Eerstelijns gestructureerd periodiek overleg (GPO) over ouderen met complexe problematiek

Door Annet Wind

Introductie

Zorg voor ouderen met complexe problematiek wordt door verschillende hulpverleners geleverd. We willen toe naar een systeem waarin regelmatig overleg gevoerd wordt om de geleverde zorg te evalueren en onderling af te stemmen. Wat is een goed model voor een dergelijk overleg? Hieronder een praktische en gedetailleerde uitwerking.

Definities en terminologie

Onder *ouderen met complexe problematiek* verstaan we ouderen (geen hard leeftijdscriterium) met problemen op meerdere domeinen (niet alleen somatische, maar ook functionele, sociale, psychische en/of communicatieve problemen) of ouderen met alleen cognitieve problemen en onvoldoende mantelzorg. Er zijn meerdere hulpverleners bij deze ouderen betrokken en er is sprake van een verhoogd risico op negatieve gezondheidsuitkomsten bij verstoring van het evenwicht, ook door relatief kleine gebeurtenissen.

Aan deze ouderen wil men *proactieve samenhangende zorg* leveren. *Proactief* wil zeggen dat, uitgaande van de wensen, problemen en mogelijkheden van de oudere (en familie), de gezondheidsrisico's in kaart worden gebracht en er interventies worden aangeboden, gericht op het voorkomen van verdere problemen in functioneren en welzijn. *Samenhangend* wil zeggen dat, als er meerdere hulpverleners bij de zorg betrokken zijn en de oudere (of de familie) zelf verminderd regie kan voeren, goede onderlinge informatie uitwisseling én afstemming plaatsvindt. Hiertoe wordt op gezette tijden een *gestructureerd periodiek overleg* (GPO) gevoerd. Dit GPO heeft als doel*:* Komen tot een gezamenlijk gedragen beleid om de geboden zorg af te stemmen en te anticiperen op mogelijke problemen en ten behoeve van het welbevinden van de oudere.

Inhoud GPO

Het GPO is onderdeel van een cyclisch proces van hulpverlening, waarbij steeds de problemen en wensen van de oudere geïnventariseerd worden en met elkaar de bijpassende zorgdoelen geformuleerd of bijgesteld worden en aangewezen interventies afgesproken en geëvalueerd.

Het GPO bestaat uit de volgende onderdelen: Informatie-uitwisseling, het vaststellen van zorgdoelen, interventies afspreken en evalueren. Hierdoor ontstaat tevens algemene afstemming tussen hulpverleners, leert men van elkaar en verbetert de onderlinge samenwerking en communicatie. Het vaststellen van zorgdoelen is misschien wel het belangrijkste onderdeel. Hierdoor is voor alle hulpverleners, maar ook voor de oudere en diens familie, duidelijk wat haalbaar is. Het gaat

allereerst om het algemene doel: ‘herstel van functioneren’, ‘behoud van functioneren’ of ‘symptoombestrijding en acceptatie van achteruitgang’. Daarnaast gaat het per probleem om een specifiek geformuleerd subdoel. Bijvoorbeeld bij beperkingen in de ADL: ‘zelfstandig uit de stoel komen’ of bij obstipatie: ‘elke 1 tot 2 dagen ontlasting’.

Omdat de zorgverlening aan deze kwetsbare ouderen proactief van aard is, worden risico’s geschat: wat zijn de grootste bedreigingen voor het welbevinden van de oudere? Hoe kunnen we die voor zijn? Welke interventies zijn mogelijk en lijken effectief? Tijdens het GPO wordt ook besproken wat te doen als zich een bepaalde gebeurtenis voordoet. Zeker als de kans erop aanzienlijk is. Wat bij toename van pijn? Wat als de oudere naar het ziekenhuis moet? Hoe ver wil de oudere gaan ten aanzien van zijn behandeling? Wat is medisch gezien verantwoord?

Deelnemers aan het GPO

In het zorgproces zijn verschillende spelers te onderscheiden en is er één persoon eindverantwoordelijk. Deze laatste noemen we de *regisseur* en is een arts-generalist (huisarts of specialist ouderengeneeskunde). De regisseur zal taken delegeren aan de *zorgcoördinator*. Deze persoon is verantwoordelijk voor de praktische zaken en de afstemming met de oudere. Dit zal in de verzorgingshuissituatie de EVV-er zijn (eerst verantwoordelijk verzorgende) en bij zelfstandig wonende ouderen de praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige of de wijkverpleegkundige. De verschillende hulpverleners zijn zelf verantwoordelijk voor de door hun geleverde zorg.

De oudere zelf en/of een familielid neemt als regel niet deel aan het GPO, simpel omdat het GPO dan veel meer tijd vergt. Om de zorg goed aan te laten sluiten op de problemen en wensen van de oudere, vindt er zowel voor- als achteraf uitvoerig overleg met de oudere plaats, als regel door de zorgcoördinator. De oudere geeft, liefst schriftelijk, toestemming voor het houden van een GPO.

De deelnemers aan het GPO kunnen wisselen per situatie. Het kernteam van het GPO bestaat voor verzorgingshuisbewoners uit huisarts en EVV (eerst verantwoordelijke verzorgende), eventueel met de praktijkondersteuner/verpleegkundige, het afdelingshoofd of de teamleider. Dit kernteam wordt op indicatie aangevuld met een specialist ouderengeneeskunde (SO, voorheen verpleeghuisarts), apotheker en paramedici zoals fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist, logopedist. Indien er een casemanager dementie betrokken is bij de zorg, dan neemt deze ook deel.

Bij zelfstandig wonende ouderen bestaat het kernteam uit huisarts en verpleegkundige (wijk- of praktijkverpleegkundige, VPK) en nemen ook op indicatie paramedici, SO en/of apotheker deel.

Bij ouderen die minimaal 4 chronisch voorgeschreven middelen gebruiken, vindt naast het GPO eens per jaar een medicatiereview plaats, waarbij huisarts en apotheker (eventueel bijgestaan door de SO) nagaan of de gegeven medicatie adequaat is en of er geen indicaties over het hoofd worden gezien.

Een SO (of kaderhuisarts ouderengeneeskunde, KH OG) kan adviserend deelnemen aan het GPO, ook als deze niet direct betrokken is bij de zorgverlening aan de betreffende oudere. Echter, het is zeer

aan te raden om bij meer complexe problematiek de SO of KH OG daadwerkelijk in consult te vragen, zodat deze zich zelf een oordeel kan vormen over de situatie van de oudere.

Uitvoering van het GPO

Het GPO vindt bij ouderen met complexe problematiek minimaal 1 keer per jaar plaats, zo mogelijk elke 6 maanden of zo vaak als nodig (na acute verslechtering en specifieke problemen). Tijdstip en plaats liggen vast. Per oudere is er ca. 15 min tijd. De zorgcoördinator ziet erop toe dat 'haar' oudere elke 6-12 maanden besproken wordt. Minimaal 1 week voor het GPO wordt een agenda rondgestuurd (per mail). Alle deelnemers bereiden zich voor op de te bespreken ouderen en nemen deze informatie ook mee: de actuele probleeminventarisatie en het oude zorgbehandelplan, een uitdraai van het HIS en een actuele medicatielijst, het zorgdossier (indien verzorging aanwezig). Allen formuleren vooraf gerichte vragen. De zorgcoördinator stelt zich vooraf op de hoogte van de actuele problemen van de oudere en diens wensen en mogelijkheden, liefst aan de hand van een gestructureerde methode. Het aantal te bespreken problemen en vragen is per GPO praktisch gezien beperkt. Het is daarom zaak om snel overeenstemming te bereiken over de belangrijkste: welke vormen de grootste bedreiging voor het welbevinden van de oudere? Per gekozen probleem wordt een specifiek zorgdoel geformuleerd en worden mogelijke interventies besproken. Het liefst in de vorm van keuzes die met de oudere besproken kunnen worden. Als meer tijd nodig blijkt, dan wordt op kortere termijn een volgend GPO afgesproken.

Een succesvol GPO kent een strakke planning, alle deelnemers houden zich aan de regels voor efficiënt vergaderen. Het is de taak van de voorzitter om ervoor te zorgen dat de problemen en de deelnemende personen voldoende aan bod komen. Wie de voorzitter is, is niet heel relevant. Daarin kunnen per groep verschillende keuzes gemaakt worden. Het zelfde geldt voor de notulist. Van belang is dat dit vooraf goed afgesproken is, en dat men kort en helder verslag doet, zodat het ook voor afwezige hulpverleners duidelijk is. De zorgcoördinator past het zorgbehandelplan aan. Alle deelnemers zijn zelf verantwoordelijk voor de notities in het eigen dossier. Als het verslag per mail rondgestuurd wordt, is het vaak mogelijk om stukken tekst elektronisch te kopiëren.

Na het GPO wordt de oudere geïnformeerd over de gesignaleerde risico's en mogelijke interventies. Dit doet de zorgcoördinator. Als er belangrijke en specifiek medische interventies nodig zijn , zal de arts dit doen. Na instemming van de oudere worden de afgesproken interventies uitgevoerd. De zorgcoördinator ziet erop toe dat dit gebeurt en houdt een vinger aan de pols. Zij zorgt er ook voor dat er binnen de afgesproken evaluatietermijn informatie tav het verloop en effect van de interventie is en gedeeld wordt. De communicatie met andere hulpverleners tussendoor zal veelal per mail plaatsvinden, al zou het goed zijn als hier een handzame internetapplicatie voor komt (is in ontwikkeling). In meer acute situaties informeren zorgverleners elkaar per telefoon.

Vaak zal een eerste overleg inhoudelijk iets anders verlopen dan een vervolgoverleg. Men kan ervoor kiezen om hiervoor wat meer tijd uit te trekken, bijvoorbeeld 30 minuten. De eerste keer wordt er meer informatie uitgewisseld en wordt het algemene zorgdoel vastgesteld. Tijdens de overleggen die volgen, wordt dit algemene zorgdoel gecheckt en worden de afgesproken interventies geëvalueerd, maar ook nieuwe afgesproken, afhankelijk van de geactualiseerde probleeminventarisatie. Het lijkt

raadzaam om te starten met GPO's waarbij de deelnemende zorgverleners daadwerkelijk fysiek aanwezig zijn. Op die manier leert men elkaar en ieders werkwijze kennen. In een vervolgfase kan het mogelijk zijn om bijvoorbeeld met een beveiligde videoverbinding te werken.

Bij ouderen met dementie en gedragsproblemen is het belangrijk dat vooral verzorgenden adviezen krijgen hoe zij hier het beste mee om kunnen gaan. Een dergelijke coaching van verzorgenden maakt onderdeel uit van de af te spreken interventies; coaching op zich is geen onderdeel van het GPO.

Er zijn diverse factoren die de uitvoering van het GPO kunnen compliceren. Complicerende factoren die moeilijk te beïnvloeden zijn, zijn de aanwezigheid van meerdere organisaties voor thuiszorg in een regio en niet overlappende werkgebieden van hulpverleners. Deze zaken maken dat men met veel verschillende personen te maken heeft, waarbij het moeilijker wordt elkaar te leren kennen en te vertrouwen. Echter, juist ook in die situaties is periodiek gestructureerd overleg tussen huisarts en zorgcoördinator nuttig.

Belangrijke ingrediënten van een efficiënt en succesvol GPO zijn:

a. Goede planning en agendasetting (tijd en plaats)
b. Goede voorbereiding door alle deelnemers
c. Goede communicatie en vergaderdiscipline
d. Interesse in en respect voor elkaars werkwijze
e. Systematiek, zowel in de voorbereiding, als bij de uitvoering
f. Heldere afspraken en goede verslaglegging
g. Uitvoering en evaluatie conform de afspraken

Als men zich houdt aan bovengenoemde punten wordt het GPO geen moeizame en slepende zaak die veel tijd kost, maar is het een inspirerende bijeenkomst die energie oplevert, zeker als de gestelde doelen daadwerkelijk gehaald worden.

In bijgaand schema staan de te nemen stappen vooraf, tijdens en na het GPO.

Gestructureerd periodiek overleg

Het GPO is onderdeel van een cyclisch proces van hulpverlening, waarbij, uitgaande van de actuele problemen en wensen van de oudere, de betrokken hulpverleners samen de bijpassende zorgdoelen formuleren en interventies afspreken en evalueren.

Het GPO heeft als doel*:* Komen tot een gezamenlijk gedragen beleid om de geboden zorg af te stemmen en te anticiperen op mogelijke problemen en ten behoeve van het welbevinden van de oudere.

Hoe te starten?

1) overleg met de potentiële deelnemers:
   - is men het eens over de doelstelling van het GPO?
   - welke ouderen worden besproken, hoeveel zijn dat?
   - deze ouderen eens per jaar bespreken of vaker?
   - taakverdeling: planner, voorzitter, notulist
   - bespreek planning, tijdstip, locatie
   - samenstelling
   - opzet: hoeveel tijd, wat wordt voorbereid en door wie
2) voer de eerste GPO's (15 – 30 min per oudere)
3) evalueer het proces na 6 maanden: wat gaat goed, wat moet aangepast?

Voorbereiding GPO

	actie	wat	wie
1	Planning overleg	Datum, tijd, plaats, Welke patiënten Welke deelnemers	Planner (teamleider, VPK)
2	Agenda sturen	Idem Tijdstip per patiënt aangeven	Planner
3	Probleeminventarisatie per patiënt	Adhv SFMPC-model	Zorgcoördinator (EVV of VPK)
4	Voorbereiding per patiënt	Eigen dossier doornemen Informatie selecteren Vragen formuleren	Allen
5	Delen informatie	Geselecteerde informatie en geformuleerde vragen rondsturen	Allen

Uitvoering GPO

	actie	wat	wie
1	Welkom	Evt kort voorstelrondje Verslaglegging afspreken	Voorzitter
2	Per patiënt (tijdsbewaking!)	Probleeminventarisatie en geformuleerde vragen inbrengen	Zorgcoördinator (EVV of VPK)
3		Algemeen zorgdoel formuleren / checken	Voorzitter
4		Problemen kiezen ter bespreking adhv wensen patiënt en risico analyse	Allen
5		Formuleren specifieke zorgdoelen per probleem	Allen
6		Interventies en evaluatie moment afspreken, inclusief 'wat als …'	Allen
7		Keuzemogelijkheden en terugkoppeling naar de patiënt afspreken	Allen
8	Afsluiting	Afspraken verspreiding verslag en tussentijdse communicatie Dankwoord	Voorzitter

Na het GPO

	actie	wat	wie
1	Verslaglegging	Algemene punten overleg	Notulist
2	Per patiënt	Concept aanpassing zorgbehandelplan	Zorgcoördinator
3		Afstemming met patiënt	Zorgcoördinator
4		Definitief zorgbehandelplan opstellen en rondsturen	Zorgcoördinator
5		Uitvoeren interventies	Allen
6		Monitoring uitvoering en effect	Zorgcoördinator
7		Aanleveren verslag en informatie effect interventies	Allen
8	Agenda volgend GPO		Planner