

Handreiking Persoonsgerichte zorg voor kwetsbare ouderen

In de huisartsenpraktijk



Nieuwe Waterweg Noord
Delft Westland Oostland

Inhoud

Voorwoord	3
1. Inleiding.....	4
2. Persoonsgerichte en geïntegreerde zorg.....	5
3. Samenwerking bij de zorg voor kwetsbare ouderen	6
3.1. Het kernteam kwetsbare ouderen.....	6
3.2. Samenwerkingspartners	7
4. Signalering van kwetsbaarheid	9
4.1. Casefinding en selectieve screening	9
4.2 Aanpak indien kwetsbaarheid gesignaleerd is.....	12
4.3 Signaleren/casefinding bij geheugenproblemen en aanpak	12
5. Basisaanbod ouderenzorg.....	14
5.1 Aandachtspunten	14
5.2. Advanced care planning.....	14
5.3. Medicatiebeoordeling bij polyfarmacie	15
5.4. Mantelzorg	15
6. Aanvullend aanbod ouderenzorg.....	17
6.1 Objectiveren kwetsbaarheid.....	17
6.2 Individueel zorgbehandelplan opstellen.....	18
6.3 Multidisciplinair overleg	20
7. Registratie in HIS.....	21
8. Medische consultatie	22
9. Ouderen in een urgente situatie.....	24
Bijlage 1 - GFI en TRAZAG	25

Voorwoord

Binnen de ouderenzorg zien we ons gesteld voor een grote opgave. Het aantal ouderen met chronische en meer aandoeningen tegelijk neemt toe. De oudere van tegenwoordig is, mede gezien de verbetering van kwaliteit van medische zorg, een stuk vitaler dan vroeger. De rol van de mantelzorger is te lang onderschat geweest. Dit wordt vooral zichtbaar in crisissituaties; daar waar een acuut probleem ontstaat wanneer het netwerk omvalt. Welzijn van de oudere is minstens zo belangrijk als medische zorg.

Ambitie: de oudere kan zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen, op verantwoorde wijze en met behoud van ervaren kwaliteit van leven

Deze handreiking is een hulpmiddel voor samenwerkingsverbanden rond huisartsenpraktijken die gezamenlijk de zorg voor kwetsbare patiënten willen verbeteren. Het biedt handvatten voor een gestructureerde aanpak, gebaseerd op best practice ervaringen binnen en buiten de regio. Hierbij is gebruik gemaakt van de laatste inzichten uit de [handreiking Kwetsbare ouderen thuis](#) – integrale zorg en ondersteuning in de wijk.

Groeidocument

Deze versie is een verdieping voor de huisartsenpraktijk gebaseerd op de oorspronkelijke versie van juni 2015. Op basis van de leerervaringen vanuit de praktijk en de landelijke ontwikkelingen passen we de handreiking regelmatig aan. Reacties op deze handreiking kunt u richten aan secretariaat@zel.nl

Dankwoord

In 2013 hebben huisartsen en deelnemers aan de geriatrie netwerken in DWO en NWN, Kubiek, ZEL en ELO de krachten gebundeld om, in samenspraak met ouderen, de wens tot verbetering om te zetten in handvatten voor een efficiënte en effectieve samenwerking in de zorg voor deze kwetsbare groep. Dit heeft geresulteerd in oa. de eerste versie van deze handreiking.

1. Inleiding

Door de vergrijzing zal tot 2050 het aantal ouderen sterk toenemen. In 2040 leven er 4,7 miljoen 65-plussers in Nederland (26% van de totale bevolking) waaronder 2 miljoen 80-plussers¹.

Bij ongeveer een derde van de groep 65-75-jarigen is sprake van kwetsbaarheid. Onder 85 plussers wordt het percentage kwetsbare ouderen zelfs geschat op 70%.

Prognose regio NWN en DWO

NWN	Bevolkingsprognose 75+ (personen)		Bevolkingsprognose 75+ (%)	
	2016	2025	2016	2025
Maassluis	2741	4265	8,5	12,5
Schiedam	5819	7314	7.6	9.1
Vlaardingen	6923	8245	9.6	10.9
Nederland			7,7	10,3
Totaal NWN	15483	19824		

DWO	Bevolkingsprognose 75+ (personen)		Bevolkingsprognose 75+ (%)	
	2016	2025	2016	2025
Delft	6503	8685	6.4	8.2
Midden-Delfland	1457	2075	7.7	9.6
Pijnacker-Nootdorp	3143	4855	6.1	8.5
Westland	8112	11787	7.7	10.6
Totaal DWO	19215	27402		

Bron: ROS Wijkscan / ABF Research – Primos prognose 2016

Bij kwetsbaarheid wordt een combinatie gezien van multimorbiditeit en functionele beperkingen waarbij een verhoogde kans op afname van zelfredzaamheid en verlies van eigen regie bestaat. Kwetsbaarheid van ouderen is een voorspeller van stijgende consumptie van zorg en ondersteuning. Hoewel niet alle kwetsbare ouderen complexe (zorg) problemen hebben, zal hun aantal in de eerste lijn toenemen doordat ouderen langer thuis moeten en willen blijven wonen. Dit heeft een grote impact op alle professionals werkzaam in de eerste lijn.

Begrippen rondom kwetsbaarheid

- **Kwetsbaarheid** bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidssuitkomsten, te weten functiebeperkingen, opname en/ of overlijden².
- **Functiebeperkingen** zijn te definiëren als de moeilijkheden die iemand ondervindt bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten.
- **Comorbiditeit**: er zijn meerdere aandoeningen gerelateerd aan een (chronische) ziekte, bijvoorbeeld depressie bij dementie.
- **Multimorbiditeit**: er zijn meerdere aandoeningen/ziekten tegelijk aanwezig, bijvoorbeeld Parkinson en incontinentie.
- **Complexiteit** heeft te maken met een complexe zorginhoud, maar ook met de complexiteit van de organisatie van de zorg.

¹ CBS 2011

² SCP 2011

2. Persoonsgerichte en geïntegreerde zorg

De visie op zorg voor kwetsbare ouderen is dat het persoonsgerichte en geïntegreerde zorg is. De persoonsgerichte benadering houdt in dat er rekening gehouden wordt met de individuele kenmerken van de patiënt en zijn omgeving. Niet de aandoening staat centraal maar de wijze waarop de oudere in het leven staat en zelf met de aandoening of beperking omgaat³.

Bij patiënten met een chronische aandoening, co- morbiditeit en/of met multimorbiditeit schiet een ziektegerichte benadering tekort. De focus ligt niet alleen op medische problemen (ziekte en behandeling), maar juist ook op eigen regie, gezond gedrag, functiebehoud, kwaliteit van leven en preventie. Uit het oogpunt van kwaliteit van leven zijn zaken als sociale participatie, welzijn en wonen zeer belangrijk⁴.

Ambitie: de oudere kan zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen, op verantwoorde wijze en met behoud van ervaren kwaliteit van leven

De doelstellingen van persoonsgerichte en geïntegreerde zorg voor kwetsbare oudere zijn:

- Behoud en optimaliseren van het algeheel functioneren van de oudere;
- Uit- of afstellen van ziektes of voorkomen van erger (geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie);
- Stimuleren eigen regie van patiënten en mantelzorger bijvoorbeeld d.m.v. 'Shared decision making';
- Bevorderen van zelfredzaamheid en kwaliteit van leven;
- Ondersteunen en ontlasten van mantelzorg.

Gewenste uitkomstmaten basis aanbod huisartsenzorg voor ouderen (hoofdstuk 5):

- Kwetsbaarheid wordt tijdigesignaleerd;
- De zorg voor kwetsbare patiënten richt zich op kwaliteit van leven en functiebehoud;
- Er is optimale samenwerking met de andere zorgverleners in het netwerk: De juiste deskundigheid wordt op het juiste moment ingezet.

Gewenste uitkomstmaten aanvullende aanbod huisartsenzorg voor ouderen (hoofdstuk 6):

Bovengenoemde uitkomstmaten voor het basisaanbod aangevuld met:

- De zorg wordt planmatig gecoördineerd en ingezet (individueel zorgplan);
- De zorg wordt structureel geëvalueerd en zo nodig aangepast in samenwerkingsverband (MDO).

³ LHV aanbod huisartsenzorg voor ouderen 2016, Protocolaire ouderenzorg NHG e.a. 2015

⁴ Laego visiedocument. Laego is opgericht als landelijk netwerk van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde. LAEGO heeft als doel om de eerstelijns ouderenzorg te optimaliseren, zowel voor thuiswonende ouderen als voor ouderen in een verzorgingshuis. De visie is dat ouderen met complexe problematiek baat hebben bij de huisarts als regisseur, die nauw samenwerkt met anderen.

3. Samenwerking bij de zorg voor kwetsbare ouderen

3.1. Het kernteam kwetsbare ouderen

De zorg voor kwetsbare ouderen vraagt een mix van kennis, vaardigheden en competenties. Passende zorg en ondersteuning gericht op alle levensdomeinen van ouderen vraagt om samenwerking tussen huisarts met praktijkondersteuner/ praktijkverpleegkundige ouderenzorg, wijkverpleegkundige en partners uit het sociaal domein zoals het sociaal wijkteam, mantelzorgondersteuning en vrijwilligerswerk. Gezamenlijk proberen zij samen met de ouderen en de mantelzorgers, die ondersteuning en zorg te bieden die nodig is en die de oudere wenst⁵. Zij vormen het kernteam kwetsbare ouderen. Waar nodig zoeken zij samenwerking met andere professionals (§3.2 / hfd 8).

De huisarts is (eind)verantwoordelijk voor het medisch deel, de cure. Hierbij wordt hij/zij ondersteund door de doktersassistente, praktijkondersteuner, praktijkverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist. Het huisartsteam dient te fungeren als de *regisseur* van de zorg, waarbij er overzicht wordt gehouden en zo nodig andere hulpverleners worden ingeschakeld. Voor sociale & welzijnsproblematiek verwijst de huisarts naar de welzijns- of ouderenadviseur, dan wel naar het sociaal wijkteam. Voor de care naar de wijkverpleegkundige.

De wijkverpleegkundige is georiënteerd op de zorg en het functioneren van de patiënt en is daarbij verantwoordelijk voor het zorg deel: de care⁶. Bij het werk van de wijkverpleegkundige en de thuiszorg hoort het inschatten van risico's (bv. valrisico) bij de patiënt en het formuleren van de zorgbehoefte in overleg met patiënt en mantelzorger. Hierdoor kan de thuiszorg een belangrijke rol spelen bij het signaleren van kwetsbaarheid. Voor het maken van goede afspraken tussen de huisartsenpraktijk en de wijkverpleging kan deze [checklist](#) als handvat worden gebruikt.

Casemanagers dementie zijn opgeleid als wijkverpleegkundige, als verpleegkundige of als maatschappelijk werker. De casemanager dementie heeft door een aanvullende opleiding specialistische kennis over dementie en de betreffende begeleiding van de cliënt en mantelzorger bij dementie. Soms vervult een wijkverpleegkundige ook de functie van casemanager. Indien een casemanager betrokken is, zal zij deel uit maken van het kernteam kwetsbare ouderen.

Sociaal domein is verantwoordelijk voor de sociale problematiek en biedt begeleiding en ondersteuning vanuit verschillende organisaties en daarmee type professionals:

- De welzijns-/ouderenadviseur is met name betrokken voor vragen met betrekking tot het welbevinden van de patiënt en mantelzorger, zoals bijvoorbeeld dagbesteding, zingeving, sociale contacten en vraagstukken m.b.t. wonen/woon omgeving. De welzijns-/ouderenadviseur heeft toegang tot voorzieningen en kan een oudere zo nodig een passend ondersteuningsaanbod aanbieden. De welzijns-/ouderenadviseur vormt samen met de wijkverpleegkundige de link met het sociale wijkteam⁷.
- De mantelzorgconsulent is beschikbaar voor voorlichting, advies, cursussen en emotionele ondersteuning voor mantelzorgers. De mantelzorgondersteuner kan begeleiden naar vervangende of respijtzorg. In §5.4 wordt nader ingegaan op de mantelzorgondersteuning.
- Het wijkteam is er voor alle vragen op het terrein van voorzieningen, relaties, schulden, eenzaamheid, psychische moeilijkheden, overlast etc. Met name met multiprobleem-situaties zal

⁵ Kwetsbare ouderen thuis, handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk, februari 2019

⁶ Handreiking Samenhangende zorg in de eerste lijn. De as huisartsen-wijkverpleegkundige

⁷ Gemeenten kiezen diverse benamingen voor het sociale wijkteam; zo heten ze bijvoorbeeld in Schiedam Wijkondersteuningsteam (WOT), en in Westland Sociale kernteams. In deze handreiking kiezen we voor de algemene naam: sociale wijkteams.

het wijkteam zelf aan de slag gaan; in andere situaties dragen zij de zorg en/of begeleiding over naar een van de partners.

Huisartsen zijn het eerste aanspreekpunt voor mensen die tegen gezondheidsproblemen aanlopen. Bij naar schatting 30 tot 50% van de klachten waarmee patiënten komen, kunnen huisartsen geen volledige medische verklaring vinden (Khan et al., 2003). Het gaat dan vaak om psychosomatische klachten zoals slecht slapen, angst, nekkklachten, vermoeidheid en stress die bijvoorbeeld het gevolg kunnen zijn van verlieservaringen, eenzaamheid, een zieke partners, schuldenproblematiek of huiselijk geweld.

In grote lijnen geldt dat als de gezondheidsklachten niet voornamelijk door medische problemen veroorzaakt lijken te worden en bij klachten die niet bij een psycholoog of psychiater passen, een verwijzing naar het sociale domein op zijn plek kan zijn. De kans op een succesvolle verwijzing is het grootst als er 'warm verwezen' wordt: de zorgverlener vraagt of het goed is als zij/hij de contactgegevens doorgeeft aan de sociaal werker⁸.

3.2. Samenwerkingspartners

Om optimaal gebruik te kunnen maken van de expertise van andere professionals op ouderenzorg gebied is het essentieel een goed en actueel overzicht te hebben van het aanbod van zorg en welzijn in het eigen werkgebied. Het opbouwen en onderhouden van het persoonlijk-professionele netwerk is hierbij van belang. Dit maakt dat laagdrempelig en snel efficiënt taken van elkaar overgenomen kunnen worden en de oudere de meest optimale ondersteuning geboden kan worden.

Het kernteam kwetsbare ouderen stelt een sociale kaart op met:

- de aanbieders / zorgverleners waar zij al mee samenwerken
- zorgverleners die regelmatig betrokken zijn bij oudere patiënten.

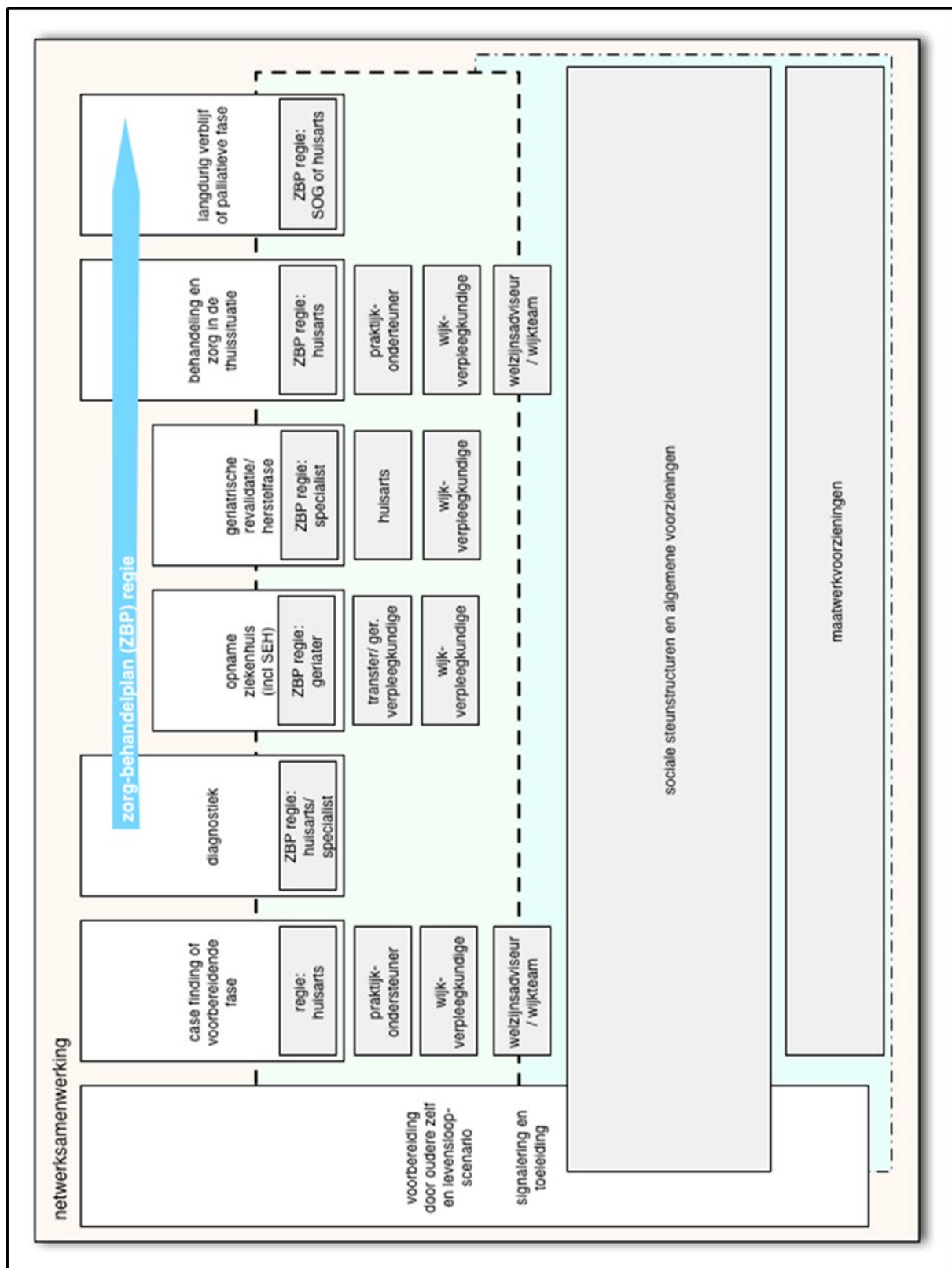
De [Infographic Wie is wie in de wijk?](#) biedt inzicht in wie belangrijke spelers zijn en wat hun belangrijkste taken zijn vanuit perspectief van de oudere.

Samenwerkingspartners

- Wijkverpleegkundigen van de verschillende thuiszorgorganisatie
- Casemanagers dementie
- Paramedici
 - Fysiotherapeut of oefentherapeut (geriatrich geschoold)
 - Ergotherapeut
 - Diëtist
 - Logopedist
- Specialist ouderengeneeskunde
- Klinisch geriater
- Psychiater
- Tandarts met aandachtsgebied ouderenzorg
- Apotheker
- Mantelzorgondersteuning
- Welzijnsorganisaties
- Sociale wijkteam

⁸ Kwetsbare ouderen thuis, handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk, februari 2019

Overzicht samenwerkingspartners



4. Signalering van kwetsbaarheid

Doel: Kwetsbaarheid bij ouderen wordt zo vroeg mogelijk gesignaleerd

Vroegsignalering door sociaal netwerk, vrijwilligers en zorgverleners wordt steeds belangrijker. Ouderen wonen immers steeds langer thuis. Dan liggen gevaren als eenzaamheid, depressie, dementie, overmatig alcoholgebruik of zelfs ouderenmishandeling op de loer. Ieder dient zich bewust te zijn van het belang proactief in te spelen op signalen van kwetsbaarheid bij ouderen van 65 jaar en ouder. Met name na life-events en transities (bijvoorbeeld overlijden partner, verhuizing of ziekenhuisopname) is het noodzakelijk alert te zijn op kwetsbaarheid.

Signalen van kwetsbaarheid

Er zijn geen 'harde' criteria om kwetsbaarheid vast te stellen. Toch zijn er een aantal factoren die – vooral in combinatie met elkaar – ouderen kwetsbaar maken. Dit zijn oa⁹

- Multimorbiditeit
- Een of meer geriatric giants (ondervoeding/ondergewicht, afname mobiliteit, verminderde balans/vallen, incontinentie, extreme vermoeidheid en achteruitgang geheugen of stemmingsstoornis)
- Het ontbreken van een sociaal netwerk, eenzaamheid
- Laaggeletterdheid
- Frequent praktijkbezoek
- Overbelaste mantelzorger

4.1. Casefinding en selectieve screening

Screening van de ouderenpopulatie op kwetsbaarheid is niet zinvol gebleken. Er wordt geadviseerd meer te richten op casefinding door huisarts, POH en wijkverpleegkundige, eventueel aangevuld met selectieve screening.

Casefinding – proactief oppakken van signalen van kwetsbaarheid

- Tijdens het spreekuur van de huisarts
- Na opname ziekenhuis, inclusief SEH (APOP vragenlijst)
- Bij de POH-consulten van patiënten binnen de ketens van chronische zorg
- Bij een signaal van thuiszorgmedewerkers
- Bij een signaal uit het netwerk van de patiënt
- Bij een signaal vanuit de welzijnsorganisatie

Selectieve screening – actief zoeken naar kenmerken van kwetsbaarheid bij patiënten

- Recent overlijden van partner
- Recent ziekenhuisopname
- Vallen
- Geheugenproblemen
- 75+ en al langer dan een jaar geen contact gehad met de huisartsenpraktijk

Hierbij kan gebruik gemaakt worden van een selectie uit HIS.

In gesprek met de oudere moet vervolgens duidelijk worden of en op welke gebieden de oudere en de mantelzorger kwetsbaar zijn en ondersteuning wensen.

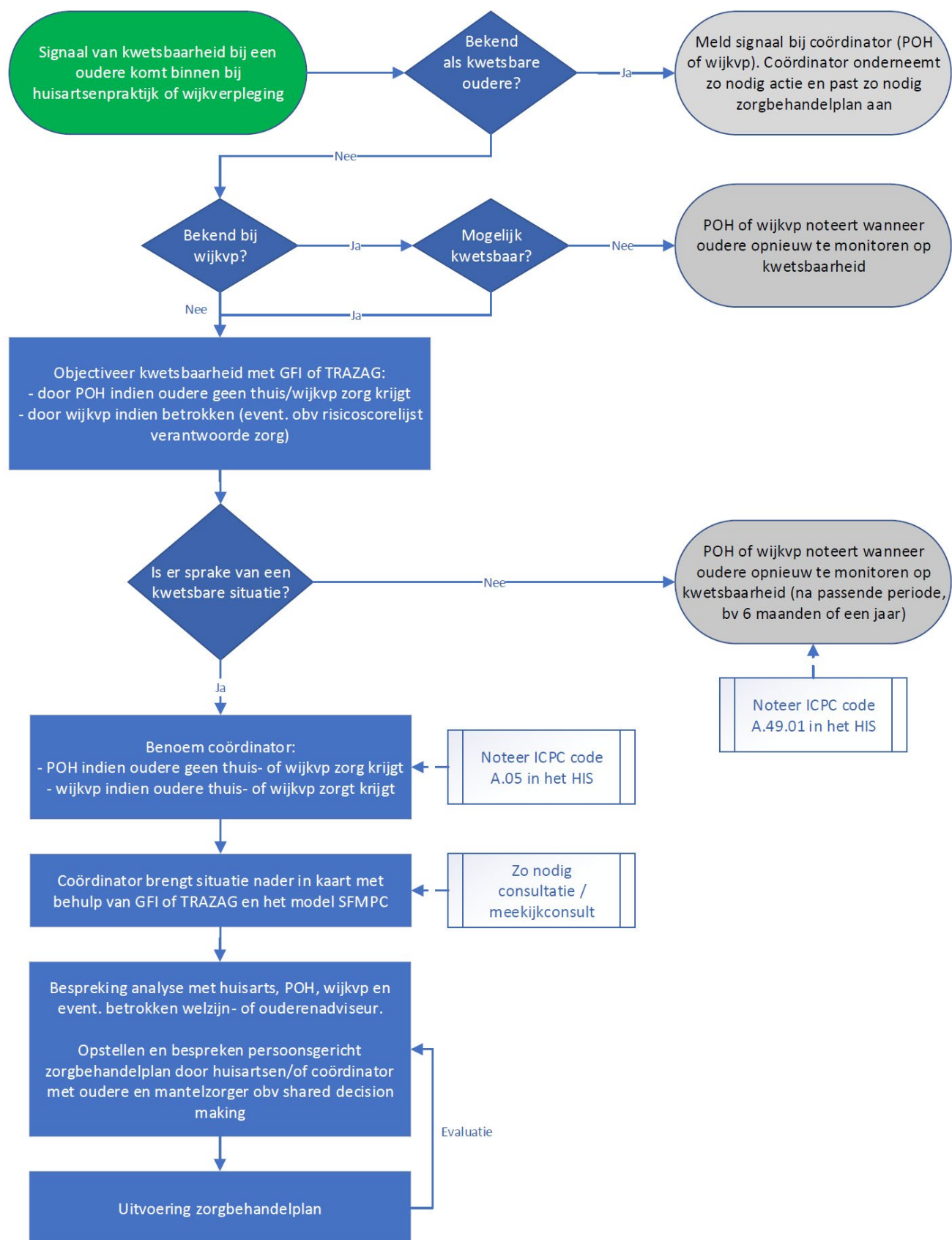
⁹ Lesa kwetsbare ouderen, juni 2017

Bij patiënten die thuiszorg krijgen neemt de wijkverpleegkundige periodiek een risico-signaleringslijst af met items over:

- Lichamelijk welbevinden en gezondheid
- Woon- en leefsituatie
- Participatie
- Geestelijk welbevinden

Afname van deze risicosignaleringslijst is een belangrijk moment waarop vastgesteld kan worden dat er bij de patiënt achteruitgang optreedt. Maak met de wijkverpleegkundige afspraken om deze signalen te delen met de huisartsenpraktijk. Als na dit gesprek nog twijfel is kan de [GFI screeningslijst](#) afgenomen worden. Dit is een vragenlijst van 15 vragen die de patiënt ook zelf kan invullen. Bij score ≥ 4 is er sprake van kwetsbaarheid.

Schematische weergave signalering van en zorg voor kwetsbare ouderen



4.2 Aanpak indien kwetsbaarheid gesignaleerd is

Bij mensen met een verhoogde kans op kwetsbaarheid wordt de situatie ingeschat aan de hand van een gesprek met de oudere en eventueel mantelzorger. Doel van dit gesprek is driedig:

- 1) Nagaan welke mogelijkheden, wensen en noden er zijn (oa met behulp van het spinnenweb van positieve gezondheid);
- 2) Nagaan welke risico's er zijn ten aanzien van het ontwikkelen van kwetsbaarheid;
- 3) Gezamenlijk vaststellen of er sprake is van kwetsbaarheid.

De mogelijkheden, wensen en noden worden vastgelegd en besproken. Indien mogelijk en wenselijk geacht worden acties ingezet door patiënt, mantelzorger, vrijwilligers en professionals.

Indien er risico's zijn op het ontstaan van kwetsbaarheid in de (nabije) toekomst, worden adviezen gegeven over het voorkomen ervan (valpreventie, voeding, versterken steunsysteem, sociale zelfredzaamheid etc). Belangrijk is om ook afspraken te maken hoe het beste vinger aan de pols kan worden gehouden om eventuele toekomstige problemen vroegtijdig te signaleren.

Bij al deze ouderen wordt nagegaan of het dossier op orde is m.b.t. de medische voorgeschiedenis en de medicatielijst en toestemming LSP. Voor iedereen, maar zeker voor de alleenwonende ouderen, worden gegevens van een contactpersoon (naam en mobiel nummer) genoteerd. Indien van toepassing wordt het dossier aangevuld met de naam van de thuiszorg en eventuele inzet van een casemanager.

4.3 Signaleren/casefinding bij geheugenproblemen en aanpak

Dementie is een chronische aandoening die de zelfredzaamheid en eigen regie over het leven per definitie ondermijnt. Juist ook voor de mantelzorger van deze patiënten ligt overbelasting op de loer. In het kader hiervan is elke demente patiënt een kwetsbare patiënt te noemen.

Om zowel de patiënt als de mantelzorger/familie te kunnen ondersteunen is het belangrijk dat de diagnose dementie wordt gesteld. Vroeg stellen van de diagnose kan maken dat door adequate informatie en adviezen zowel de draagkracht van de patiënt en de mantelzorger/familie vergroot wordt.

Indien er signalen van vergeetachtigheid zijn, wordt geadviseerd hier proactief mee om te gaan. In de [NHG standaard Dementie](#) staat beschreven welke stappen de huisarts moet volgen om zelf de diagnose dementie te kunnen stellen. Er zijn verschillende instrumenten die gebruikt kunnen worden: zoals de MMSE, kloktekentest en OLD. Naast het afnemen van deze testen is een anamnese, heteroanamnese, lichamelijk onderzoek (inclusief neurologisch onderzoek) en aanvullende laboratoriumonderzoek essentieel.

Er zijn tevens verschillende mogelijkheden voor verwijzing voor verdere diagnostiek op dit gebied (hfd 8). Indien de diagnose dementie is gesteld, kan een casemanager dementie van verschillende thuiszorgorganisaties ingeschakeld worden.

In onderstaand kader is informatie over regionale mogelijkheden bij ouderen met dementie opgenomen, enkele testen over mensen met een migrantenachtergrond.

Advies en begeleiding bij dementie

DWO

- [Careyn](#)
- [Pieter van Foreest](#)

Testen dementie

- [MMSE vragenlijst](#)
- [TRAZAG](#) – kloktekentest

NWN

- [Argos](#)
- [Frankeland groep](#)
- [Zorggroep Vlaardingen](#)

- [Meetinstrumenten](#) – NHG standaard
- [MoCA test](#)

Mensen met een migrantenachtergrond

Bij mensen met een migrantenachtergrond kan het lastiger zijn om de diagnose dementie te stellen. Er is een test voor deze groep ontwikkeld, die bij de klinische geriatrie of de neurologie afgenomen kan worden. Onderstaande links geven aanvullende informatie:

- [Gesprekslijst dementie](#)
- Huisartsinformatie over [migranten met dementie](#)
- [Wachtkameranimaties over dementie](#)

5. Basisaanbod ouderenzorg

5.1 Aandachtspunten

Indien kwetsbaarheid is gesignaleerd, zal het huisartsenteam binnen het basis aanbod voor ouderen het gesprek met de patiënt aangaan of er wensen en behoeftes zijn voor aanvullende hulp voor patiënt en/of mantelzorger. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de netwerkpartners uit de sociale kaart en indien nodig van een medische consultatie (hfd 8).

Bij kwetsbare ouderen is het belangrijk aandacht te hebben voor:

- Advanced care planning (§5.2)
- Medicatie beoordeling – indien sprake is van polyfarmacie (§5.3)
- Mantelzorg (§5.4)

Binnen het huisartsenteam worden afspraken gemaakt wat de rol van de praktijkondersteuner is bij het in de gaten houden van de kwetsbare oudere patiënten. Indien een wijkverpleegkundige betrokken is, is het van belang afspraken te maken over invulling van de samenwerking. Zorg dat bij verwijzing naar het ziekenhuis of zorginstelling alle relevante informatie over de situatie van de patiënt, contactpersoon, betrokken zorgverleners en eventuele behandelwensen meegestuurd worden.

Samenvatting basisaanbod

- Registreer "Kwetsbare oudere" onder A05
- Is er behoefte aan medische consultatie? Is inschakelen van andere partners binnen het netwerk noodzakelijk?
- Ga na wat behandelwensen zijn: zie §5.2 Advanced care planning
- Ga na of medicatiebeoordeling geïndiceerd is : zie §5.3
- Ga na of mantelzorg ondersteuning wenselijk is : zie §5.4
- Maak afspraken voor vervolgen binnen kernteam; wie doet wat?
- Bij verwijzing naar ziekenhuis/ zorginstelling ; stuur relevante informatie mee.

5.2. Advanced care planning

Bij het bespreken van de behandelwensen van de oudere kwetsbare patiënt hoort ook het levenseinde gesprek. Hierbij kan in eerste instantie gedacht worden aan een (niet)reanimeer wens maar ook wilsverklaringen, niet behandelverklaringen of euthanasie kunnen in een vroeg stadium worden besproken. Dit is mede om te voorkomen dat moeilijke gesprekken over behandelwensen in een acute situatie gevoerd moeten worden.

Stappenplan Advanced care planning

- Informeer patiënt, geef achtergrondinformatie (POH/huisarts)
- Bespreken eventuele wensen en vastleggen afspraken (huisarts)
- Registratie van (niet)reanimeer wens, wilsverklaring, niet behandelverklaring of euthanasie in HIS onder A20 (als probleem).
- Toestemming LSP

Aanvullende informatie over advanced care planning:

- multidisciplinaire richtlijn [Besluitvorming over reanimatie](#)
- toolkit [Advanced Care Planning](#)
- [reanimatie afspraken](#), regio DWO

- [Patiënt informatie reanimatie \(huisarts\)](#)

5.3. Medicatiebeoordeling bij polyfarmacie

Indien bij probleeminventarisatie is gezien dat een patiënt meer dan 5 verschillende medicijnen gebruikt, is het verstandig om samen met de apotheker een medicatiebeoordeling bij deze patiënten uit te voeren.

ZEL en ZELA hebben een toolkit ontwikkeld, die het voor huisartsen en apothekers makkelijk maakt om tot gezamenlijke afspraken te komen en om uitvoering te geven aan de gezamenlijke medicatiebeoordelingen. De toolkit bevat een bewerkbaar model samenwerkingsovereenkomst polyfarmacie voor huisarts en apotheker. De samenwerkingsovereenkomst biedt ruimte voor het noteren van de samenwerkingsafspraken. Het vastleggen van deze afspraken in een samenwerkingsovereenkomst is verplicht. Evenals het vragen én vastleggen van de toestemming van de patiënt voor de medicatiebeoordeling. Dit laatste is opgenomen in de 'patiënten checklist anamnese medicatiebeoordeling'. Ook dit document vindt u in de toolkit. In totaal bevat de toolkit zeven documenten:

1. [Samenwerkingsovereenkomst & -afspraken polyfarmacie huisarts-apotheker](#)
2. [STRIP \(Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing\)](#)
3. [STOPP- en START-criteria](#) (screeningsinstrument uit de multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen'; Bron: Ned Tijdschr Geneesk. 2015;159:A8904)
4. [Voorbeeldprotocol polyfarmacie](#) (NHG)
5. [Patiënten checklist anamnese medicatiebeoordeling](#)
6. [Patiëntenkaart "Binnenkort een medicatie-beoordeling? Bereid u voor."](#)
7. [Patiëntenkaart "Gebruikt u meerdere medicijnen? Vraag om een medicatie-beoordeling."](#)

Aandacht voor polyfarmacie is onderdeel van de patiëntenzorg. Daarom is het belangrijk dat er tijd wordt vrijgemaakt om het hele team van zowel de huisarts als de apotheker mee te nemen in de samenwerkingsafspraken.

Tip!

Denk aan de mogelijkheid om de Specialist Ouderen Geneeskunde (SOG) in te zetten voor een adviesconsult SO bij het overleg tussen huisarts en apotheker.

Aanvullende informatie over polyfarmacie:

- multidisciplinaire richtlijn [Polyfarmacie bij ouderen](#)
- [Patiënt informatie medicijnen bij ouderen \(huisarts\)](#)

5.4. Mantelzorg

Door alle maatschappelijke ontwikkelingen wordt het sociale netwerk rondom de oudere steeds belangrijker. Bij kwetsbare ouderen is de mantelzorger vaak een cruciale factor die zelfstandig thuis wonen mogelijk maakt. De mantelzorger is dan ook een belangrijke partner in de zorg. Hun ervaringsdeskundigheid biedt nuttige informatie over het welbevinden van de patiënt. Echter, goede ondersteuning en langdurige zorg vanuit het eigen netwerk van de patiënt, is alleen mogelijk wanneer mantelzorgers goed toegerust zijn en niet overbelast raken.

Zorgverleners zien hoe het met de mantelzorger gaat, of er sprake is van overbelasting en spelen een rol bij het signaleren daarvan. Soms zijn de signalen van overbelasting van de mantelzorger evident; zo nodig kan een vragenlijst worden ingezet. De EDIZ (Ervaren Druk door Informele Zorg) is een korte [vragenlijst](#) die wordt ingevuld door de mantelzorger, om zicht te krijgen op (het risico van)

overbelasting. De vragenlijst kan tevens worden gebruikt om de mantelzorger zelf inzicht te geven in de situatie.

In de regio zijn diverse organisaties actief om vroegtijdige mantelzorgondersteuning te bieden en situaties van ontspoorde mantelzorg of ouderen mishandeling te signaleren. Verwijs naar hen door bij (een risico op) overbelasting van de mantelzorger.

Het aanbod van deze organisaties omvat onder andere:

- Praktische en emotionele ondersteuning mantelzorgers door professionele mantelzorgconsulenten;
- Voorlichting en advies over ziektes, handicaps en aandoeningen, hulpmiddelen en voorzieningen, hulpverlenende personen en instanties, wetten en regelingen, patiëntenorganisaties, cursussen en andere activiteiten;
- In samenwerking met andere organisaties de oudere en mantelzorger in contact brengen met vrijwilligers, zodat de mantelzorg even tijd krijgt voor iets anders en de zorg veilig uit handen kan geven;
- Materiële hulp, zoals bekijken of (professionele) hulp inzetbaar is en bijvoorbeeld of er vakantiemogelijkheden voor de mantelzorger zijn.

De volgende organisaties bieden ondersteuningsmogelijkheden voor mantelzorgers:

MVS: Vlaardingen, Schiedam, Maassluis	Minters Alzheimer MVS
DWO	Pieter van Foreest Alzheimer DWO
Delft	Delft voor Elkaar
Midden Delfland	mantelzorg Midden Delfland
Pijnacker-Nootdorp	Bureau mantelzorgondersteuning
Westland	Vitis welzijn

Daarnaast zijn er diverse particuliere organisaties die mantelzorgondersteuning bieden. In sommige gevallen hebben zij ook afspraken gemaakt met (enkele) zorgverzekeraars.

6. Aanvullend aanbod ouderenzorg

Bij het **aanvullend aanbod** van huisartsenzorg voor ouderen kan de praktijkondersteuner/praktijk verpleegkundige – naast de elementen uit het basisaanbod:

- de kwetsbaarheid verder objectiveren (§6.1)
- een probleem inventarisatie maken met aanvullend zorgbehandelplan (§6.2)
- multidisciplinair overleg organiseren (§6.3)

Samenvatting aanvullend aanbod

- Registreer "Kwetsbare oudere" onder A05
- Is er behoefte aan medische consultatie? Is inschakelen van andere partners binnen het netwerk noodzakelijk?
- Ga na wat behandelwensen zijn (§5.2 Advance care planning)
- Ga na of medicatiebeoordeling geïndiceerd is (§5.3)
- Ga na of mantelzorg ondersteuning wenselijk is (§5.4)
- Maak probleeminventarisatie en in overleg met patiënt een zorgbehandelplan (§6.2)
- Bij verwijzing naar ziekenhuis/ zorginstelling ; stuur relevante informatie (en zorgbehandelplan) mee.
- Bespreek voortgang/evaluatie in multidisciplinair overleg (§6.3)

6.1 Objectiveren kwetsbaarheid

Doel: Objectiveren van de kwetsbaarheid middels stepped-care (klein beginnen, indien nodig grootser aanpakken), teneinde goede diagnostiek, behandeling en begeleiding mogelijk te maken en om tijdig te kunnen ingrijpen.

Door: praktijkondersteuner/ praktijkverpleegkundige

Nadat het signaal van kwetsbaarheid binnen is gekomen bij de huisartsenpraktijk checken zij in samenspraak met de patiënt of de situatie van de patiënt al bij hen bekend is. Indien patiënt bekend is bij een thuiszorgaanbieder kan via de wijkverpleegkundige van het team extra informatie opgevraagd worden. Indien blijkt dat de situatie onvoldoende in beeld is zal de praktijkondersteuner een afspraak met de patiënt maken.

Instrumenten: TRAZAG (startdocument) of Groninger Frailty Indicator (GFI) (bijlage 1). Het team maakt een keuze welk instrument zij gebruikt, bij die patiënten waarvan nog geen informatie bekend is.

GFI: Screeningslijst voor kwetsbaarheid. Vragenlijst met 15 vragen, kan patiënt zelf invullen. Een totaalscore ≥ 4 duidt op een kwetsbare patiënt. Verder in kaart brengen is noodzakelijk.

TRAZAG: Document ter inventarisatie van zorgbehoefte. Startdocument met 9 vragen kan gebruikt worden om mogelijk kwetsbaarheid te objectiveren. Bij meer dan 3 keer 'ja' als antwoord is een nadere analyse gewenst.

Indien de kwetsbaarheid wordt bevestigd via deze instrumenten, wordt de patiënt verder in kaart gebracht met TRAZAG diagnostiekformulieren of andere instrumenten. Tevens wordt de mantelzorg en diens belasting in kaart gebracht.

Coördinatie

Spreek onderling af wie als coördinator fungeert.

De coördinator onderhoudt contact met de patiënt, mantelzorg en zorgverleners en bewaakt of er veranderingen zijn. De huisarts en de coördinator vormen samen de 'regie-tandem'. De huisarts heeft de medische eindverantwoordelijkheid, de coördinator is verantwoordelijk voor het operationele deel en is eerste aanspreekpunt voor alle betrokkenen.

De coördinatie wordt vaak gevoerd door de POH/praktijkverpleegkundige, maar kan overgedragen worden aan de wijkverpleegkundige als zorgproblematiek op de voorgrond staat. Wanneer sociale problematiek op de voorgrond staat kan de welzijnswerker de coördinatie op zich kunnen nemen.

Ziekte- en zorgdiagnostiek

Indien aanvullende diagnostiek noodzakelijk is, zal de huisarts in die gevallen de oudere beoordelen tijdens consult of visite. Waar nodig consulteert de huisarts andere disciplines (hoofdstuk 8).

6.2 Individueel zorgbehandelplan opstellen

Doel: Kwetsbare patiënten en hun mantelzorgers krijgen passende behandeling en begeleiding, afgestemd op individuele zorgvragen en behoeftes.

Door: Coördinator i.s.m. de huisarts

6.2.1 Probleeminventarisatie

Alvorens een zorgbehandelplan met het plan van aanpak te kunnen maken wordt geadviseerd eerst een probleem inventarisatie te maken. Deze probleeminventarisatie wordt opgesteld volgens de methodiek **SFMP**C. Zie format op [NHG](#).

Deze afkorting staat voor de verschillende deelgebieden, die allemaal samen het hele systeem van en rondom een patiënt vormen: **S**omatisch, **F**unctioneel, **M**aatschappelijk, **P**sychisch, **C**ommunicatie. Gebruik van deze methodiek daagt uit tot volledigheid.

De problemen dienen in overleg met de patiënt geprioriteerd te worden. Meer urgentie wordt verleend aan de problemen die het meest risico op achteruitgang van functioneren geven.

Somatisch domein Klachten op somatisch gebied.

Functioneel domein Problemen in zelfredzaamheid: bijvoorbeeld in de persoonlijke verzorging (wassen, kleden, eten, drinken, mictie, defecatie) en huishoudelijke activiteiten (maaltijd bereiden, schoonmaken, inkopen doen, vervoer, beheer financiën)
Problemen met voortbeweging, lichaamsbeweging.

Maatschappelijk domein Problemen met sociale contacten, woonsituatie, contacten met kinderen en familie, zorgnet- werk, financiële problemen, ***mantelzorg***.

Psychisch domein Problemen met bewustzijn, aandacht, concentratie, oriëntatie, geheugen, denken, stemming, gedrag, ziektebesef, ziekte-inzicht, motivatie, zingeving, coping, adaptatie, wensen, normen, waarden.

Communicatief domein

Problemen met zien, lezen, schrijven, spreken, begrijpen, horen.

Voorbeeld inhoud van een probleeminventarisatie

	Probleem/risico	Prioriteit
S1	Pijn schouder na val	hoog
S2	Misselijkheid/ slechte eetlust met gewichtsverlies. Dd: medicatie/ slecht gebit/ onderliggend lijden	hoog
S3	Duizeligheid en vallen.	hoog
S4	Stabiele benauwdheid dd bij COPD	middel
F1	Verminderde mobiliteit, en vallen	hoog
F2	Achteruitgang in ADL en IADL	
M1	Echtgenoot mantelzorger, ook kwetsbare oudere. Geen betrokken kinderen	middel
P1	Neerslachtig dd depressie	
C1	Slechte visus door maculadegeneratie	
C2	Achteruitgang van gehoor	

6.2.2 Individueel zorgplan

Het individueel zorgplan is een *plan van aanpak* gericht op de geïnventariseerde problemen en de doelen van de patiënt en/of mantelzorger. Het komt in gezamenlijke besluitvorming met de patiënt tot stand. Naast afspraken over de inzet van professionals worden afspraken gemaakt over de inzet van mantelzorg en zelfmanagement.

Het zorgbehandelplan wordt minimaal 1 x per jaar geëvalueerd met de oudere en vaker indien de situatie daartoe aanleiding geeft. Informatie over het zorgbehandelplan, de voortgang en eventuele wijzigingen in de situatie van de patiënt dienen bekend te zijn bij alle betrokken. Voor het delen van deze informatie wordt nog gezocht naar een ICT oplossing.

Bij tijdelijke opname van de patiënt in het ziekenhuis of verpleeghuis, neemt in de ideale situatie de klinisch geriater of de specialist ouderengeneeskunde de verantwoordelijkheid voor het zorgbehandelplan over. Belangrijk is dan ook dat deze specialisten zo vroeg mogelijk in het traject het zorgbehandelplan van de huisarts ontvangen, aanvullend op de medische gegevens. Na ontslag reist het aangepaste zorgbehandelplan mee met de patiënt naar huis. Het team neemt de verantwoordelijkheid weer over. De coördinator pakt deze rol op.

Voorbeeld inhoud van een zorgbehandelplan

Hoofddoel: verminderen verdere algehele achteruitgang

Probleem	doel	actie huisarts	actie netwerk-partners	evaluatie
pijn	oorzaak achterhalen en verminderen van pijn	aanvullende diagnostiek Start pijnstilling		1 week
misselijkheid/ gewichtsverlies	verminderen en oorzaak achterhalen	start medicatie lab onderzoek	diëtist	2 weken
duizeligheid/ verminderde mobiliteit en vallen	verminderen duizeligheid en verbeteren mobiliteit	medicatie aanpassen om orthostase te verminderen	Fysio: kracht en mobiliteit training Apotheek: medicatiebeoordeling	4 weken
benauwdheid	verminderen benauwdheid	POH: gebruik inhalatie-medicatie goed?		4 weken
cave overbelasting mantelzorger		POH: inschakelen vrijwilliger via welzijn?		8 weken

6.3 Multidisciplinair overleg

Doelstelling: De problemen in de SFMPC domeinen van een kwetsbare oudere en opgesteld zorgplan worden indien nodig in het multidisciplinaire team besproken (en/of geëvalueerd) om zo te komen tot specifieke doelen en acties per zorgvraag.

Door: de coördinator organiseert het MDO

Deelnemers zijn ten minste huisartsen, praktijkondersteuner of -verpleegkundige en wijkverpleegkundige.

Afhankelijk van de betrokkenheid van andere disciplines kunnen zij worden uitgenodigd deel te nemen, dan wel van tevoren hun input in te brengen.

Toelichting:

- De patiënt wordt in het MDO besproken nadat het concept-zorgbehandelplan met de patiënt is opgesteld. Het zorgplan van de patiënt wordt besproken en vastgesteld.
- Tevens vindt een MDO plaats bij een geplande evaluatie of indien de situatie gewijzigd is.
- Het verdient aanbeveling om vaste momenten in de agenda te reserveren voor MDO's. Daarbij dient het duidelijk te zijn welke patiënten besproken gaan worden zodat het MDO door een ieder voorbereid kan worden.

7. Registratie in HIS

Een aantal ICPC codes zoals hieronder in de tabel aangegeven is landelijk afgesproken voor ouderenzorg

<u>ICPC codes:</u>	
A05	-> Kwetsbaarheid
A49.01	-> Ouderenzorg
A49.02	-> Polyfarmacie
A13	-> Medicatiebeoordeling
A20	-> Wensen/afspraken over behandeling en levenseinde; (niet)reanimeer wens, wilsverklaring, niet behandelverklaring, euthanasie)
A80	-> Vallen
L49.01	-> valpreventie/ fractuurpreventie
Z04.3	-> Eenzaamheid
T05	-> Voedingsproblemen
Z14	-> Mantelzorger
Z25	-> Ouderenmishandeling

Let op: Maak van A05 (algehele achteruitgang) 'Kwetsbare oudere' met probleemstatus op het moment dat er sprake is van een kwetsbare oudere. Hiervoor hoeft dus nog niet de zorg op orde te zijn, het gaat om vaststelling van de kwetsbaarheid.

Het wordt door het NHG geadviseerd om A49.01 ouderenzorg te gebruiken voor informatie over zorg en welzijn van ouderen die nog niet kwetsbaar zijn. Indien ouderen wel kwetsbaar worden kan de episode A49.01 omgezet worden in A05.

Registratie bevindingen per HIS

CGM: mogelijkheid cluster ouderenzorg. Daarbij kan in beleid en doel de belangrijkste bevindingen en afspraken met de patiënt genoteerd worden.

Promedico: mogelijkheid cluster ouderenzorg.

Medicom: mogelijkheid om via protocol ouderenzorg gegevens en uitkomsten te noteren.

Om overzicht te houden en gegevens makkelijk op te kunnen zoeken, wordt geadviseerd de eventueel gemaakte probleemanalyse en of zorgbehandelplannen niet in de SOEP weg te schrijven maar deze apart te noteren. Alleen in Medicom kan dat via het protocol ouderenzorg. Bij de andere HIS wordt geadviseerd een voorbeeldbrief te maken met het format van een probleem inventarisatie /zorgbehandelplan via de [NHG](#). In §6.2 is ingegaan op een individueel zorgbehandelplan.

Ouderenzorg Toolkit ICT

De Ouderenzorg toolkit bevat informatie om aan de slag te gaan met ouderenzorg:

1. [Trazag Monitoringsformulier](#): formulier met metingen en bijbehorende antwoorden
- 2.

Voor CGM Huisarts is de Ouderenzorg toolkit uitgebreid met 4 extra bestanden:

1. [ZELouderenv2.2](#): protocol om te importeren in CGM Huisarts
2. [Handleiding Protocol importeren en exporteren in CGM Huisarts](#): beschrijving hoe je in CGM Huisarts protocollen kunt importeren en exporteren
3. [Handleiding Onderzoek wijzigen in CGM Huisarts](#): beschrijving hoe je in CGM Huisarts bestaande onderzoeken kunt wijzigen

4. [Handleiding ICPC koppelen aan onderzoek en invullen tijdens deelonderzoek in CGM Huisarts](#): beschrijving hoe je een ICPC kan koppelen aan een onderzoek

8. Medische consultatie

Doel: nader in kaart brengen van de problematiek, het diagnosticeren van zorgbehoefte en aanzet geven tot verdere begeleiding binnen de eerste lijn, bij complexe patiëntsituaties.

8.1 Consultatie of medebehandeling in de eerste lijn

In kader van diagnosticeren en/of specialistische behandeling

Adviesconsultatie door specialist ouderengeneeskunde (of kaderarts ouderengeneeskunde):

- Probleemanalyse bij algehele achteruitgang
- Mobiliteitsproblemen/vallen
- Verminderde zelfredzaamheid
- Advies over geheugenproblemen, wanen, hallucinaties en verwardheid
- Apathie/stemmingsproblemen
- Advisering polyfarmacie

Aanvullend door specialist ouderengeneeskunde:

- Zorgvraag advisering; advies over zorg en eventuele opname, dagbehandeling, ontmoetingscentrum, dagbesteding en/of intervalopname. Bijvoorbeeld bij ontbreken passende dagbesteding of overbelasting mantelzorger
- Multidisciplinaire behandeling en begeleiding bij late gevolgen van het CVA
- Multidisciplinaire behandeling en begeleiding bij chronische progressieve neurologische aandoeningen (MS, Parkinson)
- Nazorg na eerdere VPH opname
- Multidisciplinaire benadering/ zorgdiagnostiek bij cognitieve-, stemmings- of gedragsproblemen in combinatie met somatische stoornissen
- Geheugendiagnostiek gecombineerd met complexere zorgvragen bij probleemgedrag en/of disfunctioneren
- Advisering bij palliatieve zorg
- Medebeoordeling of tijdelijke opname met ELV voor screening noodzakelijk is
- Aanvraag rechtelijke machtiging (in geval van onvrijwillige opname)

Op de ZEL website staan de regionale afspraken (werkdocumenten, contactgegevens) omtrent adviesconsultatie specialist ouderengeneeskunde voor regio [NWN](#) en [DWO](#).

8.2 Consultatie of medebehandeling in de tweede lijn

In kader van diagnosticeren en/of specialistische behandeling

Klinisch geriater:

- Probleemanalyse bij multimorbiditeit waarbij vooral diagnostiek en behandel beslissingen een belangrijke rol spelen
- Multidisciplinaire valanalyse bij valproblematiek
- Geheugendiagnostiek bij:
 1. comorbiditeit met (acuut) somatisch onderliggend lijden
 2. Onduidelijke rol van cognitieve problemen op algehele achteruitgang
 3. Onzekerheid over de diagnose dementie: testresultaten zijn niet eenduidig of mate van disfunctioneren niet passend bij resultaten
 4. Forse toename van cognitieve stoornissen < 2 maanden
 5. Taalbarrière
 6. Dementie met atypische presentatie en vroege hallucinaties
 7. Bijkomende ernstige psychiatrische ziekte of mentale retardatie
 8. Twijfel dementie of depressie
 9. Recidiverend delier
- Medicamenteuze behandeling bij dementie en specifieke ziektebeelden als Lewy-body-dementie
- Vragen bij palliatieve zorg
- Psychiatrische problemen (delier, depressie, angststoornis of psychose) met somatisch onderliggend lijden
- Consultatie / (mede)behandeling bij verblijf in het ziekenhuis
- Polyfarmacie

Neuroloog:

- Dementie op jonge leeftijd (≤ 70 jaar)
- Ziekte van Pick
- Medicamenteuze behandeling bij de ziekte van Parkinson, Lewy-body-dementie en frontotemporale dementie
- Parkinsonisme of bijkomende valproblematiek
- Korsakov
- Aanvullende ziektediagnostiek bij recent hoofdletsel of verdenking maligniteit

Psychiater:

- Ernstige depressie
- Psychotische klachten
- Persoonlijkheidsproblematiek
- Cognitieve stoornissen in combinatie met verdenking comorbiditeit
- Geheugendiagnostiek bij psychiatrische problemen (delier, depressie, angststoornis of psychose, persoonlijkheidsstoornissen)
- Somatoforme/pijnstoornissen waarbij somatische diagnostiek is afgerond

9. Ouderen in een urgente situatie

Huisartsen en praktijkondersteuners worden in toenemende mate geconfronteerd met thuiswonende kwetsbare ouderen, bij wie de zorg en ondersteuning (tijdelijk) niet meer aansluit op de zorgvraag. Als er een urgent probleem ontstaat kan direct inzet van zorg en/of ondersteuning thuis of een (tijdelijke) opname nodig zijn. Hiervoor zijn [regionale afspraken](#) gemaakt.

Definitie urgente situatie

Een *urgente situatie* is een instabiele thuissituatie waarbij binnen 24 uur een beoordeling door een professional noodzakelijk is om te bepalen welke interventie moet worden ingezet om tot een veilige en verantwoorde situatie te komen.

Er is gekozen om de term “crisisituatie” los te laten om spraakverwarring te voorkomen met de crisisdienst GGZ.

Bijlage 1 - GFI en TRAZAG

Instrument	Meet	Aantal vragen	Afkappunt
Groningen Frailty Indicator (GFI)	Kwetsbaarheid aan de hand van vragen over: Mobiliteit/ADL, cognitie, waarneming, voedingstoestand, comorbiditeit, sociale- en psychische toestand	15 vragen	Bij een score van ≥ 4 (max. 15) is sprake van een mate van kwetsbaarheid
Transmuraal Zorgassessment Geriatrie (Trazag)	TrazAG is een assessment-instrument, dat gebruikt kan worden om de probleem- en zorgsituatie van de patiënt op gestructureerde wijze in kaart te brengen.	In delen opgebouwd	

Groninger Frailty Indicator (GFI)

GFI kan ingezet worden als een sneltest voor het objectiveren van signalen van kwetsbaarheid en vaststellen van de complexiteit van zorg. De [GFI vragenlijst](#) geeft op efficiënte wijze een helder beeld (van het mogelijk bestaan) van kwetsbaarheid van de populatie 75+.

- **GFI score minder dan 4:** geen vervolg inventarisatie benodigd. Patiënt en mantelzorger informatie geven over algemene voorzieningen, welzijn en zelfmanagement.
- **GFI score 4-6:** er vindt een vervolg inventarisatie of analyse plaats
- **GFI score >6:** er is waarschijnlijk sprake van complexere problematiek

Trazag

Met het [Trazag](#) monitoringsformulier kan de praktijkondersteuner vervolgens, indien er sprake is van kwetsbaarheid, de complexe zorg voor patiënten adequaat in kaart brengen. Trazag is een inventarisatie op alle velden van kwetsbaarheid en toont wel of niet kwetsbaar aan hand van score. Trazag kan in verschillende fasen in het zorgproces worden ingezet:

1. Om zorgproblemen bij een patiënt in beeld te brengen
2. Om bekende problematiek te onderbouwen; niet pluis gevoel concretiseren.
3. Om op langer termijn functionele beloop in de gaten te houden, bij verslechtering te anticiperen.

TrazAG kent 3 verschillende stappen:

1. *Een basisstap: het startdocument.* Geschikt voor een eerste verkenning van de functionele situatie van de patiënt. De gegevens worden verkregen met behulp van een vragenlijst (startdocument). Het formulier bestaat uit een 9 tal Ja-Nee vragen. Indien een patiënt "Ja" scoort op een van de vragen, dan is dat een probleemgebied dat nader onderzocht kan worden. Indien een patiënt meer dan 3 x "Ja" scoort, is het van belang om de casus te vervolgen.
2. *Eerste vervolgstap:* Probleemgebieden verder algemeen in kaart te brengen. Vanuit het startdocument worden suggesties gedaan om probleemgebieden verder algemeen in kaart te brengen. Hiervoor worden lijsten als de IADL schaal, MMSE, etc, gehanteerd. Breng ook het informeel netwerk in kaart. Wie is de mantelzorger, welke sociale steun ontvangt men al en waar zitten lacunes?