkingen en het hebben van meerdere ziektes en aandoeningen.

Kwetsbare personen zijn vaker oud, hebben meer dan één aandoening (multimorbiditeit), meer lichamelijke beperkingen en ervaren een slechtere gezondheid.

BEHOEFTE VAN OUDEREN

Eigen regie behouden, de eigen vertrouwde omgeving om zich heen hebben, langer zelfstandig thuis wonen en mee blijven doen in de samenleving. Dat zijn de wensen van ouderen, ook als ze kwetsbaar worden.

Gezonde ouderen redden zich redelijk in het bestaande gezondheidszorgsysteem. Maar voor kwetsbare ouderen met meerdere gezondheids- of welzijnsproblemen schiet het systeem soms tekort. Veel kwetsbare ouderen zijn erg gevoelig voor schadelijke effecten van niet-passende en niet-tijdig verleende zorg. Deze zorg moet beter aansluiten op hun meervoudige problematiek.

GEÏNTEGREERDE ZORG

Het op tijd aanbieden van de juiste zorg aan kwetsbare ouderen vereist een proactief (en uiteindelijk preventief) beleid, gebaseerd op goede kennis van hun gezondheids- en welzijnssituatie. De opeenstapeling van beperkingen vraagt om zowel integrale als geïntegreerde ouderenzorg.

Integrale zorg bekijkt gezondheid vanuit somatisch, psychisch en maatschappelijk perspectief. Maar geïntegreerde zorg is ook teamwork: de verschillende disciplines werken gecoördineerd samen. Oplossingsrichtingen hiervoor zijn: zorg op maat, herinrichting van zorg(processen), transitie van ziekte-naar mensgeoriënteerde zorg, zorg op het juiste moment en de juiste plaats en door de juiste professional.

GOEDE ZORG = TEAMWORK

Uit inventarisaties onder ouderen blijkt dat het grootste knelpunt voor kwetsbare ouderen in deze regio het ontbreken van coördinatie en afstemming van zorg en welzijn is. Goede zorg betekent teamwork: samenwerken van disciplines met de oudere en zijn of haar mantelzorger staat daarbij centraal.

HOE GAAT HET NU?

Ouderen hebben vaak verschillende problemen, waardoor de situatie nogal eens complex van aard is. In veel gevallen zijn deze problemen niet helder. Er kan sprake zijn van onderdiagnostiek. Of problemen worden te laat gesignaleerd waardoor ondersteuning om erger te voorkomen te laat komt. Ouderen kunnen zelf moeilijk de weg vinden en hebben te maken met verschillende professionals. Deze professionals werken te weinig samen, waardoor de samenhang in de zorg en begeleiding ontbreekt. Daardoor is er een verhoogd risico op escalatie van problematiek, afname van kwaliteit van leven, niet-noodzakelijke ziekenhuisopname of onnodig lange ziekenhuisopname.

Voor de ouderenzorg is de klassieke ketenzorg niet effectief, omdat er geen sprake is van elkaar opvolgende voorspelbare activiteiten. Bestaande programma's voor ziektegebonden zorg leiden voor ouderen met multimorbiditeit tot nieuwe fragmentatie, omdat zij afhankelijk zijn van meerdere en los van elkaar staande zorgprogramma's. De vraag naar acute zorg zal toenemen.

RISICO'S VAN ZIEKENHUISOPNAME

Een ziekenhuisopname is voor een kwetsbare oudere patiënt zeer risicovol vanwege de verhoogde kans op complicaties. Veel van deze complicaties leiden tot functionele en/of cognitieve achteruitgang van de oudere patiënt. Bij een grote groep ouderen ontstaat onherstelbaar functieverlies,

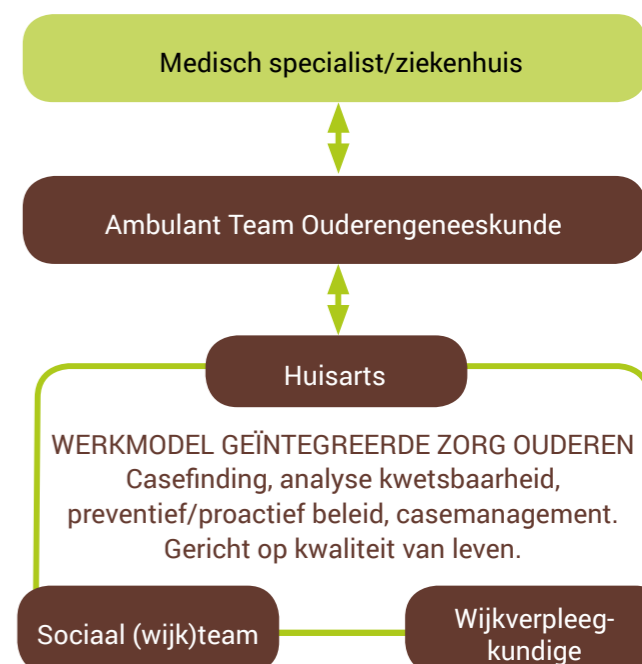
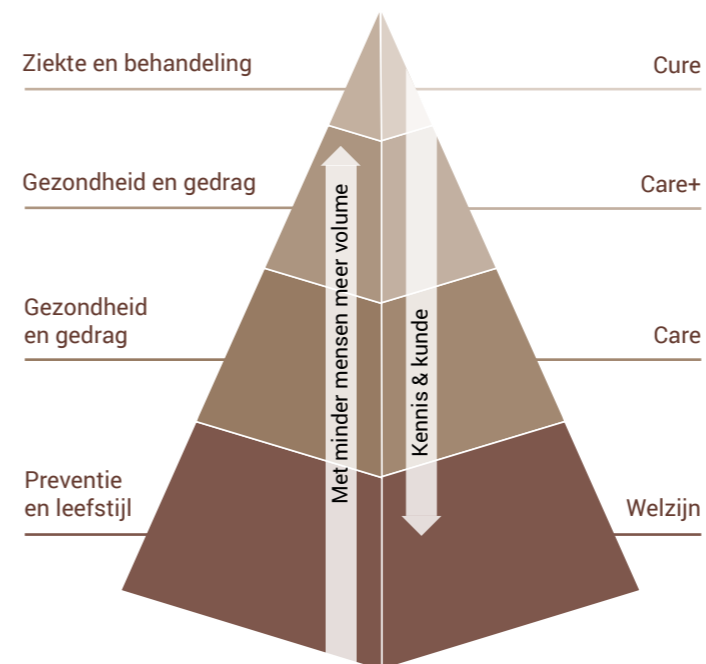
als gevolg van complicaties tijdens een ziekenhuisopname. Functieverlies betekent dat mensen na opname blijvend minder goed in staat zijn om zelfstandig activiteiten te verrichten.

In het dagelijkse leven leidt dit tot een grotere afhankelijkheid en dat is een bedreiging voor hun zelfredzaamheid en het zelfstandig wonen. Gevolgen zijn: afnemende kwaliteit van leven, langere opnameduur, vaker institutionalisering, verkeerde bedproblematiek, hogere zorgconsumptie en toenemende mantelzorgbelasting. Het voorkomen van een ziekenhuisopname is dus heel effectief om achteruitgang te voorkomen.

WAT GAAN WE ANDERS DOEN?

We willen bereiken dat kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, terwijl ze de juiste begeleiding, zorg en behandeling krijgen. Hierbij is kwaliteit van leven het uitgangspunt.

In de West-Achterhoek gaan we dit regelen op diverse niveaus in de gezondheidspiramide. Onderin de piramide zorgen we ervoor dat kwetsbare ouderen mee kunnen blijven doen door de inzet van de werkwijze Geïntegreerde Zorg voor Ouderen (GZO) in de huisartspraktijk. Een werkwijze die aanstuurt op een preventieve en proactieve aanpak bij ouderen die kwetsbaar worden. Voor complexe problematiek stellen we specialistische kennis beschikbaar door inzet van een Ambulant Team Ouderengeneeskunde (ATO).



WERKMODEL GEÏNTEGREERDE ZORG VOOR OUDEREN (GZO)

Het werkmodel Geïntegreerde Zorg voor Ouderen (GZO) komt onderin de piramide aan bod. Met deze werkwijze realiseren we geïntegreerde ouderenzorg vanuit de huisartspraktijk in samenwerking met de thuiszorg en het sociaal (wijk)team.

Samen met een oudere kijken we of er sprake is van kwetsbaarheid op één of meer domeinen van zijn leven. Met als doel om te komen tot een preventieve en integrale aanpak van kwetsbaarheid. Hiermee voorkomen we onnodig functieverlies en richten we ons op behoud van kwaliteit van leven op lichamelijk, psychisch en maatschappelijk gebied. Door dit vooral in een vroeg stadium in te zetten, voorkomen we onnodige achteruitgang en behoudt de oudere zoveel mogelijk kwaliteit van leven.

De elementen en stappen staan in het werkmodel GZO:

- Casefinding en analyse van kwetsbaarheid
- Opstellen van preventief - en proactief beleid
- Eerstelijns Multi Disciplinair Overleg (EMDO)
- Casemanagement

AMBULANT TEAM OUDERENGENEESKUNDE

De problematiek in de thuissituatie wordt steeds complexer omdat steeds meer ouderen langer thuis blijven wonen. In de eerste lijn blijkt onvoldoende kennis en vaardigheden aanwezig om de kwetsbare oudere met multimorbiditeit en complexe zorgvraag te behandelen en te begeleiden. Hier gaat het niet alleen om de huisarts, maar ook om de wijkverpleging en paramedische disciplines in de eerste lijn. Om deze reden hebben de samenwerkende partijen een Ambulant Team Ouderengeneeskunde (ATO) opgezet.

DE HUISARTS KAN HET ATO INSCHAKELLEN ALS ER SPRAKE IS VAN EEN COMPLEXE ZORGVRAAG BIJ KWETSBARE OUDEREN.

De huisarts kan het ATO inschakelen als er sprake is van een complexe zorgvraag bij kwetsbare ouderen.

Huisarts is hoofdbehandelaar

Bij behandeling van ouderen in de eerste lijn is de huisarts de hoofdbehandelaar. De huisarts kan gebruik maken van verschillende modules van het Ambulant Team Ouderengeneeskunde (ATO).

Modules

De huisarts kan de modules aanvragen via de Helpdesk Kwetsbare Ouderen. Het kan gaan om een eenmalig telefonisch consult (gebruik maken van de expertise van de geraadpleegde professional) of een meekijkconsult, waarbij de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde de patiënt samen kunnen zien. De huisarts heeft ook keuze uit de module EMDO, wanneer hij gaat starten met het werkmodel Geïntegreerde Zorg voor Ouderen (GZO). De specialist ouderengeneeskunde neemt dan deel als adviseur in het EMDO in de praktijk. Verder zijn er de modules: Geriatrisch assessment met kortdurende medebehandeling en Langdurige medebehandeling met ANW-bereikbaarheid (gedurende de avond, nacht en weekeinde).

Inzet van het Ambulant Team Ouderengeneeskunde (ATO) zorgt ervoor dat er meer gespecialiseerde kennis in de eerste lijn beschikbaar is. Hierdoor komt passende zorg voor kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag beschikbaar in de thuissituatie. Verwijzingen en opnames naar de tweede lijn kunnen we hiermee uitstellen of voorkomen.

BESCHIKBARE MODULES

- Telefonisch consult
- Meekijkconsult
- EMDO
- Geriatrisch assessment
- Langdurige medebehandeling

SAMENWERKING MET MEDISCH SPECIALIST EN GEÏNTEGREERDE ZORG ZIEKENHUIS

De huisartspraktijk kan een klinisch geriater op indicatie consulteren over specifieke ziektediagnostiek en kan advies krijgen om dit zo efficiënt mogelijk te doen, met zo min mogelijke belasting voor de patiënt. Wanneer een ziekenhuisopname toch noodzakelijk is, wordt de klinisch geriater adequaat geïnformeerd over de patiënt. Hierdoor kan de medische zorg in het ziekenhuis goed aansluiten op de zorg in de eerste lijn.



EFFECTEN

Effecten van genoemde innovaties zijn gericht op verbeterde kwaliteit van leven, kostenbeheersing en een betere kwaliteit van behandeling en begeleiding.

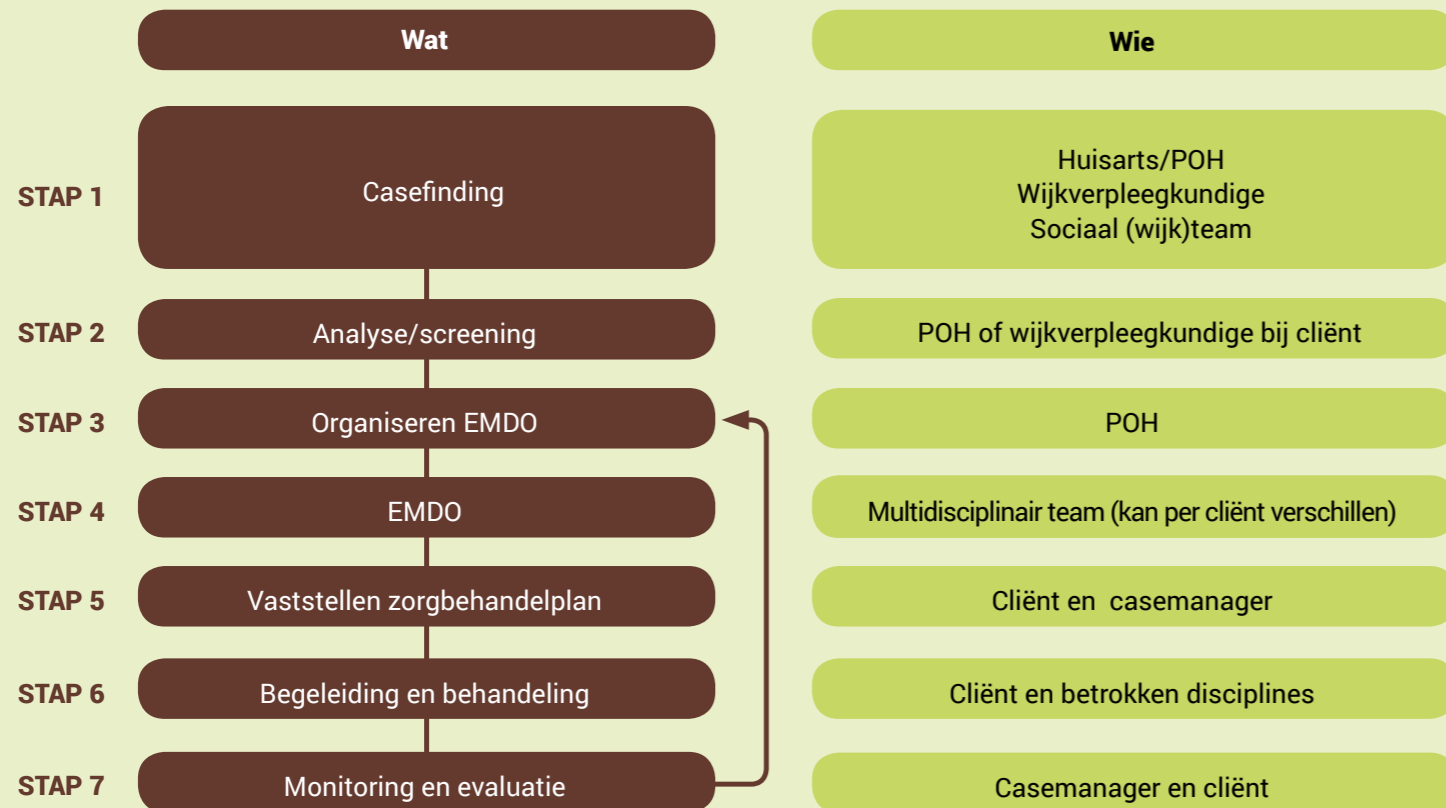
Te verwachten effecten:

1. Ouderen ervaren een verbeterde kwaliteit van leven en welbevinden.
2. Mantelzorgers houden de zorg langer vol.
3. Kwaliteit van zorg en welzijn verbetert door proactieve en samenhangende aanpak van zorg en begeleiding.
4. Efficiëntie en kostenbeheersing
 - door optimaal afgestemde proactieve en preventieve zorg
 - minder doorverwijzingen naar de tweede lijn/geriater
 - ouderen langer thuis, uitstel opname verpleeghuis, minder crisisopnames verpleeghuis
 - kortere of minder vaak opnames in het ziekenhuis
 - daling polyfarmacie

De beoogde effecten passen in de zogenaamde piramidegedachte, substitutie en top-down managen van kennis en kunde. Dat is de visie op zorg die de samenwerkende partijen in de West-Achterhoek hebben omarmd.



WERKMODEL GEÏNTEGREERDE ZORG VOOR OUDEREN (GZO)



STAP 1

Casefinding

De huisarts selecteert uit het HIS een doelpopulatie met mogelijk kwetsbare ouderen en screent deze groep op kwetsbaarheid. Hierbij maakt hij gebruik van informatie uit het HIS, eigen informatie of informatie van de

wijkverpleegkundigen en het sociaal (wijk)team. De huisarts maakt op deze manier een inschatting of de oudere kwetsbaar of niet kwetsbaar is, of dat er twijfels zijn over de kwetsbaarheid.

AANDACHTSGEBIEDEN

Somatisch	Medische problemen, diagnoses, medicatie, vocht en voeding
Functioneel	Problemen met (I)ADL, mobiliteit en continentie
Maatschappelijk	Woonomstandigheden, steunend netwerk, sociale contacten en zinvolle dagbesteding
Psychisch	Cognitief functioneren, stemming, ziektebesef, motivatie, communicatie (lezen, zien, spreken, begrijpen en horen)
Wilsverklaring/behandelbeperkingen	Zinvol om bespreekbaar te maken, zo nodig vast te stellen en te noteren in het zorgbehandelplan en in EZIS (EZIS = ziekenhuissysteem en bron voor actuele handelbeperkingen)

STAP 2

Analyse/screening

Analyse: als er sprake is van kwetsbaarheid of twijfel over kwetsbaarheid kan de Praktijkondersteuner Huisartsenzorg (POH) of wijkverpleegkundige een uitgebreide analyse doen met behulp van gevalideerde screeningsinstrumenten, zoals TRAZAG en Easycare-TOS. Bij het afnemen van de screening vraagt de praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige expliciet naar het hoofddoel van de cliënt. Wat zou er in de ogen van hem of haar moeten veranderen voor een betere kwaliteit van leven? Daarnaast zijn er mogelijk problemen op verschillende gebieden, die de kans op gezondheidsproblemen verhogen of de kwaliteit van leven doen afnemen. Het hoort bij goed hulpverlenerschap om de kwetsbare oudere te wijzen op problemen, risico's en mogelijke interventies.

Opstellen concept-zorgbehandelplan: op basis van de gesignaleerde problemen uit de screening stelt de praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige samen met de cliënt de persoonlijke doelen en acties op in een concept-zorgbehandelplan. Waardering van kwaliteit van leven voor de kwetsbare oudere en het bespreken van behandelbeperkingen zijn belangrijke onderdelen van het gesprek.

Vaststellen deelnemers EMDO: aan de hand van de screening stelt de praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige in overleg met de huisarts vast welke disciplines zij uitnodigen voor het Eerstelijns Multi Disciplinair Overleg (EMDO).

STAP 3

Organiseren EMDO

De Praktijkondersteuner Huisartsenzorg (POH) is de coördinator van het Eerstelijns Multi Disciplinair Overleg (EMDO). De praktijkondersteuner zorgt voor de planning van het EMDO, voor het uitnodigen van de deelnemers en het verzamelen en versturen van de informatie (zoals samenvatting van de screening en het concept-zorgbehandelplan).

KERNTTEAM EMDO

Het kernteam van het EMDO bestaat uit: de huisarts, de Praktijkondersteuner Ouderenzorg, de wijkverpleegkundige, de specialist ouderengeneeskunde en bij voorkeur iemand van het sociaal (wijk)team. Op indicatie kan het EMDO andere disciplines uitnodigen, zoals bijvoorbeeld paramedici of een trajectbegeleider dementie.

Een medicatiebeoordeling is een essentieel onderdeel van het EMDO, maar fysieke aanwezigheid van de apotheker is niet noodzakelijk. De apotheker kan een medicatiebeoordeling en aanbevelingen voorbereiden en schriftelijk inbrengen in het EMDO.



STAP 4

Eerstelijns Multi Disciplinair Overleg (EMDO)

De wensen en behoeften van de kwetsbare oudere staan centraal tijdens het multidisciplinair overleg, waarin aandacht is voor medische problematiek, zorgproblemen en welzijnsaspecten. Het team bespreekt het medicatieadvies en geeft adviezen op de problemen en hulpvragen. Hierbij blijven de wensen en behoeften van de cliënt leidend. Het zorgbehandelplan, dat de cliënt en/of mantelzorger heeft opgesteld, vormt de leidraad voor het proces van zorg, behandeling en begeleiding.

Op basis van de problematiek benoemt het team één van de deelnemende professionals tot casemanager.

PRIVACY EN ZELFBESCHIKKING:

De professional die de intake doet (praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige) meldt de cliënt of diens vertegenwoordiger dat er een overleg plaatsvindt en wie erbij aanwezig zijn. We verwachten dat de cliënt het multidisciplinair overleg ondersteunt, omdat het tot doel heeft het functioneren en de kwaliteit van leven van de cliënt te verbeteren. Bij voorkeur wordt mondelinge goedkeuring vermeld in het HIS. Voorafgaand aan het multidisciplinair overleg meldt de voorzitter dat het gaat om privacygevoelige informatie en dat hij geheimhouding en discretie verwacht, expliciet van de aanwezige niet-BIG-geregistreerden.

ZORGMIJDERS

In het geval van patiënten die op voorhand iedere vorm van hulpverlening weigeren (zorgmijders), is het de plicht van betrokken hulpverleners om in te schatten of het gezondheids- en welzijnsbelang van de patiënt door het zorgmijden in het geding komt. Het weigeren van hulpverlening is mogelijk geen weloverwogen keuze, maar een gevolg van onmacht, onvermogen en/of wilsonbekwaamheid. In dat geval is bemoeizorg gerechtvaardigd. Hierbij zijn vaak meerdere instanties betrokken. Zonder afstemming en overleg is goede hulpverlening niet mogelijk. Uitwisselen van (bepaalde) persoonsgegevens is daarbij onvermijdelijk. In principe wordt hiervoor toestemming gevraagd aan de patiënt. Verstrekken van persoonsgegevens zonder toestemming vindt plaats in een zo klein mogelijk team, waarbij geheimhouding formeel is geregeld. Dit vindt slechts plaats na zorgvuldige afweging en wordt goed gedocumenteerd door de huisarts.

STAP 5

Vaststellen zorgbehandelplan

Het is de taak van de casemanager om de adviezen van het multidisciplinair overleg te bespreken met de cliënt en/of de vertegenwoordiger. De casemanager en de cliënt stellen samen het definitieve zorgbehandelplan op. Wanneer er sprake is van behandelbeperkingen, heeft de huisarts nog een gesprek met de cliënt om deze samen vast te stellen. Deze behandelbeperkingen neemt de huisarts op in het zorgbehandelplan en in EZIS (= Elektronische Ziekenhuis Informatie Systeem).

STAP 6

Begeleiding en behandeling

Iedere discipline voert de activiteiten uit volgens het zorgbehandelplan en zorgt dat alle betrokkenen op de hoogte zijn van belangrijke veranderingen. De casemanager houdt de betrokken hulpverleners op de hoogte van tussentijdse wijzigingen zoals ziekte, opname of overlijden.

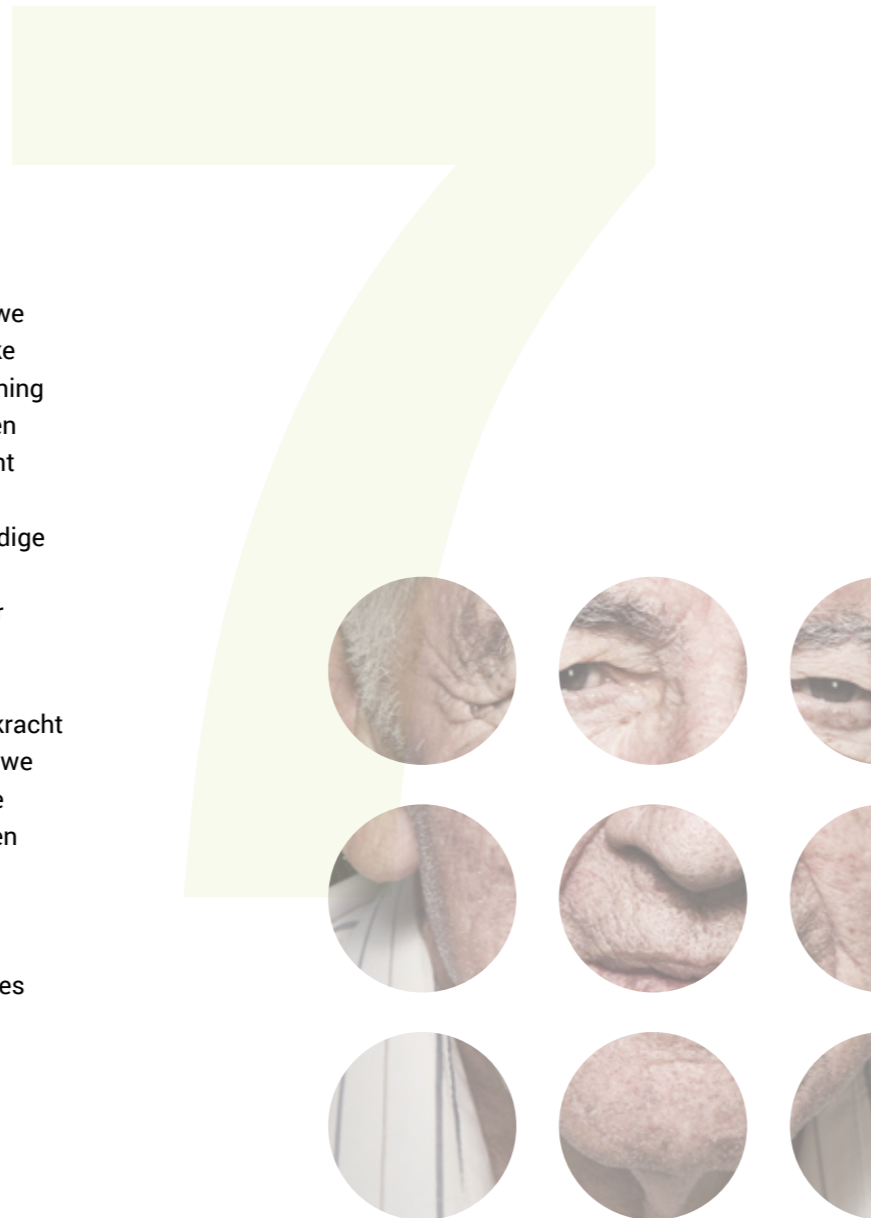
STAP 7

Monitoring en evaluatie

Casemanagement is een systematische werkwijze die we toepassen bij cliënten waar de zorgvraag de inhoudelijke en organisatorische complexiteit de reguliere zorgverlening te boven gaat en waar de regelcapaciteit van de cliënt en zijn systeem laag is. De casemanager begeleidt de cliënt en het cliëntsysteem, coördineert de zorg vanuit de behoefte van de cliënt en is verantwoordelijk voor tijdige evaluatie en bijstelling van het zorgbehandelplan. De casemanager is een herkenbaar aanspreekpunt voor de cliënt, artsen en overige disciplines.

De werkwijze richt zich op het versterken van de eigen kracht van de cliënt en/of de mantelzorger. Daarnaast streven we naar het behoud van functioneren, optimaliseren van de zelfredzaamheid, het verhogen van de kwaliteit van leven en het voorkomen of begeleiden van achteruitgang.

Om de complexiteit van hulpverlening goed te kunnen managen, dient de casemanager over HBO- competenties te beschikken.



AMBULANT TEAM OUDERENGENEESKUNDE (ATO)

MODULE 1 EENMALIGE (TELEFONISCHE) CONSULTATIE

De huisarts kan zowel tijdens kantoortijden als tijdens ANW-uren telefonisch of persoonlijk overleg plegen met de specialist ouderengeneeskunde van het Ambulant Team Ouderengeneeskunde (ATO). Dit kan plaatsvinden op locatie van de huisartsenpraktijk of telefonisch. Afhankelijk van de vraag kan de specialist ouderengeneeskunde de huisarts doorverwijzen naar een andere professional. De huisarts heeft de gelegenheid zijn eigen gedachtes te toetsen of te spiegelen en kan gebruik maken van de expertise van deze professional. De huisarts blijft verantwoordelijk voor de volledige behandeling.

MODULE 2 MEEKIJKCONSULT

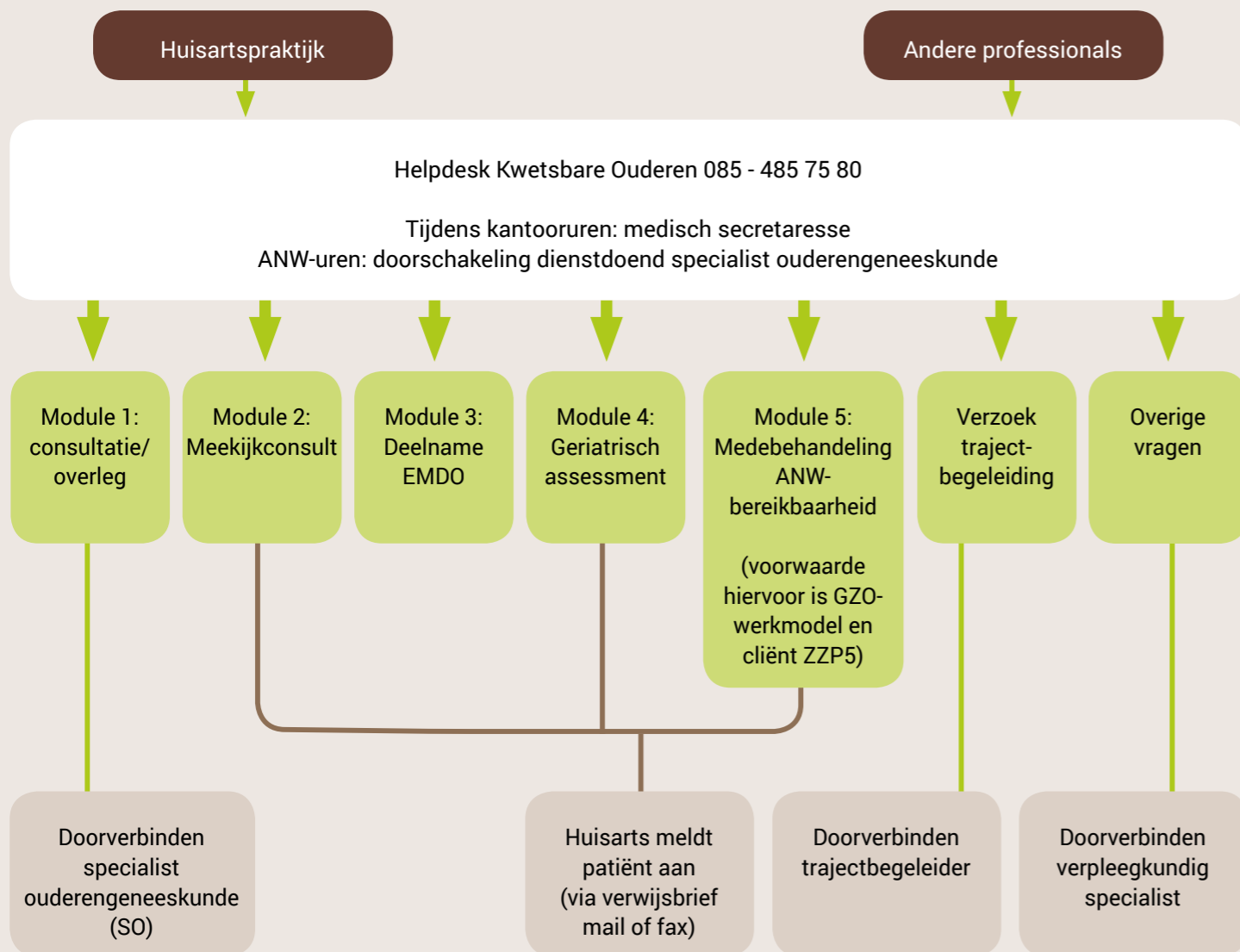
De huisarts en de specialist ouderengeneeskunde zien de patiënt gezamenlijk tijdens een consult of huisbezoek. Afhankelijk van de bevindingen stelt de specialist een diagnose en geeft advies aan de huisarts. Dat kan gaan om uiteenlopende zaken, zoals cognitie en gedrag, vallen en immobiliteit, decubitus en wondzorg. De specialist ouderengeneeskunde is verantwoordelijk voor het advies, rapporteert dit in het digitaal dossier en koppelt het mondeling terug aan de huisarts. De huisarts blijft verantwoordelijk voor de volledige behandeling.

MODULE 3 DEELNAME EMDO

De huisartspraktijk doet actief aan casefinding van kwetsbare ouderen. De meest kwetsbare ouderen worden multidimensioneel geanalyseerd (SAMPC). De specialist ouderengeneeskunde neemt deel aan het periodieke Eerstelijns Multi Disciplinair Overleg (EMDO). Tijdens dit overleg maken deelnemers een zorgbehandelplan en wijzen een casemanager aan. De specialist ouderengeneeskunde is verantwoordelijk voor de adviezen tijdens het EMDO en rapporteert de adviezen in het digitaal dossier. De huisarts blijft verantwoordelijk voor de volledige behandeling.

MODULE 4 GERIATRISCH ASSESSMENT MET KORTDURENDE MEDEBEHANDELING (ZONDER ANW-BEREIKBAARHEID)

Er vindt onderzoek plaats naar voeding, looppatroon, valrisico, cognitie, stemming, gedrag, zorgbehoefte, continentie, sociaal netwerk en participatie in de samenleving. Tevens is er een medicatiebeoordeling. Op grond van de multidimensionale analyse wordt een zorgbehandelplan opgesteld, dat wordt besproken met patiënt of vertegenwoordiger en met de betrokken wijkverpleegkundige en huisarts. Wanneer het nodig



is worden para- en perimedici uit de eerste lijn ingezet. Desgewenst worden andere professionals uit het Ambulant Team Ouderengeneeskunde (ATO) ingeschakeld voor nadere diagnostiek of advisering. Het zorgbehandelplan wordt na een afgesproken termijn multidisciplinair geëvalueerd en bijgesteld. Met de patiënt en vertegenwoordiger worden afspraken gemaakt rondom advance care-planning.

Afronding na drie maanden

De huisarts of wijkverpleegkundige kunnen bij tussentijdse problemen, gerelateerd aan het zorgbehandelplan, tijdens kantoortijden contact opnemen met het ATO. De specialist ouderengeneeskunde is eindverantwoordelijk voor de inhoud van het zorgbehandelplan en voor het tussentijds gegeven advies. De specialist ouderengeneeskunde of verpleegkundig specialist rapporteert het zorgbehandelplan en de tussentijdse contactmomenten in het digitaal dossier, en koppelt dit schriftelijk terug aan de huisarts. De overige huisartsgeneeskundige valt onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. Voor acute zaken dient altijd de huisarts te worden benaderd. De betrokkenheid van het ATO is tijdelijk en wordt na ongeveer drie maanden afgerond.

MODULE 5 LANGDURIGE MEDEBEHANDELING MET ANW-BEREIKBAARHEID

Aan module 5 gaat altijd module 4 vooraf. In geval van zorgzwaartepakket 5 of hoger, of een equivalente hoog-complexe zorgvraag, kunnen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde beslissen om medebehandeling te starten. Met de patiënt en vertegenwoordiger worden afspraken gemaakt rondom advance care-planning. De huisarts en specialist ouderengeneeskunde hebben ieder een eigen verantwoordelijkheid over de behandeling van de patiënt, die duidelijk is vastgelegd in het zorgbehandelplan.

Minimaal twee keer per jaar evalueert het multidisciplinair team het zorgbehandelplan en stelt waar nodig bij.

Consult op dezelfde dag

Voor acute en minder acute zaken, op het domein waarvoor de specialist ouderengeneeskunde eindverantwoordelijk is, kan de doktersassistente van de huisartspraktijk een eerste triage doen. Indien nodig kan de doktersassistent of huisarts de patiënt, vertegenwoordiger, het zorgteam of wijkverpleegkundige tijdens kantoortijden doorverwijzen naar het Ambulant Team Ouderengeneeskunde (ATO). Wanneer het nodig is, kan het ATO dezelfde dag een consult of huisbezoek doen. Voor overige problemen dient de huisarts te worden benaderd.

Buiten kantoortijden

Tijdens de avond, nacht en in het weekeinde kan de huisartsenpost contact opnemen met de dienstdoende specialist ouderengeneeskunde van Azora of Sensire. Na eerste (telefonische) triage door de dienstdoende huisarts kan consultatie worden aangevraagd bij de specialist ouderengeneeskunde. Voor de domeinen waarvoor de specialist ouderengeneeskunde eindverantwoordelijk is, kan een consult op de huisartsenpost of een huisbezoek plaatsvinden. De medebehandeling kan van blijvende aard zijn, vanwege de kenmerken van de patiënten en de hoog-complexe zorg.

Digitaal dossier

De specialist ouderengeneeskunde rapporteert het zorgbehandelplan en de bevindingen en adviezen in het digitaal dossier. Tevens koppelt de specialist deze schriftelijk terug aan de eigen huisarts.

Kennisnetwerk Kwetsbare Ouderen West-Achterhoek

Contactpersoon I. Bennink, Manager Kennisnetwerk Kwetsbare Ouderen

Postbus 534

7000 AM Doetinchem

www.kennisnetwerkkwetsbareouderen.nl