



Kwetsbare ouderen: hou het simpel, samen oog voor gebreken & ouderdom

Sleutelwoorden: systematische case-finding, netwerk-onderhoud, samenwerking én inzet tools

Ervaringen/resultaten naar aanleiding van het project Langer Vitaal:

- Cohortscreening levert te weinig nieuwe/voorheen onbekende feiten op
- Kennis van wijkverpleegkundigen en huisartsenpraktijken is complementair en samen hebben zij de groep kwetsbare ouderen in beeld. Samenwerken is dus van belang bij het opsporen van kwetsbaarheid.
- Screening heeft als meerwaarde opgeleverd dat huisartsen, praktijkondersteuners, wijkzorg en de Samendoen-teams meer oog hebben voor mogelijk kwetsbaar zijn én daarover onderling contact leggen.
- Huisartsen hebben de kwetsbare ouderen in de regio vrijwel allemaal in beeld maar zijn niet altijd volledig op de hoogte hoe vaak ze vallen, hoe ernstig de zintuigelijke beperkingen zijn en hoe goed hun netwerk is (kwalitatief en kwantitatief). Deze factoren spelen bij de inschatting van de kwetsbaarheid een belangrijke rol.
- Om de motivatie en betrokkenheid bij het opsporen van kwetsbaarheid te behouden is een pragmatische aanpak, met daar waar zinvol, inzet van meer objectieve meetinstrumenten, de te verkiezen aanpak. Daarmee blijft 'kwetsbaarheid' een subjectief oordeel.
- ICT is weinig ondersteunend gebleken ondanks vele schone beloftes.

Vervolg Vroegsignalering en Adequate Opvolging

- Case-finding gecombineerd met up-to-date houden van de zorg aan de bekende groep kwetsbare ouderen lijkt de meest geschikte mix van opsporing & adequate opvolging.
- Krachtenbundeling en kleinschalig overleg kunnen een efficiënte werkwijze sterk bevorderen. Elkaar kennen (zorgverleners) en makkelijk weten te vinden zijn een essentiële voorwaarde. Investeren in het lokale netwerk van zorgverleners kost in eerste instantie tijd maar levert uiteindelijk tijds winst en betere zorg voor de kwetsbare oudere op.

Mogelijke Signalering/Screenings momenten

- Door jaarlijks een lijst met alle ouderen vanaf 75 jaar langs te lopen krijgt de huisarts snel de potentiële kwetsbare ouderen in beeld die mogelijk aandacht behoeven. Zie bijlage 1 voor de potentiële subgroepen en factoren die (veranderingen van) kwetsbaarheid bepalen .
- Ook de sociale wijkteams en de wijkzorg zouden op bovenstaande wijze hun case-load kunnen screenen.
- Het bereiken van de 75-jarige leeftijd kan benut worden als structureel moment om stil te staan bij de factoren die (veranderingen van) kwetsbaarheid bepalen (zie bijlage). De mogelijkheid om per kwartaal bij de nieuwe instroom een vooraf-inschatting te doen op de risicofactoren, bij thuiszorg na te gaan of iemand 'in zorg' is en/of een GFI toe te zenden en eventueel een fysiek contact af te spreken, kan een efficiënte zoekstrategie zijn.
- Reguliere (jaar)controle ketenzorg
- Vóór electieve- of na acute opname. Zie risicofactoren in bijlage
- Dementerenden: toeleidingsfase voor HA/POH op basis externe signalen. POH kan inventariseren. Daarna komt het veelal bij wijkverpleging die regie voert en/of GGZ-ouderen.
- Kantelingsmoment wanneer niet langer het *orgaan* maar veel meer functioneren in totaliteit bepalend wordt.
- 'Einde leven gesprek' gestructureerd: reanimeren/opnamen/poli controles/fam.ctc In en uitstroom per jaar?

Wie doet wat in signalering?

Afstemming tussen zorgverleners binnen HA-praktijk en wijkzorg enerzijds en gebiedsteam anderzijds is nodig om dubbelwerk te vermijden.

-Bij factoren 3 en 4 uit de bijlage moet/kan de huisarts/POH/assistente het risico signaleren waarna de POH een systematische inventarisatie doet op de diverse onderdelen.

-Bij de factoren 1 en 2 uit de bijlage dienen wijkzorg, HA-zorg, GGZ en gebiedsteam elkaar alert te houden via structureel contact ondersteund door een makkelijke communicatie methode. Krachtenbundeling en kleinschalig overleg kunnen een efficiënte werkwijze sterk bevorderen.

De opvolging bij vastgestelde kwetsbaarheid?

De meest overheersende factor die de kwetsbaarheid bepaalt moet ook de interventie bepalen:

1. Psycho/sociaal => inzet GGZ, gebiedsteam, thuiszorg, kerk, familie/mantel, toolbox dementie
2. Neuro-motorisch => inzet POH/HA, SOG/neuroloog, fysio, ergotherapie, ouderengym
3. Polyfarmacie => inzet apotheek & huisarts evt. SOG
4. Somatiek => (niet) behandelplan olv huisarts/evt. SOG mmv POH/ass

De POH is toegerust voor de inventariserende activiteiten en geprotocolleerde zorg/bewaking en vervolgbeleid alsook voor het draaiend houden van het netwerk rondom de factoren 1 en 2.

Gebruik zorgplan

Zorgplan bij wel kwetsbare: waar wijk komt doet wijk het, waar wijk niet komt en POH wel doet HA/POH het.

Vraag:

Is het denkbaar dat er kwetsbare ouderen zijn waar noch de huisarts, noch wijk betrokken is?

Contact

Vragen of opmerkingen? Neem gerust contact op!

Medrie Regio Hardenberg

Postbus 40099
8004 DB Zwolle

(038) 455 62 93
hardenberg@medrie.nl

Bijlage

Subgroepen (potentieel) kwetsbare 75+ ers

- de groep die *één of meer chronische aandoeningen in ketenzorg* heeft waarvoor regelmatig en gestructureerd spreekuurcontact bestaat met de POH/HA/assistente (DM, Astma/COPD)
- de groep die *één of meer chronische aandoeningen* heeft maar *waarvoor geen regelmatig noch gestructureerd spreekuurcontact* is met de POH/HA/assistente
 - DM en COPD buiten de keten (20% kwetsbaar!)
 - overige chronische ziekten zoals reuma, carcinomen, parkinson, chronisch psychiatrische aandoeningen nierfalen, HVZ/CVA's
- de jaarlijkse nieuwe instroom in de groep 75+ ers
- de dissimulanten / zorgontwijkers
- de groep die bij eerste inventarisatie NIET kwetsbaar was maar het dus wel kan worden
- de groep WEL kwetsbare 75+ ers

Factoren die een rol spelen bij de kans op kwetsbaarheid

1. Psychische of sociale factoren (depressie, eenzaamheid, armoede, geheugenproblemen, afzondering, ontkenning van verlies van functies inclusief het missen van vaardigheden adequaat hulp in te roepen)
2. Neurologische factoren: Motorische en/of sensore uitval: evenwichtszin, gehoor, visus, gevoel, spraak. (smaak/reuk)
3. Polyfarmacie incl. het onvermogen goede regie te houden over inname en noodzaak.
4. Somatiek in engere zin: chronische aandoeningen en multimorbiditeit anders dan 1 of 2 zoals reuma, kanker, astma/copd, DM, osteoporose, HVZ etc

-De factoren 1 en 2 heeft de huisarts slechts deels in beeld. Zaken als valfrequentie, stemmingsklachten, eenzaamheidsbeleving en de omvang/beperking in het sociaal netwerk van ouderen, hebben huisartsen niet goed in beeld. Voor een betrouwbare weergave is hij afhankelijk van gegevens van andere zorgverleners, mantelzorg en de patiënt zelf. Een betere notitie van zintuiglijke en sociale beperkingen in het HIS kan dit deels, maar zeker niet volledig, ondervangen. Zo worden veel 'valincidenten' niet aan de huisarts gemeld omdat zij geen (serieus) letsel opleveren. Dissimulatie hetzij bewust of door langzaam achteruitgang in cognitie wordt vaak ook door (mantel)zorg niet opgemerkt.

-De factoren 3 en 4 kan de huisarts structureel bewaken mits daarvoor het werkproces in de praktijk wordt aangepast. Dit impliceert een vorm van 'populatie monitoring t.b.v. casefinding'.

Veranderingen die tot toename van kwetsbaarheid leiden

(met meest voor de hand liggende 'signaleerder')

- overlijden of langdurige ziekte partner / inwonend familielid / mantelzorg (HA/wijk)
- somatisch incident of nieuwe chronische aandoening bij patiënt (HA)
- progressie bestaande aandoening (HA)
- signalen van omstanders/familie betreffende eenzaamheid, vallen, geheugen (Mantel / wijk)
- signalen zorgverleners: discontinue medicatie bestelling, problemen verzorging.
- electieve- of acute opname

Factoren voor inschatting risico delier en/of kwetsbaarheid vóór electieve- of na acute opname:

- a. Polyfarmacie
- b. Multimorbiditeit en aanwezige chronische (nier)functiestoornis
- c. GGZ contacten of psychiatrische diagnose
- d. Sociale contacten / eenzaamheid *
- e. Wijze van doorleven van live events *
- f. vallen/zintuigen *
- g. GFI score *

* factoren die de huisarts niet als eerste in beeld heeft. Personen die dergelijke signalen eerder kunne oppikken zijn mantelzorg, wijkverpleging, praktijkassistente en POH-er maar ook andere zorgverleners waarmee iemand regelmatig in contact staat.