

PROBLEEMINVENTARISATIE, ZORGBEHANDELPLAN EN FRADIE

De probleeminventarisatie is een overzicht van beperkingen en problemen op verschillende levensgebieden: lichamelijke gezondheid, emotioneel welbevinden, communicatie en sociale contacten, zingeving en spiritualiteit. Een veelgebruikt model hierbij is het SFMPC model: **S**omatisch, **F**unctioneel, **M**aatschappelijk, **P**sychisch en **C**ommunicatief aandachtsgebied. Er wordt een prioritering aangegeven: welke problemen zijn het meest urgent voor de oudere zelf en voor de hulpverlening?

De probleeminventarisatie verschilt van de probleemlijst in het HIS (aandoeningen en diagnoses). De probleeminventarisatie is de basis voor het zorgbehandelplan. Voor beide geven we in deze bijlage modellen en voorbeelden. Tevens is een hulpmiddel voor de POH opgenomen om de bevindingen uit het huisbezoek vast te leggen (*Model voor probleeminventarisatie door POH*).

Een zorgbehandelplan geeft een overzicht van de meest urgente problemen en geeft de geplande interventies weer. Het zorgbehandelplan brengt samenhang in de zorg voor ouderen met complexe problematiek en is een middel voor regievoering. Het wordt in goed overleg met de oudere patiënt en met de familie opgesteld, uitgaande van de prioritering die bij de probleeminventarisatie is aangegeven. Allereerst wordt een hoofddoel geformuleerd: gaat het om herstel of behoud van functioneren of is achteruitgang onvermijdelijk (symptoombehandeling)?

De te nemen stappen om tot een zorgbehandelplan voor ouderen met complexe problematiek te komen, uitgaande van functionele diagnostiek en een pro-actieve benadering, kunnen worden afgekort tot het acroniem FRADIE. FRADIE staat voor **F**unctioneren inventariseren (SFMPC), **R**isico's inschatten, **A**fstemmen met de patiënt, **D**oelen formuleren (algemeen en specifiek), **I**nterventies (plannen en uitvoeren) en **E**valueren.

Werkwijze POH

Inventariseer samen met de patient / de familie de risico's/probleemgebieden die bij de screening naar voren zijn gekomen. Ter voorbereiding op het gesprek met de huisarts kunt u uw bevindingen vastleggen via het *Model voor probleeminventarisatie door POH*. Bepaal vervolgens samen met de huisarts (en eventuele andere betrokken hulpverleners) wat de urgentie is van de problemen. Neem de aanwezige problemen over in de *Samenvatting probleeminventarisatie* en breng de prioritering aan. Bepaal in samenspraak met patiënt/familie de vervolgacties en leg deze vast in het zorgbehandelplan.

Het *Model voor probleeminventarisatie door POH* dat we hier als voorbeeld hebben opgenomen, is uitgebreid. Alle aspecten zijn zo veel mogelijk opgenomen. U kunt hier zelf een selectie in maken en de lijst beperken tot wat u de kerntaken bij de zorgverlening aan ouderen vindt.

Model voor probleeminventarisatie door POH

Probleemgebied	Beoordeling	Omschrijving probleem/risico (last voor de patiënt en/of mantelzorg)	Urgentie
S: Somatisch	probleemlijst HIS		
S: Medicatie	0 niet gescreend 0 geen probleem 0 risico 0 manifest probleem		
S: Voedingstoestand	0 niet gescreend 0 geen probleem 0 risico 0 manifest probleem		
F: Functioneren HDL en ADL	0 niet gescreend 0 geen probleem 0 risico 0 manifest probleem		
F: Mobiliteit en kracht / valrisico's	0 niet gescreend 0 geen probleem 0 risico 0 manifest probleem		
M: Dagbesteding en activiteiten	0 niet besproken 0 geen probleem 0 risico 0 manifest probleem		
M: Sociale vaardigheden van de oudere zelf	0 niet besproken 0 geen probleem 0 risico 0 manifest probleem		
M: Sociaal netwerk, sociale steun	0 niet besproken 0 geen probleem 0 risico 0 manifest probleem		
M: Belasting mantelzorg	0 niet gescreend 0 geen probleem 0 risico 0 manifest probleem		
M: Financiële situatie	0 niet besproken 0 geen probleem 0 risico 0 manifest probleem		
M: Woonsituatie	0 niet besproken 0 geen probleem 0 risico 0 manifest probleem		
P: Eigen gevoel van welbevinden en ervaren gezondheid	0 niet besproken 0 geen probleem 0 risico 0 manifest probleem		

P: Cognitie	0 niet gescreend 0 geen probleem 0 risico 0 manifest probleem		
P: Psychische problematiek	0 niet gescreend 0 geen probleem 0 risico 0 manifest probleem		
P: Zingeving en vragen rond levenseinde	0 niet besproken 0 geen behoefte 0 wel behoefte aan nader gesprek		
C: Communicatieve status (spraak, gehoor, visus)	0 niet gescreend 0 geen probleem 0 risico 0 manifest probleem		

Conclusies kwetsbaarheid / functionele problematiek

Totaal aantal manifeste probleemgebieden:

Totaal aantal risicogebieden:

(Bij gebruik van EASYcare de totale afhankelijkheidsscore)

Sterke kanten, kracht van patiënt zelf en/of netwerk

Samenvatting probleeminventarisatie Dhr/Mw.....

	<u>Probleem/risico</u>	Prioriteit
S1		
S2		
S3		
F1		
F2		
F3		
M1		
M2		
M3		
P1		

P2		
C1		

Voorbeeld samenvatting probleeminventarisatie

Dhr de B. geboren 1924

	<u>Probleem</u>	Prioriteit
S1	Buikpijn die dagelijks functioneren beïnvloedt	<u>hoog</u>
S2	polyfarmacie; optimale medicatie? Bijwerkingen?	
S3		
F1	Ziekte van Parkinson waardoor hulp nodig bij ADL (douchen, aan- en uitkleden en in- en uit bed gaan)	<u>hoog</u>
F2		
F3		
M1	Overbelasting echtgenote dreigt, geen andere mantelzorger, sociale contacten hierdoor ook minder	<u>hoog</u>
M2		
M3		
P1	Depressie, waardoor buikpijn en ADL-functioneren negatief worden beïnvloed	<u>hoog</u>

P2		
C1		

ZORGBEHANDELPLAN

Het zorgbehandelplan brengt samenhang in de zorg en is een middel voor regievoering. U stelt het op in overleg met de oudere patiënt en diens familie, in samenwerking met verzorging/verpleging en betrokken paramedici. U formuleert eerst een hoofddoel: gaat het om herstel of behoud van functioneren of is achteruitgang onvermijdelijk (symptoombehandeling)? De problemen zet u op volgorde van urgentie en u formuleert per probleem een haalbaar doel, de gewenste interventie en evaluatiedatum. Genoteerd wordt ook wie wat doet en wie de zorgcoördinator is.

Inhoud zorgbehandelplan

Hoofddoel:	Korte omschrijving van de beoogde verbetering of het voorkomen van achteruitgang.
Casemanager:	Aanspreekpunt voor patiënt en mantelzorger, ondersteunt de patiënt en mantelzorger persoonlijk. De casemanager heeft regelmatig contact met patiënt en mantelzorger over het verloop van de zorgverlening, bewaakt dat de zorg is afgestemd op hun vragen en behoeften en voorziet tijdig wanneer aanpassingen en aanvullingen nodig zijn.
Zorgcoördinator:	Degene die regelt dat de juiste zorg geboden wordt en dat alle zorg onderling is afgestemd. Aanspreekpunt voor alle andere zorgverleners. De casemanager of zorgcoördinator is verantwoordelijk voor de opstelling van een zorgbehandelplan en voor tijdige evaluatie van het plan. NB: Casemanager en zorgcoördinator zijn vaak één persoon. Strikt nodig is dat niet en er hoeft ook niet altijd in beide functies voorzien te zijn.
Probleem:	Op welk gebied ligt het probleem en wat is precies het probleem? Het gaat hier dus niet om de diagnose maar om de 'last' voor de patiënt en de mantelzorger (zie probleeminventarisatie).
Doel:	Welke concrete resultaten worden voor dit probleem beoogd? Door de beoogde resultaten zo specifiek mogelijk te benoemen kan de voortgang worden bewaakt en de zorg tijdig worden bijgesteld.
Actie huisartsenzorg:	Acties van de huisarts (zoals medicatie en controles) en de taken van de POH (zoals advies, begeleiding, zorgcoördinatie en dergelijke).
Actie ketenpartners:	Naar welke andere zorgverleners kan men verwijzen en voor wat? Bij bewoners in het verzorgingshuis staat in deze kolom welke zorg het verzorgingshuis levert voor dat specifieke probleem.
Evaluatiedatum:	De resultaten van de afgesproken acties worden periodiek geëvalueerd. De evaluatieperiode kan per probleem en per patiënt verschillen. Als regel is een frequentie van eenmaal per drie maanden nodig.

Evaluatie zorgbehandelplan

Bij thuiswonende ouderen neemt u als de POH-ouderenzorg het voortouw voor de evaluatie. U gaat bij de patiënt zelf na hoe de situatie is en vraagt informatie bij eventuele ketenpartners. U bespreekt deze gegevens met de huisarts, waarna u samen het plan zo nodig bijstelt en een nieuwe evaluatiedatum afspreekt. Voor zover dat zinvol is kunt u bij die bespreking ook een ketenpartner zelf betrekken. Als meer zorgverleners zorg leveren informeert u bij hen ook vooraf naar de stand van zaken. De betrokken hulpverlener kan ook bij de bespreking aanwezig zijn. (Bijvoorbeeld via 'overleg op afroep', zie achtergrondinformatie.

In het verzorgingshuis zal de evaluatie van het zorg/behandelplan als regel plaatsvinden in het multidisciplinair overleg (MDO). U plant samen met het verzorgingshuis wanneer welke patiënt in een MDO besproken wordt en bereidt deze bespreking voor. U bent standaard bij het MDO over een patiënt uit de eigen praktijken aanwezig. Als onderdeel van de voorbereiding bespreekt u met de huisarts wanneer deze zelf aanwezig moet zijn.

ZORGBEHANDELPLAN de heer/mevrouw.....

hoofddoel:

casemanager:

zorgcoördinator:

PROBLEEM	DOEL	ACTIE HUISARTSEZORG (wat, wie)	ACTIE KETENPARTNERS (wat, wie)	EVALUATIE DATUM

Voorbeeld

ZORGBEHANDELPLAN dhr de B. geboren 1924

Hoofddoel: behoud van functioneren om thuis te kunnen blijven wonen en overbelasting voor patiënt en echtgenote te voorkomen

casemanager: (POH).....

zorgcoördinator: idem

PROBLEEM	DOEL	ACTIE HUISARTSENZORG (wat, wie)	ACTIE KETENPARTNERS (wat, wie)	EVALUATIE DATUM
Buikpijn waarvoor in verleden al veel diagnostiek is gedaan en geen lichamelijke afwijkingen zijn gevonden	Verminderen buikpijnklachten	Patiënt is goed gelaxeerd; advies is veel drinken en bewegen (o.l.v. fysiotherapeut), medicamenteus: laxans en antidepressiva (huisarts i.o.m. sociaal geriater)		2 weken
Veel wisselingen in thuiszorgorganisaties en medewerkers, waardoor onzekerheid bij patiënt toeneemt	Vaste ploeg van thuiszorgmedewerkers	Patiënt en echtgenote worden gecoacht in hun keuze bij en omgang met thuiszorgmedewerkers (wat zijn hun verwachtingen en wat is gestelde doel?) (POH)		2 weken
Echtgenote is de enige mantelzorger en overbelasting dreigt	Verminderen overbelasting echtgenote	Steunende gesprekken met aandacht voor belasting van echtgenote (POH) en meedenken over hoe aandacht en tijd voor haarzelf gemaakt kan worden, waardoor meer ontspannen sfeer (ook voor patiënt) ontstaat.		4 weken
Door depressie worden de lichamelijke klachten negatief beïnvloed	Behandeling van depressie		Medicatie (cipramil) door sociaal geriater	4 weken