



**Werkbeschrijving
programma
kwetsbare ouderen**

Werkgroep ouderen RegiozorgNU

Juli 2022



INHOUDSOPGAVE

In het kort.....	3
1 Signaleren kwetsbaarheid	5
2 Inschatting zorgbehoefte	7
3 In kaart brengen kwetsbaarheid	8
4 Bespreken in kernteam, interventies	11
5 Breed MDO en IZP	13
6 Coördinatie	15

In het kort

Voor je ligt de beschrijving van het werkproces van het programma kwetsbare ouderen van RegiozorgNU. Dit programma is gebaseerd op de 'Handreiking kwetsbare ouderen thuis' uit 2021 die is gemaakt door een groot aantal partijen in de zorg, waaronder LHV, NHG, InEen.

Met het zorgprogramma ouderenzorg dragen we bij aan de volgende maatschappelijke doelen:

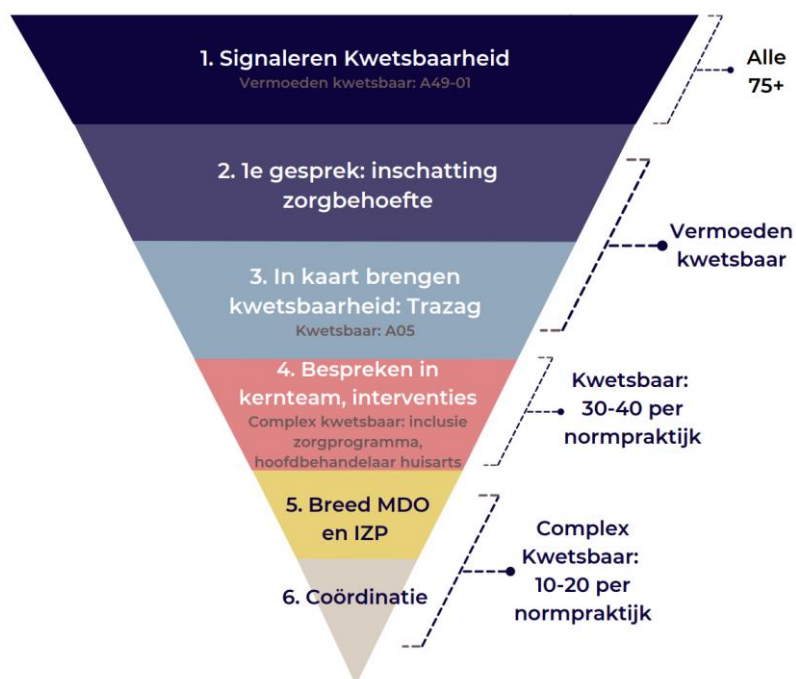
- Ondersteunen van thuis wonen door ouderen met behoud eigen regie en zoveel mogelijk welbevinden (en waar nodig begeleiden van een overgang naar wonen met zorg)
- Behapbaar houden van de zorg in de huisartsenpraktijk

Net als in de handreiking kwetsbare ouderen thuis hebben we het zorgproces beschreven in zes stappen: Signaleren kwetsbaarheid, Inschatting zorgbehoefte, In kaart brengen kwetsbaarheid, Bespreken in kernteam, Breed MDO en individueel zorgplan en Coördinatie. Met deze stappen structureren we de zorg voor ouderen.

Hiermee willen we bijdragen aan het bereiken van de maatschappelijke doelen. De stappen zijn dus een hulpmiddel en geen doel op zich. De zorg voor ouderen vraagt om patiënt- en naastengerichte aanpak om zorgvragen en behoeften op maat vast te leggen. Ook de manier waarop je dit organiseert in de huisartsenpraktijk kan verschillen.

Proces

Het proces van het Ouderenzorg zorgprogramma is weergegeven in onderstaande figuur:



Afbeelding 1. Proces ouderenzorg zorgprogramma

De trechtervorm geeft aan dat hoe verder je in het programma komt, hoe kleiner de doelgroep is. Immers, niet iedere oudere is of wordt kwetsbaar of complex kwetsbaar.

De stappen in het programma vormen een kapstok. In de praktijk verloopt het proces lang niet altijd in deze volgorde. Belangrijk is om doorlopend alert te zijn op veranderingen in kwetsbaarheid, en om bij kwetsbare patiënten te monitoren of bijstelling nodig is op ingezette acties.

VIP en HIS

Binnen het ouderenzorg zorgprogramma wordt de patiënten- en zorgadministratie gedaan via HIS en VIPlive. VIPlive wordt gebruikt als samenwerkingsstelsel tussen de diverse zorgverleners in het zorgprogramma. In dit protocol staan meerdere links naar handleidingen met betrekking tot de diverse mogelijkheden binnen het stelsel. Voor een algemene uitleg kan je de [website van RegiozorgNU](#) raadplegen.

Bij het inloggen in VIP wordt gebruik gemaakt van Single Sign On. De instructie voor deze manier van inloggen vind je [hier](#).

VIPlive kan ook als mobiele app geïnstalleerd worden. Hoe je dit doet, vind je [hier](#).

Patiënten en mantelzorgers kunnen ook de mobiele app downloaden. Hier is een aparte handleiding voor. Mochten patiënten of mantelzorgers hier gebruik van willen maken dan kan je [deze handleiding](#) raadplegen. Patiënten maken echter geen direct gebruik van VIPlive, het programma waar patiënten hun medische informatie kunnen inzien is spreekuur.nl. Bij spreekuur.nl wordt gebruikgemaakt van de persoonlijke gezondheidsomgeving.

1 Signaleren kwetsbaarheid

Signaleren van kwetsbaarheid is de eerste belangrijke stap. In deze fase worden de eerste signalen van kwetsbaarheid opgepikt en wordt gekeken of het nodig is om verder te gaan in het zorgprogramma.

Doel

Actief signaleren van kwetsbare ouderen, zodat er proactief acties kunnen worden ondernomen op de eventuele zorgbehoeften van de oudere en naaste, opdat de oudere zo lang mogelijk thuis kan wonen in een veilige omgeving.

Stappen

Het signaleren gebeurt op twee manieren:

1 **Casefinding** (alert zijn op signalen in het dagelijks werk)

Stap 1: professionals zijn alert op signalen van kwetsbaarheid

- Professionals in het netwerk van zorg (wijkverpleging, huisartsenpraktijk, sociaal domein, informele zorg) zijn alert op signalen van kwetsbaarheid, of ouderen of hun omgeving vragen zelf om hulp.

Stap 2: signalen doorgeven aan de POH/huisarts

- De professional die signaleert dat iemand mogelijk kwetsbaar is, geeft het signaal door aan de POH/huisarts

Stap 3: inschatting kwetsbaarheid

- De POH schat in (eventueel met de huisarts) of de patiënt kwetsbaar, mogelijk kwetsbaar of niet kwetsbaar is.

2 **Gerichte casefinding** (op basis van een screeningslijst)

De POH of huisarts neemt minimaal jaarlijks de lijst door in VIP. Hiermee vind je patiënten die mogelijk over het hoofd gezien zijn bij casefinding (bijvoorbeeld omdat ze niet vaak in de huisartsenpraktijk komen)

Stap 1: Screeningslijst ophalen

- Ga naar VIP, in een beveiligde omgeving, ga naar inzichten, selecteer ouderen;
- Kies rapportage ouderen;
- Exporteer naar excel.

Stap 2: Filter de screeningslijst lijst.

- Haal patiënten met ICPC code A05 eruit (deze zijn al in beeld);
- Kies filters die passen bij de prioriteiten van de huisartsenpraktijk (bv leeftijd, hoge frailty index, polyfarmacie).

Stap 3: schat kwetsbaarheid in

- De POH schat in (eventueel met de huisarts) of de patiënt kwetsbaar, mogelijk kwetsbaar of niet kwetsbaar is.

Registratie in HIS

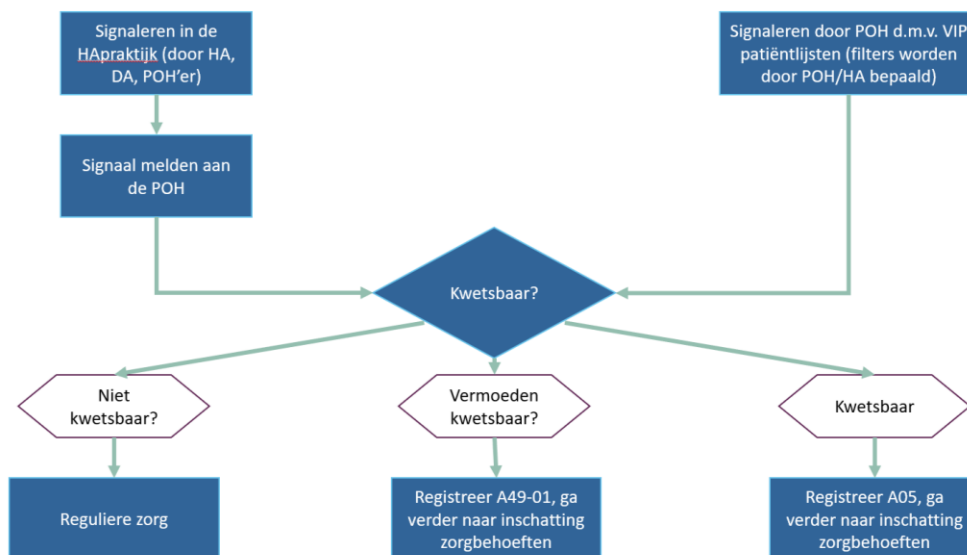
De POH registreert de juiste ICPC code in het HIS:

- kwetsbaar: A05, mogelijk kwetsbaar: A49-01, niet kwetsbaar: geen code.

Registratie in VIP

- Voor het exporteren van de screeninglijst in VIP is een handleiding gemaakt. Deze handleiding vind je [hier](#).

Stroomschema



Tips

- De screeningslijst in VIP kun je filteren. Kies de best passende filters in de patiëntlijsten. Het advies is om zo te filteren dat het aantal ouderen dat mogelijk kwetsbaar is past binnen de capaciteit voor het zorgprogramma in de huisartsenpraktijk.
- Voor startende praktijken is het logisch om te starten met een bepaalde leeftijdsgroep (bijvoorbeeld alle 90+'ers. Meer ervaren praktijken die heel alert zijn op signalen van kwetsbaarheid in de dagelijkse praktijk kiezen bijvoorbeeld voor mensen die lang niet in de huisartsenpraktijk zijn geweest.
- Benieuwd hoe te filteren in Excel? [Klik hier voor de instructie](#).

2 Inschatting zorgbehoefte

Als de patiënt (vermoedelijk) kwetsbaar is, gaat de POH in gesprek om een eerste inschatting te maken van de zorgbehoefte van de patiënt, en om te bespreken of de patiënt verder wil met de vervolgstappen in het zorgprogramma.

Doel

Eerste inschatting van de zorgbehoefte, toestemming voor deelname aan het zorgprogramma.

Stappen

Stap 1: De POH belt de patiënt en bespreekt:

- U wordt wat ouder. Wij denken dat het goed is om met u te kijken of u misschien kwetsbaarder wordt en extra zorg nodig heeft.
- Hoe ervaart de patiënt dit zelf? Is er een zorgbehoefte?
- Geeft de patiënt toestemming om de kwetsbaarheid en zorgbehoefte verder in kaart te brengen en te overleggen met eventueel andere betrokken zorgverleners?

Stap 2: Afspraak huisbezoek

- De POH plant een afspraak voor een huisbezoek met patiënt en eventueel de naaste om de kwetsbaarheid in kaart te brengen (of eerst nog een afspraak voor een consult met de POH of huisarts om erover door te praten).

Registratie in HIS

Registreer het telefonisch consult in de SOEP. Noteer hierbij ook de toestemming van de patiënt om verder te gaan met het programma en te overleggen met eventuele andere betrokken zorgverleners vast.

Tips

Als je mogelijke kwetsbaarheid signaleert in een consult, kun je deze stap natuurlijk ook tijdens dat consult doen.

3 In kaart brengen kwetsbaarheid

Bij patiënten die (vermoedelijk) kwetsbaar zijn, en waarbij een zorgbehoefte is, ga je verder met het in kaart brengen van kwetsbaarheid. De POH'er voert een gesprek met de patiënt en eventuele naasten tijdens een huisbezoek. Thuis kunnen makkelijker de cognities en handelen van de patiënt geobserveerd worden. Basis voor dit gesprek is een multidomein assessment.

Doel

Een breed beeld vormen van de terreinen waarop een patiënt kwetsbaar is, en een beeld vormen van de context van de patiënt (belangrijke naasten, mantelzorgers, betrokken hulpverlening etc). Het is van belang dit gesprek regelmatig te voeren en alert te zijn op veranderingen bij de patiënt of in de zorgvraag.

Stappen

Stap 1: Vorm een beeld van de situatie en de kwetsbaarheid

De POH brengt een huisbezoek. Daarbij komen de volgende onderdelen aan de orde:

- Multi domeinanalyse om kwetsbaarheid in kaart te brengen. De POH kan gebruik maken van [de Trazag](#) (voorkeursinstrument voor multi domein assessment in de regio). Andere instrumenten zoals de GFI of Easycare kunnen gebruikt worden. Ervaren POH's voeren dit gesprek meestal 'vrij van het instrument' deels op ervaring en intuïtie. Let erop dat je de brede blik houdt. Naast de trazag vorm je je eigen beeld van de situatie. Wat gaat er nog goed gaat en waar liggen de zorgen die de patiënt kwetsbaar maken.
- Metingen: bloeddruk, lengte en gewicht.
- Breng in kaart hoe het zorgnetwerk rond een patiënt er op dit moment uitziet. Wie is de eerste mantelzorger, Welke andere hulpverleners zijn betrokken, wat zijn de contactgegevens van eventuele wijkverpleging, is er een sleutelkastje, maakt de patiënt gebruik van dagbesteding/dagbehandeling (en op welke dagen), is er een Wlz indicatie.
- Zo nodig aanvraag labonderzoek Hb, BSE, glucose, TSH en kreatinine voor behandelbare aandoeningen en op indicatie natrium en kalium, vitamine B1, B6, vitamine B12 en foliumzuur, urine op infectie en vitamine D.
- Met betrekking tot vitamine D: laboratoriumbepaling is vaak niet nodig, aangezien suppletie reeds wordt aanbevolen bij vrouwen ≥ 50 jaar en mannen ≥ 70 jaar, onafhankelijk van de vitamine D spiegel (bron Gezondheidsraad)
- Zo nodig en indien de patiënt hieraan toe is kun je direct vervolgspraken maken met de patiënt (verwijzingen, aanvullend onderzoek, MMSE, etc)

NB in sommige wijken is de afspraak dat ook de wijkverpleegkundige inzetbaar is om een beeld van de kwetsbaarheid te vormen.

Stap 2: Beoordeel kwetsbaarheid

- De POH beoordeelt of de patiënt kwetsbaar is. Een indicatie voor kwetsbaarheid is 3 of meer keer ja in de Trazag. In de praktijk is de professionele beoordeling het meest belangrijk.
- Overleg bij twijfel met de huisarts.

Stap 4: Bespreek vervolgspraken

- Vraag toestemming om verder te gaan met het zorgprogramma: Als de POH inschat dat de patiënt kwetsbaar is, bespreek dan met de patiënt of hij/zij het goed vindt dat jullie verder gaan met het zorgprogramma ouderen. Leg uit wat dit betekent. Vraag of de patiënt het goed vindt dat je zijn situatie 1 a 2 keer per jaar bespreekt in het kernteam en met de betrokken hulpverleners. Leg uit aan patient dat je dit aankondigt en van te voren navraagt wat de patient of zijn naasten besproken wil)
- Bespreek eventuele verwijzingen of aanvullend onderzoek (b.v. labonderzoek, een MMSE)
- Indien haalbaar kun je vragen naar de belasting van de mantelzorger en/of wensen op het vlak van advance careplanning. Vaak lukt dit niet in het eerste gesprek

- Plan zonodig een vervolgspraak om de kwetsbaarheid uitgebreider in kaart te brengen, te spreken over de belasting van de mantelzorger, of advance careplanning ter sprake te brengen..

Hulpmiddelen

Buiten de algemene vragen in het HIS zijn er een aantal hulpmiddelen die de POH'er kan gebruiken bij het gesprek. zoals:

- Instrument voor multidomein assessment: Trazag (of, Easycare, GFI)
- Ook kun je op indicatie gebruik maken van vervolglijsten in de Trazag zoals MMSE en Ediz (overbelasting mantelzorgers),
- Positieve Gezondheid.

Registratie in HIS

Registreer kwetsbaarheid:

Kwetsbaar en toestemming deelname zorgprogramma: registreer ICPC A05 (algehele achteruitgang) met "toestemming deelname". Verander de episodetitel in kwetsbaar. Je maakt een deelcontact aan onder deze episode en legt uit wat je bevindingen zijn. Je maakt dus een journaal aan.

- Kwetsbaar en geen toestemming deelname zorgprogramma: registreer onder ICPC code A49-01 of A05 "weigert deelname"
- Niet-kwetsbaar: ICPcode 49-01 blijft staan. Met toevoeging "niet kwetsbaar".

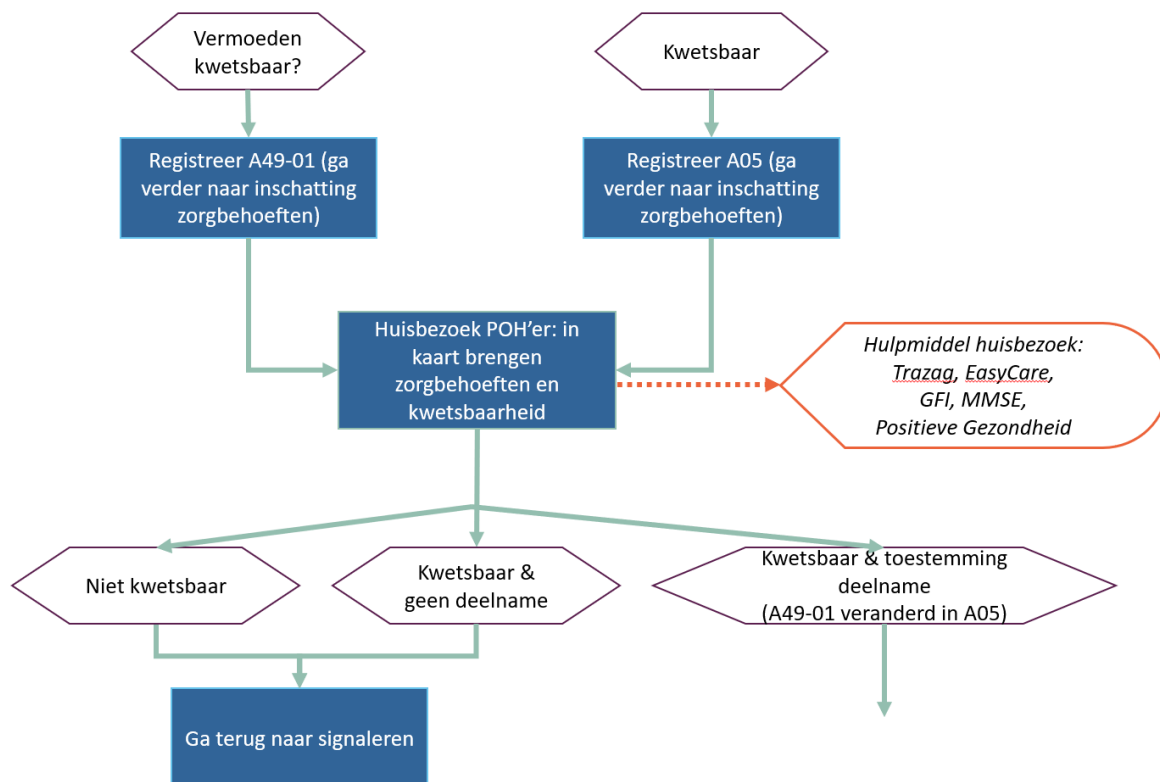
Overige informatie:

- Registreer overige informatie in het HIS
- Leg de eventuele toestemming voor het bespreken van de patiënt met andere zorgverleners vast. (Let op: check periodiek of de patiënt hier nog hetzelfde in staat)

Registratie in VIP

- Gebruik VIP voor het invullen van de Trazag (of GFI). Maak een pdf van de Trazag en koppel deze terug in het HIS. Voor toegang tot de Trazag (of andere vragenlijsten): klik [hier](#).
- Maak eventuele verwijzingen aan in VIP (ook als de betreffende hulpverlener al betrokken is). Start een chat met de betrokken hulpverleners. Deel de pdf van de Trazag in de chat.
 - De handleiding voor het verwijzen naar een andere zorgverlener via VIPlive staat [hier](#).
 - De werkwijze voor het starten van een chatgesprek kan je [hier](#) vinden. Het is ook mogelijk om een groepsgesprek te starten, deze werkwijze vind je [hier](#).

Stroomschema



Tips

- Verwijzingen kunnen alleen aangemaakt en ontvangen worden via de weblocatie, niet via de mobiele app.
- Wordt de patiënt als niet kwetsbaar beschouwd? Blijf er altijd alert op dat dit een aantal maanden later veranderd kan zijn naar wel kwetsbaar (fase 1: signaleren kwetsbaarheid).

4 Bespreken in kernteam, interventies

In het zorgprogramma ouderen werken we met een kernteam voor kwetsbare ouderen. Dit kernteam is een compact team professionals uit drie domeinen: eerstelijns zorg, wijkverpleging, sociaal domein. Desgewenst kun je hier professionals aan toevoegen, zoals de apotheker, de specialist ouderengeneeskunde (vooral voor complex kwetsbare ouderen), de casemanager dementie. Dit kernteam bespreekt ouderen die kwetsbaar of complex kwetsbaar zijn.

Doel

De bespreking van een patiënt in het kernteam dient meerdere doelen. De belangrijkste zijn:

- Afstemmen van integrale zorg voor (complex) kwetsbare ouderen (samenwerken om doelen te bereiken, taken zo verdelen dat ieder doet wat past bij zijn professie, geen dingen dubbel doen, informatie delen)
- Verrijken van elkaars perspectief
- Gebruik maken van elkaars kennis van de sociale kaart binnen het eigen domein.
- Korte lijnen tussen professionals uit de drie domeinen (eerstelijns zorg, wijkverpleging, sociaal domein) om zo nodig snel te kunnen schakelen

Stappen

Vorbereiding:

De POH richt een kernteam in rond de huisartsenpraktijk. Plan voor het hele jaar in op welke momenten het kernteam bij elkaar komt.

Stap 1: Agenda en overzicht patiënt maken:

Maak vóór de overleggen de agenda. Iedereen mag een patiënt inbrengen, mits daar een specifieke zorgvraag achterligt. Hier dient toestemming voor gevraagd te worden bij de patiënt.

Stap 2: Patiëntbespreking

- Bespreek in het overleg de kwetsbare patiënt. Bespreek de problemen, bepaal de behandeldoelen, en spreek af welke interventies ingezet worden door wie.
- Bespreek of een patiënt complex kwetsbaar is. Dit is wanneer de patiënt of de naasten de volledige regie hebben verloren. Wanneer een patiënt complex kwetsbaar is, kan er een breed MDO samengesteld worden. Dit wordt in de volgende fase uitgelegd
- Bij een eerste bespreking van de betreffende patiënt: spreek af wie de zorg coördineert. De coördinator koppelt de gemaakte afspraken terug met de patiënt/naaste, monitort het vervolg, en plant de patiënt opnieuw in als het plan bijgesteld moet worden. Meestal is de POH de coördinator, soms ook de casemanager dementie of de wijkverpleging.

Stap 4: terugkoppelen patiënt

De coördinator koppelt de gemaakte afspraken terug aan de patiënt. Als de patiënt niet akkoord is met afgesproken acties, dan koppelt de coördinator dit terug aan de actiehouder.

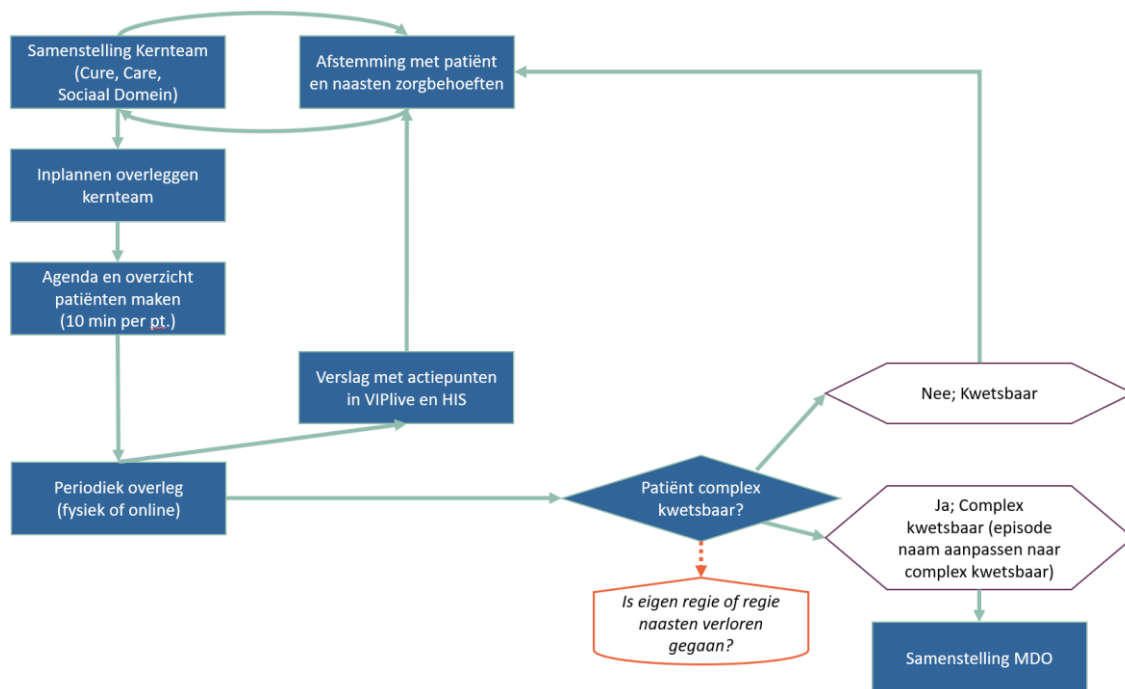
Stap 5: Uitvoeren afgesproken interventies

Alle leden van het kernteam voeren de afgesproken interventies uit.

Registratie in HIS / VIP

- De coördinator legt de actiepunten vast voor alle leden van het kernteam. Je kunt dit doen in het Gezondheidsplan in VIP, dan kunnen alle leden van het zorgnetwerk dit zien en erin werken. Je kunt ook kiezen voor een andere vorm.
 - Hoe je in VIPlive een gezondheidsplan aanmaakt, vind je [hier](#).
- POH legt actiepunten vast in het HIS. Als je gebruik hebt gemaakt van het Gezondheidsplan in VIP, dan kun je dit terugkoppelen naar het HIS, en toevoegen aan het dossier van de patiënt.
- De POH doet zo nodig verwijzingen of consultatievragen in VIP.
 - Voor verwijzingen vind je de handleiding [hier](#).
 - Voor het opstarten van een consultatie om ook een vraag te stellen vind je de handleiding [hier](#).
- Als de patiënt complex kwetsbaar is: Verander in de ICPC A05 de episodetitel naar complex kwetsbaar.

Stroomschema



Tips

- Plan 10 minuten per patiënt en laat ruimte vrij op de agenda voor een spoedgeval.
- Blijf ook altijd met de patiënt zelf afstemmen wat de momentele zorgbehoeften en vragen zijn.
- Begin klein. Begin met het inplannen van 2 of 3 overleggen van een uur per jaar en kijk hoever je hiermee komt. Als het niet direct lukt om een kernteam te organiseren met professionals uit de drie domeinen, begin dan met wat wel lukt.

5 Breed MDO en IZP

Als de oudere complex kwetsbaar is, dan kun je een breed multidisciplinair overleg (MDO) rond de patiënt vormen en gaan werken met een Individueel zorgplan (IZP), of wel Gezondheidsplan (in VIP). Dit Gezondheidsplan bevat doelen, acties en interventies. Het Gezondheidsplan kan worden gecreëerd met behulp van het [SFMPC-model](#).

Criteria voor complex kwetsbaar zijn (Zorginstituut Nederland, juni 2021):

- Patiënt heeft 1 of meer aandoeningen die te maken hebben met het ouder worden, EN
- Er is sprake van verminderd functioneren op meerdere gebieden, of ernstig verminderd functioneren op één gebied, EN
- Er is sprake van regieverlies bij de combinatie oudere en mantelzorger, EN
- Naast de huisarts en de wijkverpleging is tenminste 1 andere zorgverlener betrokken, EN
- De betrokken zorgverleners zien een noodzaak tot afstemming en coördinatie OF overnemen van regie OF aanvullende expertise

Vaak spelen bij complex kwetsbare ouderen meer medische problemen. De coördinator (meestal de POH) stemt indien nodig af met de huisarts .

Doel

Het breed MDO en het Individueel zorgplan/Gezondheidsplan bieden de coördinator en de andere betrokken hulpverleners een handvat om overzicht te houden en coördinatie te kunnen bieden voor patiënten die te maken hebben met complexe problemen en veel zorgverleners, en die niet meer zo goed in staat zijn zelf de regie te voeren.

Stappen

Stap 1: Gezondheidsplan

- De coördinator start met patiënt en naasten met het maken van een Individueel zorgplan /Gezondheidsplan. In dit plan leg je aan de hand van de eerder geïnventariseerde problemen de doelen en acties vast. Je legt vast wie verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de actie. Per actie geef je een urgentie aan. Je kunt de problemen rubriceren aan de hand van het ICPC model. Ook geef je een urgentie aan.
 - Hoe je in VIPlive een gezondheidsplan aanmaakt, vind je [hier](#).
- Continue afstemming met de patiënt is hierin ook weer essentieel. Wat zijn de belangrijkste problemen / doelen voor de patiënt?
 - Tijdens het afstemmen met de patiënt kan het voorkomen dat beeldbellen met de patiënt beter uitkomt. De instructie om te beeldbellen met de patiënt vind je [hier](#).

Stap 2: Plannen breed MDOs

Plan hier ook alle MDOs vooruit. Vaak is een deel van de samenstelling vast (het kernteam, uitgebreid met een specialist ouderengeneeskunde). Zo creëer je makkelijk overzicht.

Stap 3: Agenda en overzicht maken van het MDO:

Maak vóór de overleggen een agenda. Elke zorgprofessional mag een patiënt inbrengen, mits daar een zorgvraag achter ligt. Hier dient toestemming voor gevraagd te worden aan de patiënt. Het ingevulde gezondheidsplan is het bespreekdocument per patiënt.

Zorg dat bepaalde partijen (SOG, apotheek bijv) van te voren bijlages ontvangen. Episodelijst, medicatieoverzicht en eventueel correspondentie van bijvoorbeeld geriater/neuroloog. Stuur dit 2 weken van te voren op, zodat de deelnemers zich kunnen voorbereiden.

NB Kijk voorafgaand aan het MDO of er recent lab is geprikt. Stuur deze ook als bijlage mee.

Is dit niet het geval dan kan labafname van te voren wenselijk zijn

Stap 4. Patiënt bespreken in het MDO:

- In het MDO worden alle ingebrachte patiënten en vragen besproken.
- Gebruik het individueel zorgplan/Gezondheidsplan als kapstok voor het gesprek. Vul gedurende het gesprek het Gezondheidsplan aan. Zorg dat alle actiehouders weten waar ze dit plan kunnen vinden, en hoe zij kunnen aangeven dat een actie is uitgevoerd. Het bijgestelde gezondheidsplan is tevens het verslag van de bespreking.

Stap 5: Terugkoppelen patiënt

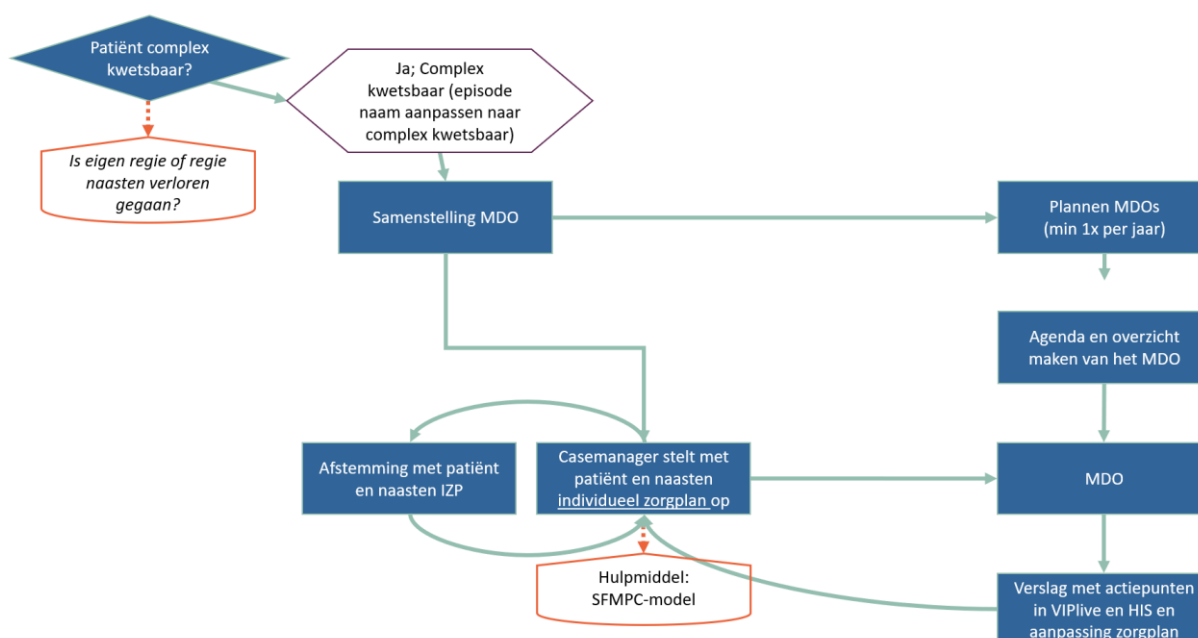
De coördinator koppelt de gemaakte afspraken terug aan de patiënt. Als de patiënt niet akkoord is met afgesproken acties, dan koppelt de coördinator dit terug aan de actiehouder.

Stap 6: Uitvoeren afgesproken interventies

Alle leden van het kernteam voeren de afgesproken interventies uit, en koppelen dit terug in het Gezondheidsplan in VIP.

Registratie in HIS / VIP

- De coördinator verwerkt de afspraken in het Gezondheidsplan in VIP. Dit is het verslag van het MDO. De POH maakt eventuele verwijzingen of consultatievragen aan in VIP.
- De POH koppelt het gezondheidsplan terug naar het HIS en slaat dit op in het dossier van de patiënt.
- De POH legt actiepunten en overige relevante zaken zo nodig vast in het HIS, in een nieuw deelcontact onder A05. (eventuele zaken die gaan over het levenseindegesprek horen onder A20).

Stroomschema**Tips**

- Plan minimaal 1 MDO per jaar per patiënt in.
- Plan 10-20 minuten per patiënt in.
- Het kan soms voordelig zijn om de patiënt of mantelzorgers bij het MDO uit te nodigen. Denk hier goed over na, het heeft zijn voor- en nadelen.
- Spreek af wie coördinator is, als dit nog niet is gebeurd (meestal POH).
- Het gezondheidsplan is alleen aan te passen via de weblocatie, niet via de mobiele app.

6 Coördinatie

Als de patiënt kwetsbaar is, en voor de eerste keer wordt besproken in het kernteam, dan spreek je af wie de coördinator is. Meestal is dit de POH, maar ook de casemanager dementie of de wijkverpleegkundige kan coördinator zijn. Naarmate de patiënt meer complex kwetsbaar is, en er sprake is van regieverlies, zal de coördinator meer moeten coördineren.

Om de coördinatie van het Gezondheidsplan zo goed mogelijk te laten verlopen, is het gebruik van HIS en VIPlive essentieel. De afspraken zijn dan te delen en in te zien door andere zorgverleners.

Het coördineren is in de afgelopen stappen al meermalen aan bod geweest. In dit hoofdstuk tillen we dit onderdeel er even uit. Omdat registratie zo'n belangrijk onderdeel is van coördinatie is de registratie in VIP en het HIS in dit hoofdstuk direct verwerkt onder de stappen.

Doel

Zorg coördinatie stelt zorgverleners in staat om de zorg onderling goed af te stemmen en te werken vanuit een integraal plan. Met coördinatie zorg je ook voor monitoring en bijstelling van het ingezette beleid (plan do check act cyclus).

Stappen

Stap 1: Stel vast wie coördinator is

In het kernteam wordt vastgesteld wie de coördinator is voor de betreffende patiënt. Vaak is dit de POH. Wijkverpleging of casemanager dementie kunnen ook coördineren.

Stap 2: Maak een plan

De coördinator stemt met de patiënt af hoe het individueel zorgplan/gezondheidsplan eruit ziet. Voor complex kwetsbare patiënten gebruik je hierbij het gezondheidsplan in VIP. Bij kwetsbare ouderen kun je het gezondheidsplan gebruiken, maar omdat er vaak minder complexe problemen zijn, en minder hulpverleners betrokken, volstaat het ook om op een vrijere manier met de patiënt te bespreken welke problemen en doelen voor hem/haar belangrijk zijn, en welke acties passend zijn.

Registratie

- Gezondheidsplan in VIP (complex kwetsbare patiënten): maak het gezondheidsplan in VIP aan. Leg problemen, doelen en acties vast. Breng het zorgnetwerk op de hoogte van het aanmaken of wijzigen van het gezondheidsplan via een chatbericht. Koppel het gezondheidsplan terug naar het HIS en leg het vast in het dossier van de patiënt. Desgewenst kun je de acties nog noteren in een nieuw deelcontact onder ICPC A05.
- Vrije registratie: Leg de acties vast in het HIS in een nieuw deelcontact onder ICPC A05. Deel de acties met andere zorgverleners in de chat in VIP of in een kernteamoverleg.

Stap 3: Bespreek het plan in het kernteam of het breed MDO

Zie ook onder stap 3 kernteam, of stap 4 breed MDO en IZP

- In het kernteam of breed MDO bespreken de hulpverleners het plan van de patiënt. Het plan wordt aangevuld of bijgesteld op basis van de mogelijkheden en inzichten van de hulpverleners. De coördinator bereidt dit voor, en brengt het plan in (andere hulpverleners kunnen de coördinator vragen dit te doen).

Registratie

Zie bij stap 2.

Stap 4: Koppel de bespreking terug aan de patiënt

De coördinator koppelt de bespreking terug aan de patiënt, en verifieert of de patiënt zich nog steeds kan vinden in het plan. Is dit niet het geval, dan koppelt de coördinator het terug aan de betreffende hulpverlener(s). Dit kan via VIP of telefonisch, afhankelijk van de urgentie.

Stap 5: Uitvoer van het plan

De hulpverleners en patiënt/naaste voeren de acties in het plan uit, en koppelen de voortgang terug in het Gezondheidsplan, of in de chat in VIP.

Stap 6: Bijstellen van het plan

De coördinator bespreekt de voortgang van het plan periodiek met de patiënt/naaste. Dit kan leiden tot bijstellingen. De coördinator agendeert de patiënt zo nodig (voor complex kwetsbare patiënten minimaal 1x per jaar) in het kernteam of breed MDO. Hulpverleners doorlopen opnieuw stap 3 tot en met 5.