

Zorgprogramma kwetsbare ouderen 2020-2025

West-Friesland & Wieringermeer

Geriatrisch zorgmodel voor integrale zorg en ondersteuning voor ouderen in een kwetsbare situatie

Keten DBC kwetsbare ouderen, start 1 juli 2020



Colofon

Auteurs: D. Konopasek, dr. A.W. Wind, Zorgkoepel West-Friesland
Eindredactie: dr. A.W. Wind
Versie: 1.3, 19-05-2020
Vragen of opmerkingen: a.wind@zorgkoepelwf.nl

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	3
2. Uitgangspunten van zorg aan kwetsbare ouderen	4
3. Stappen binnen het Geriatrisch Zorgmodel en de keten DBC kwetsbare ouderen	4
3.1. Signalering en inclusie	5
3.2. Probleeminventarisatie	6
3.3. Individueel zorgplan	7
3.4. Zorgcoördinatie en samenwerking	8
3.5. Multidisciplinair overleg (MDO)	9
3.6. Exclusie uit de keten DBC kwetsbare ouderen	10
4. Mantelzorg ondersteunen vanuit de huisartsenpraktijk	10
5. Ondersteuning vanuit de zorgkoepel WF	11
Bijlage 1: Bronvermelding	12
Bijlage 2: Multidomeinanalyse en registratie in het HIS	13
ICPC-codes	14
Bijlage 3: Voorbeeld zorgplan kwetsbare ouderen	15
Leeg zorgplan	17
Bijlage 4: MDO	19
Taken en verantwoordelijkheden aanwezigen MDO	20
Bijlage 5: Vragenlijsten voor MDA en kwetsbaarheid	21
Bijlage 6: Samenvatting Geriatrisch Zorgmodel	24

1. Inleiding

Goede zorg voor ouderen is zorg op maat, aansluitend op de wensen en behoeften van de oudere en met oog voor zijn/haar persoonlijke context. De kwaliteit van leven zoals de patiënt die zelf ervaart staat hierbij voorop. Binnen het Regionale Programma Ouderenzorg West-Friesland & Wieringermeer werken verschillende zorgdisciplines met elkaar samen om dit doel te bereiken met behulp van het Geriatrisch zorgmodel (GZM). Dit model richt zich op het tijdig opsporen van gezondheidsrisico's en kwetsbaarheid op verschillende terreinen (b.v. mentaal of sociaal), een goede afstemming van het zorgaanbod en het versterken van de zelfredzaamheid van de kwetsbare oudere en mantelzorgers. Waar mogelijk werken we samen met het sociaal domein.

Dit model wordt overal in Nederland toegepast, omdat het gezien wordt als *de* manier om grip te houden op de complexe problematiek door 'het kaartenhuis te stutten en steunen in plaats van brandjes te blussen'. Het is ook de ervaring van praktijken in West Friesland, die al langer werken met dit model via de module kwetsbare ouderen, dat je door het in kaart brengen van de problematiek op verschillende domeinen, beter kunt inschatten waar de risico's zijn en aan kunt sluiten bij de wensen van deze specifieke oudere. Door het tijdig bespreken en zo mogelijk ondervangen van kwetsbaarheden, ontstaan er minder crisissituaties en zijn de gevolgen van gebeurtenissen minder groot of beter op te vangen.

Doel zorgprogramma:

Zorg en ondersteuning bieden aan ouderen met complexe problematiek die aansluit bij de wensen van de oudere en hun familie en waarbij ouderen zo lang mogelijk verantwoord op de plaats van hun voorkeur kunnen blijven wonen.

Toepassing van het zorgprogramma helpt zorgverleners in de eerste lijn bij het verder verbeteren van hun zorg aan ouderen (denk hierbij aan: huisarts, POH, praktijkverpleegkundige, wijkverpleegkundige, casemanager dementie, specialisten ouderengeneeskunde, WMO-consulente, etc., maar ook aan de rol van de Zorgkoepel en de kaderarts ouderengeneeskunde). Hoe pak je dit praktisch aan met elkaar?

Waar wordt gesproken over POH, wordt de POH-ouderen bedoeld. In de praktijk kan deze rol ook ingevuld worden door een geriatrisch verpleegkundige of een verpleegkundig specialist werkzaam in de huisartsenpraktijk.

Een belangrijke bron voor deze handleiding is [de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak \(LESA\) Zorg voor Kwetsbare Ouderen \(juni 2017\)](#) van de NHG en V&VN. Deze LESA geeft aandachtspunten waarop huisartsen en wijkverpleegkundigen met hun teams regionaal of lokaal afspraken kunnen maken over de zorg en ondersteuning aan kwetsbare ouderen. Tevens hebben we gebruik gemaakt van het boek '[Protocollaire Ouderenzorg](#)' van LAEGO, Vilans, V7VN en NHG (2015). Deze informatie hebben we verrijkt met elementen uit de [Handreiking zorg en ondersteuning aan kwetsbare ouderen \(Beter Oud, 2019\)](#) en met de opgedane kennis en ervaringen in de regio.

Met ingang van 1 juli 2020 verandert in de regio West-Friesland en Wieringermeer de financiering van de integrale zorg aan kwetsbare ouderen. Huisartspraktijken die meedoen aan de *keten DBC kwetsbare ouderen* **declareren voor de geïncludeerde ouderen geen consulten en visites meer**, maar krijgen per kwartaal een vast bedrag betaald via de Zorgkoepel West-Friesland, dus ongeacht hoeveel zorg er geleverd is. De inzet van de POH-ouderen (en in voorkomende gevallen de wijkverpleegkundige, als zij de multidomeinanalyse doet) wordt hier uit betaald. Per geïncludeerde oudere krijgt de Zorgkoepel WF een klein bedrag om regionale ondersteuning te kunnen bieden (zie H 5).

2. Uitgangspunten zorg aan kwetsbare ouderen

Binnen het Programma Integrale Ouderenzorg wordt gewerkt volgens het geriatrisch zorgmodel, welke de volgende belangrijke uitgangspunten heeft:

- *Kwaliteit van leven* | In de zorg aan kwetsbare ouderen wegen de huisarts en betrokken zorgprofessionals de mogelijkheden van behandeling en zorg zorgvuldig af tegen de mogelijke nadelen, bijwerkingen en verlies van kwaliteit van leven. Daarbij is van belang er bewust van te zijn dat kwaliteit van leven door méér zaken beïnvloed wordt dan ziekte alleen (denk bijvoorbeeld aan de sociale situatie of woonsituatie). De kwaliteit van leven zoals de patiënt die ervaart, staat hierbij voorop.
- *Eigen regie* | Ouderen (die dit wensen) krijgen zoveel mogelijk ruimte en/of ondersteuning om zoveel mogelijk zelf invulling te blijven geven aan hun leven. Goede zorg sluit daarom zoveel mogelijk aan bij deze wensen, behoeften en verwachtingen.
- *Participatie in de samenleving* | De huisarts en betrokken zorgprofessionals hebben oog voor de sociale omstandigheden van de oudere. Denk hierbij aan preventie van eenzaamheid, behoud van een sociaal netwerk en stimuleren tot fysieke activiteit.
- *Cliëntgerichtheid en continuïteit* | Deze 2 principes zijn leidend. De oudere bepaalt zelf zijn doelen. Als dat niet mogelijk is, is het van belang dat de doelen aansluiten bij de behoeften van de oudere.
- *Teamwork* | Vanwege de complexe problematiek is teamwork en samenwerking essentieel. Taken, verantwoordelijkheid en coördinatie moeten helder zijn.

3. Stappen binnen het Geriatrisch Zorgmodel

Uit onderzoek en praktijk blijkt dat identificatie en begeleiding van de meest kwetsbare ouderen in de thuissituatie leidt tot beter behoud van zelfredzaamheid, tegen gelijkblijvende of lagere zorgkosten. De keten DBC kwetsbare ouderen in WF is voor kwetsbare ouderen, die in de ZVW (zorgverzekeringswet) vallen, dus zonder WLZ indicatie (wet langdurige zorg). Kwetsbaarheid kenmerkt zich door weinig reserves: een relatief kleine gebeurtenis kan leiden tot een cascade aan problemen. Men onderscheidt somatische, psychische en sociale kwetsbaarheid, maar voor de inclusie in de DBC is dit onderscheid niet relevant. Het zal meestal gaan om een combinatie.

Het Geriatrisch Zorgmodel kent binnen de keten DBC kwetsbare ouderen de volgende stappen:

1. Signalering van kwetsbaarheid d.m.v. casefinding
2. Probleeminventarisatie (multidomeinanalyse)
3. Individueel Zorgplan
4. Zorgcoördinatie en samenwerking
5. Multidisciplinair Overleg (MDO)
6. Exclusie

De stappen zullen hierna één voor één toegelicht worden. In bijlage 6 staat een samenvatting van de 6 stappen van het Geriatrisch Zorgmodel.

De keten DBC kwetsbare ouderen in WF is voor kwetsbare ouderen, die in de ZVW (zorgverzekeringswet) vallen, dus zonder WLZ indicatie (wet langdurige zorg). Voor de mensen met

een WLZ-indicatie geldt dat je ook het Geriatriesch Zorgmodel kunt toepassen. Deze mensen kunnen beter niet in de keten DBC kwetsbare ouderen ingesloten worden, omdat je voor hen visites intensieve thuiszorg kunt declareren. Voor kwetsbare ouderen die ingesloten zijn in de keten DBC ouderen, geldt dat je geen verrichtingen kunt declareren, dus geen consulten, visites, of andere verrichtingen. Voor WLZ-patiënten kom je naar verwachting niet uit met de keten DBC kwetsbare ouderen, omdat het te declareren bedrag voor visites veel hoger is dan het bedrag voor visites waar de keten DBC kwetsbare ouderen op gebaseerd is.

3.1 Signalering van kwetsbaarheid d.m.v. casefinding

Toelichting casefinding huisartsenpraktijk

Casefinding kan gebeuren op een tweetal manieren:

1. Tijdens reguliere contactmomenten. Indien bij een POH of assistente een vermoeden voor kwetsbaarheid bestaat wordt dit overlegd met de huisarts. Deze bepaalt vervolgens of deze oudere geïncludeerd wordt.
2. Het jaarlijks doornemen van het patiëntenbestand. De huisarts en mogelijk de POH, gaan na welke patiënten van 75 jaar en ouder risicofactoren voor kwetsbaarheid hebben of niet in beeld zijn. Deze laatste groep ouderen kunnen ze worden gebeld en eventueel uitgenodigd worden voor een consult.

De casefinding in de huisartsenpraktijk kan worden gedaan door de huisarts, POH en de assistente aan de hand van onderstaande risicofactoren.

Risicofactoren voor kwetsbaarheid:

- Multimorbiditeit
- Polyfarmacie
- Vallen
- Functionele beperkingen
- Cognitieve stoornissen
- Psychische stoornissen
- Care gap (> 3 jaar geleden laatste consult)
- Recente ziekenhuisopname
- Recent doorgemaakt delier
- Frequent praktijkbezoek
- Alleenwonend of ontbreken van sociaal netwerk
- Recent weduwe / weduwnaar
- Eenzaamheid
- Verlies van zingeving
- Woonomgeving (onveilige woonsituatie)
- Overbelasting mantelzorger
- Lage gezondheidsvaardigheden

Vaststellen Kwetsbaarheid

Het vaststellen van kwetsbaarheid kan lastig zijn. Zo nodig kan een vragenlijst helpen, zoals de GFI (Groninger Frailty Indicator) de TFI (Tilburg Frailty Index) of de clinical frailty scale zie bijlage 5. Een ander hulpmiddel is uitgaan van 'het Trias van Blauw', zie onder.

Het 'trias van Blauw' bestaat uit 1. Mobiliteit (kan iemand nog gaan en staan waar hij/zij wil), 2. Autonomie (kan iemand nog de regie over zijn haar/leven voeren) en 3. Sociale situatie (heeft iemand voldoende steun van familie en vrienden). Als er sprake is van problemen op 1 gebied, kan dit vaak gecompenseerd worden en is er meestal nog geen sprake van kwetsbaarheid. Zijn er problemen op 2 gebieden, dan is het bestaan van kwetsbaarheid heel waarschijnlijk. Bij problemen op alle 3 de gebieden is er zeker sprake van kwetsbaarheid. Hoogleraar ouderengeneeskunde Gerard Jan Blauw van het LUMC heeft dit onderwezen tijdens de Leidse Ouderengeneeskunde Dagen in 2016. Mensen met een score 1 worden (nog) niet geïncludeerd in het zorgprogramma. Mensen met een score 2 kunnen geïncludeerd worden en mensen met een score 3 moeten worden geïncludeerd (totdat zij een WLZ-indicatie hebben). NB als mensen zich nog net staande houden op deze 3 gebieden, bv bij multimorbiditeit en een klein netwerk, kan er ook sprake zijn van kwetsbaarheid, omdat er geen enkele rek in het hele systeem zit (bij patiënt en netwerk).

Selecteer ouderen (≥ 75 jaar, eventueel jonger mag) die kwetsbaar zijn en bij wie het bieden van persoonsgerichte proactieve zorg en ondersteuning zinvol is. Dat wil zeggen: ouderen bij wie je achteruitgang verwacht en die gebaat zijn met multidisciplinaire zorg vanuit een zorgplan. Dat betekent meestal: problemen op meerdere domeinen (lichamelijk, functioneel, psychisch, sociaal), verminderd vermogen om regie te voeren en betrokkenheid van meerdere hulpverleners. Maar ook ouderen met dementie zijn per definitie kwetsbaar, door het ontbreken van overzicht en onvoldoende zelfredzaamheid bij het wegvallen van de mantelzorg.

We gaan uit van casefinding in de huisartsenpraktijk en een gemiddelde van 1% van de praktijkpopulatie. Dus als je een praktijk hebt met 2100 patiënten, zou je ca. 21 ouderen kunnen includeren in de DBC. Als je tevens zorg levert in een woon-zorg-locatie, dan kunnen er relatief meer ouderen kwetsbaar zijn. Als zij geen WLZ-indicatie hebben en je vindt proactieve zorg nuttig bij hen, dan kun je ze includeren. Voor de hele regio geldt echter dat we voorlopig maximaal 1% van de populatie mogen includeren in de keten DBC kwetsbare ouderen.

Als je een kwetsbare oudere includeert in de keten DBC kwetsbare ouderen, dan moet deze **uit de andere ketens (diabetes, COPD, CVRM, atriumfibrilleren)**. Per persoon maak je een plan of en hoe de werkwijze uit de andere ketens toegepast wordt.

Toelichting casefinding door derden

De casefinding door derden kan worden gedaan door mensen uit het netwerk van de oudere, thuiszorg, sociaal wijkteam, specialisten en/of anderen. Genoemde functionarissen signaleren mogelijke kwetsbaarheid vanuit verschillende perspectieven (waaronder zorg-, welzijns- en sociale problematiek). Zij hanteren hiervoor eigen observatietechnieken en instrumenten.

Indien iemand als mogelijk kwetsbaar wordt aangemerkt, zal de betreffende functionaris dit kenbaar maken aan de huisartsenpraktijk. De huisarts bepaalt vervolgens of overgegaan wordt tot inclusie. De conclusie van de huisarts wordt teruggekoppeld aan de functionaris.

3.2 Probleeminventarisatie (multidomeinanalyse)

Als vastgesteld is dat er sprake is van kwetsbaarheid dan volgt een uitgebreide probleem-inventarisatie (multidomeinanalyse). Hiermee wordt het medisch, sociaal functioneren en voorkeuren van een kwetsbare persoon integraal in kaart gebracht.

Hier zijn verschillende instrumenten/uitvraag mogelijkheden voor beschikbaar. Het is daarbij van belang dat meerdere dimensies uitgevraagd worden om een compleet beeld te krijgen (b.v. SFMPC model of de RAI). In bijlage 2 vind je meer informatie over de multidomeinanalyse en voorbeelden hoe te registreren in de meest voorkomende HISsen. Tevens staat daarin welke ICPC-codes je moet gebruiken. In bijlage 5 staat een link naar de TRAZAG, een vragenlijst die je kunt gebruiken als MDA.

De financiering van de keten-DBC kwetsbare ouderen is zo ingericht dat een POH-ouderen die aan de praktijk verbonden is, de probleeminventarisatie doet. Het kan echter ook zo zijn dat een wijkverpleegkundige, met wie de huisartsenpraktijk nauw samenwerkt, de probleeminventarisatie doet. Als dat meerdere kwetsbare ouderen betreft, maken de huisartsenpraktijk en de zorgorganisatie waaraan de wijkverpleegkundige verbonden is, onderling afspraken over de vergoedingen. De zorgkoepel zal hierbij ondersteunen.

3.3 Individueel zorgplan

Door de POH worden tijdens een overleg met de huisarts de volgende onderwerpen besproken:

1. De uitkomsten van de probleeminventarisatie
2. Gewenste zorgresultaten/doelen
3. Voorstel m.b.t. de uit te voeren interventies
4. Gewenste afspraken met betrokken zorgverleners.

Op basis van dit overleg stelt de POH een (concept) zorgplan op (zie bijlage 3). Dit zorgplan wordt tijdens een huisbezoek met de kwetsbare oudere en (eventueel) zijn/haar mantelzorg(er)s besproken en eventueel aangepast aan de wens van de patiënt (shared decision making). De oudere dient akkoord te gaan met de inhoud van het zorgplan. In het zorgplan komen medische problemen en het functioneren van de oudere op het somatische, functionele, maatschappelijke, psychische en communicatieve vlak samen.

Het is belangrijk dat je het gesprek voert over behandelwensen voordat je het zorgplan maakt (advance care planning).

De ouderen en de zorgprofessionals leggen in het zorgplan vast welke afspraken gemaakt zijn over de zorg en ondersteuning en welke doelen de oudere hiermee wil behalen. Bij elk doel wordt beschreven wie er actie onderneemt en welke zorgverlener ingeschakeld moet worden. Deze stap is heel belangrijk. Door de oudere zich echt betrokken te laten voelen bij zijn/haar plan zal deze zich meer verantwoordelijk voelen om de doelen te behalen.

Vóór of tijdens het opstellen van het zorgplan maken de huisarts en de betrokken zorgverleners afspraken over hoe het zorgplan opgesteld wordt, wie het coördineert, beheert en aanpassingen kan doen en wie zicht houdt op de uitvoering van de afgesproken acties en hoe zij elkaar over en weer informeren.

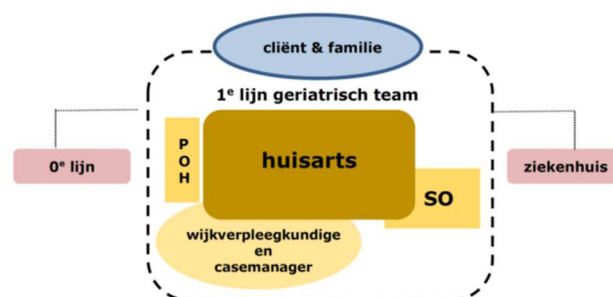
Het zorgplan is aanwezig bij de oudere thuis (als er een zorgmap van thuiszorg aanwezig is dan wordt het daarin gedaan). In het HIS wordt het zorgplan bij de oudere als correspondentie opgeslagen. Het zorgplan wordt aangepast als de situatie verandert, bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname of CVA, omdat de problemen en de doelen dan anders zullen zijn. Het zorgplan dient als basis voor het MDO en vóór het MDO wordt deze met betrokken zorgverleners gedeeld.

In bijlage 3 vind je een goed voorbeeld van een ingevuld zorgplan en een leeg zorgplan, dat je zelf in de praktijk kunt gebruiken. Deze staan ook in de HAwebgroep voor POH-ouderen.

3.4 Zorgcoördinatie en samenwerking

In het Geriatrisch Zorgmodel wordt gewerkt met een eerstelijns Geriatrisch Team (verder GT). De huisarts staat in dit model in het midden geplaatst omdat hij/zij de behandelindverantwoordelijkheid draagt voor de zorg aan de kwetsbare oudere (zie figuur 1)¹.

In de zorg voor kwetsbare ouderen vormen huisarts, de POH en wijkverpleegkundige het **kernteam**, aangevuld met de casemanager dementie en de specialist ouderengeneeskunde vormen zij het **1^e lijns geriatrisch team**. Tijdens het MDO kan dit team aangevuld worden met bijvoorbeeld de apotheker, verpleegkundigen van het ‘verzorgingshuis, de mantelzorg en/of een professional uit het sociaal domein.



Figuur 1: Het eerstelijns Geriatrisch Team.

De huisarts staat in figuur 1 relatief groot afgebeeld, als eindverantwoordelijke voor de medische zorg. De huisarts is niet eindverantwoordelijk voor het sociaal domein en de specialistische zorg, maar houdt wel overzicht en is als regisseur betrokken bij deze andere domeinen.

¹ Toekomstbestendige ouderenzorg West Friesland, oktober 2016.

Als verschillende partijen bij de zorgverlening betrokken zijn, is het wenselijk iemand aan te wijzen als zorgcoördinator. Het kernteam benoemt de zorgcoördinator in overleg met de patiënt en/of de mantelzorger. Hierbij is het van groot belang dat de patiënt een goede relatie heeft met de desbetreffende coördinator. In de praktijk zien we vooral dat de POH of wijkverpleegkundige deze rol op zich neemt, het kan ook de casemanager dementie zijn als de zorg aan de patiënt dat vraagt.

Taken van de zorgcoördinator

- Legt aan de patiënt (en mantelzorger) uit wat de rol van de zorgcoördinator is.
- Bespreekt met de patiënt de rollen van de verschillende hulpverleners.
- Informeert (ook op papier) de patiënt over de bereikbaarheid van de betrokken hulpverleners.
- Bespreekt in overleg met de patiënt welke interventies worden ingezet.
- Maakt afspraken op welke momenten en op welke wijze hij of zij contact heeft met de leden van het kernteam en andere betrokken hulpverleners.
- Maakt afspraken over de wijze waarop alle betrokken hulpverleners over de zorg worden geïnformeerd en legt deze vast in het zorgplan.
- Beheert het zorgplan (indien van toepassing) en ziet toe op het nakomen van gemaakte afspraken;
- Evalueert met de patiënt en betrokken hulpverleners de ingezette zorg.
- Zorgt voor verslaglegging volgens de afspraken.

Proactieve zorg aan de hand van een brede probleeminventarisatie (multidomein analyse) en het werken met een zorgplan, is de kern van het geriatrisch zorgmodel. Voor de kwetsbare ouderen met polyfarmacie wordt jaarlijks een *medicatiereview* gedaan, samen met de apotheker. Dit kan ook tijdens een MDO. De apotheker ontvangt vooraf een probleemlijst en gaat aan de hand van de START en STOPP criteria na of er medicatie ontbreekt of mogelijk overbodig is. In de praktijk blijkt dat dit meestal niet heel tijdrovend is, tenzij de registratie in het HIS niet op orde is.

Huisarts en POH bepalen samen wie er wanneer in aanmerking komen voor een MDO. Het advies is om dit ca. 1 x per jaar te doen voor ouderen bij wie verschillende hulpverleners betrokken zijn. Het doel hiervan is dat voor de oudere en diens mantelzorger en voor de betrokken hulpverleners duidelijk is aan welke doelen gewerkt wordt en door wie. Op deze manier is het meer kansrijk dat de gestelde doelen gehaald worden, is het beleid duidelijk voor alle betrokkenen en wordt er efficiënt samengewerkt. Ook na een ingrijpende gebeurtenis wordt er zo nodig een MDO gehouden, omdat de doelen en acties aangepast worden en alle betrokkenen hierover geïnformeerd worden.

Bij het MDO zijn meerdere disciplines aanwezig: naast het kernteam ook de casemanager dementie, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde, zo mogelijk iemand van het sociaal domein en evt. de apotheker. Tijdens het MDO wordt het zorgplan besproken, geëvalueerd en worden werkafspraken gemaakt over de zorg en de behandeling. De patiënt (en/of mantelzorger) kan bij het overleg aanwezig zijn, maar dat is niet altijd haalbaar. De zorgcoördinator coördineert de afgesproken acties en ziet toe op uitvoering en terugkoppeling van resultaten. Vanzelfsprekend worden bij deze overleggen de wettelijke vereisten omtrent privacy en gegevensuitwisseling in acht genomen.

De zorgcoördinator is verantwoordelijk voor het organiseren en plannen van de MDO's. Een normpraktijk heeft gemiddeld 24 kwetsbare ouderen in zijn praktijk. Deze patiënten worden minimaal één keer per jaar besproken in een MDO. Er worden 6-8 patiënten op een MDO besproken. Voor een normpraktijk komt het neer op 4-6 MDO's per jaar. De MDO's kunnen aan het begin van het jaar worden ingepland, de definitieve agenda wordt uiterlijk een week van tevoren bepaald. Per patiënt wordt 15 minuten tijd ingepland. De duur van een MDO is dus 90-120 minuten. Gezamenlijk

worden problemen geanalyseerd, doelen vastgelegd, acties voorgesteld, waarbij ook besproken wordt wie wat doet en wanneer het geëvalueerd wordt. Na het MDO wordt de inhoud van het zorgplan besproken met patiënt en mantelzorgers. Vervolgens worden de acties uitgevoerd en geëvalueerd. De zorgcoördinator ziet erop toe dat de afgesproken acties uitgevoerd en geëvalueerd worden. Alle betrokken rapporteren aan de huisarts en zo mogelijk ook aan elkaar.

Als u wilt starten met het MDO dan moet u vooraf de volgende zaken bedenken:

- Wie vaste deelnemers zijn en wie ad hoc kunnen worden uitgenodigd
- De vorm (breed met alle betrokken disciplines of bijeenkomsten rond specifieke thema's waarbij samenwerkingsafspraken worden gemaakt)
- Het doel van het MDO
- De rol van de patiënt/mantelzorger (wel/niet aanwezig)
- Wie voor de verbinding zorgt met het wijknetwerk/sociale wijkteam/sociale domein/ouderen maatschappelijk werk
- Hoe het MDO wordt voorbereid zodat het zo efficiënt mogelijk kan verlopen
- Hoe afspraken worden vastgelegd en onderling gecommuniceerd
- De frequentie
- De locatie

In de praktijk blijkt dat het aanvankelijk wat meer tijd kost om het MDO goed te laten verlopen, maar dat de verschillende deelnemers al snel wennen en dat er efficiënt gewerkt kan worden, mits iedereen zich voorbereid heeft. Houdt bij de planning van de volgorde van de te bespreken ouderen rekening met de eventuele betrokkenheid van hulpverleners die niet bij iedereen betrokken zijn, zoals de casemanager van Geriant of de wijkverpleegkundige.

In bijlage 4 staat verdere informatie over het organiseren en uitvoeren van een MDO.

3.6 *Exclusie*

Er zijn enkele redenen om kwetsbare ouderen uit de keten-DBC kwetsbare ouderen te halen:

- a. Als de kwetsbare ouderen een WLZ-indicatie krijgt. Dan ga je wel door met de werkwijze van het zorgprogramma, maar is de financiering anders, omdat je dan visites 'intensieve thuiszorg' kunt declareren. Je meldt de oudere af bij de keten-DBC kwetsbare ouderen.
- b. Als de kwetsbare oudere een indicatie krijgt voor palliatieve zorg. Ook dan kun je visites 'intensieve thuiszorg' declareren en meld je de oudere af bij de keten-DBC kwetsbare ouderen.
- c. In sommige gevallen kan het zijn de toepassing van het geriatrisch zorgmodel niet meer nodig is, omdat de omstandigheden van de oudere verbeterd zijn. Ook dan meld je de oudere af bij de keten-DBC kwetsbare ouderen.
- d. Als de oudere overleden is.

4. Mantelzorg ondersteunen vanuit de huisartsenpraktijk

Een op de vijf patiënten in een huisartsenpraktijk is mantelzorg. Als huisarts, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige is het belangrijk oog te hebben voor mantelzorgers. Waarom eigenlijk?

- Mantelzorgers vragen geen hulp voor zichzelf als overbelasting dreigt. Het aantal overbelaste mantelzorgers neemt ook toe.
- Als zorgverlener speelt u een cruciale rol als vertrouwenspersoon van mantelzorgers. U heeft een duurzame relatie met patiënt en familie en bent vaak de eerst betrokkene bij zorg.
- Goede samenwerking met mantelzorgers in de praktijk maakt preventie van overbelasting mogelijk.
- Mantelzorgondersteuning zorgt zo voor integrale, duurzame zorg van hoge kwaliteit.

Of een mantelzorg overbelast raakt, hangt af van meerdere factoren. De beperking van de zorgvrager, het aantal uren dat iemand zorgt en de combinatie met overige taken, zoals een betaalde baan en een gezin. Mantelzorgers zorgen vanuit betrokkenheid en kunnen hun grenzen uit het oog verliezen. Door de veranderingen in het zorgbeleid krijgen zij bovendien meer taken.

Wensen en noden van mantelzorgers wordt meegenomen bij de probleeminventarisatie en in de af te spreken acties in het zorgplan en bij het MDO.

5. Ondersteuning huisartsenpraktijken vanuit ZWF

Wanneer een huisartsenpraktijk besluit aan de slag te gaan met het zorgprogramma ouderen, kan zij ondersteund worden vanuit de Zorgkoepel West-Friesland. De ondersteuning aan de individuele praktijk vanuit ZWF bestaat uit:

1. Uitleg en advies door een POH-coach en/of een kaderarts bij:
 - a. Implementeren of continueren van het zorgprogramma in de praktijk;
 - b. Opzetten van een netwerk ouderenzorg rondom de praktijk;
 - c. Inclusie;
 - d. Het afnemen van een multidomeinanalyse, opstellen individueel zorgplan, organisatie van een MDO en de van daaruit te nemen acties en evaluatie.
2. Collegiale consultatie rondom een individuele patiënt
3. Scholing en intervisie voor huisartsen en POH-Ouderen
4. Informatie op de HAwebgroep ZWF (zie documenten/ouderenzorg)
5. Informatie en behandeling van vragen op HAwebgroep voor POH Ouderen
6. Ondersteuning bij kwaliteitsmanagement a.d.h.v. doelen en spiegelinformatie
7. Ondersteuning bij financiële afspraken tussen huisartspraktijken en VVT-organisaties, indien een wijkverpleegkundige de multidomeinanalyse doet en het zorgplan maakt.

Regionaal heeft ZWF een belangrijke rol in het organiseren van de samenwerking met onze belangrijkste partners in de ouderenzorg, inclusief het sociaal domein.

Ondersteuningsteam Ouderenzorg vanuit KZWF:

Heeft u een vraag of behoefte aan ondersteuning, neem contact op met:

- Annet Wind - kaderarts Ouderengeneeskunde – beleidsmatige vragen
a.wind@zorgkoepelwf.nl
- Anouk Meijer - kaderarts Ouderengeneeskunde – inhoudelijke vragen
anouk@medischcentrumoost.com
- Vivian Kenter - POH Geriatrie en Somatiek, coach – nascholing en advies
viviankenter@gmail.com
- Angela Mulder – Ketencoördinator (per 1 juli 2020) – keten specifieke vragen
amulder@ketenzorgwf.nl

Algemene vragen? Mail naar services@zorgkoepelwf.nl

Bijlage 1: Bronvermelding

Bij de totstandkoming van dit document is o.a. gebruik gemaakt van de volgende documentatie/bronnen:

- Visie Toekomstbestendige Ouderenzorg Westfriesland (2016), Omring, Wilgaerden, Geriant, Zorgkoepel West-Friesland en Westfriese Huisartsenorganisatie
- Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak (LESA) Zorg voor Kwetsbare Ouderen (juni 2017) van de NHG en V&VN
https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/hw06_lesa_zorg_voor_kwetsbare_ouderen_lr.pdf
- Beter oud in Amsterdam, handreiking voor huisartsenpraktijken 'Beter zorg voor thuiswonende Amsterdamse ouderen'
- Boek 'Protocollaire ouderenzorg', NHG en V&VN, 2015
- Informatiebulletin INKT, Integrale ouderenzorg Noord Kennemerland en Kop van Noord Holland.
- Infographic kwetsbare ouderen, Vilans
- ROS Friesland, bouwstenen ouderenzorg
- www.beteroud.nl/beteroud/media/documents/Handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis-mei-2019.pdf
- www.samenoud.nl
- LHV-visie Huisartsenzorg voor ouderen (2017)
- Wat is kwetsbaarheid eigenlijk? GJ Blauw, de Leidse Ouderengeneeskunde Dagen 2016. Leiden, Boerhaave nascholing 2016.

Bijlage 2: Multidomein analyse en registratie in je HIS

Adhv SFMPC model, zie blz 109-113 in Protocollaire ouderenzorg, 2015

Bij een multidomeinanalyse vraag je verschillende domeinen uit bij de oudere. Problemen op een domein noteer je in het HIS. Uit deze problemen kies je samen met de oudere en de mantelzorger de meest urgente. Deze zet je in het zorgplan en hierbij benoem je doelen en acties, in overleg met de huisarts. De komende maanden worden deze acties uitgevoerd. Per patiënt wordt een zorg coördinator benoemd. Dat kan een POH, wijkverpleegkundige, sociaal werker of een casemanager dementie zijn. De zorg coördinator houdt bij of en hoe de acties uitgevoerd worden en wat het resultaat ervan is. Het zorgplan wordt minimaal jaarlijks bijgesteld, aan de hand van een nieuwe multidomein analyse. We gebruiken het Laegoformat van het zorgplan, zie <https://www.laego.nl/wp-content/uploads/2018/04/Zorgbehandelplan-format.pdf>, tweede pagina. Als je het prettig vindt kun je het schema van de eerste pagina gebruiken als overzicht van de uitkomsten van de multidomeinanalyse.

Hieronder volgt voor de verschillende HISsen een uitwerking hoe de informatie vastgelegd kan worden en hoe het zorgplan in het HIS verwerkt wordt.

Promedico

In promedico staan standaard clusters met in te vullen vragen in de 'meetwaarden'. Hier bij staat: 'Gebruik voor de volledige uitgebreide probleeminventarisatie achtereenvolgens de clusters korte screening probleemgebieden, voeding en genotsmiddelen, functionele testen, oriëntatie in plaats, tijd, persoon, gehoor, visus, contextuele informatie en evaluatie en plan van opsporing kwetsbare ouderen. De clusters zijn afgeleid van de Prodigmo-protocollen voor opsporing kwetsbare ouderen, die gebaseerd zijn op het boek Protocollaire Ouderenzorg van Laego, Vilans, VenVN en NHG.' Je kan dit vinden door in een consult op 'uitvoeren onderzoek' te klikken en vervolgens 'ouderen' in de zoekbalk in te vullen. Je krijgt dan alle clusters. Je kan deze 1 voor 1 invullen maar ook zelf een selectie samenstellen met je POH. Dan maak je een eigen 'onderzoek' in de meetwaarden. Dat zelf maken kan je doen door via de @ knop naar 'onderhoud' te gaan en daarna naar meetwaarden. Dan kies je voor 'nieuw onderzoek' links onder. Vervolgens kan je er ICPC s aan koppelen en het onderzoek verder invullen met items uit de verschillende clusters.

Mira

Je vindt het protocol ouderenzorg onder de button "protocol". Deze staat onder het SOEP blok. Of anders met F8. Dit protocol is aan te passen en uit te breiden met extra meetwaarden en open invulvelden op basis van het SFMPC model. Het door CGM ontwikkelde "Beleid en Doel" voldoet niet geheel aan onze wensen. Daarom kiezen we ervoor om het Laego/NHG zorgplan te gebruiken. Het ingevulde zorgplan kan worden in gescand en gekoppeld aan het dossier van de patiënt. Verder zie de tekst onder Medicom.

Medicom

Druk in het journaal van een patiënt op shift F7 (protocol), vul links in 'oud' en zet het vinkje bij 'masker' uit. Kies uit de opties in het rechter vak de onderste: Ouderenzorg inklap menu. Vul hier je bevindingen in en gebruik de open vakken. Deze zijn ingedeeld op basis van het SFMPC model. Je vraagt de verschillende domeinen zelfstandig uit. Gebruik hiervoor het boek protocollaire ouderengeneeskunde (blz 109 – 113). In de vakken geef je een korte samenvatting van de bevindingen per domein (ook als het goed gaat) en benoem je welke problemen aandacht behoeven. Deze problemen bespreek je met de huisarts en met de oudere en eventueel de familie. De vijf meest urgente problemen zet je in het zorgplan.

Vul het zorgplan format in (met doelen, acties, wie wat doet en de evaluatiedatum) en scan dit in als losse brief in het dossier van de patiënt. Alle betrokkenen voeren de afgesproken acties uit. De zorg coördinator volgt de uitvoering en vraagt zo nodig informatie op omtrent het beloop, voor de gestelde evaluatiedatum.

ICPC-codes

Gebruik de volgende codes:

A49.01	Ouderenzorg	Niet kwetsbaar
A49.02	Medicatiereview	
A20	ACP-gesprek	
A05	Kwetsbare oudere	Geïnccludeerd in DBC
A69.01	Palliatieve zorg	(op 1-3-20 nog niet aanwezig in Promedico)
A69.02	Integrale complexe zorg	MDO (idem)

Als een oudere kwetsbaar is, gebruik je A05.

Als een oudere beoordeeld wordt op kwetsbaarheid, gebruik je A49.01. Dat is een preventieve verrichting, net als het houden van een medicatiereview.

Helaas bestaan er geen codes voor het doen van een multidomeinanalyse en het maken van een zorgplan.

Bijlage 3: Voorbeeld zorgplan kwetsbare ouderen

ZORGPLAN OUDERENZORG Zorgkoepel

HUISARTSENPRAKTIJK: adres

sticker		Contactpersoon/ mantelzorg	Naam Huisarts met tel :
		Praktijkondersteuner ouderenzorg: naam	Casemanager Geriant:
		Naam Thuiszorg en mailadres of tel EV'er:	Huishoudelijk hulp: hoeveel uur per welke dag en organisatie
Polyfarmacie/Baxter aanwezig	zorg en welzijn vrijwilliger of parameters lab en RR	Laatste MDO: datum	multidomeinanalyse : datum
Naam apotheek	Wilsverklaring :6/2019NR/NB, geen IC, geen hartbewaking. Geen levensverlengende handelingen alleen kwaliteit van leven bevorderde handelingen en onderzoeken, bij calamiteit overleg mevr. of vertegenwoordiger		

SAMENVATTING: BEVINDINGEN/WENS EN ZORG/CONCLUSIE

S: relevante diagnosis 2005 diabetes mellitus type II, 2013 coxartrosis BDZ, 2016 Neuroloog, TIA linkerhemisfeer, 2016 Orthopeed, gonartrose rechts infiltratie 2017 Mammapoli: Chirurg: mamma ablatio links, Voorstel hormoontherapie 2019 Neurologie: subduraal hematoom, vermoedelijk na gering trauma onder antistolling 2019 K.N.O.-ziekten: val op gelaat, laesie hoorgang AD 2019 Neurologie: opname ivm licht traumatisch hersenletsel 2019 K.N.O.-ziekten: beginnende presbycusis ADS 2019 Neurologie: verdenking iCVA

F: functioneren hulp bij ADL, steunkousen uit en aan trekken en 2x per week douchen, zoon doet de financiën, heeft baxterfiets op fietst met 3 wielen, dochter komt 6 van de 7 dagen de maaltijden brengen, doet actief mee activiteiten brinkpark

P: psychisch 2016 Geriant, mild cognitieve impairment, afasie woordvindingprobleem na CVA, eenzaamheid, stemming bedroefd, alleen-zijn is moeilijk voor mevr. gaat om 20.30 naar bed alleen bij mooi tv dan gaat ze later, staat om 8.00 op maar is om 6.00 wakker

S: Sociaal weduwe sinds april 2019, 3 kinderen en kleinkinderen

Wens zolang mogelijk thuis te blijven wonen

Of op **SFMPC (Somatiek, Functioneren, Maatschappelijk, Psychisch en Communicatie)**

PROBLEEM/BEHOEFTE	DOEL	ACTIE	WIE	EVALUATIEDATUM
Lichamelijk welbevinden				
Bevordering van beweging	Zolang mogelijk in thuis te blijven wonen	Mevr. gaat naar de ouderen gym. Knie klachten gaat mevr naar spreekuur huisarts	Mevr. & huisarts	3mnd en jaarlijks MDA
incontinentie	Voorkomen van achteruitgang	Goede stoelgang met movicolon, Bewegen om zelfstandig naar de toilet te gaan, monitoren	POH	3mnd en jaarlijks MDA
Vallen	Valrisico verkleinen	Polyfarmacie bespreking, monitoren	Huisarts en apotheker, en POH	3mnd en jaarlijks MDA
Mentaal welbevinden				
eenzaamheid	Goede dag invulling, minder eenzaam voelen	Activiteiten meedoen, Zonnebloem op bezoek, vrijwilliger monitoren	Mevr. & Wilgaerden, POH	3mnd en jaarlijks MDA
depressie	Voorkomen van achteruitgang	Monitoren	POH, Wilgaerden	3mnd en jaarlijks MDA
Sociaal welbevinden				
communicatie	Voorkomen van achteruitgang	Actief meedoen in de groep, monitoren	POH	3mnd en jaarlijks MDA
mantelzorg	Voorkomen van overbelasting	Met familie afspreken dat bij toename van zorg contact opnemen, Monitoren,	POH	3mnd en jaarlijks MDA
Overige				
medicatie	Voorkomen van over-en onderbehandeling	Polyfarmacie bespreken, acties monitoren	Huisarts en apotheker, en POH	3mnd en jaarlijks MDA

ZORGPLAN OUDERENZORG zorgkoepel West-Friesland

HUISARTSENPRAKTIJK:

sticker		Contactpersoon/ mantelzorger	Huisarts:
		Praktijkondersteuner ouderen: naam	Casemanager Geriant:
		Naam Thuiszorg	Huishoudelijk hulp:
Polyfarmacie/Baxter aanwezig	zorg en welzijn vrijwilliger of parameters: lab en RR	Laatste MDO: datum	MDA afname
Naam apotheek	Wilsverklaring :		

SAMENVATTING: BEVINDINGEN/WENS EN ZORG/CONCLUSIE

S:	
F:	
M:	
P:	
C:	

PROBLEEM/BEHOEFTE	DOEL	ACTIE	WIE	EVALUATIEDATUM
Lichamelijk welbevinden				
Mentaal welbevinden				
Sociaal welbevinden				
Overige				

Bijlage 4: Het MDO

A. Organisatie MDO

1. De zorgcoördinator/POH overlegt met huisarts welke cliënten er in het MDO besproken worden en organiseert vervolgens het MDO
2. De zorgcoördinator/POH noteert de afspraken op het zorgplan en koppelt dit terug naar de cliënt.
3. Afgesproken acties worden gemonitord door de zorg coördinator.

Aantal MDO's per jaar en duur MDO

Een normpraktijk heeft gemiddeld 24 kwetsbare ouderen in het bestand. Al deze door de POH in kaart gebrachte ouderen worden minimaal één keer per jaar besproken in een MDO. Er worden 6-8 cliënten op een MDO besproken. Voor een normpraktijk komt het neer op 4-6 MDO's per jaar. De MDO's kunnen aan het begin van het jaar worden ingepland, de definitieve agenda wordt uiterlijk een week van tevoren bepaald.

Per cliënt wordt 15 minuten tijd ingepland. De duur van een MDO is dus 90-120 minuten.

B. Uitvoer MDO

Doordat een ieder op de hoogte is van de te bespreken onderwerpen doordat de uitkomsten uit de multidomeinanalyse vooraf bekend zijn verloopt het multidisciplinair overleg gestructureerd waardoor er efficiënt afspraken gemaakt kunnen worden. Er is een vaste voorzitter, deze kan uit de deelnemers gekozen worden en is degene die de meeste vaardigheden heeft als technisch voorzitter.

Het MDO bevat:

- Informatie/ evaluatie punten (van eerder MDO) over de te bespreken patiënten
- Nieuwe problemen gesignaleerd aan de hand van de multidomeinanalyse
- Afstemming en evaluatie over de zorg/behandeling door de verschillende disciplines
- Vaststellen van het nieuwe zorgplan. Concreet betekent dit het geheel aan werkafspraken ten behoeve van de patiënt met alle betrokken disciplines
- Medicatieview door apotheker of SO
- MDO wordt verwerkt op zorgplan en in het HIS.

Taken van de voorzitter zijn

- tijd bewaken
- zorgen dat alle deelnemers aan bod komen
- vermijden gebruik medische terminologie bij aanwezigheid mantelzorgers.

Afstemming MDO met de patiënt/mantelzorgers

De afspraken welke in het MDO worden gemaakt worden ter instemming voorgelegd aan de betreffende oudere, dan wel diens mantelzorgers. De POH maakt na het MDO een afspraak met de oudere thuis en bespreekt de inhoud van het zorgplan.

C. Taken en verantwoordelijkheden aanwezigen MDO

Huisarts

De huisarts is de hoofdbehandelaar en dossierhouder en is verantwoordelijk voor de inhoud van het zorgplan. De huisarts stelt, samen met de patiënt / familie en de andere zorgverleners in het MDO, de inhoud van het zorgplan vast.

POH of zorgcoördinator

- Selecteren van kwetsbare ouderen (samen met of onder regie van de huisarts)
- Inplannen MDO's in jaarplanning. De POH-er weet welke SO aan de praktijk verbonden is en stemt met deze SO de planning af
- Organiseren van het MDO (versturen uitnodigingen via beveiligde lijn zoals Zorgring, vastleggen data in agenda)
- In overleg met de huisarts opstellen van de agenda voor het MDO
- Versturen van de agenda voor het MDO aan alle betrokken disciplines. Minimaal één week van tevoren (inclusief een uitdraai van een recent afgenomen multidomeinanalyse). In de agenda staan van alle te bespreken patiënten, naam, geboortedatum en BSN vermeld
- Zorgen dat er bij het MDO van alle patiënten een recente uitslag is van nierfunctie, RR, gewicht, Na en Kalium. Dit is o.a. nodig voor de medicatiereview
- Noteren van de in het MDO afgesproken acties op het zorgplan
- Terugkoppelen van de afgesproken acties naar de patiënt. POH-er maakt een afspraak met de patiënt thuis en bespreekt de inhoud van het zorgplan
- Monitoren van de in het MDO afgesproken acties en aanpassen van het zorgplan.

Specialist ouderengeneeskunde (SO)

De specialist ouderengeneeskunde is aanwezig bij het MDO ter ondersteuning van de huisarts. Bij afwezigheid van de apotheker kan de SO de medicatiereview op zich nemen. Een aantal weken na het MDO kan de POH contact met de SO opnemen om te bespreken of er nog extra ondersteuning nodig is. De huisarts kan ook buiten het MDO de SO ter consultatie vragen. Dit kan een telefonisch consult zijn, maar de SO kan ook bij de cliënt op huisbezoek aan en vervolgens aan de huisarts aanbevelingen doen voor in te zetten beleid.

Apotheker

Meenemen medicatielijst van alle te bespreken cliënten naar MDO voor medicatiereview

Overige mogelijke aanwezigen MDO (indien betrokken bij patiënt)

- Mantelzorger
- Casemanager Geriant
- Wijkverpleegkundige
- Paramedici

Bijlage 5: vragenlijsten voor MDA en kwetsbaarheid

Een overzicht van diverse vragenlijsten en links vind je op: <https://www.nhg.org/korte-vragenlijsten>

Vragenlijsten voor MDA

Voor de multidomein analyse (MDA) kun je volstaan met het volgen van het SFMPC-model, waarbij je vragen aangaande de situatie mbt de verschillende domeinen stelt aan de oudere. We verwijzen hiervoor naar het boek *Protocollaire ouderenzorg*, blz 109-113 (2015). Zie ook bijlage 2.

Voorheen maakten we gebruik van de RAI (Resident Assessment Instrument) van Pixicare. Dat instrument kun je prima blijven gebruiken, maar kost relatief veel tijd om af te nemen.

Mocht je behoefte hebben aan gestructureerde vragenlijsten en toepassing hiervan is zeker voor beginnende POH-ouders aan te raden, dan kun je ook gebruik maken van andere lijsten, zoals de [Trazag](#), TRAnsmuraal Zorg Assessment Geriatrie, 2011.










Vragenlijsten voor het vaststellen van kwetsbaarheid

De **GFI** (Groninger Frailty Indicator) en **TFI** (Tilburgs Frailty Indicator) zijn geen instrumenten voor MDA, maar zijn uitsluitend bedoeld om kwetsbaarheid aan te tonen. Na afname van een [GFI](#) of [TFI](#), zul je alsnog een MDA moeten uitvoeren.

Schaal voor het vaststellen van kwetsbaarheid

Clinical Frailty Scale, Ouders die in categorie 6 en 7 vallen includeren. Ouders in categorie 5 kunnen geïnccludeerd worden als er op verschillende domeinen problemen zijn en er meerdere hulpverleners bij betrokken zijn. De vragenlijst staat op de volgende pagina.

Clinical Frailty Scale

Clinical Frailty Scale	
 <p>1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.</p>	<p>1. Zeer fit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krachtig, actief, energiek en gemotiveerd - Oefenen regelmatig - Behoren tot de fitste van hun leeftijd
 <p>2 Well – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.</p>	<p>2. Fit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geen actieve ziektesymptomen, maar minder fit dan categorie 1 - Bewegen vaak of zijn meer actief tijdens seizoensgebonden activiteiten
 <p>3 Managing Well – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.</p>	<p>3. Zelfredzaam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medische problemen goed onder controle - Niet regelmatig actief, behalve routine wandelingen
 <p>4 Vulnerable – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being 'slowed up', and/or being tired during the day.</p>	<p>4. Risico op kwetsbaarheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niet afhankelijk van andere voor dagelijkse hulp - Vaak klachten die activiteiten beperken - Veel gehoorde klacht: 'traag' of moe zijn gedurende de dag
 <p>5 Mildly Frail – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.</p>	<p>5. Licht kwetsbaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Duidelijk trager - hulp nodig bij complexere dagelijkse taken (financiën, vervoer, zwaar huishoudelijk werk, medicatie)
 <p>6 Moderately Frail – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.</p>	<p>6. Behoorlijk kwetsbaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hulp nodig bij activiteiten buitenhuis en huishouden (patiënt is niet in staat een week alleen voor zichzelf te zorgen) - Moeite met traplopen. - Ondersteuning bij ADL nodig (ondersteuning bij douchen of wassen, enige hulp bij aankleden).
 <p>7 Severely Frail – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).</p>	<p>7. Erg kwetsbaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 24/7 volledig afhankelijk van anderen, zowel op cognitieve als fysieke gronden. - maken toch een stabiele indruk (levensverwachting ongeveer 6 maanden)
 <p>8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.</p>	<p>8. Heel erg kwetsbaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 24/7 volledig afhankelijk van anderen. naderen het levenseinde.
 <p>9 Terminally Ill – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.</p>	

Figuur 1. Clinical Frailty Scale van Rockwood et al.(2005). Vertaling: Combinatie vertaling (zorg)professionals uit Bernhoven

Bijlage 6 Samenvatting Geriatrische Zorgmodel

