

# Methodisch werken met het zorgplan in Zorgportaal/ZWIP

---

Van screening naar zorgplan,  
MDO en casemanagement  
in de eerstelijns zorg  
voor ouderen.

## Colofon

**Methodisch werken met het zorgplan** is een uitgave van **100**. Uw welzijns- en zorgnetwerk.

T (024) 361 82 82  
[Info@netwerk100.nl](mailto:Info@netwerk100.nl)  
[www.netwerk100.nl](http://www.netwerk100.nl)

### Auteurs

Rolinka Schim van der Loef, geriatisch verpleegkundige

Franca Ruikes, huisarts / onderzoeker

Antoinette Meys, projectcoördinator / onderzoeker.

November 2011

UMC St Radboud  
Nijmegen



## Wat gaat u lezen?

In deze **werkinstructie** vindt u de belangrijkste stappen voor het werken met een zorgplan. U leest hoe u als casemanager\* (zie hoofdstuk 1 definities) zorg- en welzijnsproblemen, doelen, en acties/interventies vastlegt, bespreekt en evalueert in het eerste contact met de oudere en daarna. Al dan niet in voorbereiding op het MDO.

### Waarom dit document?

Met dit document wordt duidelijk hoe en wanneer de casemanager het zorgplan invult, zodat het zorgplan ook voor de andere leden van het multidisciplinair team duidelijk maakt:

- Welke zorg- en welzijnsproblemen de oudere heeft
- In welke volgorde de problemen worden aangepakt
- Welke doelen er per probleem zijn gesteld
- Welke acties/interventies er per doel uitgevoerd worden en wie daarvoor verantwoordelijk is

### Voor wie is dit document?

Wijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners, huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, ouderenadviseurs.

### Wilt u meer lezen?

Over het zorgplan of ZWIP? Bekijk dan de pagina 'Stap 3. Zorg' in het menu 'Eerstelijns Praktijkwijzer' op de website van netwerk 100.

## 1. Definities en benodigd materiaal

### Zorgplan

Het zorgplan is een middel om zicht en controle te houden op de (prioriteit van de) vastgestelde problemen van de oudere op medisch- en/of op zorg- en welzijnsgebied. Uit het plan wordt duidelijk welke functionaris, met welk doel welke acties/interventies uitvoert en op welk moment deze geëvalueerd worden.

### Casemanager

De casemanagersrol kan worden vervuld door praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige (niveau 4 of 5) of ouderenadviseur (allen HBO-niveau). In de meeste gevallen zal dit binnen het ZWS-project iemand met een verpleegkundige achtergrond zijn (wijkverpleegkundige of praktijkondersteuner). De casemanager kan als hulpverlener al bij de cliënt (het cliëntsysteem) werkzaam zijn, maar dit hoeft niet. Zie ook het document: Verdeling van rollen en taken tussen huisarts en casemanager (versie 2 november 2011)

### Oudere

De oudere is in deze context iemand die volgens Easy Care (of een andere screeningsmethode) als kwetsbaar is geïdentificeerd en die in aanmerking komt voor de eerstelijns zorgwelzijnstandaard (ZWS 1). Als sprake is van een naastbetrokken zorgsysteem (mantelzorg, kinderen, burenhulp) moet bij de totstandkoming van het zorgplan ook de contactpersoon van dit netwerk betrokken worden. Deze contactpersoon noemen we de mantelzorger.

### MDO: Multi Disciplinair Overleg

Dit team bestaat uit de huisarts, de praktijkondersteuner (POH)/wijkverpleegkundige, een ouderen-welzijnsadviseur en een specialist ouderengeneeskunde.

### Afkortingen

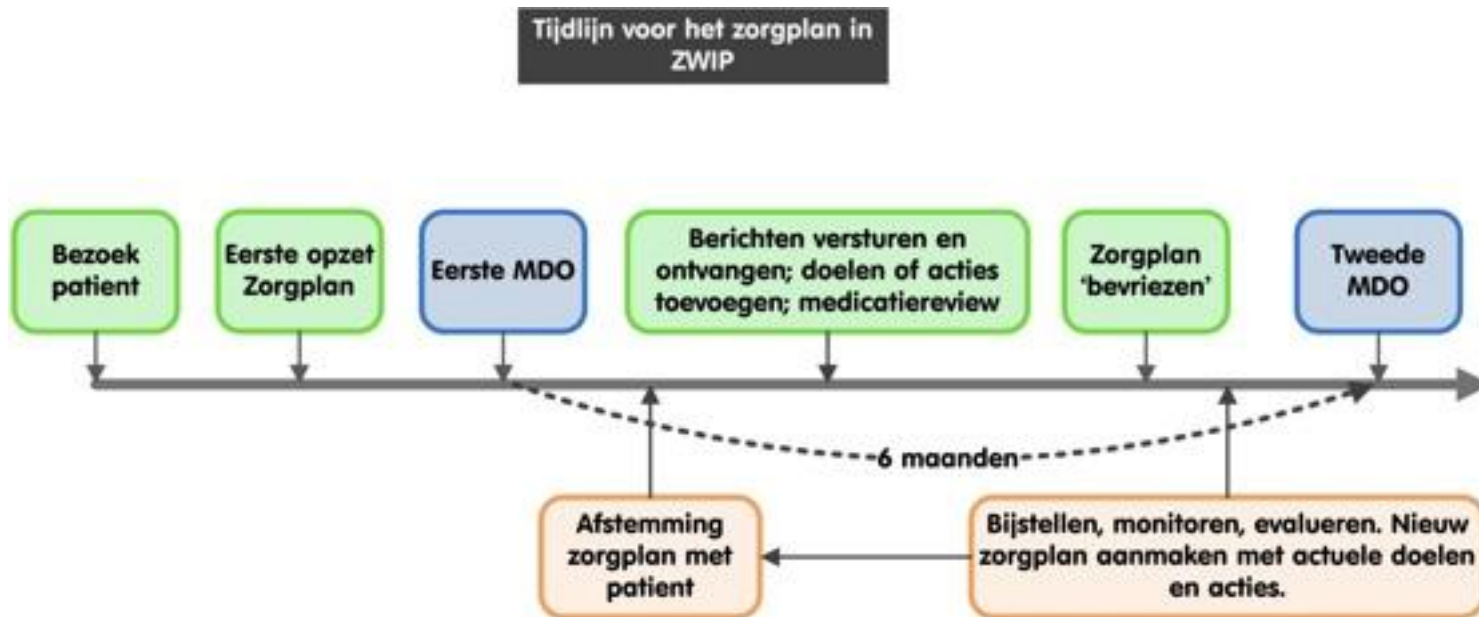
OD: Oudere    MZ: Mantelzorger    CM: Case manager    HA: Huisarts    SO: Specialist Ouderengeneeskunde    OA: Ouderenadviseur

### Benodigd materiaal

- o Zorgportaal/ZWIP en een Digipas met inlogcode
- o Format zorgplan

## 2. Tijdlijn zorgplan

In onderstaand figuur is weergegeven welke acties er ondernomen worden om van screening naar zorgplan en MDO te komen. Deze acties zijn in hoofdstuk 3 nader uitgewerkt.



### 3. Werkwijze zorgplan

Stap	Toelichting werkwijze	Verantwoordelijke / bevoegde	Wanneer?	Hulpmiddelen
<b>Bezoek patiënt</b>				
1.	Inventariseer de zorg- en welzijnsvragen met behulp van het Easycare instrument; Vragenlijst voor oudere en vragenlijst mantelzorger (laten) invullen	CM; OD en MZ	Tijdens het huisbezoek	Easycare instrument – zie hiervoor de website van 100 -> tools voor professionals -> Easycare
2.	Koppel de bevindingen Easycare terug aan huisarts. Bedenk: is er nog aanvullende diagnostiek nodig door huisarts of casemanager voorafgaand aan het eerste MDO.	CM; HA		
3.	Nadere zorgdiagnostiek; waar nodig zal na de screening een extra huisbezoek plaatsvinden om nader onderzoek te doen naar zorgvragen en onderliggende problematiek. Denk hierbij aan: <b>P</b> robleem; <b>E</b> tologie; <b>S</b> ymptomen Zie ook stap 6 van deze werkwijze	CM; OD en MZ	Extra huisbezoek vóór eerste MDO	Easycare Diagnostiek;  Prezi PES-Methodiek  Zie hiervoor de website van 100 -> tools voor professionals -> eerstelijns praktijkwijzer -> Stap 3. Zorg
<b>Eerste opzet zorgplan</b>				
4.	Maak het zorgplan aan in ZWIP. Vul je naam in als <i>coördinator</i> (uitklapscherm: Behandeldoel en – beperkingen). Vul zo nodig het vak ' <i>Aanvullende gegevens</i> ' in. Te denken valt aan aanvullende informatie (die niet in TOS te vinden is) over woonsituatie, sociale situatie, compenserende of belastende factoren, zoals aanwezigheid en belasting/ belastbaarheid	CM	Voor het MDO	Zorgportaal/ZWIP, tabblad 'Zorgplan'

Stap	Toelichting werkwijze	Verantwoordelijke / bevoegde	Wanneer?	Hulpmiddelen
	mantelzorgers; wijze van dagbesteding; kwaliteit van het netwerk of het ontbreken daarvan. Let op: deze informatie is ook te vinden onder de tabbladen 'screening' en 'ondersteuning'.			
5.	Vertaal de zorg en welzijnsvragen naar SFMPC-domeinen* (zie pagina 12 van dit document)	CM	Voor het MDO	Zorgportaal/ZWIP, tabblad 'Zorgplan', SFMPC-matrix
6.	Voer de zorgvragen in middels de SFMPC-matrix in ZWIP. Kies een domein (S, F, M, P, C) Zoek het probleem op in de lijst en vink het aan. Formuleer het probleem specifiek voor deze oudere: Hoe uit het zich bij deze oudere? Welke hinder ervaart deze oudere?  Gebruik de PES-methode: Geef de mogelijke oorzaken of onderliggende factoren (de Etiologie) en de uitingsvormen (de Symptomen) van het Probleem aan. Gebruik hiervoor de volgende zin: <i>Probleem (P) .. is ontstaan door (E) ... en uit zich in (S)... Probeer de verschillende domeinen SFMPC op deze manier aan elkaar te relateren.** (zie voorbeeld op pagina 13 van dit document).</i>	CM  HA, SO en OA vullen aan	Voor het MDO  Tijdens het MDO Evt bijstellen na het MDO	Zorgportaal/ZWIP, tabblad 'Zorgplan', SFMPC-matrix Prezi PES-Methodiek
7.	Benoem de actuele problemen en daarnaast de chronische aandoeningen waarmee nu of toekomstig rekening moet worden gehouden (ook als daarvoor reeds adequate zorg is geregeld). Bedenk: niet alle chronische aandoeningen vragen nu een uitgewerkt doel en actie	CM  HA (en SO) vult aan	Doorlopend  Tijdens het MDO	Episodenlijst
8.	Denk na over de prioriteit per zorgprobleem <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welke ernst kent de patiënt toe aan het probleem?</li> <li>• Welke ernst kent de CM toe aan het probleem?</li> <li>• Hoe groot schat de CM de kans op verbetering in?</li> </ul>	CM; OD en MZ	Tijdens of vlak na het huisbezoek	Zorgportaal/ZWIP, tabblad 'Mijn doelen'

Stap	Toelichting werkwijze	Verantwoordelijke / bevoegde	Wanneer?	Hulpmiddelen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe snel is er kans op verbetering?</li> </ul> Deze antwoorden bepalen mede welke problemen direct actie vragen, en welke voorlopig kunnen blijven rusten.			

Stap	Toelichting werkwijze	Verantwoordelijke / bevoegde	Wanneer?	Referentie
<b>9.</b>	Bepaal per geprioriteerd probleem een (behandel)doel; betreft het: <ul style="list-style-type: none"> <li>Achterhalen aard en oorzaak zorgprobleem (diagnostisch)</li> <li>Behoud van het huidige niveau van functioneren (preventief)</li> <li>Herstel van functioneren (curatief)</li> <li>Symptoombestrijding bij onvermijdelijke achteruitgang (palliatief)</li> </ul>	CM; OD en MZ  HA (en SO) vult aan	Voor het MDO  Tijdens het MDO	
<b>10.</b>	Formuleer per doel één of meerdere acties (voorstellen). Benoem ook wat de oudere en/of mantelzorger daar zelf in doen.	CM OD/MZ	Voor het MDO	Zorgportaal/ZWIP tabblad 'Zorgplan', SFMPC-matrix
<b>Eerste MDO</b>				
<b>11.</b>	Voorbereiden van het MDO, bepaal: <ul style="list-style-type: none"> <li>Welke ouderen breng ik in</li> <li>Met welk doel:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Nieuwe (kwetsbare) oudere (actuele en/of potentiële problemen)</li> <li>Specifiek probleem bespreken</li> <li>Samenhang in de zorgverlening bespreken</li> <li>Interventies of gebeurtenissen evalueren</li> </ul> </li> <li>Afstemmen CM's onderling hoe agenda MDO wordt vastgesteld (coördinatie door POH)</li> <li>Agenda aan deelnemers sturen middels Outlook</li> </ul>	CM       CM  CM	5 dagen voor MDO          5 dagen voor MDO  5 dagen voor MDO	

Stap	Toelichting werkwijze	Verantwoordelijke / bevoegde	Wanneer?	Referentie
12.	Vorbereiden van het MDO: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouderen opzoeken in ZWIP</li> <li>• Zorgplan en waar nodig screening bekijken</li> <li>• Opmerkingen en vragen of suggesties noteren om in te brengen</li> </ul>	HA, SO, OA	Voor het MDO	Zorgportaal/ZWIP, tabblad 'Zorgplan', SFMPC-matrix
13.	Leg vast welke professional welke acties uitvoert, gedurende welke periode.	CM	Tijdens of na een MDO, maar ook tussentijds	Zorgportaal/ZWIP, tabblad 'Zorgplan', SFMPC-matrix
14.	Leg evaluatiemomenten en werkwijze vast: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wanneer evalueren?</li> <li>• Welke informatie is er nodig om te kunnen evalueren?</li> <li>• Wie verzamelt deze informatie?</li> <li>• Waar terug te vinden?</li> </ul>	CM	Tijdens een MDO of tussentijds	Zorgportaal/ZWIP, tabblad 'Zorgplan', SFMPC-matrix
15.	In alle bovenstaande stappen neemt de CM het voortouw, de inhoud van het zorgplan komt echter tot stand onder <i>gedeelde</i> verantwoordelijkheid van alle leden van het MDO. Elke discipline controleert eigen doelen, acties en handelen alsmede de samenhang met de doelen van de andere disciplines zoals genoteerd in het zorgplan.	MDO-leden	Na MDO	Zorgportaal/ZWIP, tabblad 'Zorgplan', SFMPC-matrix
16.	Nagaan, is er een indicatie (AWBZ, WMO) die de benodigde zorg mogelijk maakt? Moet (uitbreiding) indicatie worden aangevraagd?	CM	Voor, tijdens of na een MDO en tussentijds	Zorgportaal/ZWIP, tabblad 'aanvragen WMO en CIZ'
17.	Oudere en mantelzorger (en/of contactpersonen) vernemen de resultaten van de behandelbespreking.	CM	Binnen 2 weken na het MDO	
18.	Vastleggen mutaties: Wanneer ouderen verhuizen/ in een verzorgings- of verpleeghuis worden opgenomen/ overlijden, dient dit in de followup-status in het EasyCare-werkscherm ingevoerd te worden inclusief datum van mutatie	CM	Binnen 1 week na de mutatie	



## 4. Format Zorgplan

- **Behandeldoel en –beperkingen:** Hier wordt gevraagd naar het hoofddoel zoals de oudere dit zelf formuleert. Daarnaast staat er een reminder voor de huisarts om met de oudere het behandelbeleid te bespreken, inclusief eventuele beperkingen zoals niet reanimeren. Vul in elk geval in: naam casemanager als coördinator
- **Aanvullende gegevens:** samenvatting van woonsituatie, sociale situatie en compenserende of belastende factoren, zoals aanwezigheid en belasting/belastbaarheid mantelzorgers; wijze van dagbesteding; kwaliteit van het netwerk of het ontbreken daarvan
- **SFMPC-matrix:** (zie werkwijze punt 6)

<b>Somatisch</b>				
<b>Probleem</b>	<b>Behandeldoel</b>	<b>Acties</b>	<b>Door wie</b>	<b>Evaluatie</b>
<i>Benoem zowel acute als chronische Somatische aandachtspunten (zie werkwijze punt 7)</i>				
<b>Functioneel</b>				
<b>Probleem</b>	<b>Behandeldoel</b>	<b>Acties</b>	<b>Door wie</b>	<b>Evaluatie</b>
<i>Welke functionele beperkingen verhogen de kwetsbaarheid?</i>				
<b>Maatschappelijk</b>				
<b>Probleem</b>	<b>Behandeldoel</b>	<b>Acties</b>	<b>Door wie</b>	<b>Evaluatie</b>
<i>Welke belemmeringen zijn er in de woonomstandigheden of in de mogelijkheid om deel te nemen aan betekenisvolle activiteiten?</i>				

<b>Psychisch</b>				
<b>Probleem</b>	<b>Behandeldoel</b>	<b>Acties</b>	<b>Door wie</b>	<b>Evaluatie</b>
<i>Welke cognitieve en/of psychische beperkingen verhogen de kwetsbaarheid?</i>				
<b>Communicatief</b>				
<b>Probleem</b>	<b>Behandeldoel</b>	<b>Acties</b>	<b>Door wie</b>	<b>Evaluatie</b>
<i>Welke zintuiglijke beperkingen verhogen de kwetsbaarheid?</i>				

**Vertaling van TOS naar SFMPC\*** (bij werkwijze, punt 5):

<b>TOS-domeinen</b>	<b>SFMPC-domeinen</b>
1 Medicatiegebruik	Somatisch
2 Geheugen	<i>Info uit TOS-domein 1,4,5</i>
3 Zintuigen	Functioneel
4 Lichamelijk functioneren	<i>Info uit TOS-domein 4,5</i>
5 Mobiliteit/ Vallen	Maatschappelijk
6 Psychisch welbevinden	<i>Info uit TOS-domein 7</i>
7 Sociale context	Psychisch
	<i>Info uit TOS-domein 2,6</i>
	Communicatief
	<i>Info uit TOS-domein 2,3,6,7</i>

**Voorbeelden van weergeven van problemen-etiologie-symptomen (PES-methodiek) en de onderlinge relatie tussen de SFMPC-domeinen\*\* (bij werkwijze, punt 6)**

S:

- Probleem 1: Hinder van kortademigheid; veroorzaakt door COPD/ hartfalen/ verminderde conditie, zich uitend bij inspanning.
- Doel: oorzaak van de kortademigheid opsporen en aanpakken
- Actie: huisarts onderzoekt COPD en hartfalen en stelt hierop zo nodig behandeling in (in 2<sup>e</sup> instantie zn fysio inschakelen)

F:

- Probleem 1 - oudere kan zich niet buitenshuis verplaatsen door de kortademigheid, zie S1
- Doel: eerst somatische oorzaken uitsluiten danwel aanpakken, zie S1
- Actie: op basis van onderzoek S1 behandeling instellen; in 2<sup>e</sup> instantie mogelijk fysio inschakelen of scootmobiel aanvragen
- Actie: patiënt kan benoemen wat de kortademigheid beïnvloedt en kan de leefstijl die hierbij past toepassen.

M:

- Probleem 1: Oudere kan kinderen op afstand niet bezoeken door afhankelijkheid in transfers buitenshuis (F1), door kortademigheid (S1)
- Doel: kan haar kinderen in Noord-Holland opzoeken
- Actie: ouderenadviseur ondersteunt bij aanvraag taxi-vervoer, en kijkt tevens mee naar mogelijkheden vervoer in directe omgeving (in afwachting van uitkomsten/verbeteringen in S1)