



KWALITEITSJAARVERSLAG 2016

TEO



© juni 2017, THOON
Uitgegeven in eigen beheer

Sabina Klinkhamerweg 21
7555 SK Hengelo

Tel 074 – 256 87 98
Fax 074 – 760 03 43

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE	3
1 INLEIDING	4
2 MODULES.....	5
2.1. Algemeen	5
2.2. Module organisatie en infrastructuur	5
2.3. Indicatoren	5
2.4. Deskundigheidsbevordering	6
2.5. Deskundigheid en transitie POH-O	6
2.6. Voorlichting aan patiënt en mantelzorger; informatievoorziening	6
2.7. Module ouderenzorg in Keten Ondersteunend Systeem.....	6
3 OVERLEGVORMEN	7
3.1. Klankbordgroep THOON.....	7
3.2. Pilot expertise team geriatrie Twente	7
3.3. Zorg voor kwetsbare ouderen in adherentiegebied MST: Transmurale Zorgbrug	7
4 PLANNEN 2017	8
5 BIJLAGE 1 LAEGO indicatoren	9

1 INLEIDING

Het afgelopen jaar heeft in het teken gestaan van verdere vormgeving van de samenwerking tussen de verschillende hulpverleners in de ouderenzorg én het netwerken.

Vooraf de samenwerking met ketenpartners als specialist ouderengeneeskunde (SO) en paramedici werd verder geconcretiseerd. Lopende initiatieven werden op elkaar afgestemd. Op gemeenteniveau werd de afstemming gezocht tussen sociaal domein en care/cure.

De rol van Zenderen heeft geleidelijk haar vruchten afgeworpen waardoor eenheid in ouderenzorg meer en meer gewaarborgd wordt.

De financiering vanuit de zorgverzekeraar geeft enige ruimte voor de opzet van geïntegreerde ouderenzorg binnen de voorbereidingsmodule en vervolgmodule kwetsbare ouderen.

Marieke van Gerwen, kaderhuisarts Ouderengeneeskunde
Jolande Huizinga, praktijkverpleegkundige en coördinator ouderenzorg

2 MODULES

2.1. Algemeen

Vanaf juli 2015 tot en met het einde van dit verslagjaar zijn er 30 huisartsen (22 praktijken) gestart met de voorbereidingsmodule 'integrale zorg voor kwetsbare ouderen'. Huisartsen zijn begeleid bij de aanvraag en de opzet van integrale ouderenzorg in de praktijk. Na het doorlopen van de voorbereidingsmodule heeft de praktijk de organisatie zodanig ingericht dat de praktijk in staat is de groep kwetsbare ouderen gestructureerd op te sporen en aan deze groep geïntegreerde zorg te bieden binnen het lokale, geriatrische netwerk.

In 2016 zijn 22 huisartsen (15 praktijken) gestart met de vervolgmodule. Via de coördinator, Jolande Huizinga, is input en informatie geleverd aan de deelnemende huisartsen en POH's-ouderenzorg (POH-O). Tijdens de voorbereidende fase zijn per praktijk gemiddeld drie ondersteuningsbezoeken afgelegd. Daarnaast vindt zowel per e-mail als telefonisch begeleiding plaats. Regelmatig werden vragen voorgelegd over logistiek of casuïstiek ouderenzorg. Naast de bovengenoemde activiteiten en de begeleiding van de praktijken, is het afgelopen jaar het zorgprogramma herschreven, is het onderdeel ouderenzorg op de THOON website geactualiseerd en is de Infographic (een schematisch overzicht van de bouwstenen ouderenzorg) vormgegeven.

2.2. Module organisatie en infrastructuur

Binnen de module Organisatie en Infrastructuur wordt gewerkt aan het opzetten van een ouderenzorgnetwerk rond de praktijk. Huisartsen die zijn gestart met de structurele zorg voor kwetsbare ouderen is gevraagd een ouderenzorgnetwerk op te zetten rond de praktijk. Waar dat gevraagd werd is dit door THOON ondersteund. Samen met de gemeente, de huisartsen en de betrokken VVT-organisatie is in Oldenzaal gestart met het inrichten van een netwerk ouderenzorg op plaatselijk niveau en kernteams op wijkniveau. In Hengelo is vanuit het bestaande ouderenzorgnetwerk een voorstel uitgewerkt voor het inrichten van kernteams op stadsdeelniveau. In Enschede is door een projectgroep een voorstel uitgewerkt waarin per stadsdeel een steunpunt ouderenzorg wordt ingericht. Vanuit dat steunpunt kunnen op praktijkniveau afspraken worden gemaakt voor het inrichten van een kernteam. Verder is er in omliggende gemeenten een inventarisatie gemaakt van praktijken die de ouderenzorg gestructureerd hebben opgezet.

Tot slot zijn door de coördinator (wel of niet samen met de kaderhuisarts ouderenzorg) praktijken bezocht waar o.a. de huidige en wenselijke samenwerking is besproken. Naar aanleiding van deze gesprekken is een plan ontstaan om deze bezoeken gestructureerd te plannen om zo feeling te hebben met wat er in de praktijken speelt. De input kan dan weer gebruikt worden voor het beleid.

2.3. Indicatoren

Naar aanleiding van het inkoopbeleid ouderenzorg Menzis heeft THOON samen met de FEA, Roset en Menzis afspraken gemaakt over de evaluatiecriteria voor de ouderenzorg. Voor deze evaluatiecriteria is de LAEGO indicatoren set (zie bijlage 1) als maatstaf gebruikt. In het kader van 'het roer moet om' is er in afstemming met de kaderhuisartsen ouderenzorg en gebaseerd op de LAEGO kwaliteitsindicatoren ouderenzorg een minimale dataset voor de huisartsenpraktijk vastgesteld. Ouderenzorg is zorg op maat. De geformuleerde indicatoren zijn dan ook procesindicatoren en geen uitkomstindicatoren. Het geeft spiegelinformatie waar de praktijken staan in het proces ouderenzorg. In oktober 2016 is de set met de betrokken huisartsenpraktijken gecommuniceerd. In 2017 worden de eerste metingen verricht.

2.4. Deskundigheidsbevordering

In 2016 is voor huisartsen en praktijkondersteuners in het voor- en najaar de leergang Ouderenzorg georganiseerd. Beide scholingen zijn goed bezocht. In het voorjaar namen 17 huisartsen en 15 POH-O deel, in het najaar respectievelijk 14 huisartsen en 16 POH-O. De deelnemers hebben kennis genomen van de bouwstenen waarmee de praktijken (aanvullende) handvatten kregen voor de organisatie van ouderenzorg in de praktijk. De scholing werd gewaardeerd met een 8.

2.5. Deskundigheid en transitie POH-O

Op regionaal niveau is een voorstel voor een transitieplan POH-O uitgewerkt. In de werkgroep waren de volgende organisaties vertegenwoordigd: LHV-kring-huisartsen, zorggroepen, VVT-organisaties, Saxion Hogeschool en Menzis. Het plan is in kwartaal vier 2016 voorgelegd aan het LHV-kring-bestuur, die dit plan verder af zal stemmen met Menzis (randvoorwaarden, financiering).

2.6. Voorlichting aan patiënt en mantelzorgers; informatievoorziening

De leden van het TEO ouderenzorg team beschikken met elkaar over veel kennis van de sociale kaart die steeds wordt geüpdatet. De informatie die voor patiënten en diens mantelzorgers relevant is, wordt gedeeld. Daarnaast komen vanuit het lopende kernteam informatie en initiatieven die ook met patiënten en mantelzorgers worden gedeeld. De POH-O zorgt ervoor dat informatie over de sociale kaart 'fysiek' aanwezig is in de praktijk.

2.7. Module ouderenzorg in Keten Ondersteunend Systeem.

Binnen het KIS van Vital Health is de module Ouderenzorg afgelopen jaren verder doorontwikkeld. Het registratiedeel is geoptimaliseerd en het communicatiedeel (maakt veilig communiceren met ketenpartners mogelijk) is verder doorontwikkeld.

Aan de pilot van de communicatiemodule namen 12 praktijken deel. Met een beperkt aantal ketenpartners (waaronder de specialist ouderengeneeskunde en de wijkverpleegkundigen) werd de informatie uitwisseling via het KOS ouderenzorg getest. Voor aanvang zijn de gebruikers getraind. Gesignaleerde knelpunten werden gedurende het traject opgepakt en in wekelijkse mailingen werden wijzigingen en nieuwe ontwikkelingen doorgegeven. De uitkomsten van de pilot waren positief en leidden tot het gebruik van een werkbaar module waarin de digitale communicatie veilig en praktisch is vormgegeven. Het gebruik van de module is van toegevoegde waarde en draagt bij aan efficiëntie en kwaliteit in de zorg voor kwetsbare ouderen.

3 OVERLEGVORMEN

3.1. Klankbordgroep THOON

Het afgelopen jaar is de klankbordgroep twee keer bij elkaar geweest.

Naast de uitwisseling van kennis en ervaringen zijn de volgende onderwerpen besproken:

- inzet (schakel)wijkverpleegkundige;
- deskundigheidsbevordering (scholing LAEGO bouwstenen);
- lopende projecten zoals KOS en Transmurale Zorgbrug MST.

In navolging van de klankbordgroepen chronische zorg, wordt ook over de toekomstige vorm van de klankbordgroep ouderenzorg nagedacht. Een mogelijke rol van HAweb hierin dan wel een geheel nieuwe opzet wordt onderzocht.

Naast de klankbordgroep zijn er nog een tweetal overlegvormen ouderenzorg.

- Werkoverleg THOON ouderenzorg: maandelijks overleg tussen Jolande Huizinga, Erica de Goeij, Monique Troost en Ilse Moes. Hier worden de lopende zaken besproken en afgestemd.
- Overleg praktijkverpleegkundigen THOON: vier maal per jaar. Tijdens dit overleg worden lopende zaken en inhoudelijke thema's besproken. Een verplicht onderdeel is casuïstiekbepreking.

3.2. Pilot expertise team geriatrie Twente

In opdracht van de bestuurlijke themagroep Ouderenzorg Zenderen is een plan geschreven voor de inzet van en samenwerking met de SO in de eerstelijns. Dit plan is uitgewerkt in een handboek. Drie groepspraktijken zullen in 2017 als pilot starten.

De inzet van de SO is onderverdeeld in vier modules:

- eenmalige consultatie;
- geriatrisch Assessment;
- polyfarmacie;
- medebehandeling.

De inzet van SO in ANW-zorg zal in een later stadium worden onderzocht. Speerpunten voor de pilot zijn met name de consultatie en medebehandeling waarin het geriatrisch assessment en een rol bij polyfarmacie onderdeel zijn. De pilot wordt geëvalueerd door de betrokken huisartsen, de SO met wie wordt samengewerkt, en zo mogelijk door de oudere zelf.

Start van de pilot is 1 februari 2017.

3.3. Zorg voor kwetsbare ouderen in adherentiegebied MST: Transmurale Zorgbrug

De werkgroep zorg voor Kwetsbare Ouderen van het MST is in 2015 gestart met het project de Transmurale Zorgbrug. De werkgroep bestaat uitafgevaardigden van Livio (VVT), geriater, verpleegkundig specialist traumatologie en geriatrie en kaderhuisarts ouderenzorg.

Doelen van het project:

- verbeteren van de zorg voor kwetsbare ouderen op de overgang van ziekenhuis naar huis;
- verbeteren overdracht (medicatie, medisch en verpleegkundig) op het raakvlak tussen zorg in de thuissituatie en zorg in het ziekenhuis;
- voorkomen van heropnames en crisisopnames van kwetsbare ouderen in het ziekenhuis.

De pilot is klein begonnen. Door de verhuizing van het MST in januari 2016 is de voortgang gestagneerd maar eind 2016 is mede door uitbreiding van het aantal deelnemende VVT's de opbouw van de Transmurale Zorgbrug weer opgepakt.

4 PLANNEN 2017

Voor 2017 zijn de onderstaande plannen gemaakt:

- Aanspraak wijkverpleging:
 - o meer aandacht voor de rol en positionering van de wijkverpleegkundige in relatie tot het medische en sociale domein vergroten;
 - o verder verbinden binnen de gemeenten. Met name in Enschede rol schakelwijkverpleegkundige inzetten conform het model van Wijkkracht in Hengelo.
- KOS-O:
 - o module ouderenzorg breed aanbieden aan praktijken die bezig zijn met ouderenzorg;
 - o uitbreiden ketenpartners.
- Inzet van de SO in huisartsenpraktijk:
 - o start pilot EGT 1 februari 2017.
- Verder opbouwen Transmurale Zorgbrug MST.
- Eerste meting procesindicatoren vanuit KOS.
- Oriënteren en behoeftepeiling scholing ouderenzorg.
- Opzet en structuur klankbordgroep evalueren en aanpassen.
- Website optimaliseren inclusief open gedeelte 'Patiëntvragen'.
- Beleidsafspraken maken (tussen LHV-Kring-huisartsen en Menzis) m.b.t deskundigheidsniveau POH-O en ondersteuning bij de implementatie hiervan door de zorggroepen.

5 BIJLAGE 1 LAEGO indicatoren

nr	Omschrijving	Codesoort	Code	Toelichting / opmerking
a	% patiënten 75 jaar en ouder in de praktijkpopulatie	NAW		
b	% patiënten met dementie in de leeftijdscategorie 75 jaar en ouder.	ICPC	P70	Diagnose dementie gesteld: P20 wordt P70
c	% patiënten van 75 jaar en ouder die ooit als kwetsbaar geïdentificeerd zijn in de groep patiënten van 75 jaar en ouder.	ICPC.	A05	geregistreerd bij een episode ooit 'een' uitslag
d1	% kwetsbare ouderen met (poly)farmacie* in de groep kwetsbare ouderen (aantal A49.02 / aantal indicator c)	ATC Diagn. Bep ICPC	A t/m S en 2777 POFA AQ = ja A49.02	* polyfarmacie = chronisch gebruik van 5 of meer verschillende middelen, waarbij 'chronisch' gedefinieerd wordt als > 3 voorschriften per jaar of een voorschrift met een gebruiksduur ≥ 6 maanden.
d2	% kwetsbare ouderen met chronische medicatie** of polyfarmacie* waarbij recent (max 1 jaar geleden) een medicatie-review heeft plaatsgevonden in de groep kwetsbare ouderen met chronische medicatie of polyfarmacie (aantal indicator d1 + declaratiecode13049 afgelopen 12 maand/ aantal indicator d1)	ATC Diagn bep ICPC	A t/m S of A49.02 Verrichtingscode: 13049	* polyfarmacie = chronisch gebruik van 5 of meer verschillende middelen, waarbij 'chronisch' gedefinieerd wordt als > 3 voorschriften per jaar of een voorschrift met een gebruiksduur ≥ 6 maanden.
e	% kwetsbare ouderen met polyfarmacie* waarbij een kreatinine klaring is vastgelegd (gemeten of berekend; MDRD, CKD-EPI) in de afgelopen twee jaar in de groep kwetsbare ouderen met polyfarmacie. (aantal indicator e/ aantal indicator d1)	ATC Diagn bep ICPC	A t/m S en A49.02 of 2777 POFA AQ = ja) en (524, KREA O MK of 1918, KREA O FB of 1919, KREM O FB of 3583, KREC O FB)	laatste waarde in afgelopen 2 jaar * polyfarmacie = chronisch gebruik van 5 of meer verschillende middelen, waarbij 'chronisch' gedefinieerd wordt als > 3 voorschriften per jaar of een voorschrift met een gebruiksduur ≥ 6 maanden.
f	% kwetsbare patiënten waarbij wensen tav levenseinde geregistreerd zijn in de groep kwetsbare ouderen (aantal indicator f / aantal indicator c)	ICPC	A20	