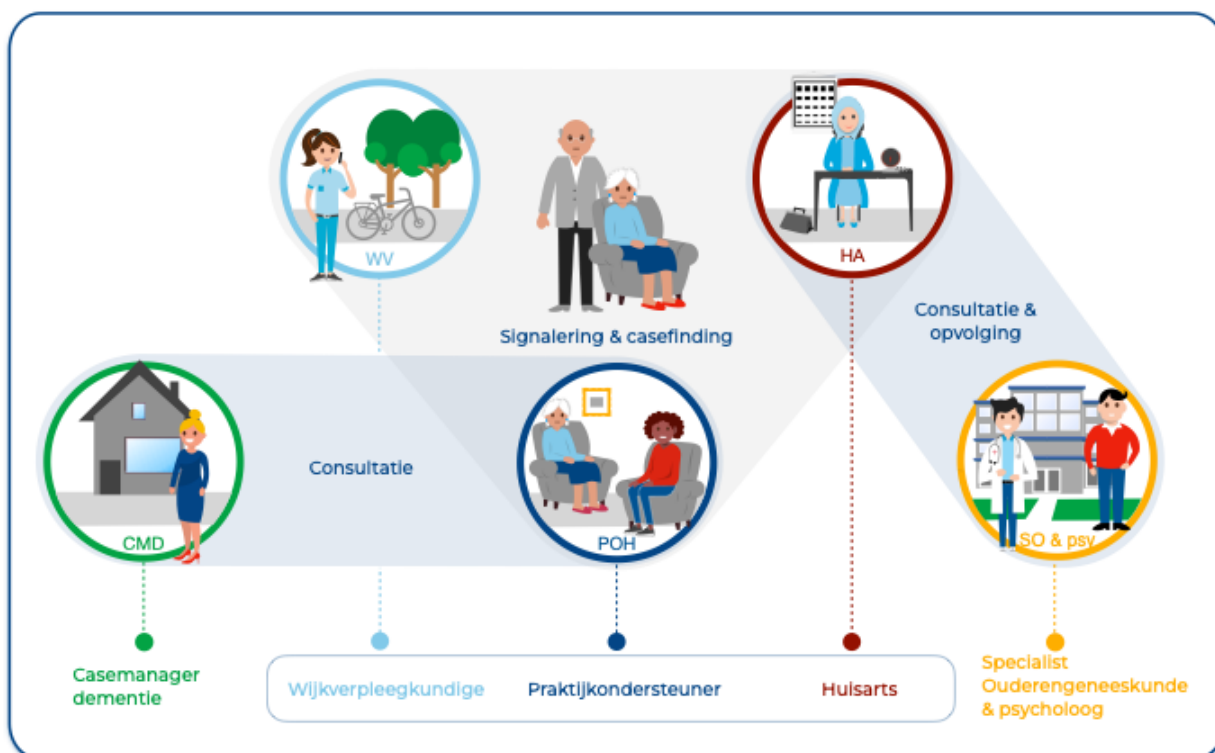


Samenspel bij kwetsbare ouderen

Verbetert & ontzorgt

Netwerkgorg

In Midden-Brabant wordt in de module vroegtijdige signalering kwetsbare ouderen samengewerkt met ketenpartners. In dit document zijn de specifieke rollen en taken van verschillende zorgprofessionals uitgeschreven.



Het hele team

Ouderenzorg is netwerkgorg, we hebben elkaar nodig. Het is ieders verantwoordelijkheid om:

- een sterk professioneel **netwerk** te onderhouden
- een actieve bijdrage te leveren tijdens **MDO's**
- elkaars kwaliteiten te **kennen** en te gebruiken

Rollen deelnemers Module "Vroegtijdige signalering Kwetsbare Ouderen"

In de Module Vroegtijdige signalering Kwetsbare Ouderen wordt volop samengewerkt met ketenpartners.

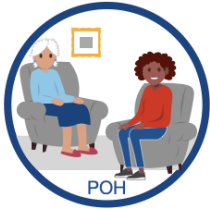
In dit document zijn een aantal **specifieke rollen en taken** uitgeschreven die relevant zijn in dit zorgprogramma.

Het is dus geen totale beschrijving van de verschillende ketenpartners. Het is de bedoeling dat het **richting geeft** in de **samenwerking** die altijd op **praktijkniveau** plaatsvindt en vorm krijgt.

Inhoud

Rol van de Praktijkondersteuner Ouderenzorg (POH-O)	3
Rol van de huisarts (HA)	3
Rol van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO)	4
Rol van de Verpleegkundig specialist vanuit de VVT.....	5
Rol van de wijkverpleegkundige.....	5
Rol van de Casemanager Dementie (CMD)	5
Overige hulpverleners	6

Rol van de Praktijkondersteuner Ouderenzorg (POH-O)



De POH-O is de spin in het web in de zorg voor kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk. De POH-O werkt bij de uitvoering van deze taken in nauwe afstemming samen met de huisarts.

Taken in de patiëntenzorg in het zorgprogramma:

- Actieve signalering en casefinding van kwetsbare ouderen in samenwerking met huisarts en wijkverpleegkundigen;
- Een integrale inventarisatie van de patiënten situatie (de gehele context rondom de patiënt);
- Het signaleren van afgegeven indicaties zoals vanuit de WMO of de Wlz en verwerkt deze in het HIS;
- Procesbewaking bij vroegdiagnostiek: onderzoek naar alle relevante factoren die op individueel niveau lijken mee te spelen bij de kwetsbaarheid zoals bijvoorbeeld onderbehandeling van ziekten, aanwezigheid en impact van dementie of andere ziekten, polyfarmacie, eenzaamheid etc.;
- Bespreking probleemanalyse (SFMPC) met huisarts en specialist ouderengeneeskunde (SO), opstellen concept individueel zorgleefplan (IZP) en agenda voor het MDO;
- Organisatie MDO en opvolging afspraken;
- Begeleiding en ondersteuning van de mantelzorg.
- ACP : Voeren van levenswensengesprek en voorbereiding behandelwensen gesprek voor HA/SO.

NB: De taken die bij de rol van de huisarts staan overlappen in kader verlengde arm constructie voor een groot deel de taken van de praktijkondersteuner ouderenzorg.

Taken in de organisatie van het zorgprogramma:

Registratie volgens afspraken met de zorggroep (verzameling van de indicatoren) in HIS.

Overall programmacoördinatie vanuit de huisartsenvoorziening in de keten, aanspreekpersoon voor de zorggroep.

Rol van de huisarts (HA)

In alle fasen van het zorgprogramma heeft de HA een rol en daarin werken de POH-O en de HA intensief samen. De HA heeft een superviserende rol naar de POH-O bij de casefinding, het maken van de probleemanalyse en het opstellen van het IZP.

De HA kent de patiënt en diens context. Deze kennis is belangrijk bij de interpretatie en de probleemanalyse en het opstellen van het concept IZP.

Taken:

- Draagt eindverantwoordelijkheid voor het leveren van medisch generalistische basis zorg;
- Actieve signalering en casefinding van kwetsbare ouderen in samenwerking met praktijkondersteuner en wijkverpleegkundigen;
- Is alert op signalen van kwetsbaarheid in ontwikkeling, bij dreigend regieverlies vooral bij oudere patiënten;
- Vroegdiagnostiek naar alle relevante factoren die op individueel niveau lijken mee te spelen bij de ontwikkeling van kwetsbaarheid zoals bijvoorbeeld onder behandeling van ziekten, aanwezigheid en impact van dementie of andere ziekten, polyfarmacie, eenzaamheid etc.;



- Voorbereiding en actieve deelname aan het MDO. In het MDO kan de huisarts of de POH ouderenzorg de voorzittersrol op zich nemen. Tijdens MDO blijven HA en POH alert of het beleid voldoende helpend is voor patiënt en mantelzorger;
- Structurele medicatiebeoordeling bij iedere kwetsbare oudere in samenwerking met apotheker en/of SO;
- Adequate follow-up van de zorg voor de kwetsbare ouderen na (tijdelijke) opname in tweede lijn of andere zorginstellingen (denk aan de module transmurale zorg);
- Toezien op doelmatigheid (waar mogelijk reductie, waar noodzakelijk toevoeging) van ziekte specifieke eerstelijnszorg (bv Diabetes, COPD) en specialistische zorg bij multi morbiditeit en kwetsbaarheid.
- Voeren van ACP-behandelwensen gesprek.

De huisarts is het eerste aanspreekpunt en verantwoordelijk voor de algemene medische zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen. Wanneer de problematiek van de patiënt complexer wordt en daarmee de huisartsgeneeskundige (medisch generalistische) basiszorg overschrijdt, is expertise van andere zorgverleners, zoals een SO, noodzakelijk. De expertise ten aanzien van ouderenzorg kan per huisarts verschillen en daarmee ook de noodzaak tot het inzetten van andere hulpverleners.

Rol van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO)



De specialist ouderengeneeskunde biedt specifieke medische geneeskundige zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieke patiënten. Het gaat hierbij meestal om patiënten met complexe problemen, waarbij sprake is van multipathologie (comorbiditeit en multimorbiditeit). Het doel van de behandeling is niet zozeer het wegnemen of genezen van de ziekte(n) maar het streven naar herstel van functionaliteit, zelfredzaamheid en/of een optimale kwaliteit van leven.

De specialist ouderengeneeskunde brengt alle domeinen in kaart (somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch, communicatie) en komt dan met een behandelplan met adviezen.

Financiering verloopt in geval van:

- Wlz (Wet langdurige zorg) via het Fonds langdurige zorg (Flz) of
- GZSP (Geneeskundige Zorg voor Specifieke patiëntgroepen) die onder de ZV (Zorgverzekering Wet) valt → dit heeft invloed op het eigen risico.

De specialist ouderengeneeskunde heeft onderstaande rollen in het zorgprogramma:

1. Meedenk-consult (in woonvorm en tijdens ANW);
2. Deelname MDO;
3. Advies bij polyfarmacie;
4. Medebehandeling in 1^e lijn thuis doormiddel van consultatie (en opvolging);
5. Spreekuur op de praktijk;
6. Voeren van ACP-behandelwensen gesprek.

De specialist ouderengeneeskunde wordt ook vaak betrokken voor dementiediagnostiek.

Randvoorwaarde is adequate voorbereiding (MMSE, geriatisch lab, Trazag) en heldere vraagstelling in Zorgdomein door huisarts.

Zo nodig wordt na beoordeling van de verwijzing van de huisarts de verwijzing doorgestuurd naar verpleegkundig specialist of psycholoog als dit meer passend is voor de vraag.

Rol van de Verpleegkundig specialist vanuit de VVT

1. Consultvraag in woonvorm of thuissituatie (in opdracht van SO);
2. Bijwonen MDO's
 - o wij willen de SO erbij; probleemgedrag, of somatisch zware zorg, hoe pakken we dit multidisciplinair aan, kunnen we dit nog aan? Woont iemand nog op de juiste plek?
 - o Vragen op snijvlak van medisch en verpleegkundig domein

Rol van de wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige is een op hbo-niveau opgeleide verpleegkundige die verantwoordelijk is voor:

- De indicatiestelling, de uitvoering en de organisatie van verpleging en verzorging bij mensen thuis.
- Zij richt zich op het ondersteunen van het zelfmanagement, met als doel mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, ondanks ouderdom, ziekte of beperking, en met zo veel mogelijk behoud van eigen regie en kwaliteit van leven. Dit doet zij onder andere door aan te sluiten bij de wensen, behoeften en verwachtingen van de patiënt, en door het signaleren van kwetsbaarheid, het ondersteunen en bevorderen van een gezonde leefstijl, het afstemmen en samenwerken met mantelzorg en zo nodig het inzetten van vrijwilligers.
- De wijkverpleegkundige onderhoudt het contact met het professionele netwerk rond de oudere en vormt de verbinding tussen het medisch en sociaal domein/ wijknetwerk.
- ACP: Zij voert het levenswensengesprek en treft de voorbereiding behandelwensen gesprek voor HA/SO.



De huisarts of de POH-O kan direct de wijkverpleegkundige inschakelen.

De wijkverpleegkundige is tevens vrij toegankelijk voor de oudere zelf. Ook personen uit de omgeving van de oudere kunnen haar inschakelen en vragen om contact op te nemen met de oudere.

Rol van de Casemanager Dementie (CMD)



De CMD heeft een HBO opleiding (HBO-V, Social Work of Maatschappelijk Werk) en een verplichte aanvullende post HBO opleiding tot CMD. CMD hebben een centrale rol in de regie van de individuele dementie-zorgtrajecten van de patiënt en vormen een vast aanspreekpunt voor patiënten, mantelzorgers en betrokken hulp/zorgverleners.

Zij zorgen ervoor dat: "patiënt en patiëntensysteem een integraal en continu zorgaanbod op maat ontvangen gedurende het hele ziekteverloop van dementie, zodat zij in staat zijn om grip op de situatie te behouden." Door hun onafhankelijke positie zijn zij in staat om organisatie-overstijgend te denken en te handelen in het belang van de patiënt en zijn systeem. De CMD werkt volgens de zorgstandaard dementie en is gekoppeld aan een huisartsenpraktijk.

Taken

- Begeleiden en belangen behartigen van de persoon met dementie die thuis woont tot aan opname of overlijden.
- Begeleiden en bijstaan van de mantelzorger en het netwerk.

- Helicopterview, 1^e aanspreekpunt en signaleringsfunctie.
- Voorlichting en psycho-educatie.
- Kennis van / participeren in het netwerk en sociale kaart.
- Ondersteunen bij aanvragen van indicaties en zorg.
- ACP: Het voeren van levenswensengesprek en voorbereiding behandelwensen gesprek voor HA/SO.

Welke samenwerkingsafspraken zijn nodig tussen praktijkondersteuner en CMD?

De CMD wordt ingeschakeld volgens de zorgpaden 2.0. Dat is rondom de diagnose stelling. De CMD stemt af met de HAP of de begeleiding in Zorgpad 1 (POH/Wijkverpleegkundige) of Zorgpad 2 (CMD) gegeven gaat worden. Dit kan tijdens de begeleiding veranderen naar gelang de situatie wijzigt, dit vereist een nauwe samenwerking. Het dient voor de kwetsbare oudere en zijn of haar mantelzorg te allen tijde duidelijk te zijn aan wie ze zich moet richten bij vragen of problemen.

De medische verantwoordelijkheid blijft bij de huisarts. De praktijkondersteuner blijft verantwoordelijk voor het combineren en verbinden van de zorg voor chronische ziekten (multimorbiditeit) en allerlei nieuwe events (het actuele medische dossier) met care en welzijn.

Overige hulpverleners

Overige hulpverleners die je zou kunnen benaderen rondom de patiënt met dementie:

- Geriater
- Ouderenzorg
- Psycholoog
- Zorgadviseur
- Geriatisch) ergotherapeut
- Geriatisch fysiotherapeut
- Rol van de Geriatisch diëtist