

Kernteamoverleg Kwetsbare ouderen

Gestructureerd periodiek overleg (GPO) met zorgverleners, zonder de patiënt en/of mantelzorger

Aanleiding

Aangezien mensen langer thuis blijven, wordt de problematiek rondom kwetsbare oudere mensen complexer. Dit vraagt om laagdrempelige consultatie van verschillende disciplines over de verschillende domeinen. Dit kan worden gedaan door een gestructureerd periodiek overleg in de vorm van het Kernteamoverleg.

Doel Kernteamoverleg

Het bieden van goede integrale ouderenzorg, waarbij structuur wordt aangebracht in de zorg voor en samenwerking rondom kwetsbare ouderen.

Patiënten/ cliënten/ bewoners worden volgens een vaste structuur besproken om tot een individueel plan te komen. Het is gewenst om de patiënten te bespreken aan de hand van een probleemanalyse en een gerichte vraagstelling, zodat er afspraken gemaakt kunnen worden aan de hand van doelen die voor de patiënt belangrijk zijn (gezamenlijke besluitvorming).

Deelnemers

- huisartsenzorg (betrokken huisarts of POH-O)
- wijkverpleegkundigen
- specialist ouderengeneeskunde (SO)
- social work ouderen of ouderenwerker (welzijn)
- casemanager dementie
- coördinator ouderen gemeente (coördinator Kernteam).

Naast de kernteamleden, kunnen andere disciplines uitgenodigd worden die bij een kwetsbare oudere betrokken zijn.

Frequentie en duur

5 maal per jaar 1,5 uur, 15 minuten per patiënt

Locatie

huisartspraktijk

Werkwijze

Vorbereiding

- De inbrengers laten de POH ouderen en coördinator Kernteam uiterlijk 3 weken voor het kernteamoverleg weten wie zij willen bespreken.
- Er wordt hierbij een probleemanalyse en een gerichte vraagstelling gedeeld. Hiervoor wordt OZO of beveiligde mail gebruikt.
- De POH-O bespreekt de patiënt met de betrokken huisarts en vraagt als dit nodig is vóór het overleg de SO in consult.
- Voor de probleemanalyse, patiëntdoelen en gemaakte afspraken wordt gebruik gemaakt van het registratieformulier Kernteam, bijlage 1.
- De geformuleerde problemen worden ingedeeld volgens het SFMPC-model om eenduidigheid in registratie, rapportage en communicatie te bewerkstelligen. De SFMPC lijst in bijlage 2 is hierbij een hulpmiddel.

Tijdens het overleg

- De voorzitter is vooral tijdsbewaker en draagt er zorg voor dat er niet teveel wordt afgeweken van het onderwerp.
- De inbrenger van de casus neemt de probleemanalyse door, zodat een totaalbeeld verkregen wordt van de patiënt.
- Er worden acties en evaluatiemomenten afgesproken.
- De inbrenger vult het registratieformulier verder in of vraagt aan iemand dit over te nemen tijdens het bespreken van de casus.
- Er wordt afgesproken wie casusregisseur (bijlage 3) is van de besproken cliënt.
- De inbrenger stemt met de casusregisseur af wie terugkoppelt aan patiënt en betrokken hulpverleners.

Na het overleg

- Elke deelnemer is verantwoordelijk dat de afspraken opgenomen worden in het eigen elektronisch patiëntendossier (EPD).
- Zorginhoudelijke afspraken op patiëntniveau worden binnen een week door de inbrenger of casusregisseur verwerkt en teruggekoppeld aan de patiënt en betrokken hulpverleners.

Coördinator Kernteam

- stelt de agenda op voor het kernteamoverleg (verzamelde casuïstiek wordt aangeleverd door POH-O)
- nodigt betrokken kernteamleden uit
- zit het kernteamoverleg voor
- is het aanspreekpunt van het kernteam
- evalueert de samenwerking binnen het kernteam

Taken kernteam

- Het kernteam heeft minimaal 5x per jaar een kernteamoverleg.
- Dit overleg wordt georganiseerd door de coördinator van het kernteam.
- Inbrengen casuïstiek op het kernteamoverleg. De inbrenger van de casus vraagt mondeling toestemming aan de patiënt of hij/zij besproken mag worden in het kernteamoverleg. Als de patiënt in OZO staat is deze toestemming er reeds.
- Bespreking probleemanalyse. Aan de hand van de input van het kernteam wordt het registratieformulier kernteam aangevuld en worden afspraken gemaakt.
- Er wordt een casusregisseur voor de patiënt aangewezen.

Communicatieplatforms

- OZO verbindzorg
- Siilo

Datum

Inbrenger

Casusregisseur

Naam patiënt/cliënt

Contactpersoon patiënt/cliënt

Patiënt is op de hoogte?

Betrokken hulpverleners

Probleem/ behoefte/ vraag (zie SMFPC lijst)

Hoofddoel

Persoonlijk doel patiënt

Actie

Wie

Wanneer / evaluatie

Voortgang met datum

De SFMPC-methodiek is afkomstig uit de paramedische hoek en is bedoeld om zorgproblematiek van een patiënt in beeld te krijgen en te ordenen. De methodiek bestaat uit vijf aandachtsgebieden die als basis dienen voor het opstellen van het multidisciplinaire gezondheidsplan: Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch en Communicatief.

S: Somatisch

- Pijn
- Oedeem
- Verblijfskatheter (problemen met)
- Ademhalingsproblemen
- Verminderde inspanningstolerantie
- Tonusstoornis
- Contracturen
- Voedingstoestand
- Vochthuishouding
- Instabiele bloedsuikerspiegels
- Obstipatie
- Diarree
- Incontinentie (urine/faeces)
- Kauw-/ en slikstoornissen
- Gebitsproblemen
- Stemstoornis
- Medicijngebruik
- Gevaar voor letsel: valrisico op verwonding, bloedingsneiging

F: Functioneel

- Beperking persoonlijke verzorging:
 - Eten en drinken
 - Wassen (onder/boven)
 - Uiterlijke verzorging
 - Kleden (onder/boven)
 - Handhaving continentie/toiletgang
- Beperking gezondheidshandhaving
 - Regelen medicatie
 - Stomazorg
 - Katheteriseren
 - Insulinetoediening
 - Huid- en wondverzorging
 - Slaap- en rustgewoonten
- Beperking houdingshandhaving
 - Zitten
 - Staan (statisch/dynamisch)
- Beperking houdingsverandering
 - Lig/lig (bed mobiliteit)
 - Zit/staan zit/zit
- Beperking lichaamsbeweging
 - Reiken
 - Grijpen
 - Manipuleren
 - Bukken
 - Knielen
- Beperking voortbeweging
 - Lopen binnen
 - Lopen buiten
 - Traplopen
 - Gebruik loophulpmiddelen
- Beperking huishoudelijke activiteiten
 - Inkopen doen
 - Maaltijden bereiden
 - Zorg voor de omgeving
 - Zorg voor de kleding
- Beperking beheer administratie/financiën
- Beperking gebruik communicatiemiddelen
- Beperking gebruik eigen of openbaar vervoer

M: Maatschappelijk

- Immaterieel
- Mantelzorg/relatieproblemen
- Verwerkingsproblemen familie/relatie
- Beperkte sociale contacten
- Beperkt in het vinden van een dagbesteding/dagstructuur
- Inadequate sociale interactie
 - Omgaan met zorgverleners
 - Omgang met medecliënten
 - Religie/levensbeschouwing
- Problemen ten aanzien van overplaatsing
 - Naar eigen woning
 - Naar andere woonomgeving
 - Definitieve plaatsing in zorginstelling
- Materieel
- Woning/woonomstandigheden
- Professionele zorg (thuiszorg, dagzorg, dagbehandeling)

P: Psychisch

- Bewustzijnsstoornissen
- Cognitieve stoornissen
 - Geheugen (kort/lang)
 - Concentratiestoornissen
 - Oriëntatiestoornissen (tijd, plaats, persoon)
 - Apraxie
- Adaptatieproblemen
 - Inadequate verwerking
 - Probleemvermijding
 - Probleemontkenning
- Gedragsproblemen
 - Decorumverlies
 - Façadegedrag
 - Agressie
- Stemningsproblemen
 - Angst
 - Hallucinatie/wanen
 - Depressie
- Slaapstoornissen
 - Inslaapstoornis
 - Doorslaapstoornis
 - Omkering dag-/nachtritme
- Motivatieproblemen
- Persoonlijke waarden
 - Wilsbeschikking
 - Gestoorde rolvervulling
 - Verstoord zelfbeeld
- Psychofarmacagebruik
- Vrijheidsbeperkende maatregelen
- Zingeving
- Geborgenheid/intimiteit
- Acceptatie van en omgaan met ziekte en achteruitgang
- Problemen met rouwverwerking

C: Communicatief

- Visusbeperking
- Beperking communicatieve interactie
 - Taal (spreken, schrijven, lezen)
 - Non-verbale communicatie
 - Spraak
 - Gehoor
 - Begrijpen

Doel

Het doel van het benoemen van een casemanager of regiehouder voor een kwetsbare oudere is dat voor alle betrokkenen duidelijk is wie de zorg rondom deze patiënt coördineert.

Rol van de casemanager/regiehouder

Als casemanager/ regiehouder ben je het vaste aanspreekpunt van kwetsbare ouderen met complexe zorgbehoeften en hun mantelzorgers. Je stimuleert de eigen regie en zelfredzaamheid van de oudere en je informeert, adviseert, coördineert, monitort, begeleidt en ondersteunt de oudere en de mantelzorger bij de problemen ten gevolge van het ouder worden.

De casemanager van een kwetsbare oudere kan zijn:

- huisarts
- POH ouderenzorg
- wijkverpleegkundige
- casemanager dementie
- POH-GGZ
- sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV)
- medewerker sociaal domein (bijv. ouderenadviseur)

Taken casemanager/regiehouder

De casemanager of regiehouder is het vaste aanspreekpunt voor de kwetsbare oudere en de mantelzorgers en heeft de coördinatie bij het organiseren van de zorg en begeleiding van de oudere:

- sluit aan bij het kernteamoverleg indien zijn/haar patiënt wordt besproken;
- monitoring van het ziekte verloop en van de functionele mogelijkheden en beperkingen;
- begeleiding en ondersteuning van de patiënt;
- zorgcoördinatie;
- ondersteunt de mantelzorger