

Ouderenzorg Haaksbergen

Multidisciplinair benadering van Ouderenzorg en Vallenincidentie

versie november 2021



Betrokken

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.

Versie	Datum	Door
1.0	13 november 2014	Denise de Zwart
2.0	Najaar 2019	Wilma Nijenhuis
3.1	Najaar 2021	Programmagroep

Programma Ouderenzorg
Stichting Eerstelijnszorg Haaksbergen
2021

werkgroep;

- | | |
|----------------------|-----------------------------------|
| Peter van der Lugt | (huisarts) |
| - Cor van Meerendonk | (huisarts) |
| - Marieke Roozeboom | (POH ouderenzorg het Doktershuis) |
| - Hermien Rietman | (POH ouderenzorg het Doktershuis) |
| - Marjon Sporrij | (POH ouderenzorg de Bouwmeester) |
| - Anne van Lith | (POH ouderenzorg de Esch) |



De kern

Bij de eerstelijnszorg voor ouderen hanteren wij een proactieve benadering gericht op de vroege opsporing van kwetsbaarheid, waarbij langer zelfstandig wonen en zelfredzaamheid voorop staan. De zorg wordt gegeven door een goed georganiseerd netwerk waarin de huisarts de regie heeft.

Het doel is om de kwaliteit van leven te behouden voor de oudere, die met de huidige hulp niet in staat zijn voor zich zelf te zorgen. De focus daarbij in de interventie is het zelfstandig functioneren te ondersteunen door zelfredzaamheid te vergroten en mindere belasting van oudere en zijn mantelzorg door de inzet van meer ondersteuning te creëren.

Er wordt gebruik gemaakt van de inzet van een POH ouderen. Deze heeft een signalerende en ondersteunende functie richting huisarts door delen van informatie, ophalen extra informatie door huisbezoek, monitoring situatie van kwetsbaarheid, initiatief of deelname familiegesprekken, contact met andere medische disciplines en sociaal domein.

Er wordt gebruik gemaakt van het ZP ouderen van Thoon¹

Pijlers behandeling/ uitvoering van de zorg

- De zorgvraag en behandeling wordt multidisciplinair benaderd en in samenhang georganiseerd en afgestemd op persoonlijke behoefte van de patiënt;
- Er is een kernteam voor de zorgverlening bestaat uit een vaste kern zorgverleners: huisarts, POH-ouderenzorg;
 - o De huisarts heeft de regie;
 - o POH ouderen (Praktijk Ondersteuner Huisarts) is eerste aanspreekpunt en casemanager voor patiënten en betrokken zorg- en hulpverleners.
- Gespecialiseerde zorg, zoals Specialist Ouderen Geneeskunde en de Klinisch Geriater en/of de GGZ-ouderenzorg, worden door kernteam ingeschakeld waar nodig;
- Ondersteuning vanuit sociaal domein wordt door POH ouderen ingeschakeld.
- Er ontstaat een zorgteam (vastgelegd in KOS²) van alle betrokken disciplines
 - o Alle disciplines leggen op geprotocolleerde en uniforme wijze de data vast.
 - o Registeren en rapporteren in eigen systeem
 - o Monitoren in excel
 - o Communiceren en terugkoppelen zorginzet via zorgmail en korte berichten via zorgdomein.

Diagnose

Het kernteam bepaald op basis van het afnemen van de Trazag (zie bijlage) of patiënt wel of niet kwetsbaar is.

Niet kwetsbaar

Als er geen sprake is van kwetsbaarheid dan wordt besproken met de huisarts hoe en door wie eventueel geconstateerde problemen worden afgehandeld. De patiënt wordt niet geïnccludeerd in het programma.

¹ Plan van aanpak Ouderenzorg THOON; versie 28-01-2020

² HET KETEN ONDERSTEUNEND SYTEEM – OUDERENZORGMODULE versie 1.3



Kwetsbare Oudere

En oudere wordt benoemd als kwetsbaar indien er sprake is van: De balansverstoring van draaglast (risicofactoren op sociaal-, psychisch en/of somatisch gebied) ten opzichte van draagkracht waardoor deze ouderen de zelfregie dreigen te verliezen. Als de patiënt als kwetsbaar wordt aangemerkt dan stelt de POH ouderen in overleg met de huisarts een Individueel Zorg Plan (IZP) op.

Dementie

Komt uit de probleem analyse dat er mogelijk sprake is van dementie dan wordt in overleg met de huisarts diagnostiek uitgevoerd. De POH ouderen blijft aanspreekpunt en contactpersoon en zet acties in die nodig zijn op basis van het IZP. In het IZP wordt duidelijk benoemd wie de regie heeft/houdt. De casemanager Ouderenzorg stemt minimaal jaarlijks met de Casemanager Dementie af hoe de stand van zaken is, hoe dingen verlopen en/of zaken bijgesteld moeten worden. De casemanager Dementie is in dienst van organisatie maar werkt onafhankelijk voor patiënt, hierbij staat het belang van oudere met dementie staat voorop.

Doelgroep

Ouderen worden opgenomen in het zorgprogramma Ouderenzorg Haaksbergen als sprake is van kwetsbaarheid bij een oudere boven de 75 jaar en ingeschreven bij de huisarts Haaksbergen.

Inclusie /casefinding

Het identificeren van patiënten met (risico op) kwetsbaarheid gebeurt op basis van casefinding van de reguliere contacten die de patiënt heeft met zorgprofessionals uit eerste lijn. Alle zorgverleners zijn alert op signalen van mogelijke kwetsbaarheid bij ouderen > 75 jaar. (zie flowchart). De betreffende zorgverlener stuurt, na overleg met patiënt, verwijzing naar huisarts.

De POH Chronische zorg is een belangrijke casefinder omdat het hebben van 2 of meer chronische aandoeningen een voorbode is van kwetsbaarheid.

Daarnaast is casefinder de focus op belangrijke levensgebeurtenissen; het wegvallen van de partner, een verhuizing, stoppen met werken, een ziekenhuisopname kan een oudere plotseling kwetsbaar maken. Op deze momenten zijn ouderen ook ontvankelijker voor hulp en om de signalen van kwetsbaarheid goed in de gaten houden en passend vervolganbod kunnen bieden³.

Exclusie

Patiënten worden geëxcludeerd op het moment dat ze niet (meer) kwetsbaar zijn.

³ <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/gezond-en-vitaal-ouder-worden/kwetsbaarheid-ouderen>



Behandeling

Er vindt geen vastomlijnde interventies/ behandeling plaats. De inzet van POH ouderen is een belangrijke stap om te komen tot interventie/IZP. De POH ouderen/ casemanager heeft de volgende taken;

- Monitoren van het verloop en van de functionele mogelijkheden en beperkingen
- Begeleiding en ondersteuning van de patiënt
- Zorgcoördinatie
- Ondersteuning van de mantelzorg

Bij patiënten die ook psychische problemen hebben werkt de POH ouderen waar nodig samen met de POH GGZ voor advies en consultatie.

Periodieke controles vanwege chronische ziekten blijven plaatsvinden bij de POH Chronische zorg.

Werkwijze

De werkwijze is vastgelegd in stroomschema (zie bijlage 1) en is onderverdeeld in: Identificatie, diagnostische fase, instelfase en controle fase.

Identificatie/ casefinding

Tijdens het reguliere contact wordt aan iedere oudere (met een nog niet bekend risico op kwetsbaarheid) door elke zorgprofessional binnen Haaksbergen 3 vragen gesteld om mogelijke kwetsbaarheid te signaleren.

Vraag naar 3 domeinen:

1. Lichamelijk functioneren
(bijvoorbeeld: kunt u de normale dagelijkse dingen nog doen; lichamelijke verzorging, boodschappen, huishoudelijk werk, etc.)
2. Psychische situatie
(bijvoorbeeld: vragen naar cognitie, angst en depressie)
3. Sociale participatie
(bijvoorbeeld: heeft u hobby's, gaat u er wel eens op uit, heeft u contacten in de buurt of met familie, etc.)

Er is sprake van mogelijke kwetsbaarheid als 1 of meer vragen aanleiding geven tot zorgen of een "niet plus gevoel". De betreffende zorgverlener stuurt een verwijsbrief naar de huisarts waarin de zorgen wordt geformuleerd.

Stap 1.

De huisarts maakt episode aan (ICP A05). Huisarts beoordeelt of en welke vervolgactie nodig is afhankelijk van de aard van de zorgen en de context van de patiënt. Dit kan zijn (nog) geen actie, een verwijzing naar de POH ouderen, of een andere zorgverlener. Bij verwijzing naar zorgverlener maakt hij zorgmail aan. Met de POH ouderen zijn er specifieke afspraken.

Diagnostische fase

Stap 2.

Probleeminventarisatie via huisbezoek; De POH ouderen maakt een afspraak voor een huisbezoek. Op systematische wijze wordt de leefsituatie, de gezondheidssituatie en de



gezondheidsrisico's in beeld gebracht. Daarnaast kijkt men ook naar eigen kracht en mogelijkheden van de patiënt en diens sociale netwerk.

De POH ouderen neemt; (zie bijlage 3,4,5)

- o TraZAG vragenlijst,
- o Vervolg screenings zoals farmacotherapeutische anamnese af.
- o Valrisico in kaart; snelle inschatting herhaald vallen

Stap 3

Er wordt een samenvatting van het huisbezoek gemaakt (probleemanalyse) volgens de SFMPC-systematiek. Deze worden met huisarts gedeeld via Zorgmail. De uitkomsten van de inventarisatie worden door huisarts vastgelegd in Medicom onder ICPC A05 (Risiko Kwetsbaarheid).

De resultaten van de screeninginstrumenten en de probleemanalyse worden vastgelegd in het KOS. In KOS is eveneens een mogelijkheid tot maken van een individueel zorgplan.

In kader van medicatie;

De verzamelde informatie geeft de POH ouderen door aan de huisarts. De huisarts analyseert de informatie met de apotheker en stelt samen een farmacotherapeutisch behandelplan (FBP) op. De adviezen uit het behandelplan worden door de huisarts nabesproken met de patiënt. (zie bijlage 4)

Werkwijze;

1. Huisarts stuurt medicatielijst van patiënt middels polyfarmacie maskerbrief via zorgmail naar apotheek. Belangrijk is dat de medicatie allemaal gekoppeld is aan de goede episode!
2. De apotheker stelt een medicatie advieskaart op. Op de kaart noteert de apotheker zo nodig extra vragen over de medicatie en of bepaalde medicatie te laat wordt besteld.
3. POH ouderen neemt met behulp van de vragenlijst en de medicatie advieskaart de Farmacologie Anamnese af bij de patiënt thuis.
4. POH ouderen stuurt het verslag van de Farmacologie Anamnese via zorgmail naar de huisarts.
5. Huisarts stuurt het Farmacologie Anamneseverslag door naar apotheker en bespreekt dit samen na en stelt het Farmacologie Behandelplan op.
6. Huisarts koppelt de adviezen van het Farmacologie Behandelplan terug aan patiënt en POH ouderen

Stap 4

De POH Ouderen;

- bespreekt met de huisarts de urgentie van de problemen voortgekomen uit de probleeminventarisatie.
- doet een voorstel voor verdere acties aan de huisarts via de zorgmail en bespreekt dit met de huisarts.
- maakt een voorstel voor het vervolg en betreft het zorgnetwerk/ zorgteam.



In Individueel Zorg Plan (IZP), op basis van de problemen worden doelen, acties en evaluatiemomenten afgesproken.

Instelfase

De POH ouderen;

- schakelt, in overleg met de huisarts, waar nodig andere zorgverleners in om zorg te verlenen.
 - Zie hiervoor onder samenwerkingsafspraken
- zorgt dat de zorg verleent door de individuele zorgverleners op elkaar wordt afgestemd er samenhang is en de zorg wordt gecoördineerd.
- Zorgt voor laagdrempelig contact en bij bijzonderheden nemen ze onderling contact op.
- Stemt bij complexe situaties af tussen de verschillende disciplines en kan zonodig een multidisciplinair overleg plannen.
- Niet de CM Dementie vervangen, POH heeft een signalerende functie.

Tijdelijke overname van casemanagement door Casemanager (CM) dementie.

In kader van tijdelijke overname van CM is van belang dat;

1. Het moet niet uitmaken van welke organisatie de casemanager komt.
2. Casemanagers en POH-O werken samen door:
 - Delen van informatie.
 - Afspreken regierol rond die patiënt
 - Spreek verwachtingen naar elkaar uit over
 - Betrek Specialist Ouderen (SO) in overleg
 - Monitor door 1 x 1/2 jaar na te vragen aan CM hoe het gaat
3. Belang van patiënt staat voorop.
4. Er wordt duidelijk benoemd, in onderlinge afstemming, wie de regie heeft.
5. POH ouderen behoud contact met CM dementie over patiënt.
6. bij knelpunten in samenwerking terugkoppelen

SO kan in samenspraak met de huisarts geconsulteerd worden bij;

- Probleemanalyse bij Multi morbiditeit
- Palliatieve/terminale zorg
- Mobiliteitsproblemen en verminderde zelfredzaamheid
- Vallen en valgevolgen
- Dementie, geheugenproblemen, wanen, hallucinaties en verwardheid *
- Advies over medisch beleid en over intentie van behandeling en medicatiebeleid
- Apathie en depressie, stemmingsstoornissen
- Vragen over medische beslissingen bij wilsonbekwaamheid of verminderd ziekte-inzicht
- Agitatie, achterdocht of afwerend gedrag
- Advies over zorg of opname
- Late gevolgen van het CVA (waaronder de „onzichtbare” gevolgen)
- Advies over somatische of psychogeriatrische indicatie
- Chronische progressieve neurologische aandoeningen (MS, M.Parkinson)



Controle fase

Stap 1. Monitoring

Jaarlijkse vindt een controle plaats door de POH ouderen.

De huisarts en de POH ouderen beoordelen de situatie en de resultaten van de interventies van de kwetsbare oudere en de mantelzorger (s).

Stap 2. Periodiek overleg Huisarts en POH ouderen

Bij nieuwe bevindingen en andere knelpunten vindt er opnieuw contact plaats tussen POH ouderen en huisarts.

Samenwerkingsafspraken

De POH ouderen schakelt waar nodig in overleg met de huisarts gerichte zorg en dienstverlening in die functie kunnen herstellen over verbeteren. Hiervoor is veelal verwijzing huisarts noodzakelijk:

- Geriatrische fysiotherapie voor het dagelijks bewegen, en diagnose bij een onduidelijke en atypische presentatie van klachten of beweegpatronen.
- Ergotherapie; het gebruik van hulpmiddelen
- Diëtist; voedingsadvies, ed.
- Medicatie; informatie of advies. Bij gebruik van 4 of meer middelen
- Deelname aan sociale activiteiten (welzijnswerk of dagopvang in een verzorgingshuis)
- Gemaksdiensten (maaltijdvoorziening, klussendienst etc.)
- Vrijwilligershulp

Afspraken:

1. Onderling telefoonnummers uitgewisseld voor laagdrempelig contact.
2. Bij betrokkenheid Casemanager Dementie gaat communicatie via Zorgdomein of KOS .
3. Aanmelden nieuwe cliënten voor CM Dementie via aanmeldformulier Livio.
4. Geriatrisch fysiotherapeut wordt door POH-o geregeld ingezet. Voor fysiotherapie wordt waar mogelijk gebruik gemaakt van Specifiek geriatrische fysiotherapie.

Zorgteam

In een zorgteam nemen professionals deel die bij de patiënt betrokken zijn. het KOS zorgt voor inzicht en mogelijkheid te communiceren met het zorgteam.

De fysiotherapeuten/oefentherapeuten, ergotherapie en apothekers kunnen toegevoegd aan zorgteam rond patiënt in KOS. Je kunt als POH vink aanzetten en dan paramedici of anders aan zorgteam toevoegen. Nieuwe zorgprofessionals worden geautoriseerd (geeft toegang) door Programmamanager EZH.

Contacten met Noaberpoort gaan over starten/stoppen projecten (maatjesprojecten) of casusoverleg. De regisseurs zijn niet te bereiken via eigen 06 nr. dit is nadelig in samenwerking rond patiënt. De normale weg is via zorgdomein/ zorgmail.

1. Communicatie rond specifieke patiënten → via zorgmailadres beschikbaar via HIS
2. Communicatie rond procedure en beleid → Programmamanager EZH attendeert info aan POH-O



Afspraken SO en EZH

Er zijn reguliere casuïstiek bespreking om elkaar en casussen te bespreken. Er is een vast aanspreekpunt Specialist Ouderengeneeskunde van organisatie Livio.

Bij wachtlijst opnameplekken en geen PG-plaatsen geeft dit extra druk in thuiszorg en voor mantelzorgers en ziekenhuizen. Creatief denken en gebruik maken van samenwerking EZH en elkaars kennis en info.

Tijdelijke opname;

- PG -> Mediant
- Somatiek->Zorgschakel

Samenwerking afspraken Zorgschakel/ tweede lijn

Er zijn afspraken met Zorgschakel op gebied van organisatie overstijgende activiteiten zoals MTH, wondzorg en GRZ. De zorgschakel is 24 uur per dag geopend en bereikbaar.

Zorgschakel verzorgt de doorstroom ELV voor Livio, Zorggroep Manna, Liberein, de Posten, Sint Maarten en Zorgfederatie Oldenzaal in hun werkgebied.

Daarnaast heeft huisarts op behoefte contact met de klinisch geriater voor consultatie en advies van ZGT en MST. Bij onbegrepen of niet hanteerbare klachten bij psycho geriatrie wordt de psychiater ouderenzorg geconsulteerd.

Communicatie

Bij geen spoed wordt schriftelijk overlegd via zorgmail en/of ZorgDomein Patienten overleg
Bij spoed wordt gebruik gemaakt van de nummers die te vinden zijn in Zoekwzorg. (zie bijlage)

Deskundigheidsbevordering

Elkaar op de hoogte houden van interessante nascholingen en zoveel mogelijk samen volgen.



Monitoren zorgprogramma

Indicatoren

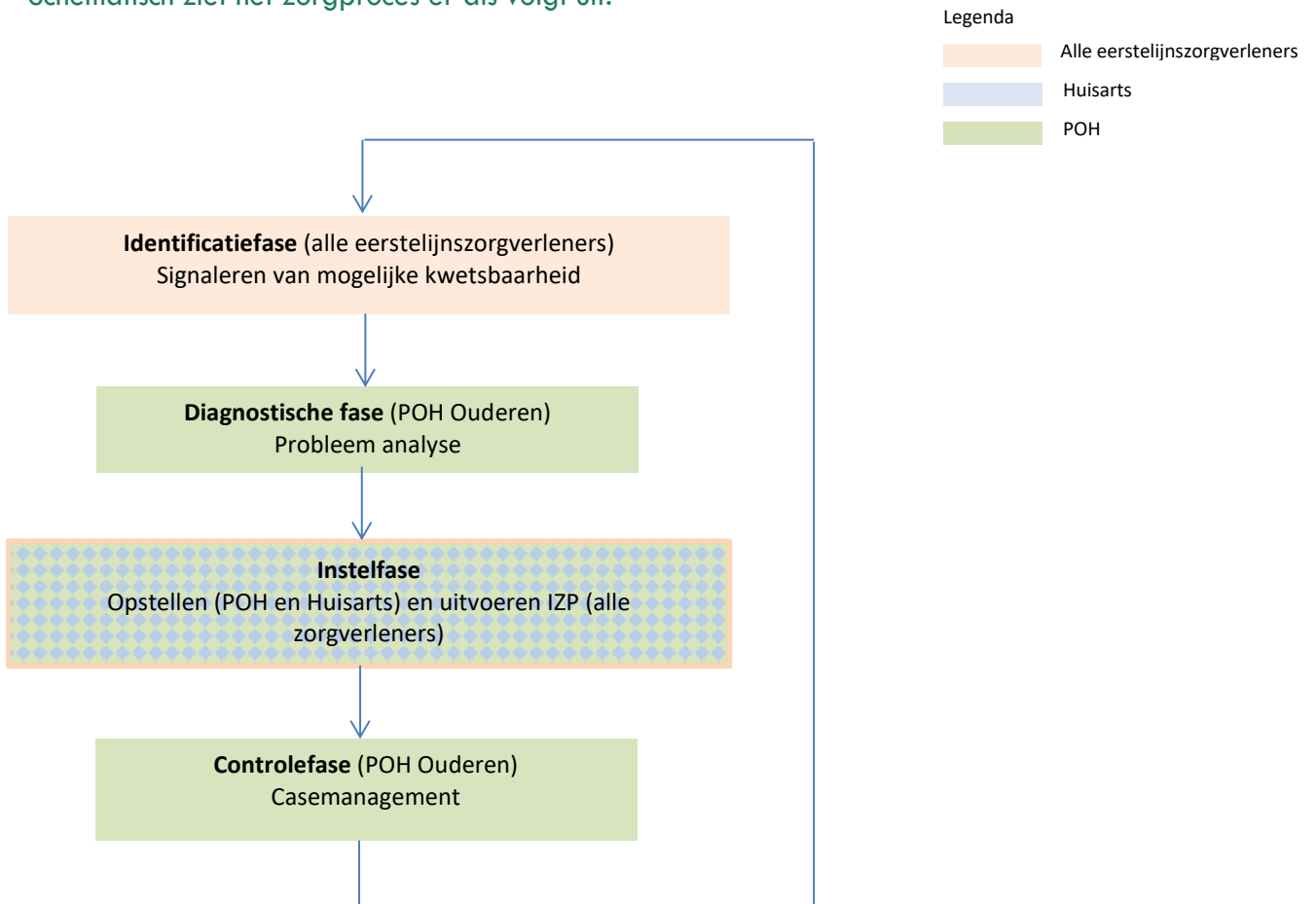
Categorie	Proxy	definitie
Kwetsbare ouderen per huisarts	Geïnccludeerde ouderen	aantallen
Demografisch	Leeftijd Geslacht	Geboortedatum Man/vrouw
Opsporing kwetsbaarheid/ welk domein;	Soort Kwetsbaarheid	Psychisch Somatisch Sociaal
Kwaliteit van leven	Welk cijfer geeft u uw leven	1-10
Vergroten zelfredzaamheid	Is zelfredzaamheid verbeterd op meest prangende kwetsbaarheids domein	1 Niet zelfredzaam 1.5 Tussen niet en beperkt zelfredzaam in. 2 Beperkt zelfredzaam 2.5 Tussen beperkt en voldoende zelfredzaam in. 3 Voldoende zelfredzaam 3.5 Tussen voldoende en volledig zelfredzaam in. 4 Volledig zelfredzaam
Mindere belasting van oudere en mantelzorger	Voldoende inzet ondersteuning;	'Als de mantelzorgsituatie blijft zoals die nu is, hoe lang kunt u dat nog aan?' < 6 maanden/ 6 – 2 jaar /> 2 jaar de zorg langer vol denken te kunnen houden door de tips, adviezen of hulpmiddelen ja/nee



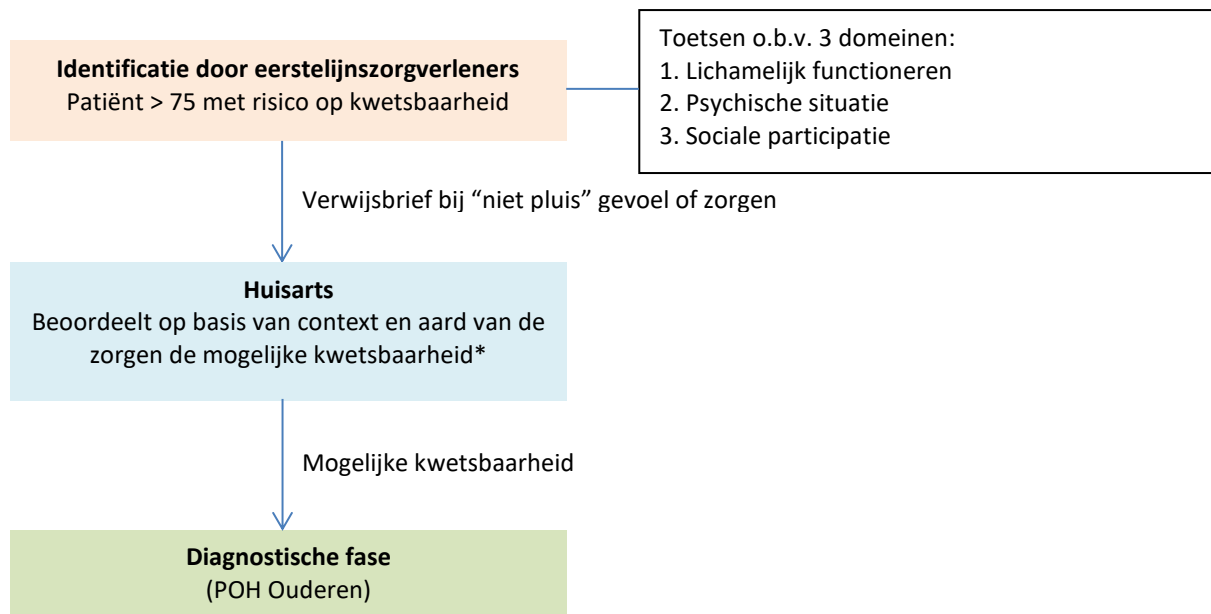
Bijlage 1 Zorgproces Ouderenzorg algemeen

Het zorgproces, zoals schematisch weergegeven in de flowcharts, wordt in vier paragrafen uitgewerkt: Identificatie, diagnostische fase, instelfase en controle fase.

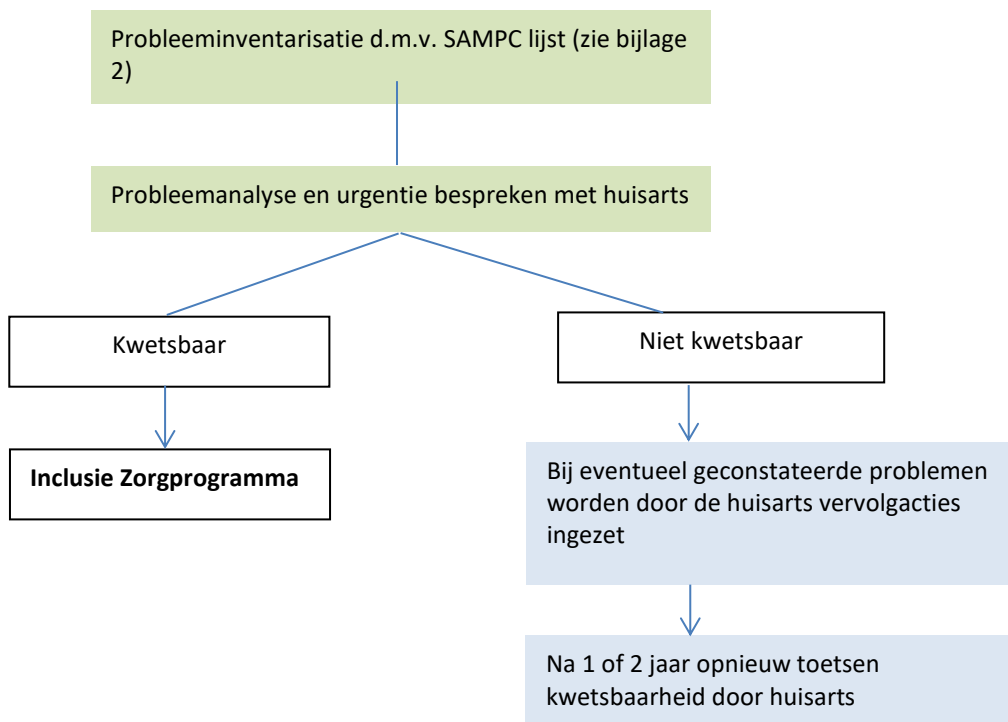
Schematisch ziet het zorgproces er als volgt uit:



FLOWCHART ZORGPROCES ZORGPROGRAMMA OUDERENZORG IDENTIFICATIEFASE



DIAGNOTISCHE FASE

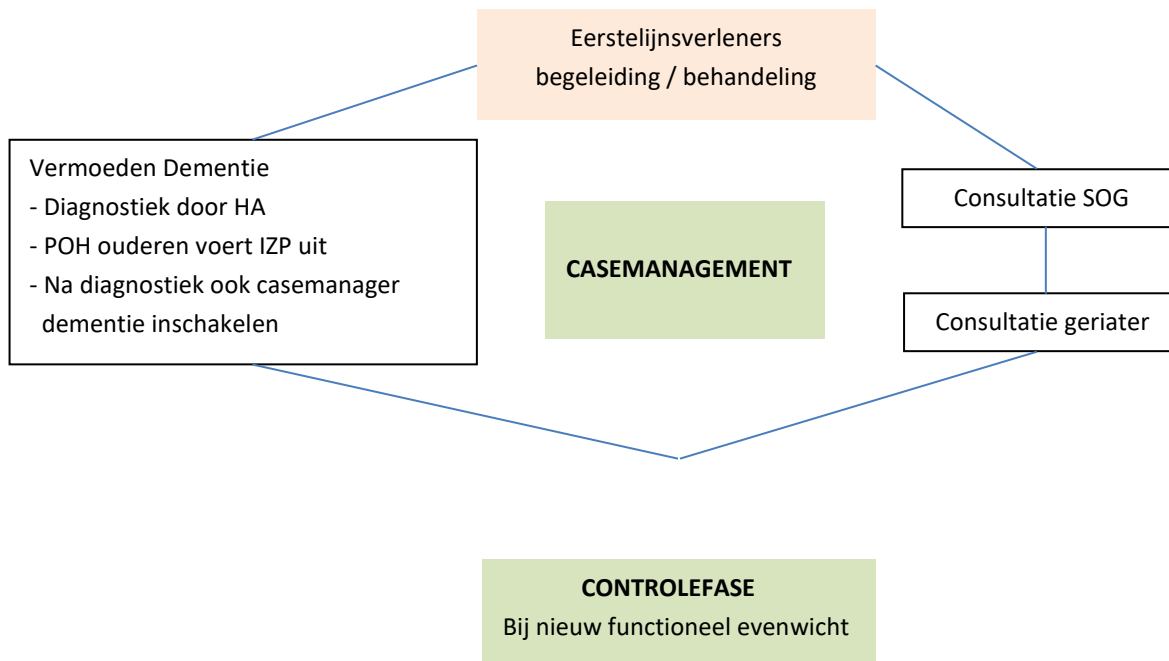


Individueel Zorg Plan in KOS

(door POH Ouderen in samenspraak met huisarts)

Begeleidingscontact patiënt

- Welke problemen zijn belangrijk
- Wat wil patiënt bereiken
- Bespreken van vervolgtacties (conform IZP)
- Bespreken rol van POH Ouderen / casemanager



Bijlage 3 identificatie kwetsbaarheid en Trazag

Risicofactoren voor het ontwikkelen van frailty

- Vrouwelijk geslacht
- Hoge leeftijd
- Lage opleiding
- Lage BMI <23 en Hoge BMI>30
- MMSE score <24
- Inactiviteit
- Gebruik van ontstekingsremmers
- Lage longfunctie
- Depressie

Handleiding Trazag

Ad. Vraag 4 van het TraZAG startformulier Vallen en mobiliteitsproblemen.

Als de uitkomst van de valrisico inventarisatie is dat er een verhoogd val- of fractuurrisico is, dan wordt de patiënt geïnccludeerd in het zorgprogramma Valpreventie van de EZH.

Ad. Vraag 10 van het TraZAG startformulier; Screening Depressie.

Begeleiding van POH ouderen door POH GGZ

Ad. Vraag 7 van het TraZAG startformulier Polyfarmacie

Als blijkt dat 4 of meer geneesmiddelen worden gebruikt, dan wordt een polyfarmaciegesprek gepland tussen huisarts en apotheker. Hierover zijn reeds afspraken gemaakt en beschreven in het Farmacotherapiebeleid Haaksbergen. Deze werkwijze wordt gehanteerd.

Gebruiks- en behandelanalyse

Wordt uitgevoerd bij het gebruik van meer dan 4 verschillende medicijnen

Bijlage 3a. aangepast SAMPC lijst

Patiëntgegevens _____
 Gegevens mantelzorger _____
 Aanleiding screening _____
 * auto-anamnese _____

 * hetero-anamnese _____

M Woonsituatie/ burgerlijke stand _____
 Kinderen _____
 Vooropleiding / arbeidsverleden / beroep _____

Sociaal netwerk _____
 Hobby's / zingeving _____

Sc Afgelopen 3 maanden afgevallen ja/nee
 Laatste 6 maanden meer dan 2x gevallen ja/nee
 Gebruikt > 4 verschillende medicijnen (inclusief zelfzorgmiddelen) ja/nee
 Problemen met visus ja/nee
 Problemen met gehoor ja/nee
 Afgelopen jaar vaker HA bezocht en/of opgenomen geweest ja/nee

Eetlust? _____

Gebitsproblemen ja/nee _____ Slikproblemen ja/nee _____

Vasculaire voorgeschiedenis? ja/nee

Bij welke specialisten onder controle? _____

De dikgedrukte vragen zijn afkomstig uit TRAZAG en gebruikt met toestemming van R. Warnier, Maastricht UMC+, maart 2021
 Samengesteld door Erica Willems © 2021, niet voor publicatiedoeleinden

Gegevens professionele zorg
 Thuiszorg _____
 Huishoudelijke hulp _____
 Fysiotherapie _____ Ergotherapie _____

F Hulp nodig bij doen van huishouden ja/nee
 Hulp nodig bij ADL? ja/nee
 Problemen eten/drinken ja/nee
 Moeite met gaan/staan/bewegen/traplopen ja/nee
 Urineverlies afgelopen 3 maanden ja/nee

ADL: eten-drinken, medicatie innemen, In- en uit bed komen, aan-uitkleden, zichzelf wassen en afdrogen, uiterlijke verzorging, toiletgebruik, lopen, bewegen.

Hulpmiddelen en/of aanpassingen? stok / rollator / rolstoel / traplift / pers.alarm.

BDL: maaltijd klaarmaken, boodschappen doen, licht huishoudelijk werk, wassen + strijken, telefoneren, omgaan met geld, pinnen, afstandsbediening TV, intercom, beheer van financiën, vervoer buitenshuis, regie over medicatie (klaarzetten, toezien op inname).

P Problemen met geheugen ja/nee
 Sinds wanneer? _____
 Sluimerende verslechtering? ja/nee: _____
 Leidt tot problemen? _____
 Karakterverandering? ja/nee Initiatiefverlies? ja/nee
 Slaapproblemen ja/nee Dag-nachtritme verstoring ja/nee
 Belaste FA dementie ja/nee

Last van sombere of depressieve stemmingen ja/nee

Over het algemeen opgewekt ja/nee Last van piekeren ja/nee

Zin om dingen te ondernemen ja/nee Beleeft plezier ja/nee

Voorgeschiedenis depressie ja/nee

Bijlage 4 Farmacotherapeutische vragenlijst

Medicatie (tabletten, capsules, drankjes, zalven, inhalers, oogdruppels etc)

- Heeft patiënt alle medicatie klaargelegd die hij in huis heeft?
(Bij de patiënt pas thuis vragen om medicatie te pakken, geeft meer info)
- Ga na welke medicatie (naam, soort, sterkte) de patiënt gebruikt:
 - Voorgeschreven medicatie
 - Vrij verkrijgbare medicatie (PCM, NSAID, laxeermiddelen, etc)
 - Andere producten (vitamines, kruiden, homeopathie)
- Welke (voorgeschreven) medicatie gebruikt de patiënt niet meer?

Gebruik

- Daadwerkelijk gebruik (aantal malen daags, welke tijdstippen)
- Volgt de patiënt de aanvullende gebruiksvorschriften goed op
(bv interactie tussen grapefruitsap en medicatie, zie lijst apotheek)
- Weet patiënt voor welke aandoening hij welke medicatie gebruikt?
- Hoe is de motivatie om medicatie te gebruiken?
- Vergeet patiënt wel eens een middel? Welk middel? Wat doet hij dan?
(later innemen of niet innemen)
- Vraagt patiënt meestal op tijd nieuwe recepten aan bij de huisarts/specialist?

Werking

- Helpt de medicatie goed (voor zover van toepassing)? Bv pijnmedicatie

Problemen

- Heeft de patiënt bijwerkingen en zo ja welke?
- Heeft de patiënt problemen met innemen? (slikproblemen?)
- Hoe bewaart de patiënt de medicatie?
(kamertemperatuur/koelkast) (poederinhalers mogen niet in vochtige ruimte)
- Is er sprake van sufheid/vallen/pijn/misselijkheid/duizeligheid/allergie?

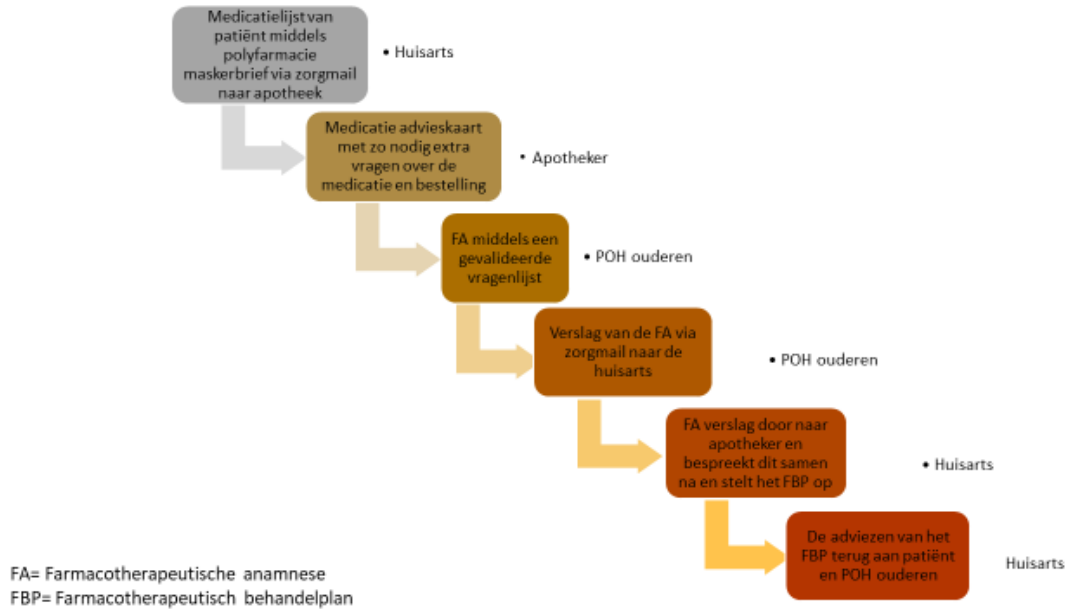
Kijken/nagaan

- Zijn er medicijnen over de datum?
- Is er een doseerdoos(en wie vult die?) of een baxtersysteem?
- Is hulp bij gebruiken (inname/inhaleren) nodig? Gebeurt dit al en zo ja door wie?
- Is hulp bij klaarzetten nodig? Gebeurt dit al en zo ja door wie?
- Zijn er problemen met de visus? Gebruik handen?
(strips/verpakking gebruiksvriendelijk)
- Zijn er cognitieve problemen (taalbarrière, apraxie, geheugen)?
- Zijn er ADL problemen?

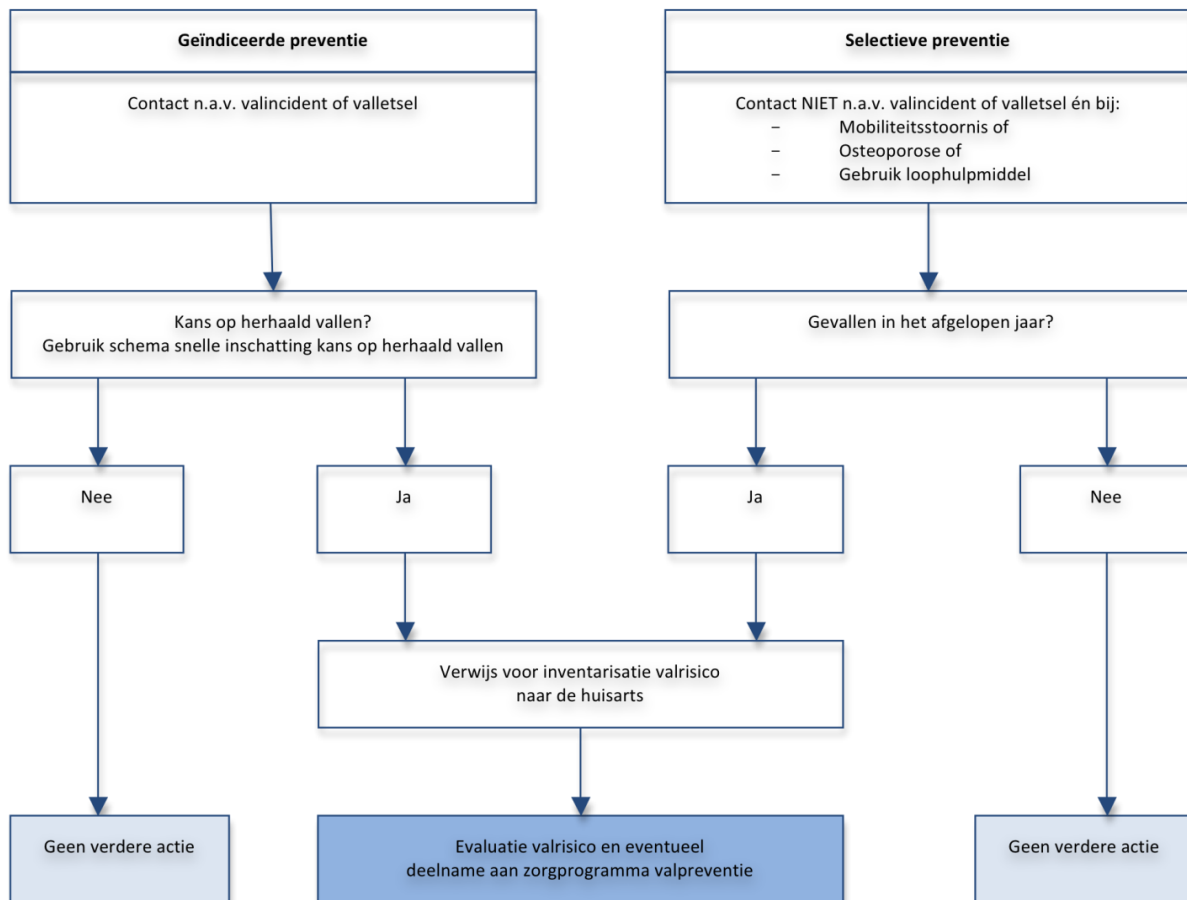
Vragen van patiënt

- Welke vragen en wensen heeft de patiënt over de medicatie?

Schema proces medicatie



Bijlage 5 Identificatie Zorgprogramma Valpreventie



Bijlage 6

TOOLBOX INTERVENTIES

Het individueel zorgplan dient de doelen van de oudere en bevat zinvolle interventies. De interventies in de onderstaande toolbox zijn gerangschikt naar het SFMPC-model. Per interventie wordt aangegeven wie deze kan uitvoeren of naar wie verwezen kan worden. Aanvullend aan het SFMPC model is het aandachtsgebied mantelzorger apart toegevoegd. *De toolbox zal niet volledig zijn, het moet gezien worden als een handvat om de het zorgplan op te stellen.*

In de complexe ouderenzorg zal de zorg voor de ouderen juist een samenspel moeten zijn tussen de verschillende disciplines, met als uitgangspunt het zelfmanagement van de oudere te stimuleren. In de interventiebox wordt gesproken over de praktijkverpleegkundige, dit kan in de huidige situatie uitgevoerd worden door de POH, voor de wijkverpleegkundige kan een aantal interventies ook worden uitgevoerd door een verzorgende IG. De praktijk- of wijkverpleegkundige kan zonedig advies vragen aan een gespecialiseerd verpleegkundige. De huisarts kan zonedig een beroep doen op de specialist ouderengeneeskunde of andere specialisten.

Aandachtsgebied S = Somatisch

Problemen	Mogelijke interventies	Betrokken disciplines
(Chronische) ziekten	Monitoring Behandeling	Praktijkverpleegkundige, Huisarts,
Neurologische ziektebeelden Ziekte van Parkinson, CVA, MS	Advies, omgaan met beperkingen Optimaliseren medicamenteuze behandeling Aanpassingen Evenwichtstraining	Praktijkverpleegkundige, Verpleegkundige 2e lijn, Huisarts,Specialist Ergotherapeut Fysiotherapeut
Incontinentie Obstipatie, diarree	Blaastraining Training bekkenbodemspieren Advisering incontinentiemateriaal Pessarium of medicatie Advies, gezondheidsvoorlichting medicatie	Fysiotherapeut Apotheker(assistente) Huisarts Praktijkverpleegkundige Huisarts
Pijn	Monitoring en medicatie Anamnese m.b.v. pijnscorelijst	Huisarts, Praktijkverpleegkundige, Wijkverpleegkundige
Polyfarmacie	Protocol Review medicatie	Apotheker, Huisarts, Praktijkverpleegkundige, Wijkverpleegkundige
Duizeligheid	Analyse naar oorzaken Uitsluiten cardiovasculaire oorzaken	Praktijkverpleegkundige Huisarts, zn. Medisch specialist
Gewrichtsaandoeningen Voeten/schoeisel	Spierversterking, verminderen valrisico Balansverbetering Aanpassingen	Fysiotherapeut Ergotherapeut Bewegingstherapeut Orthooped, Podotherapeut
Slaapproblemen Verstoord slaap-	Onderzoek naar oorzaak slaapprobleem Medicatie	Huisarts, Praktijkverpleegkundige,



Bijlage 6 vervolg

F = Functioneel		
Problemen	Mogelijke interventies	Betrokken disciplines
Beperking persoonlijke verzorging Inname medicijnen	ADL ondersteuning Medicatie aanreiken, weekdoos, baxter rol	Mantelzorg Thuiszorg Wijkverpleegkundige Praktijkverpleegkundige
Beperking in en om huis,	Huishoudelijke ondersteuning Hand- en spandiensten Maaltijdvoorziening Burenhulp Boodschappen doen Financiën regelen	Huishoudelijke hulp, Mantelzorger, vrijwilligers Klusjesman Mantelzorger, bezorgdienst Mantelzorger, welzijnswerk
Valrisico Beperking voortbewegen, Verlies spiermassa Evenwichtsstoornissen	Screening en analyse valpreventie Mobiliteit en spierkracht verbeteren Oefenprogramma Adviseren hulpmiddelen Aanpassing schoeisel	Wijkverpleegkundige Praktijkverpleegkundige, Fysiotherapeut Ergotherapeut Cesartherapeut Ergotherapeut, WMO-loket Podotherapeut
Beperking vervoer	Ondersteuning vervoer Regiotaxi Burenhulp	Mantelzorg, vrijwilligers Gemaksdiensten WMO-loket

Aandachtsgebied M = Maatschappelijk		
Problemen	Mogelijke interventies	Betrokken disciplines
Onveilige woonsituatie	Woningaanpassing en voorzieningen Persoonsalarmering Telefooncirkel Domotica	Ergotherapeut WMO-adviseur Mantelzorger
Problemen met mantelzorg (zie ook aandachtsgebied mantelzorger pagina 4)	Ondersteuning mantelzorg	Thuiszorg, Wijkverpleegkundige Praktijkverpleegkundige, Maatschappelijk werker Welzijnswerk
Financiële situatie	inzicht en advies financiële situatie	Algemeen maatschappelijk werk MEE
Relatieproblemen Verlies partner/familie Eenzaamheid Afname mogelijkheden tot zelfregie	Versterken zelfmanagement	Mantelzorger Coördinator dagbesteding Wijkverpleegkundige Praktijkverpleegkundige-(GGZ) Maatschappelijk werker Geestelijk verzorger



Bijlage 6 vervolg

Aandachtsgebied P = Psychisch		
Problemen	Mogelijke interventies	Betrokken disciplines
Oriëntatiestoornissen Geheugenstoornissen Cognitie Dementie Depressie en angst Gedragsprobleem Persoonlijkheidsstoornis Psychiatrische stoornis	Screening, monitoren Vervolgdiagnostiek Geheugencursus Monitoren Behandelen Interventies gericht op omgeving Medicatie Diagnose en behandeling	Praktijkverpleegkundige, Huisarts, Specialist ouderengeneeskunde z.n Geriater Casemanager Huisarts Specialist ouderengeneeskunde GGZ, Psychiater Psycholoog, Specialist ouderengeneeskunde, Praktijkverpleegkundige-GGZ, psychiater, geriater
Zelfbeeld en zingeving Intimiteit, seksualiteit	Bespreekbaar maken	Praktijkverpleegkundige GGZ Maatschappelijk werker Psycholoog Geestelijk verzorger
Verslavingsproblematiek	Erkenning van misbruik Advies, voorlichting Behandeling	Praktijkverpleegkundige (stoppen met roken), Praktijkverpleegkundige GGZ, Specialist
Zorg rond het Levens einde Euthanasievraagstuk	Bespreekbaar maken Vastleggen, begeleiden	Praktijkverpleegkundige Wijkverpleegkundige Casemanager Huisarts SCEN arts Geestelijk verzorger

Aandachtsgebied C = Communicatie		
Problemen	Mogelijke interventies	Betrokken disciplines
Gehoörproblemen	Hulpmiddelen Vervolgdiagnostiek	Kno-arts/audicien
Visuele problemen	Aanpassing bril/cataractoperatie hulpmiddelen	Opticien/oogarts Bartimeus, Vision
Spraakstoornissen	Behandelen	Logopedist
Begrip, schrijven Taalprobleem Inadequate communicatie	Aanpassen communicatiemogelijkheden	Wijkverpleegkundige Praktijkverpleegkundige Logopedist Tolk

Aandachtsgebied Mantelzorg		
Probleem	Mogelijke interventies	Uitgevoerd door
(Dreigende) overbelasting mantelzorg.	Belasting in kaart brengen CSI/EDIZ (toolkit mantelzorg LHV) Verwijzen naar steunpunt mantelzorg Begeleiding door een casemanager Respijtzorg (=elke interventie die de mantelzorg rust of verlichting geeft)	Wijkverpleegkundige Casemanager Praktijkverpleegkundige Respijtzorg www.respijtwijzer.nl en www.handeninhuis.nl . Thuiszorg, oppas of bezoekdienst, dag- of nachtopvang, zorgboerderij
Twijfel over eigen competentie als verzorger. Stemningsklachten bij de mantelzorg	Dysfunctionele gedachten vertalen in constructieve gedachten. Behandeling depressie. Steun en begeleiding. Contact met andere mantelzorgers Internet	Wijkverpleegkundige. Casemanager Praktijkverpleegkundige, Huisarts Psycholoog, cursus mantelzorg bijvoorbeeld www.dementiedebaas.nl www.mantelzorgbenjenietalteen.nl Alzheimer telefoon 0800 - 5088 Mezzo www.mezzo.nl 0900-2020496



Afkortingenlijst

COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CVRM	Cardio Vasculair Risico Management
DM2	Diabetes Mellitus 2
EZH	Stichting Eerstelijnszorg Haaksbergen
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
IZP	Individueel Zorgplan
KOS	Keten Ondersteunings Structuur
MDO	Multidisciplinair Overleg
POH	Praktijk Ondersteuner Huisarts
SOG	Specialist Ouderen Geneeskunde

(Deeg et al., 2006)

