

# Module Ouderenzorg

## Integrale zorg voor kwetsbare ouderen in Friesland - proces en organisatie



## Inhoud

1. Inleiding .....	3
2. Chronische (keten)zorg en de Module Ouderenzorg .....	4
3. Voorbereiding .....	5
4. Stappenplan Kwetsbare ouderen .....	6
5. Signaleren van kwetsbaarheid.....	7
6. Vaststellen van kwetsbaarheid, opstellen probleemlijst .....	9
7. Individueel zorgplan opstellen .....	11
8. Interventies .....	13
9. Polyfarmacie/medicatiebeoordeling.....	14
8. Advance care planning .....	16
9. Aandacht voor de mantelzorger .....	17
10. Multidisciplinair overleg.....	19
Bijlage1.....	20

# 1. Inleiding

Ouderdom komt met gebreken: de kwetsbaarheid neemt toe en daardoor worden ouderen steeds afhankelijker van zorg, begeleiding en hulpmiddelen. Om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen is het daarom belangrijk vroegtijdig zicht te krijgen op de mogelijke kwetsbaarheid van ouderen. Huisartsen, thuiszorg en welzijnswerk kunnen de zorg en begeleiding dan beter afstemmen op de behoeften van de oudere. Dit vraagt om goede samenwerking en optimalisatie van de zorgketen, in relatie tot de sociale leefomgeving.

Kwetsbaarheid is 'het proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren, dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, vroegtijdig overlijden)' (Sociaal Cultureel Planbureau, 2011).

Bij het risico op kwetsbaarheid speelt de draagkracht van de oudere een belangrijk rol. Deze draagkracht is van vele factoren afhankelijk en wordt op de proef gesteld als de oudere last krijgt van typische (lichamelijke en psychische) ouderdomsproblemen, zoals cognitieve problemen, psychische problemen, problemen met de mobiliteit, visus en gehoor. Andere risicofactoren voor kwetsbaarheid zijn o.a. het sociale netwerk (alleenstaand, ontbreken van mantelzorg en contacten) en sociaaleconomische status (laag opleidingsniveau, laag inkomen). Kwetsbaarheid is niet altijd te voorkomen, maar door tijdige onderkenning kunnen ouderen geholpen worden om langer de regie over hun eigen leven te houden. Kwetsbaarheid proberen te voorkomen, verminderen of uit te stellen verhoogt de levenskwaliteit en de levensverwachting.

Per huisartspraktijk is momenteel circa 20-35% van de 75-plussers kwetsbaar. Het is daarom belangrijk om de zorg anders te organiseren, zeker als we weten dat in de komende jaren het aantal ouderen fors toeneemt. Volgens het CBS zal het aantal 65-plussers sterk toenemen: waren er in 2012 nog 2,7 miljoen 65-plussers, in 2041 zullen dat er 4,7 miljoen zijn. Dit heeft een enorme impact op de zorg en begeleiding die nodig is vanuit welzijn, eerste en tweede lijn.

In Friesland hebben we een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid om de zorg voor (kwetsbare) ouderen zo optimaal mogelijk en toekomstbestendig te organiseren. De wensen en behoeften van de oudere staan centraal, waarbij we uit gaan van de eigen regie en het zelfmanagement van de oudere. Problemen op het gebied van gezondheid, zorg en welzijn worden beter en tijdig in beeld gebracht en indien nodig worden, in overleg met de oudere, passende oplossingen gezocht. Zo kunnen ouderen zo lang mogelijk en in goede gezondheid in hun voorkeursomgeving blijven wonen.

Wat hebben we nodig:

- Proactieve kernteams in de huisartspraktijk, bestaande uit huisarts, POH - O, wijkverpleegkundige, sociaal werker en op aanvraag specialist ouderengeneeskunde en/of casemanagementdementie.
- Samenwerkingsafspraken met apotheker, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtiste, etc.
- Deze Module Ouderenzorg: procesbeschrijving, vragenlijsten voor casefinding en risico stratificatie en verdiepende anamnese.
- Digitaal platform van Philips VitalHealth, Coordinate

## Doelstelling

Het doel van deze Module Ouderenzorg is het ondersteunen van de huisartspraktijken bij hun zorg voor de kwetsbare ouderen. KZF verwacht dat met deze module de zorg aan kwetsbare ouderen en daarmee het welbevinden en gezondheid van ouderen behouden en/of verbeterd kan worden. Met deze module willen we bereiken dat de regio een proactieve, persoonsgerichte, continue en integrale zorg en begeleiding realiseert, waarbij organisaties op het gebied van (medische) zorg en ondersteuning, welzijn en wonen optimaal samenwerken en ondersteund worden door een digitaal platform.

Voor de ontwikkeling van dit Module Ouderenzorg is gebruikt gemaakt van het boek Protocollaire ouderenzorg, editie 2015, uitgebracht door het Nederlands Huisartsen Genootschap en de website [https://www.hzd.nu/Module\\_Ouderenzorgs/ouderenzorg](https://www.hzd.nu/Module_Ouderenzorgs/ouderenzorg)

## 2. Chronische (keten)zorg en de Module Ouderenzorg

Het huidige aanbod van KZF bestaat momenteel uit de ketens DM2, CVRM, Astma en/of COPD. Binnen deze ketens kan de oudere patiënt door meerdere oorzaken kwetsbaar worden/zijn. De huidige keten alleen, voldoet dan niet meer. Het is verstandig om naast het diagnose specifieke deel dan de Module Ouderenzorg, inclusief het digitale platform, als ondersteuning van de multidisciplinaire zorg, te gaan gebruiken. Kwetsbaarheid vraagt om aanvullende ondersteuning/begeleiding op de huidige ketens.

Om de kwaliteit van zorg, de ervaren gezondheid en de zorgkosten in goede balans te houden, is het noodzakelijk om steeds meer in te zetten op populatiemanagement. Populatiemanagement houdt in dat gerichte zorg wordt verleend aan gespecificeerde groepen patiënten of zelfs aan de individuele patiënt. Eén van de onderdelen van populatiemanagement is het toepassen van risicostratificatie. De ouderen zorg in Friesland kan worden gezien als zorg voor een subgroep binnen het populatiemanagement principe waarbij de netwerkzorg en de driehoek van huisartsenzorg, thuiszorg en sociaal domein behoort.

Risicostratificatie is een statische methode, toegepast op individueel patiëntniveau, om de patiëntengroepen die de meeste baat hebben bij een bepaalde interventie te identificeren = casefinding. Individuele risico's op negatieve uitkomsten en/of kwetsbaarheid worden hierin meegenomen. Risicostratificatie is een hulpmiddel bij het proactief analyseren van de patiëntenpopulatie van de huisartsenpraktijk. Op basis van deze analyse kan een betrouwbare voorspelling gemaakt worden van risico's die bepaalde (groepen) patiënten lopen. Hierdoor is de huisarts in staat om, samen met het zorgnetwerk, preventief en proactief te handelen om voor patiënten risico's te verkleinen of te vermijden.

### **Modulaire opbouw**

In de nieuwe visie van KZF wordt een modulaire opbouw beschreven in inrichting van integrale chronische zorg. Op basis van de patiëntbehoefte, leefstijl issues, medische noodzaak en zorgzwaarte beoordeling wordt de zorgvraag ingeschat en beantwoord middels een koppeling van zorgmodules. De module ouderenzorg is een voorbeeld van de modulaire aanpak.

### **Beslismodel**

Het beslismodel wordt ingericht op basis van een stroomdiagram, zie hoofdstuk 3, waarbij vanuit de behoefte identificatie (positieve gezondheid) en diagnose stelling, leefstijlanalyse en gezondheidsvaardigheden en stratificatie van kwetsbaarheid een zorgplan wordt opgesteld vanuit de modulaire mogelijkheden (waaronder de ouderenzorg module). De principe van JZJP en samen beslissen zijn in dit stroomdiagram samen gebracht. Deze ouderenzorg module voor de kwetsbare oudere waarin de nadruk ligt op casemanagement en zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven behouden heeft een sterke verbinding met het sociale domein en de wijkverpleging, net zoals de inzet van een Specialist Ouderzorg en/of geriatrisch team. Daarnaast blijft aandacht voor de medische problematiek behouden middels een dx specifieke modulaire aanpak.

### **Inclusiecriteria**

- $\geq 75$  jaar (In principe geldt het leeftijdscriterium  $\geq 75$  jaar voor inclusie in de keten ouderenzorg. Echter, wanneer kwetsbaarheid wordt vastgesteld op basis van de GFI bij een patiënt jonger dan 75 jaar én er noodzaak is tot betrokkenheid van meerdere disciplines, dan mag ook deze patiënt geïncludeerd worden).
- Sprake van kwetsbaarheid, vastgesteld o.b.v. klinische blik en/of afname GFI.
- (Noodzaak tot) betrokkenheid van meerdere disciplines.

### **Exclusiecriteria**

- Opname in verpleeghuis
- Verlenen van intensieve zorg door de huisarts aan terminale patiënten
- Overlijden

### 3. Voorbereiding

Als de huisartspraktijk wilt starten met integrale ouderenzorg is het belangrijk een aantal zaken goed te organiseren voordat je definitief start:

- Inzet personeel: wie gaat de ouderenzorg vorm geven en uitvoeren? Geadviseerd wordt een praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige specifiek voor de Ouderenzorg aan te nemen (verder POH-O genoemd).
- Financiering aanvragen via de Prestatie Integrale Ouderenzorg van De Friesland.
- Een kernteam samenstellen bestaande uit zorg- en welzijnsprofessionals (zie hieronder). Het team werkt vanuit de huisartspraktijk. In ieder kernteam zit in ieder geval een huisarts, POH - O, wijkverpleegkundige en sociaal werker. Op aanvraag kan een specialist ouderengeneeskunde aansluiten.
- Aansluiten van de Module Ouderenzorg binnen Coordinate via KZF.
- Het maken van werkafspraken binnen het kernteam over het gezamenlijk werken met Coordinate.
- Het maken van werkafspraken over de doelstelling van het MDO, de frequentie, tijdstip, duur en locatie van het MDO, de vaste deelnemers, wat door wie wordt voorbereid en de taakverdeling.

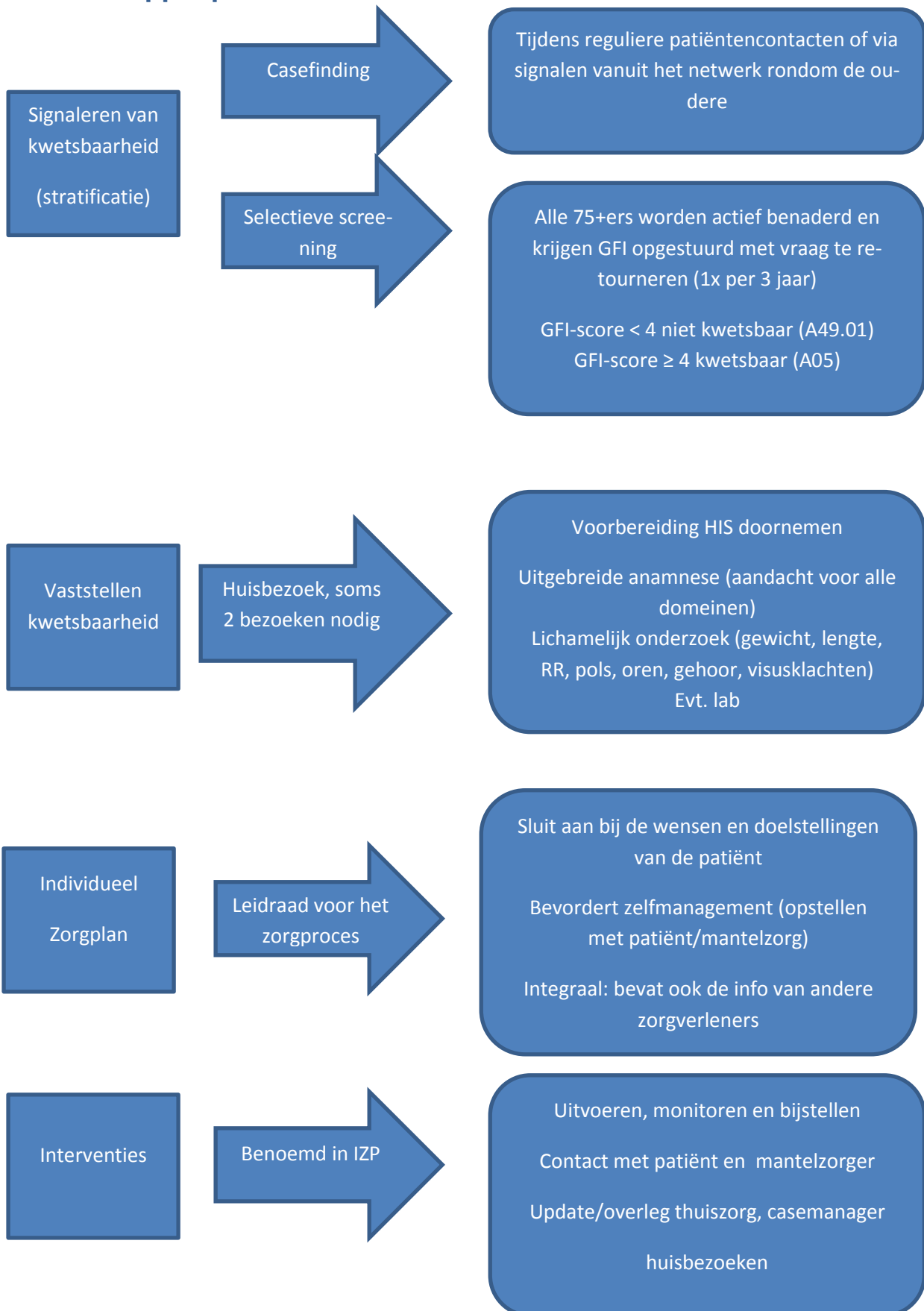
#### Leden kernteam:

- De huisarts is verantwoordelijk voor het opzetten en de samenwerking van het kernteam. Hij/zij is op de hoogte van de (fysieke, psychische en sociale) situatie van de oudere en vormt de spil in de overgang van de eerste naar de tweede lijn, en andersom. De huisarts speelt een centrale rol in het signaleren van (dreigende) kwetsbaarheid bij ouderen in de huisartsenpraktijk. Hij/zij is voorzitter van het kernteam of draagt deze functie over aan een ander kernteamlid. De huisarts is eindverantwoordelijk voor het behandelbeleid, maar niet voor het professioneel handelen van de leden van het kernteam.
- De POH-O wordt aangewezen als coördinator kernteam, aangezien hij/zij toegang heeft tot het HIS. De taken van de coördinator zijn o.a. het organiseren van het MDO en de samenwerking binnen het kernteam en met overige hulpverleners vormgeven. De POH-O kan net als de wijkverpleegkundige of sociaal werker ingezet worden als casemanager/zorgcoördinator over de begeleiding van een oudere. Dit wordt gezamenlijk bepaald. De POH-O organiseert het uitzetten van de vragenlijsten voor risico-stratificatie en casefinding samen met de doktersassistente(s).
- De wijkverpleegkundige is de casemanager/zorgcoördinator van kwetsbare ouderen met complexe problematiek. De wijkverpleegkundige zorgt ook voor de verbindingen in de wijk en draagt bij aan wijkgerichte (preventieve) activiteiten. Bij sociale problematiek schakelt hij/zij de sociaal werker in. Als een oudere al een externe casemanager heeft (bijvoorbeeld casemanager dementie of GGZ) stemt de wijkverpleegkundige daarmee af.
- De sociaal werker is de casemanager/zorgcoördinator van kwetsbare ouderen met sociale vraagstukken en problematiek. De sociaal werker heeft veel ervaring op het gebied van wonen, welzijn, financiën en sociale activering. Bij zorggerelateerde problemen schakelt hij/zij de andere leden van het kernteam in. Als een oudere al een externe casemanager heeft (bijvoorbeeld casemanager dementie of GGZ) stemt de sociaal werker daarmee af.
- De specialist ouderengeneeskunde (SO) is expert op het gebied van ziekten en aandoeningen van de kwetsbare oudere. De SO integreert medische deskundigheid met zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en zorgmanagement. De SO kan als expert door de huisarts en het kernteam worden ingeschakeld voor o.a. een consult of geriatrisch assessment bij complexe zorgvragen, bij polyfarmacie en bij vroegtijdige zorgplanning (Advance Care Planning).

#### Ondersteuning van Ketenzorg Friesland (KZF)

KZF geeft advies en begeleiding tijdens de opstartfase. Een training in het gebruik van de module Ouderenzorg van Philips VitalHealth wordt aangeboden, aan zowel de huisartspraktijk als de ketenpartners.

## 4. Stappenplan Kwetsbare ouderen



## 5. Signaleren van kwetsbaarheid

### Via casefinding

De medewerkers van huisartspraktijken kunnen kwetsbaarheid signaleren bij patiënten  $\geq 75$  jaar tijdens de reguliere contacten. Een vermoeden van kwetsbaarheid bepaal je aan de hand van mogelijke risicofactoren voor kwetsbaarheid (zie lijst hieronder). Indien een vermoeden van kwetsbaarheid bestaat, volgt overleg tussen de huisarts en POH. Samen bepaal je of de kwetsbaarheid van de oudere met behulp van de GFI vragenlijst vastgesteld moet worden. Voor deze vragenlijst is gekozen omdat het een korte lijst is, gevalideerd en al bij veel POH - O's bekend.

### Risicofactoren voor kwetsbaarheid

- Hoge leeftijd (bijv. 90 jaar en ouder)
- Alleenwonend
- Recent weduwe/weduwnaar geworden
- Multimorbiditeit
- Polyfarmacie
- Frequent contact met de huisarts(praktijk)
- Lange tijd niet bij de huisartspraktijk geweest ('consultation gap', bijv. laatste consult was langer dan 3 jaar geleden)
- Psychosociale problematiek als eenzaamheid of financiële problemen
- Recente ziekenhuis- of verpleeghuisopname
- Cognitieve problematiek
- Motorische beperkingen
- Onveilige woonsituatie
- Toenemende vraag naar thuiszorg
- Overbelaste mantelzorger

Casefinding kan ook door derden gedaan worden, zoals:

- Mensen uit de omgeving van de oudere, zoals familie, vrienden en burens
- Zorg- en welzijnsprofessionals uit de wijk
- Andere samenwerkingspartners, zoals woningbouwvereniging en politie

Zij signaleren mogelijke kwetsbaarheid vanuit hun eigen perspectief en discipline. Indien iemand als mogelijk kwetsbaar wordt aangemerkt, zal de professional dit doorgeven aan de huisartsenpraktijk. In het kernteam bepaal je vervolgens of de kwetsbaarheid van de oudere vastgesteld moet worden met de GFI vragenlijst.

### Via selectieve screening

Selectieve screening kan op leeftijd maar ook op multimorbiditeit, voorgeschiedenis, polyfarmacie, etc. Bij op leeftijd worden alle patiënten van  $\geq 75$  jaar door de POH-O geselecteerd vanuit het huisartseninformatiesysteem. Deze groep krijgt de GFI lijst toegestuurd, zie bijlage. De GFI kan ook vanuit Coördinate verstuurd worden naar de oudere, zodat de gegevens direct in VH zichtbaar en opgeslagen zijn. Dit kan door naar Vragenlijsten te scrollen, op het pijltje in de rechterbovenhoek te klikken, linksboven op nieuw te klikken, dubbel op GFI te klikken en dan aan te geven dat de patiënt deze zelf invult. Nu opent een scherm waar u het mailadres van de patiënt kunt invullen en op verzenden kan klikken. De patiënt ontvangt de vragenlijst in zijn/haar mailbox, vult deze in en klikt ook weer op verzenden.

### GFI vragenlijst

Met de GFI vragenlijst kan je de kans op kwetsbaarheid inschatten. Een totaalscore  $\geq 4$  duidt op een kwetsbare patiënt. De GFI-vragenlijst bevat 15 vragen die betrekking hebben op de volgende domeinen van kwetsbaarheid.

- **Mobiliteit/ADL:** Afname van de mobiliteit (door bijvoorbeeld evenwichtsstoornissen, vallen, krachtsverlies of artrose).
- **Cognitie:** Geheugenstoornissen, verminderd vermogen tot het plannen en uitvoeren van handelingen, trager begrip, desoriëntatie.
- **Waarneming:** Achteruitgang van visus en gehoor met als gevolg communicatieproblemen, sociale isolatie, desoriëntatie.

- **Voedingstoestand:** Meer dan 10% ongewild gewichtsverlies in de afgelopen 6 maanden geeft een grotere kans op sterfte dan bij mensen waarbij dit niet het geval is.
- **Multimorbiditeit:** Aanwezigheid van meerdere (chronische ziekten) en daaraan gerelateerde polyfarmacie.
- **Sociale toestand:** Afwezigheid van een sociaal netwerk, weinig sociale contacten, ervaren eenzaamheid.
- **Psychische toestand:** Somberheid en depressiviteit (geeft bij ouderen vaak agitatie en angst) waardoor ouderen minder goed met veranderingen kunnen omgaan.

### **Werkwijze**

De 15 vragen kunnen door de patiënt zelf ingevuld worden, maar ook mondeling aan de patiënt gesteld worden door een professional. De vragen gaan over de situatie van de patiënt van de afgelopen maand, de situatie voordat de patiënt bijvoorbeeld acuut ziek werd. Omcirkel het best passende antwoord. Wanneer de patiënt deze vragen zelf niet kan beantwoorden, stel ze dan aan de direct naaste (diegene die bij de anamnese aanwezig is of de eerste contactpersoon).

### **Interpretatie**

Scoor het totaal. Bij een uitslag van  $\geq 4$  is er een vermoeden van kwetsbaarheid en wordt een (vervolg)huisbezoek voorgesteld, zie volgende hoofdstuk.

Als de uitslag  $< 4$ , volgt indien nodig overleg met de huisarts, indien er daadwerkelijk geen vermoeden is van kwetsbaarheid wordt dit gerapporteerd onder ICPC A49.01 (ouderenzorg). Iedere drie jaar wordt deze screening opnieuw gedaan of bij bovenstaande risicofactoren als ze van toepassing worden.

Bij vastgestelde kwetsbaarheid wordt de uitkomst gedeeld met het kernteam. Door de persoon die de GFI afneemt wordt direct besproken met de patiënt of hij mee wil doen in het Module Ouderenzorg. Indien de patiënt mee wil doen, dan wordt door de POH-O een digitaal dossier aangemaakt in Coordinate en toegang verleend aan de wijkverpleegkundige om hierin te werken<sup>1</sup>. De POH of wijkverpleegkundige die de GFI heeft ingevuld, voert deze in het digitale dossier.

Ondanks de goede hulp die de GFI vragenlijst biedt, blijft het belangrijk om een goed oog te houden voor de daadwerkelijke situatie. Let bij een huisbezoek op de lege koelkast of een keuken met vuil en etensresten, de nagels of haren die lang geleden geknipt hadden moeten worden. Zorg mijdende patiënten kunnen om diverse redenen verwaarloosd zijn. Mensen schamen zich vaak om toe te geven dat ze hulp nodig hebben en proberen de schijn op te houden.

---

<sup>1</sup> Via een mailtje aan:



## 6. Vaststellen van kwetsbaarheid, opstellen probleemlijst

Als na het afnemen van de GFI blijkt dat een ouderen kwetsbaar is, wordt in overleg met de patiënt en/of mantelzorgers besproken hoe de patiënt zolang als mogelijk de regie zelf kan behouden en wat de zorgvraag, behoeften en wensen van de patiënt zijn om dit te bewerkstelligen. Hier is een uitgebreide inventarisatie noodzakelijk van mogelijke problemen op verschillende domeinen. Deze uitgebreide anamnese beslaat idealiter de somatische, functionele, maatschappelijke, psychische en communicatieve domeinen en vindt plaats bij de patiënt en diens mantelzorgers thuis. Het SFMPC-model, zie [Toolbox SFMPC](#) en bijlage 1.

Hierbij kan de Trazag of de Easycare worden gebruikt. Bij de inventarisatie verzamel je op systematische wijze gegevens, zodat duidelijk wordt op welke gebieden er problemen zijn, welke wensen de patiënt heeft en op welke gebieden problemen zijn. Tijdens de anamnese kan je gericht deelinstrumenten gebruiken om meer informatie te krijgen, bijvoorbeeld een MMSE of klokkentest als je een cognitieve stoornis vermoedt. Deze anamnese kan afgenomen worden door de POH-O, maar ook door de wijkverpleegkundige of casemanager dementie. Het is raadzaam binnen het kernteam hier afspraken over te maken.

Om die regie zo lang mogelijk te laten behouden is het belangrijk te achterhalen wat de mogelijkheden van de patiënt zelf, de mantelzorg en het informele netwerk zijn. Hierbij wordt besproken: woon- en leefsituatie, participatie, geestelijk welbevinden en lichamelijk welbevinden & gezondheid. Indien de patiënt dit wenst worden mantelzorgers/naasten betrokken en besproken welke mogelijkheden zij hebben om patiënt hulp te bieden. Ook de belastbaarheid van de mantelzorg (en eventuele overbelasting) komt hierbij aan de orde. De wijkverpleegkundige maakt gebruik van de methodiek zoals in de organisatie waar vanuit zij werkt gebruik gemaakt wordt. Hierbij wordt vanuit gegaan dat er van een gangbaar gevalideerd classificatiesysteem gebruik gemaakt wordt, zoals Gordon, Nanda/NIC/NOC (Triple N) en Omaha-System. Het zal niet altijd mogelijk zijn om de wijkverpleging in te schakelen voor de anamnese, bijvoorbeeld als er (nog) onvoldoende vertrouwen is bij de patiënt. In voorkomende gevallen zal de POH-O de anamnese afnemen.

Risicosignalering maakt onderdeel uit van de anamnese door de WVP of POH-O. Dit kan met behulp van verschillende vragenlijsten en instrumenten. Ook hier gebruikt de WVP de screeningslijst zoals die gebruikt wordt bij de thuiszorgorganisatie waar zij werkzaam is. Risico's worden op de volgende gebieden in kaart gebracht:

- Ondervoeding
- Huidletsel
- Incontinentie
- Medicatie
- Vallen
- Geheugen
- Depressie
- Mondproblemen
- Visusproblemen,
- Hoorproblemen , beoordelen cerumen, gehoorklachten
- Pijn
- Eenzaamheid
- Mobiliteitsproblemen

**Optioneel:** lichamelijk onderzoek, op de praktijk of bij de oudere thuis, bestaande uit het vaststellen van:

- gewicht
- lengte
- pols
- tensie

**Optioneel:** laboratoriumonderzoek bestaande uit het Standaard Geriatriesch Laboratorium Onderzoek. Items die recent zijn bepaald hoeven niet opnieuw onderzocht te worden. Let op: dit laboratoriumonderzoek valt onder het eigen risico van de basisverzekering. Het is belangrijk de oudere hier vooraf over te informeren

Tijdens de gesprekken is het belangrijk om altijd de behoeften, wensen en prioriteiten van de oudere in het oog te blijven houden. De uitgebreide inventarisatie vraagt meestal één tot twee huisbezoeken, die je afsluit met het opstellen van een probleemlijst. Samen met de oudere en mantelzorgers bekijkt u welke problemen voorrang moeten krijgen. Deze probleemlijst geeft richting aan het individueel zorgplan, zie volgend hoofdstuk.

Vraag aan de patiënt ook toestemming voor het uitwisselen van gegevens met de andere zorgverleners en het gebruik van Coordinate. Vraag apart toestemming om gegevens (mondeling en/of via Coordinate) te delen met de welzijnsmedewerker/sociaal werker van de gemeente. Via het digitale zorgdossier van Coordinate blijven de zorg- en hulpverleners tijdens deze fase met elkaar in contact om af te stemmen of de situatie voldoende in kaart gebracht is en of er nog aanvullend onderzoek nodig is en of een MDO moet plaatsvinden.

Voor de inventarisatiefase van zorg aan ouderen wordt een episode ICPC A49.01 'ouderenzorg' in het HIS aangemaakt. Hierin worden de resultaten genoteerd van verschillende vragenlijsten en de eindconclusie. Is de conclusie dat de patiënt kwetsbaar is, dan wordt de episode herbenoemd door deze ICPC A05 (algehele achteruitgang) te geven, die als episode de naam 'ouderenzorg, kwetsbare oudere' krijgt. Een korte samenvatting van het gesprek en het uitgevoerde onderzoek rapporteer je onder A.05.

Open Coordinate en vul het Patiëntenprofiel Ouderenzorg, netwerk patiënt en toegewezen zorgteam in.

## 7. Individueel zorgplan opstellen

Een individueel zorgplan geeft een overzicht over alles wat er speelt: belangrijke en te beïnvloeden problemen van de kwetsbare oudere, de wensen van de kwetsbare oudere zelf, de doelen en de afgesproken acties of interventies. De geïnventariseerde problemen, zie vorige hoofdstuk, krijgen een urgentie op basis van de doelen die met de oudere zijn geformuleerd. Vervolgens beslist de patiënt samen met de POH-O of wijkverpleegkundige welke acties worden ondernomen. Dat kan gaan om acties of interventies door de patiënt zelf, de mantelzorger of door professionele hulpverleners. In het zorgplan staat wie deze acties coördineert en wanneer ze worden opgevolgd en geëvalueerd. Hierbij ga je uit van de wensen en behoeften van de oudere en diens sociale omgeving. Hierbij gaat het dus niet alleen over ziekten en aandoeningen, maar heb je vooral aandacht voor het welbevinden van de oudere.

Belangrijk doel is om de eigen regie en het zelfmanagementvermogen van de oudere te stimuleren door het verlenen van hulp met 'de handen op de rug'. Het plan vormt de leidraad voor samenhangende, proactieve zorg en begeleiding van de kwetsbare oudere in de praktijk.

Belangrijk onderdeel van het gesprek met de oudere is het bespreken van kern- en belevingswaarden. Wat vindt een oudere belangrijk? Hoe staat hij in het leven? Welke gedachten heeft hij over de toekomst? Wees proactief en bespreek met de oudere wat te doen als zich een bepaalde gebeurtenis voordoet. Leg dit ook vast in het individueel zorgplan. Voer het gesprek aan de hand van vragen, zoals:

- Waaraan beleeft u plezier?
- Wat vindt u belangrijk in uw leven?
- Wat zijn uw wensen om dit te realiseren?
- Wat als u te maken krijgt met ...?
- Wat zou u graag anders zien in de zorg die u ontvangt?

### Opstellen individueel zorgplan

- Het individueel zorgplan bevat de volgende onderdelen:
- Kern- en belevingswaarden: hoe heeft iemand geleefd en hoe ziet hij de toekomst?
- Doelen: formuleer doelen vanuit de oudere zelf.
  - Algemeen doel: staat bovenaan het individueel zorgplan zodat alle zorgverleners en betrokkenen hier rekening mee kunnen houden.  
Bijvoorbeeld thuis kunnen blijven wonen met voldoende zorg.
  - Zorgdoel: draagt bij aan het behalen van het hoofddoel.  
Bijvoorbeeld weer zelf 100m buiten kunnen lopen met hulpmiddelen / boodschappen doen met hulp van buurvrouw.
- Interventies en acties: besluit gezamenlijk welke acties uitgezet worden en wie daarvoor verantwoordelijk is. Stimuleer zelfmanagement en eigen regie.
- Coördinator/verantwoordelijke: leg vast wie welke actie uitvoert.

Meest voorkomende gezondheid gerelateerde problemen bij ouderen:

- Functioneren
- Vallen en mobiliteit
- Duizeligheid
- Voeding en ondervoeding
- Urine-incontinentie
- Stemming en depressie
- Eenzaamheid/sociale participatie
- Cognitie
- Gehoor
- Visus
- Polyfarmacie
- Oudere als mantelzorger
- Informele zorg
- Lichaamsfuncties
- Pijn

- Slapen

### **Doelen opstellen**

Het vaststellen van doelen is het belangrijkste onderdeel van het zorgplan. Hierdoor is voor alle hulpverleners, maar ook voor de oudere en zijn familie duidelijk wat haalbaar en mogelijk is. Voor de meeste ouderen is zelfstandigheid en thuis blijven wonen het belangrijkste. De doelen kunnen in vier groepen onderverdeeld worden:

1. Herstel van functioneren
2. Behoud van functioneren
3. Symptoombestrijding
4. Acceptatie van achteruitgang

### **Interventies plannen en uitvoeren**

Na het vaststellen van de doelen worden de acties besproken met de oudere die ondernomen moeten worden om een doel te bereiken. Vaak zijn er meerdere opties om een doel te bereiken. In een proces van gezamenlijke besluitvorming maken ouderen en zorgverlener hieruit een keuze, waarbij de voor- en nadelen van de verschillende opties worden afgewogen. In het zorgplan staat wie er voor een doel verantwoordelijk is en welke actie vereist is.

### **Evalueren**

Het zorgplan is een werkdocument dat regelmatig wordt geëvalueerd. Evalueer de zorgdoelen en acties per doel en bekijk hierbij telkens op iets aangepast moet worden. Idealiter wordt de kwetsbare ouderen ook minimaal 2x per jaar besproken in het MDO.

### **Coördinate**

Onder tabblad Ouderenzorg staat het zorgbehandelplan, oftewel individueel zorgplan. Door op het pijltje in de rechterbovenhoek te klikken opent het zorgplan. Hier kan je een nieuw probleem toevoegen, een probleem verwijderen of aanpassen. Vul de gewenste items in en klik op bewaren. Het zorgplan wordt dan gevuld. Je kan de startdatum, de urgentie, het probleemgebied (SFMPC) en de status (actief/inactief) aangeven. Bij de acties kan geplaatst worden wie dit doel oppakt.

## 8. Interventies

De interventies die beschreven worden in het individueel zorgplan dragen bij aan de doelen zoals geformuleerd met de oudere. Vaak zijn meerdere effectieve interventies mogelijk. Door gezamenlijke besluitvorming maak je met de oudere een keus. De interventies die in het zorgplan staan moeten uitgevoerd, gemonitord en bijgesteld worden. Dit kan volgens de PDCA-cyclus.

### **PDCA-cyclus**

De interventies worden uitgevoerd, vastgelegd, gemonitord en eventueel bijgesteld. Dit is een zogenaamde PDCA-cyclus: Plan, Do, Check, Act. Op die manier werk je continu aan kwaliteitsverbetering.

**Plan:** individueel zorgplan

Het individueel zorgplan dat je samen met de oudere hebt opgesteld is de basis.

**Do:** uitvoeren interventies

In deze fase worden de interventies uitgevoerd. In het individueel zorgplan heb je beschreven door wie de interventies in gang gezet en uitgevoerd worden: door de casemanager/wijkverpleegkundige, een andere hulpverlener, de oudere of diens mantelzorger. Probeer zoveel mogelijk het zelfmanagement van de oudere te stimuleren door hem/haar interventies te laten uitvoeren. Als casemanager adviseer en ondersteun je de oudere daarbij. Vermeld de acties en behaalde resultaten in het zorgplan van VH.

**Check:** monitoren interventies

Het is belangrijk de situatie van een kwetsbare oudere goed te blijven monitoren door:

- Regelmatig contact te onderhouden met de oudere en/of mantelzorger. Houd de situatie van de oudere goed in de gaten, bespreek eventuele andere wensen en behoeften en evalueer (het effect van) uitgevoerde interventies.
- Te zorgen voor een regelmatige update van betrokken hulpverleners d.m.v. (telefonisch) overleg (MDO) of via de consult en berichtenservice in VH.
- Indien er een stabiele situatie is behaald, probeer dan nog 2x per jaar een huisbezoek uit te voeren.

**Act:** bijstellen individueel zorgplan

Op basis van bovenstaande informatie bepaal je of het zorgplan aangepast moet worden. In dat geval breng je dat in tijdens het MDO. Eventuele wijzigingen bespreek je vervolgens met de oudere en/of mantelzorger voordat je het zorgplan aanpast.

## 9. Polyfarmacie/medicatiebeoordeling

Het doel van medicatiebeoordeling is de veiligheid van de patiënt te waarborgen en ziekenhuisopnames te vermijden. De medicatiebeoordeling door de huisarts en apotheker gebeurt a.d.h.v. de STRIP-methode en de STOPP- en START-criteria. Idealiter wordt minimaal één keer per jaar een medicatiebeoordeling gedaan.

NB. Dit onderzoek valt onder het eigen risico van de basisverzekering. Het is belangrijk de oudere hier vooraf over te informeren.

Een volledige medicatiebeoordeling bestaat uit een aantal stappen<sup>2</sup>:

### 1. Voorbereiding (door huisarts en/of apotheker)

a. Selecteer ouderen:

- Leeftijd 75 jaar of ouder en chronisch gebruik van 10 of meer geneesmiddelen 3
- en/of vastgestelde kwetsbaarheid (ook bij jonger dan 75 en < 10 geneesmiddelen).

Aanwijzingen voor kwetsbaarheid:

- patiënten na een recente ziekenhuisopname of na een recent bezoek aan de spoedeisende hulp
  - in verband met een mogelijk medicatie gerelateerd probleem, zoals beschreven in de triggerlijst
  - addendum tweede lijn (vallen, syncope, bloedingen, elektrolytstoornissen, verwardheid, obstipatie
  - et cetera.)
  - patiënten met een of meer 'geriatric giants' (mobiliteitstoornissen, balansproblemen, communicatiestoornissen, geheugenproblemen, psychische stoornissen en incontinentie)
  - patiënten met nierfunctieverlies
  - patiënten met cognitieve beperkingen
  - patiënten zonder een sociaal netwerk
  - patiënten die recent een partner verloren hebben of alleenstaand zijn
  - patiënten met een lage opleiding of laaggeletterdheid
  - patiënten bij wie de levensverwachting sterk is afgenomen
- b. Vraag (schriftelijke) toestemming aan de oudere om gegevens te mogen delen tussen apotheker en huisarts/POH
- c. Verzamel gegevens, maak hier evt. een standaardlijst voor:
- Medicatieoverzicht van apotheek, inclusief allergieën, overgevoeligheden en reden van start/stop
  - Medische voorgeschiedenis
  - Gegevens lichamelijk onderzoek (bloeddruk, pols, gewicht)
  - Labwaarden over de afgelopen 12 maanden (zoals nierfunctie, leverfunctie, HbA1c, cholesterolgehalte)

### 2. Farmacotherapeutische anamnese

Bespreek het actuele geneesmiddelengebruik en eventuele daaraan gerelateerde problemen van de oudere. Als de oudere zijn/haar medicatie niet (volledig) in eigen beheer heeft, nodig dan ook degene uit die de oudere helpt (verzorgende of mantelzorger) bij het gesprek. Het medicatieoverzicht en de medicijnendoosjes van de oudere vormen de basis voor de farmacotherapeutische anamnese. Gebruik bij voorkeur een gestructureerde vragenlijst. Spreek af wie de anamnese bij de oudere thuis uitvoert: de huisarts, apotheker, POH of apothekersassistente.

Bespreek in ieder geval:

- Wat verwacht de oudere van zijn medicatie, wat vindt de oudere van zijn farmacotherapie?

<sup>2</sup> Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, NHG e.a. 2017

<sup>3</sup> Nieuwe richtlijn Module Medicatiebeoordeling 2019, NHG 2020

- Wat zijn de ervaringen van de oudere met de huidige medicatie en de eerder gebruikte medicatie?
- Heeft de oudere klachten? Is de farmacotherapeutische behandeling effectief?
- Ervaart de oudere bijwerkingen?
- Wat gebruikt de oudere daadwerkelijk aan medicatie?
- Gebruikt de oudere zelfzorg- of kruidengeneesmiddelen?
- Hoe volgt de oudere de gebruiksaanwijzingen op?
- Ervaart de oudere praktische problemen bij het gebruik van zijn medicatie?
- Zo nodig: om welke redenen wijkt de oudere af van het geadviseerde gebruik / geadviseerde dosering?
- Gebruikt de oudere geneesmiddelen van een ander (bijv. partner)?

### **3. Farmacotherapeutische analyse**

In deze analyse wordt gecontroleerd of mogelijke farmacotherapie-gerelateerde problemen (FTP's) aanwezig zijn, waaronder:

- Onderbehandeling
- Niet-effectieve behandeling
- Overbehandeling
- (Potentiële) bijwerkingen
- Klinisch relevante contra-indicatie en interactie
- Onjuiste dosering
- Problemen bij gebruik

### **4. Opstellen farmacotherapeutisch behandelplan**

De huisarts en apotheker bespreken en prioriteren de gesignaleerde problemen (FTP's). Vervolgens stellen ze een farmacotherapeutisch behandelplan op met behandeldoelen en bijbehorende interventies. Houd rekening met de wensen van de oudere, specifieke patiëntkenmerken, ervaringen en levensverwachting. Streef naar zo weinig mogelijk inname-momenten per dag, schrijf zo weinig mogelijk voor, schrijf alleen hele tabletten voor en houd het aantal wijzigingen per keer beperkt.

### **5. Vaststellen farmacotherapeutisch behandelplan**

Bespreek het plan met de oudere en/of mantelzorger en besluit welke medicatiewijzigingen – en in welke volgorde – worden doorgevoerd. Geef de wijzigingen op schrift mee zodat de oudere dit kan nalezen en kan bespreken met de mantelzorger. Noteer alle wijzigingen ook in het Actueel Medicatieoverzicht en communiceer dit met andere betrokken zorgverleners, zoals specialisten.

### **6. Follow-up en monitoren**

Documenteer in het behandelplan welke controles uitgevoerd moeten worden (bijv. lab, bloeddruk, consult) en op welke termijn. Bespreek met de oudere wanneer het goed is om contact op te nemen met de behandelend arts of apotheker. Leg vast wanneer de medicatiebeoordeling opnieuw uitgevoerd moet worden, bij voorkeur minimaal één keer per jaar.

### **7. Registratie**

Registratie in het HIS vindt plaats onder ICPC A13 Medicatiebeoordeling. Als de beoordeling door de apotheker en de huisarts verricht is, kan je een vergoeding krijgen voor de medicatiebeoordeling via de prestatie 13049 Polyfarmacie van de Friesland. Alle medicatie die in het HIS staat geregistreerd wordt automatisch overgenomen naar Coordinate.

## 8. Advance care planning

Advance Care Planning (ACP) is een proces waarbij de patiënt met zijn/haar behandelend arts wensen, doelen en voorkeuren voor zorg rond het levenseinde bespreekt en eventueel vastlegt, vooruitlopend op het moment dat de patiënt zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen. Dit gesprek hoort bij het bespreken van wensen en doelen van de oudere.

### Aanleiding tot gesprek

Het initiatief tot een ACP-gesprek kan liggen bij de oudere zelf, een wettelijk vertegenwoordiger van de oudere, de huisarts of andere zorgverleners.

De oudere (of wettelijk vertegenwoordiger) neemt het initiatief als hij/zij:

Vragen heeft over (de zorg rond) het levenseinde of over (de succeskans van) reanimatie

Melding maakt van een niet-reanimeerverklaring, niet-reanimeerwens of wils- of euthanasieverklaring

De huisarts/POH of andere zorgverlener neemt het initiatief als:

- Iemand als kwetsbaar wordt geïdentificeerd
- Te verwachten is dat de patiënt binnen een jaar zal overlijden (surprise question)
- Er een risico aanwezig is dat de oudere op korte termijn wilsonbekwaam wordt
- Bij de start van palliatieve zorg
- Voor de oudere één of meer van onderstaande punten gelden:
  - Ongeneeslijke ziekte
  - 70+ met comorbiditeit én afnemende vitaliteit
  - Verhoogde kans op hart- en/of ademhalingsstilstand
  - Cognitieve beperkingen
  - Verhoogde kans op ernstige en blijvende invaliditeit

### Het gesprek

Bespreek de wensen en behoeften t.a.v. het levenseinde bij voorkeur in het bijzijn van de eventuele mantelzorger. De POH- O, wijkverpleegkundige, sociaal werker of andere hulpverlener kan een signalerende en informerende rol vervullen. Zij kunnen het gesprek met de oudere aangaan en het gedachtenproces van de oudere op gang brengen. Informatie voor de oudere is te vinden op de website van Thuisarts of Patiëntenfederatie. Vaak lukt het niet om een dergelijk gesprek in één keer af te ronden, maar is het nodig om er vaker met elkaar over te spreken. Uiteindelijk is het de huisarts die als eindverantwoordelijke de uitkomsten van het gesprek vastlegt. Actualiseer de verklaring jaarlijks, of bij belangrijke veranderingen in de gezondheid of levensomstandigheden. De oudere is zelf verantwoordelijk voor communicatie naar familie en verzorgenden. Adviseer hem/haar een kopie van de verklaringen aan de directe naasten te tonen.

### Registratie

De huisarts registreert het gezamenlijk besluit in het HIS onder ICPC A20 Gesprek levenseinde / behandelwensen en bij Aanvullende gegevens plan (zie het zorgprotocol in het HIS) en voegt de PDF van de eventuele (niet-reanimeren) wilsverklaring toe. Noteer in de episodetitel 'NR verklaring / behandelverbod' indien van toepassing. Koppel alle volgende gesprekken en besluiten onder deze episode. Ook als een oudere (nog) geen besluit genomen heeft registreer je dit onder A20.

In VH kan je in het blokje patiëntenprofiel op tabblad Ouderenzorg de gegevens kwijt.

Vergeet niet de prestatie ACP van De Friesland te activeren om voor vergoeding in aanmerking te komen. U kunt 1x in de 3 jaar een vergoeding per patiënt declareren.



## 9. Aandacht voor de mantelzorger

Eén op de vijf patiënten in de huisartspraktijk verleent mantelzorg aan een kwetsbare naaste. Bijna de helft van de mantelzorgers heeft daarbij behoefte aan mantelzorgondersteuning. Door tijdig mantelzorgers te herkennen kan overbelasting voorkomen worden. Hierbij spelen de huisarts, POH, casemanager, wijkverpleegkundige en/of sociaal werker een belangrijke rol.

### (H)erken de mantelzorger

Veel mantelzorgers zijn zich er niet van bewust dat ze mantelzorger zijn. Het is belangrijk dat ze zich dit realiseren, zodat ze eerder om hulp of ondersteuning kunnen en durven vragen. Vraag de oudere of hij/zij tijd besteedt aan de zorg voor een ander of dat hij/zij zorg van een naaste ontvangt.

- Geef bij de oudere aan dat de mantelzorger van harte welkom is om bij een consult of eventueel huisbezoek aanwezig te zijn.
- Informeer de mantelzorger over de situatie van de oudere.
- Betrek de mantelzorger bij de begeleiding van de oudere.
- Vraag de mantelzorger regelmatig naar hoe de zorg gaat en wat de belasting is.

### Ondersteun de mantelzorger

Ondersteun de mantelzorger door een luisterend oor te bieden en waardering en erkenning te uiten. Denk mee, geef advies en informatie zodat de mantelzorger zo goed mogelijk de zorg kan verlenen.

- Vraag aan de mantelzorger hoe het met hem/haar gaat, het liefste in een één op één gesprek.
- Benadruk dat de mantelzorger ook aan de eigen gezondheid moet denken.
- Bespreek wat de mantelzorger nodig heeft om hulp te kunnen blijven geven.
- Stimuleer de mantelzorger om de zorg te delen met andere naasten.
- Spreek je waardering uit over de mantelzorger.
- Maak samen met de mantelzorger een noodplan voor het geval hij/zij uitvalt.

### Verwijzen

Verwijs de mantelzorger door naar organisaties die ondersteuning kunnen bieden of (tijdelijk) zorg uit handen kunnen nemen. Het aanbod aan mantelzorgondersteuning verschilt per plaats, denk daarbij aan:

- Organisatie voor mantelzorgondersteuning, [www.mantelzorg.nl](http://www.mantelzorg.nl)
- Lotgenotencontact
- Patiëntenverenigingen
- Gemeentelijk WMO-loket/gebiedsteams voor individuele voorzieningen (bijv. hulp bij huishouden, vervoer, woningaanpassingen, respijtzorg) en algemene voorzieningen (bijv. boodschappendienst, maaltijdverzorging)
- Organisaties/gebiedsteams voor vrijwilligerszorg, zoals vrijwillige thuishulp, buddyzorg, vriendendiensten, maatjesprojecten, Rode Kruis of Zonnebloem.

### Signaleer overbelasting en ondersteuningsbehoefte

Door alert te zijn op signalen en klachten die vaak voorkomen bij mantelzorgers kun je achterhalen of je te maken hebt met een overbelaste mantelzorger. Veel voorkomende signalen en klachten zijn:

- Lichamelijk: hoofd- en buikpijn, verhoogde bloeddruk, hyperventilatie, pijn in nek, schouders of rug, duizeligheid, toenemende vermoeidheid, afnemende eetlust of vraatzucht.
- Psychisch: schaamte- en schuldgevoelens, concentratieproblemen, vergeetachtigheid, lusteloosheid, slaapproblemen, snel geëmotioneerd, piekeren.
- Gedragmatig: rusteloosheid, chaotisch, onverdraagzaam, agressief, verwaarloosd uiterlijk, meer drinken en roken, gebruik van kalmerende of stimulerende middelen.

De belasting van een mantelzorger kan in kaart worden gebracht met een vragenlijst, bijv.:

- Caregiver Strain Index (CSI)

- Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ, voor mantelzorgers van mensen met dementie)
- EDIZ-plus (voor mantelzorgers van mensen met diverse problematiek)

### **Ontspoorde zorg en ouderenmishandeling**

Als de mantelzorger door overbelasting niet meer in staat is om goede zorg te verlenen spreken we van ontspoorde zorg. Voorbeelden van ontspoorde zorg zijn verwaarlozing, psychische of lichamelijke mishandeling, schending van rechten of financieel misbruik.

Signalen die kunnen wijzen op ouderenmishandeling zijn:

- Zichtbaar letsel
- Overdreven schrikreactie bij onverwachte aanraking
- Onsamenhangende verklaringen over verwonding
- Depressiviteit of onverklaarbare angst
- Schichtig of teruggetrokken gedrag

### **Wet Meldcode huiselijk geweld**

Het melden van ouderenmishandeling valt onder de Wet Meldcode huiselijk geweld, die sinds 1 juli 2013 van kracht is. Op de signalenkaart Stop Ouderenmishandeling zijn de vijf stappen vermeld die doorlopen moeten worden in het kader van deze meldcode.

### **Vragen en meldingen**

Voor het bespreken van signalen, advies en meldingen kun je terecht bij medewerkers van Veilig Thuis Friesland.

### **Registreren**

Maak de episode ICPC Z14 Probleem met ziekte partner aan in het HIS als iemand mantelzorg verleent en ICPC Z13 Probleem met gedrag partner als de mantelzorger problemen ervaart door de ziekte van de partner.

### **Ingeschreven bij andere huisarts?**

Als de mantelzorger niet in jouw huisartspraktijk is ingeschreven, verwijs hem/haar dan door naar de eigen huisarts voor ondersteuning en begeleiding. Vraag of het akkoord is dat je gegevens betreffende de mantelzorgsituatie doorgeeft aan de eigen huisarts of dat je de situatie zal bespreken met een collega POH-O. Noteer gegevens van de mantelzorger en eventuele overbelasting in het VH dossier van de betreffende oudere en blijf de mantelzorger monitoren –voor zover mogelijk.

## 10. Multidisciplinair overleg

Als meerdere zorgverleners betrokken zijn bij de zorg van een kwetsbare oudere en als de oudere (of de familie) zelf verminderd regie kan voeren, is het belangrijk dat goede onderlinge informatie-uitwisseling en afstemming plaatsvindt tussen de zorgverleners. Daarnaast is het zinvol en leerzaam om de expertise van andere disciplines te gebruiken binnen de zorg voor de kwetsbare oudere.

De problemen in de SFMPC-domeinen van iedere kwetsbare oudere kunnen in een multidisciplinair team besproken worden, met aandacht voor medische problemen, zorg- en welzijnsaspecten, om zo te komen tot specifieke doelen en acties per geprioriteerde zorgvraag.

Met het kernteam houd je iedere 4-6 weken een multidisciplinair overleg (MDO). Hierdoor bevorder je de samenwerking en afstemming onderling: je weet elkaar sneller (en proactief) te vinden, het is duidelijk wie wat doet – waardoor je dubbelingen in de zorg voorkomt – en je kunt structurele samenwerkingsafspraken maken. Dit draagt bij aan het organiseren van preventieve, persoonsgerichte en integrale zorg.

### Werkafspraken

Maak afspraken in het kernteam over de doelstelling van het MDO, de frequentie, tijdstip, duur en locatie van het MDO, de vaste deelnemers, wat door wie wordt voorbereid en de taakverdeling. Evalueer het proces na 6 maanden: wat gaat goed en wat moet aangepast worden?

### Agenda

De coördinator kernteam maakt voor het MDO een agenda met ouderen die besproken moeten worden en deelt deze met het kernteam via MDO in Coordinate . Vraag de patiënt altijd om toestemming! Zonder toestemming kan je een patiënt alleen anoniem bespreken.

### Coordinate

Ga naar GPO/MDO in het blok Takenlijst en Data-uitwisseling en klik op het plusje. Klik dan bovenaan op Nieuw MDO aanmaken. Vul de gegevens in. De zorgverleners worden uitgenodigd door op deelnemers selecteren te klikken. Vanuit de lijst kan de juiste zorgverlener aangevinkt worden. Klik dan op zorgverlener toevoegen, en de deelnemers komen in het andere veld te staan. Het selecteren van patiënten gaat op dezelfde manier.

Via het systeem krijgen de deelnemers een uitnodiging voor het gepland MDO. Je kan zelf aangeven of de deelnemers ook een behandelrelatie moeten aangaan, zodat ook zij de gegevens in kunnen kijken.

Alle leden van het kernteam en overige professionals kunnen cliënten aandragen ter bespreking. Dit zijn bijvoorbeeld:

- Ouderen die een screeninglijst hebben ingevuld (kwetsbaar of vitaal)
- Ouderen met complexe problemen en voor wie een individueel zorgplan gemaakt of aangepast moet worden
- Ouderen met complexe of onduidelijke problemen
- Mantelzorgers die mogelijk overbelast zijn
- Ouderen die vanuit de 'schil' (buren, dominee, etc) zijn ingebracht in het MDO

Voor een efficiënt verloop van het MDO is het raadzaam om een gestructureerde agenda te hanteren en een voorzitter aan te wijzen die de tijd in de gaten houdt.

## Bijlage1

### SFMPc

De afkorting SFMPc staat voor de verschillende deelgebieden, die allemaal samen het hele systeem van en rondom een cliënt vormen. Wat valt er nu onder welk deelgebied, een overzicht:

#### S: Somatisch

Pijn  
 Oedeem  
 Verblijfs catheter (problemen met)  
 Ademhalingsproblemen  
 Verminderde inspanningstolerantie  
 Tonusstoornis  
 Contracturen  
 Voedingstoestand  
 Vochthuishouding  
 Instabiele bloedsuikerspiegels  
 Obstipatie  
 Diarree  
 Incontinentie (urine / faeces)  
 Kauw / slikstoornissen  
 Gebitsproblemen  
 Stemstoornis  
 Gevaar voor letsel  
 – valrisico  
 – risico op verwonding  
 – bloedingsneiging  
 Medicijngebruik

#### F: Functioneel (A: ADL)

Beperking persoonlijke verzorging  
 – eten en drinken  
 – wassen (onder / boven) uiterlijke verzorging  
 – kleden (onder / boven) / toiletgang  
 – handhaving continentie gezondheidshandhaving  
 Beperking regelen medicatie  
 – stomazorg  
 – catheteriseren  
 – insulinetoediening  
 – huid- en wondverzorging  
 – slaap- en rustgewoonten  
 Beperking houdingshandhaving  
 – zitten  
 – staan (statisch / dynamisch)  
 Beperking houdingsverandering  
 – lig / lig (bedmobiliteit)  
 – 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 medeciënten  
 – Religie / levensbeschouwing  
 Problemen ten aanzien van overplaatsing  
 – naar andere woonomgeving definitieve plaatsing in woning  
 Materieel  
 Woning / woonomstandigheden  
 Professionele zorg (thuiszorg, dagzorg, dagbehandeling)

### P: Psychisch

Bewustzijnsstoornissen  
 Cognitieve stoornissen  
 – geheugen (kort / lang)  
 – oriëntatiestoornissen (tijd, plaats, persoon)  
 – concentratiestoornissen  
 – apraxie  
 Adaptatieproblemen  
 – inadequate verwerking  
 – probleemvermijding  
 – probleemontkenning  
 Gedragsproblemen  
 – decorumverlies  
 – façadegedrag  
 – agressie  
 Stemningsproblemen  
 – angst  
 -hallucinatie / wanen  
 – depressie  
 Slaapstoornissen

-								inslaapstoornis
-								doorslaapstoornis
-		omkering			dag			/ nachtritme
Motivatie								problemen
Persoonlijke								waarden
-								wilsbeschikking
-			gestoorde					rolvulling
-			verstoord					zelfbeeld
Psychofarmacagebruik								
Vrijheidsbeperkende								maatregelen
Zingeving								
Geborgenheid								/ intimiteit
Acceptatie	van	en	omgaan	met	ziekte	en		achteruitgang
Problemen met rouwverwerking								

**C: Communicatie**

Visusbeperking								
Beperking				communicatieve				interactie
-	taal		(spreken,		schrijven,			lezen)
-		non	verbale					communicatie
-								spraak
-								gehoor
- begrijpen								