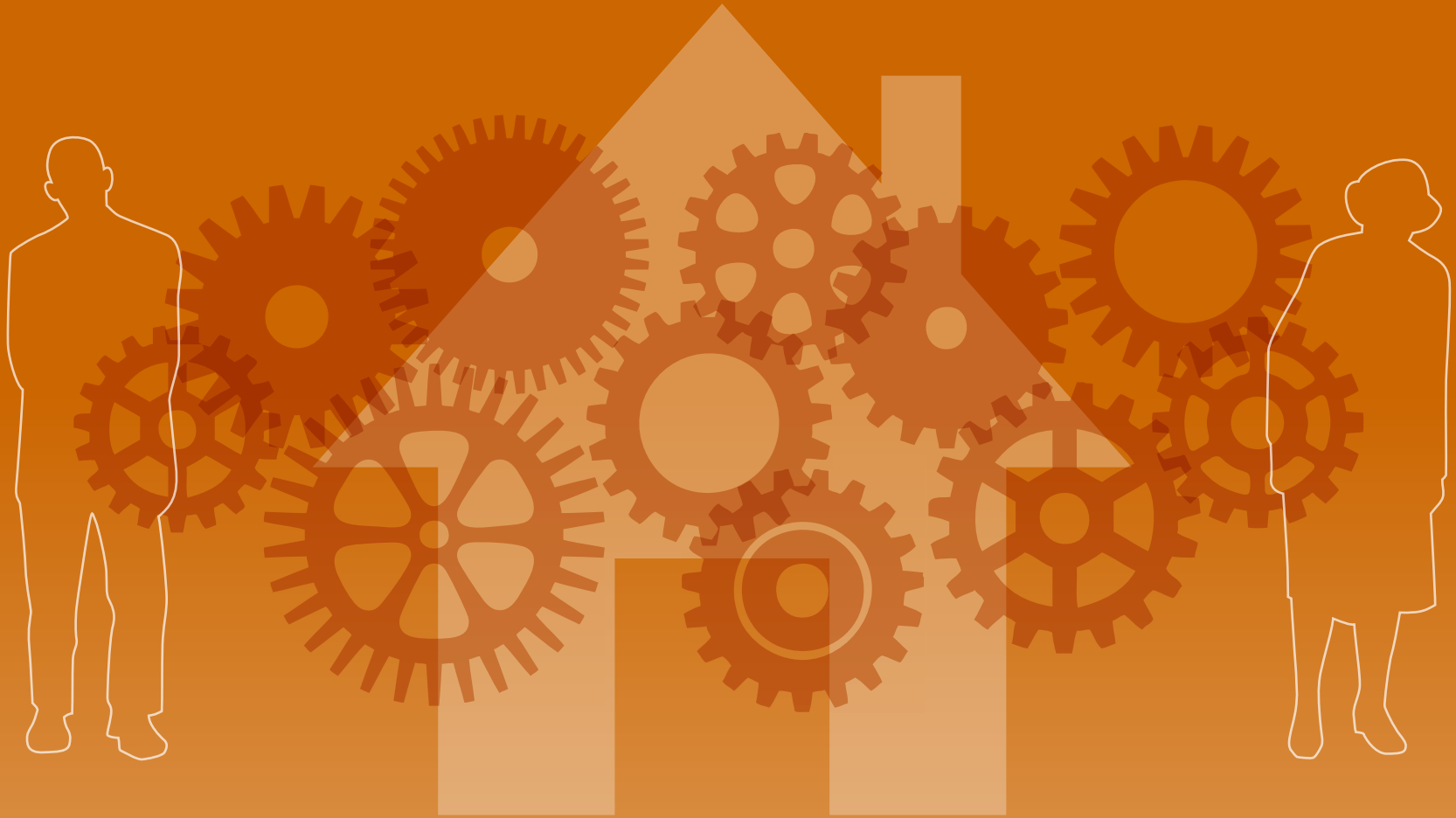


maart 2021



Kwetsbare ouderen thuis

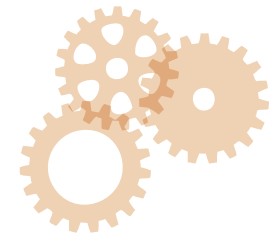
handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk

DISCLAIMER

Deze handreiking voor 'Kwetsbare ouderen thuis- Integrale zorg en ondersteuning in de wijk' presenteert een ambitieus beeld, ontwikkeld door dertien landelijke organisaties uit het medisch-, zorg- en sociaal domein. De kern van de handreiking bestaat uit zes stappen die in de praktijk nuttig blijken bij het leveren van persoonsgerichte, proactieve en samenhangende zorg en ondersteuning aan thuiswonende kwetsbare ouderen. De mogelijke rol- en taakverdeling van de betrokken professionals én de kwetsbare oudere zelf komt in de handreiking ook aan de orde. Het document is bedoeld als handreiking voor lokale en regionale partijen, om samen te gebruiken in de besprekingen over hoe de care en cure en ondersteuning rond en met de kwetsbare ouderen thuis (met de familie en het sociaal netwerk) beter kan worden georganiseerd. Het document heeft daarmee geen verplichtend karakter en er kunnen ook geen rechten aan worden ontleend.

Deze proactieve, persoonsgerichte en samenhangende zorg is uitsluitend mogelijk als aan bepaalde randvoorwaarden is voldaan. De afspraken over deze randvoorwaarden worden regionaal tussen de betrokken partijen gemaakt, passend bij de regionale situatie om de zorg voor kwetsbare ouderen op de gewenste wijze te kunnen bieden.

Het gebruik van de handreiking in de praktijk zal moeten uitwijzen of deze aanpak kan worden gevolgd en bijdraagt aan kwaliteit van leven, kwaliteit van zorg, arbeidssatisfactie en doelmatigheid van zorg voor kwetsbare ouderen thuis. Het advies is daarom om lokaal en regionaal de resultaten van zorg en ondersteuning, vanuit meerdere invalshoeken, te blijven monitoren en de resultaten daarvan te delen om zo te kunnen leren wat werkt bij de zorg voor ouderen.



INHOUD

Context	4 >
Doelgroep van de Handreiking: complexe kwetsbaarheid	5 >
Uitgangspunten bij deze handreiking	6 >
Verbinding met sociaal domein	7 >
Verbinding bredere eerste lijn	7 >
Regie oudere/mantelzorg	8 >
Vroegsignalering	8 >
Leeswijzer	8 >
Vroegsignalering in de thuissituatie	9 >
Het 6-stappen plan	13 >
Stap 1 Signalering	14 >
Stap 2 Gesprek met oudere	17 >
Stap 3 Uitgebreid assesment/multi-domeinanalyse bij kwetsbare ouderen	20 >
Stap 4 Bespreken van de bevindingen in het kernteam	23 >
Stap 5 Bespreking in MDO	26 >
Stap 6 Bespreken zorgplan met oudere en familie, uitvoeren en evalueren	28 >
Rollen en taken betrokken professionals en ouderen	31 >
Bijlagen	44 >
Colofon	47 >



CONTEXT

Het aantal ouderen in Nederland stijgt de komende jaren explosief. In 2040 is de demografische groei op zijn hoogtepunt van de vergrijzing en telt Nederland naar verwachting meer dan een kwart 65-plussers (CBS, 2017). Onder invloed van transities in de ouderenzorg wonen ouderen langer thuis. De combinatie van deze ontwikkelingen leidt tot druk op de acute zorgketen (zie recente berichtgeving van huisartsenposten en spoedeisende hulpafdelingen). Vanuit maatschappelijk perspectief is het belangrijk om de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment te bieden om de zorg behapbaar en betaalbaar te houden. Dit vraagt een andere benadering van de doelgroep kwetsbare ouderen, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen inhoud, organisatie en proces en benodigde randvoorwaarden.

Tegen deze achtergrond is een projectgroep met partijen uit het medisch en sociaal domein¹ aan de slag gegaan met de uitvoering van een Plan van Aanpak dat in september 2017 bestuurlijk is vastgesteld*. De werkgroep 'doelgroep en geïntegreerde aanpak' heeft de opdracht gekregen om op basis van beschikbare literatuur en de nieuwste inzichten een handreiking te ontwikkelen voor persoonsgerichte, proactieve en samenhangende zorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen. De inhoud is gebaseerd op de elementen die ook uit de eerdere landelijke inventarisatie van ARGO² naar voren kwamen, zoals: casefinding, diagnostiek en bepaling van kwetsbaarheid, multidisciplinair overleg, individueel zorgleefplan, zorgcoördinatie en gegevensuitwisseling en waarover in het land brede consensus lijkt te bestaan. Deze elementen komen terug in het 6-stappenplan dat de kern van de handreiking vormt.

Het stappenplan vindt zijn oorsprong in de 'Handreiking Kwetsbare Ouderen' van Vilans uit 2014 die door een werkgroep met vertegenwoordigers van betrokken partijen is vereenvoudigd en geactualiseerd. Hierbij zijn actuele ontwikkelingen meegenomen die cruciaal blijken voor de integrale zorg bij kwetsbare ouderen, waaronder de samenwerking met het sociaal domein en de regie van ouderen en mantelzorger zelf. Vilans heeft hieraan een specifieke bijdrage geleverd door content op te halen vanuit het perspectief van ouderen en professionals uit het sociaal domein. De handreiking voor 'Integrale zorg en ondersteuning in de wijk' beschrijft in een 6-stappenplan WAT de zorg voor kwetsbare thuiswonende ouderen betekent en geeft tips en suggesties HOE deze zorg kan worden geboden. De nieuwe handreiking biedt onder meer tools voor vroegsignalering (het in beeld krijgen van de doelgroep) en de stappen om tot een geïntegreerde

aanpak van de zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen te komen.

Met de handreiking wordt de zorg voor kwetsbare ouderen op meerdere niveaus ondersteund:

- individuele zorgverleners maken kennis met bruikbare ideeën en suggesties en kunnen hiermee snel aan de slag;
- samenwerkingsinitiatieven worden handvatten aangeboden om de zorg op lokaal en regionaal niveau te organiseren;
- beroeps- en brancheorganisaties krijgen aanknopingspunten aangereikt om op landelijk niveau te werken aan het oplossen van knelpunten en belemmeringen.

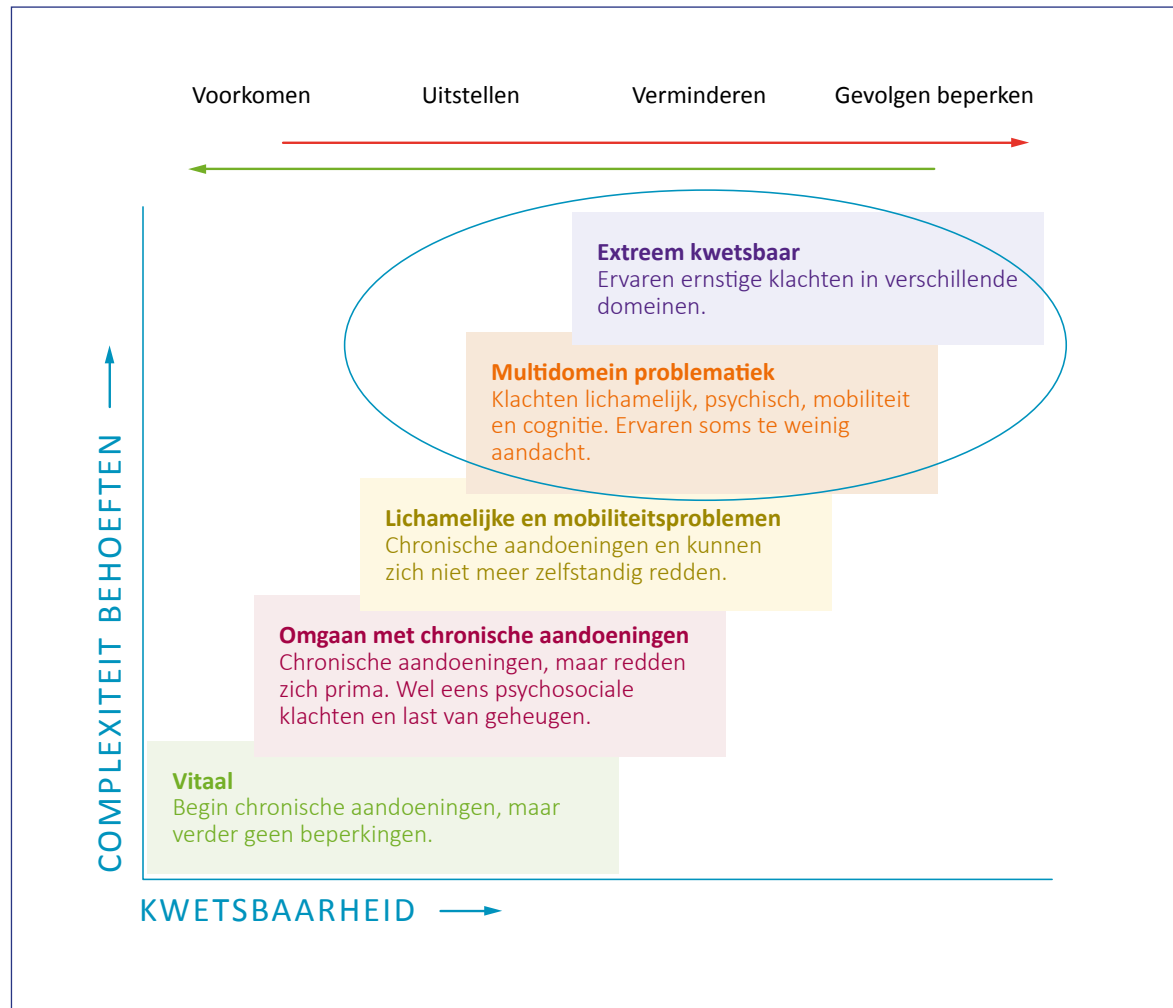
¹ De betrokken organisaties uit het medisch en sociaal domein die bij de uitvoering van het plan van aanpak betrokken zijn (in alfabetische volgorde): ActiZ, InEen, KNGF, KNMP, Laego, LHV, NHG, Patiëntenfederatie Nederland, Sociaal Werk Nederland, V&VN, VNG, VWS en ZN.

² Inventarisatie en analyse van multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen (ARGO, 2016).

Doelgroep van de Handreiking: complexe kwetsbaarheid

Kwetsbaarheid is een dynamisch begrip, variërend in complexiteit van zorg- en ondersteuningsbehoefte en diversiteit van de domeinen waarop sprake is van kwetsbaarheid. In het programma Langer Thuis wordt uitgewerkt dat om kwetsbare ouderen goed te helpen, het belangrijk is om aan te sluiten bij hun behoeften en wensen, en bij wat iemand zelf kan. Goede zorg aan zelfstandig thuiswonende ouderen draait om het bieden van persoonsgerichte, proactieve en multidisciplinaire zorg en ondersteuning.

De complexe zorg die in deze Handreiking wordt beschreven in de laatste 4 stappen van het 6-stappenplan richt zich specifiek op de groep kwetsbare ouderen waarbij ingezet wordt op het verminderen van de gevolgen en/of het beperken van de gevolgen. In het schema betreft het dus die kwetsbare ouderen waarbij sprake is multidomein problematiek en extreem kwetsbare ouderen. We noemen dit ouderen waarbij sprake is van complexe kwetsbaarheid.



UITGANGSPUNTEN BIJ DEZE HANDREIKING

De Handreiking kwetsbare ouderen 2014 (Wind et al, Vilans) was een belangrijke eerste stap richting geïntegreerde zorg thuis rond kwetsbare ouderen, waarna in 2017 met de LESA concrete samenwerkingsafspraken tussen partijen in de eerste lijn werden vormgegeven (LESA Zorg voor kwetsbare ouderen 2017, door NHG en V&VN).

Uitgangspunten voor integrale zorg en begeleiding rond kwetsbare ouderen LESA Zorg voor kwetsbare ouderen, 2017

Bekijk het artikel 'Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen'.

- **Kwaliteit van leven**

Mogelijkheden van behandeling en zorg worden zorgvuldig afgewogen tegen mogelijke nadelen, bijwerkingen en kwaliteit van leven. Belangrijk is om zich te realiseren dat kwaliteit van leven door ouderen verschillend wordt ingevuld en dat de invulling kan veranderen als de omstandigheden veranderen.

- **Eigen regie**

Goede zorg voor ouderen sluit zoveel mogelijk aan bij de wensen, behoeften, verwachtingen en mogelijkheden van ouderen.

- **Participatie in de samenleving**

Huisarts en verpleegkundige hebben oog voor de sociale omstandigheden en betrekken tijdig zo nodig welzijn/sociaal werk als paramedici.

- **Cliëntgerichtheid en continuïteit**

De oudere of diens vertegenwoordiger bepaalt zelf de doelen; betrokken hulpverleners pakken deze doelen gezamenlijk op.

- **Teamwerk**

De complexe problematiek vereist teamwerk.

Met als uitgangspunt deze LESA heeft de werkgroep verkend waar mogelijk aanvullingen op de Handreiking uit 2014 zouden kunnen plaatsvinden om te komen tot persoonsgerichte, proactieve en samenhangende zorg voor kwetsbare ouderen in de regio/wijk. Het eerste doel daarbij is de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers zo goed mogelijk in stand te houden en crises zoveel mogelijk te voorkomen. Een tweede doel is de zorg en ondersteuning thuis in de eerste lijn 'houdbaar' te houden. De verbinding met de zorg in ANW-uren (zorg buiten de normale uren) is daarbij een belangrijk aandachtspunt.

De analyse van de werkgroep gaf aan dat er op de volgende punten aanvulling nodig was:

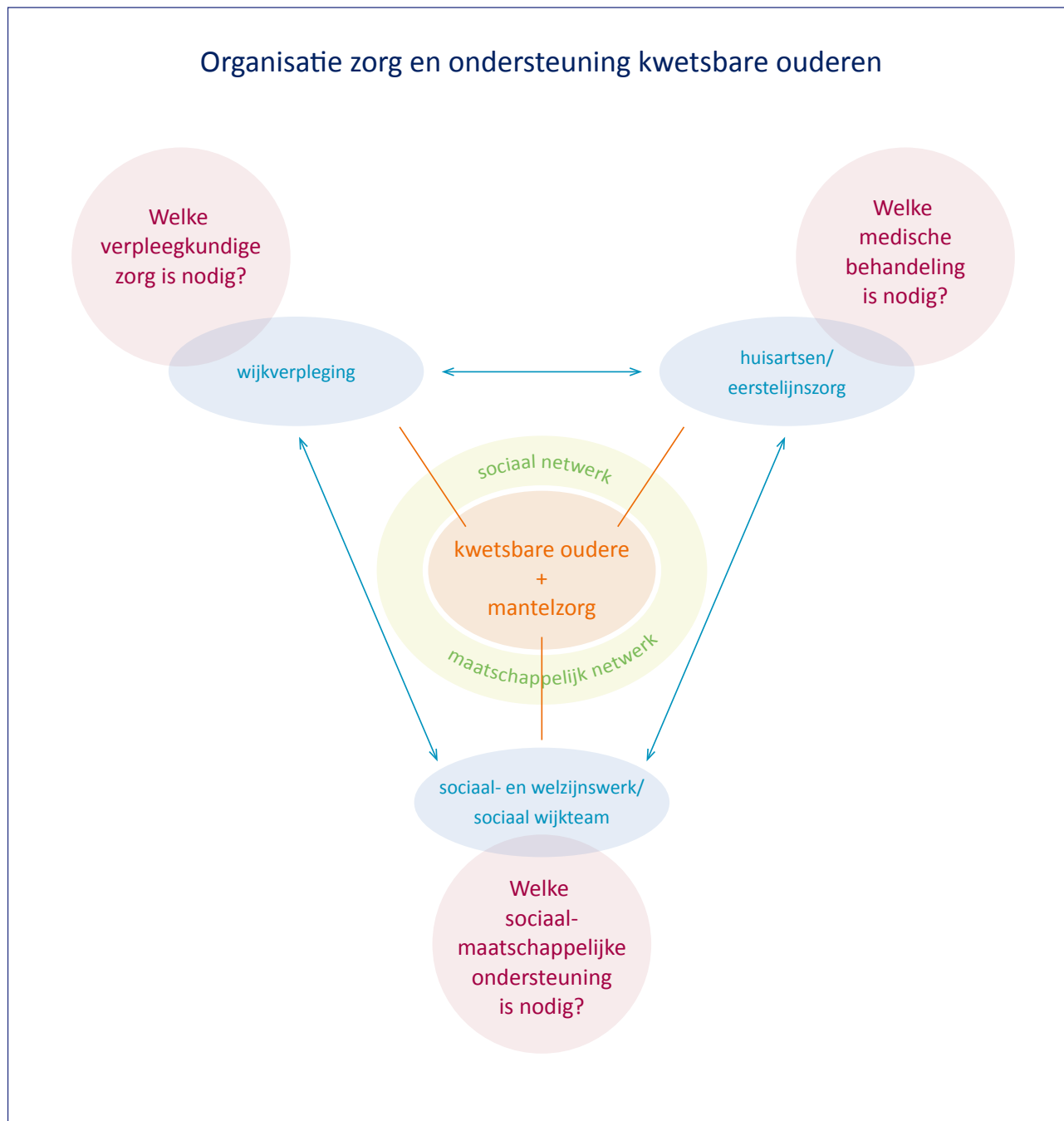
1. verbinding sociaal domein en bredere eerste lijn
2. regie oudere/mantelzorg
3. vroegsignalering
4. en de hieruit volgende implicaties voor kernteam, organisatie van de zorg.

Verbinding met sociaal domein³

Het bieden van integrale ondersteuning en zorg, gericht op alle levensdomeinen van mensen vergt nauwe samenwerking tussen zorg en welzijn. De huisarts⁴ en de wijkverpleegkundige kunnen deze integrale ondersteuning niet alleen bieden. Op het moment dat er (ook) vooral sociale problematiek speelt, zoals vereenzaming, gebrek aan zingeving en zelfverwaarlozing, is samenwerking met en verwijzen naar het sociaal werk, het sociaal wijkteam of vrijwilligerswerk geboden. In de praktijk zijn zorg en welzijn echter vaak nog gescheiden werelden.

Verbinding bredere eerste lijn

Kwetsbare ouderen hebben vaak met verschillende eerstelijnszorgverleners te maken. Het is belangrijk dat dit aanbod onderdeel is van de integrale zorg. Een aantal groepen (tandartsen, (geriatrie)fysiotherapie, apotheek, diëtetiek) hebben hiervoor in eigen kring richtlijnen of leidraden voor ontwikkeld of zijn hiermee bezig. In het 6-stappenplan wordt waar mogelijk per stap de verbinding met deze zorgverleners gelegd.



³ Sociaal domein betreft alles wat er vanuit het gemeentelijk domein (Wmo) uitgevoerd en gefinancierd wordt: van toegang tot de maatschappelijke ondersteuning, sociaal wijkteam, sociaal werk, wijkvoorzieningen, hulp bij het huishouden, begeleiding, dagbesteding, mantelzorgondersteuning, etc.

⁴ Met 'huisarts' wordt in het hele document bedoeld huisarts en/of medewerker van de huisartsenpraktijk zoals POH en praktijkverpleegkundige.

Regie oudere/mantelzorg⁵

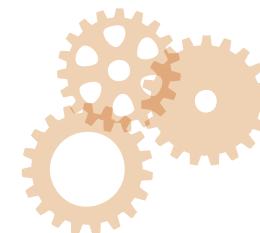
In de ontwikkeling van de Handreiking kwetsbare ouderen uit 2014 zijn patiënten en/of ouderenorganisaties niet of nauwelijks betrokken. Bij de totstandkoming van de LESA is hierin wel voorzien, verschillende belangenpartijen zijn geconsulteerd (o.a. Patiëntenfederatie, UniekBO, PCOB, NOOM en Pharos). Eind 2017 werd het **Pleidooi voor een ouderenvriendelijke samenleving** gepubliceerd. In 2018 presenteerden de ouderen van BeterOud een Toetsingskader, een hulpmiddel waarin beschreven is wat ouderen belangrijk vinden bij wonen, welzijn en zorg. De hier gepresenteerde aanpak is langs die meetlat gelegd: 'Wat vinden ouderen zelf'. De laatste jaren zijn er methoden ontwikkeld om daadwerkelijk invulling te geven aan de regie van de oudere zelf. In verschillende regio's wordt gewerkt vanuit het concept Positieve Gezondheid. De Patiëntenfederatie Nederland heeft met Mijnkwaliteitvanleven.nl een tool ontwikkeld voor ouderen zelf om invulling te geven aan wat zij belangrijk vinden. De Handreiking met het 6-stappenplan past in bovengenoemde ontwikkelingen. Het is daarbij belangrijk aandacht te hebben voor kwetsbare ouderen met beperkte gezondheidsvaardigheden en regiemogelijkheden: zij hebben eventueel hulp nodig bij het invulling geven aan hun regiefunctie.

Vroegsignalering

Tijdig goede zorg en ondersteuning (pro-actief) bieden aan kwetsbare ouderen kan leed voor ouderen en mantelzorg voorkomen en crisissituaties voorkomen. Het is dus belangrijk te signaleren, en ervoor te zorgen dat er iets wordt gedaan met die signalen, dit betekent pro-actief handelen. Er kan door verschillende partijen worden gesignaleerd dat er iets aan de hand is dat duidt op (vergroete) kwetsbaarheid van een oudere. In de eerste plaats in de directe omgeving van de oudere: door mantelzorgers, burens, vrijwilligers van verenigingen en of de kerk, woningbouwcoöperatie of welzijnsorganisatie bijvoorbeeld. Maar ook door andere eerstelijns hulpverleners als paramedici, de apotheek of tandarts.

Leeswijzer

In het hoofdstuk 'Vroegsignalering in de thuissituatie' wordt ingegaan op de fase voordat de oudere in beeld komt van de huisartspraktijk, vroegsignalering in de thuissituatie. Deze fase gaat vooraf aan een geïntegreerde aanpak van de zorg. De huisartspraktijk kan ook zelf aan gerichte case-finding doen, zowel op basis van signalen uit de omgeving als op eigen initiatief. Dat vormt het startpunt van het **6-stappen plan**.



⁵ Met de term mantelzorg bedoelen we een persoon uit de naaste omgeving van de oudere die hulp/zorg verleent aan de oudere.

VROEGSIGNALERING IN DE THUISSITUATIE

In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan vroegsignalering. Pro-actieve zorg houdt in het vroegtijdig signaleren van ‘problemen’ om latere escalatie te voorkomen. Verschillende beroepsgroepen in het medische en sociale domein hebben tools ontwikkeld om eerste signalen op te merken. Enkele daarvan worden in dit hoofdstuk beschreven. Geïntegreerde pro-actieve zorg vergt een samenbrengen van signalen vanuit verschillende betrokkenen, en dus samenwerking tussen alle betrokkenen in de wijk/regio. In de praktijk blijkt die samenwerking moeilijk tot stand te komen. We beschrijven een tool om elkaar beter te leren kennen en hopen met enkele goede voorbeelden inspiratie te bieden om tot een betere samenwerking in de eigen wijk/regio te komen.

Wat vinden ouderen zelf

In het toetsingskader van de ouderen van BeterOud is in 2.3 (tijdig signaleren van problemen) omschreven waar de signalering zich volgens ouderen op moet richten, en hoe de signalering er uit moet zien. De stappen vroegsignalering, stap 1 en stap 2 zijn opgesteld in de geest van de in het kwaliteitskader genoemde aandachtspunten.

Bekijk het artikel ‘Toetsingskader’.

De ouderen van BeterOud hebben 6 aandachtspunten geformuleerd waar de signalering zich op moet richten en hoe de signalering er uit zou moeten zien.

De zes aandachtspunten van de ouderen van BeterOud

- **1. Kijk niet alleen naar gezondheid van ouderen, maar naar alle levensdomeinen.**

Signalering moet zich richten op het sociale, het fysieke, het psychische en het existentiële domein. Deze domein hangen samen, vermindering van het functioneren op het ene domein kan tot vergroting op een ander domein leiden. De benadering ‘positieve gezondheid’ (Huber) sluit hier goed op aan. De ouderen van BeterOud vinden het meest belangrijke terrein om te signaleren: ‘meedoen’: heeft de oudere nog contacten, worden ze serieus genomen, kunnen ze met anderen leuke dingen doen, horen ze er nog bij, hebben ze nog interesse in de wereld om hen heen, doen ze nog zinvolle dingen?

- **2. Baken de doelgroep af, niet alle ouderen lopen risico.**

Maak een voorselectie, bijvoorbeeld o.b.v. belangrijke levensmomenten en selecteer periodiek.

- **3. Beschrijf op welke wijze wordt gesignaleerd.**

Zowel digitaal als via huisbezoek kan worden gesignaleerd: beschrijf waarom je voor een

manier kiest. Heb je veel mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden in je populatie, kies dan niet voor digitaal.

- **4. Kies een benadering die past bij de doelgroep**
Een goede introductie is belangrijk: iemand voelt zich misschien nog niet kwetsbaar, of is dat nog niet. De oudere moet dan nee kunnen zeggen. Belangrijk om informatie schriftelijk aan de oudere te verstrekken.
- **5. Maak gebruik van vertrouwde personen om met ouderen in contact te komen.**

Sluit aan bij de leefwereld van de oudere en maak gebruik van vertrouwde personen. Bijvoorbeeld huisbezoek door de bekende POH, familie aanwezig laten zijn of laten helpen bij het invullen van een vragenlijst.

- **6. Laat het niet bij signaleren alleen. Zorg voor een vervolgstap indien nodig.**

De oudere beslist zelf of er een vervolgstap komt of niet, en hoe die eruit ziet.

> Bekijk de voorbeelden van getoetste projecten

Signalen oudere en diens sociale omgeving

Als eigen regie een centraal uitgangspunt is, is het belangrijk dat er geen drempel is voor ouderen om aan te geven (aan naasten, betrokken hulpverleners, de huisarts) wat zij nodig hebben. Dit vergt een open, luisterende houding van betrokkenen.

Niet pluis gevoel

Vroegsignalering door sociaal netwerk, vrijwilligers en zorg- en hulpverleners wordt steeds belangrijker. Ouderen wonen immers steeds langer thuis. Dan liggen gevaren als eenzaamheid, depressie, dementie, overmatig alcoholgebruik en zelfs ouderen mishandeling op de loer. Is er sprake van ontspoorde mantelzorg? Vaak zijn het vrijwilligers of zorg- en hulpverleners die als eerste hun vermoedens hebben. Maar ook kan de oudere zelf aangeven dat hij of zij ondersteuning nodig heeft. Het kan moeilijk zijn om deze Niet Pluis gevoelens om te zetten in actie, waardoor ouderen passende zorg of ondersteuning krijgen. Er bestaan inmiddels effectieve methoden om vrijwilligers en medewerkers van welzijnsorganisaties toevoegen en/of sociale wijkteams te scholen in het signaleren van niet-pluis gevoelens, deze te bespreken met de oudere en zo nodig door te leiden naar een centraal punt, zoals bijv. het wijkteam, de wijkverpleegkundige of de huisartsenpraktijk.

Signalen professionals

1e lijn

Paramedische beroepsbeoefenaren en andere zorg en welzijn professionals in de 1e lijn signaleren veranderingen in het functioneren van ouderen: in de mobiliteit, gewicht

en voeding, in de gebitstoestand en in medicatiegebruik. Verschillende beroepsgroepen hebben ook protocollen ontwikkeld om toenemende kwetsbaarheid vroegtijdig op te sporen.

Wijkverpleging Thuiszorg

Er zijn verschillende signaleringsinstrumenten beschikbaar voor de thuiszorg. Deze zijn bijvoorbeeld opgenomen in de **V&VN Toolbox** indicatieproces.

Apotheek

Voor het apotheketeam is het essentieel dat zij de sociaal maatschappelijke context van de kwetsbare oudere kent. De apotheek moet daarom geworteld zijn in de wijk of het dorp. Het is van belang dat de apotheek meer zichtbaar wordt (zoals bijv. in de animatie BeterOud wie is wie in de wijk). Met kennis van het sociale netwerk krijgt het apotheketeam meer inzicht in de achtergrond en kan signalen beter duiden, delen en samen met andere actie ondernemen. Door de laagdrempeligheid en de hoge contactfrequentie van ouderen met de apotheek biedt deze op het gebied van signalering meer mogelijkheden dan waarvan tot nu toe gebruik wordt gemaakt. In de apotheek worden o.a. verhoogd valrisico, ondervoeding, eenzaamheid, verward gedrag, pijn en incontinentie klachten gesignaleerd, naast allerlei meldingen rond de medicatie.

Het IVM heeft ook materialen en een training rondom vroegsignaleren en BEM voor zorgverleners.

Mondzorg

De vernieuwde **praktijkwijzer 'Zorg aan kwetsbare ouderen in de mondzorgpraktijk'** biedt handvatten voor de inrichting en organisatie van de mondzorgpraktijk, de samenwerking tussen de zorgverleners en vergroot

de kennis van mondzorgverleners over niet-klinische aspecten van de zorg aan kwetsbare ouderen. De praktijkwijzer geeft praktische tips en adviezen en is bedoeld voor tandartsen, mondhygiënist, tandprotheticen en hun ondersteunend team.

Fysiotherapie

De KNGF heeft een **beweegstandaard kwetsbare oudere** ontwikkeld, waarbinnen vroegsignalering een belangrijke rol speelt. Bij kwetsbare ouderen is sprake van een verouderingssyndroom, waarbij een risicoprofiel bestaat dat beïnvloedbaar lijkt met behulp van leefstijlinterventies.

Ergotherapie

Ergotherapie stelt het dagelijks functioneren van de kwetsbare oudere (en mantelzorger) centraal. Het EDOMAH programma is een bewezen effectief programma voor ouderen met dementie en hun mantelzorger aan huis.

Diëtetiek

Signalering van ondervoeding vindt vaak plaats door de verpleegkundige. Deze schakelt vervolgens de diëtist in.

2e lijn

Ziekenhuisopname en daaropvolgend ontslag uit het ziekenhuis is een bekende risicofactor voor kwetsbaarheid. In een aantal regio's is, in het kader van het NPO programma, een **Transmurale Zorgbrug** ontwikkeld. De Transmurale Zorgbrug richt zich op meer functiebehoud en zelfstandigheid van ouderen thuis na een ziekenhuisopname. De resultaten van deze interventie tonen dat bij een persoonlijke overdracht de sterfte dertig dagen na opname met 36% vermindert.

Sociaal domein

Het sociaal domein omvat naast sociaal werk en welzijnswerk vaak ook het sociaal wijkteam; een en ander is afhankelijk van hoe het in een gemeente is ingericht

Wat is nodig voor een goede samenwerking tussen huisarts en wijkteam (indien aanwezig) of welzijnsorganisaties/sociaal werk in de buurt?

Zie infographic 'De juiste professional op het juiste moment'.

- Eerste voorwaarde is dat je elkaar kent en weet waarvoor je elkaar kunt betrekken, daarna pas komt een samenwerking tot stand.
- Maak duidelijke werkafspraken, zodat ook voor de huisarts duidelijk is wanneer hij contact met het wijkteam kan opnemen en andersom. Communicatie is hierbij het toverwoord.
- Koppel terug na een verwijzing of contact. De huisarts wil graag weten hoe het gaat met 'zijn' patiënt na een interventie, welke zorg is ingezet en hoe het verloopt, en vice versa.
- Zorg voor een vaste contactpersoon in het wijkteam voor de huisarts, zodat hij weet wie van het wijkteam hij kan benaderen. Uiteraard kan er op casusniveau contact zijn met een ander wijkteamlid.
- Maak ook fysiek korte lijnen. Lokaliseer het wijkteam in of nabij een eerstelijnspraktijk of gezondheidscentrum. Korte lijnen maken het voor zowel huisarts als wijkteam gemakkelijker, maar ook voor de inwoner is het prettig als de overgang naar een andere zorgverlener gemakkelijk en laagdrempelig verloopt.

Er zijn inmiddels verschillende modellen ontwikkeld. In genoemde publicatie staan verschillende voorbeelden,

zoals bijvoorbeeld het model Utrecht, Eindhoven, Haarlem, Walcheren.

Zie pagina 8 van infographic 'Het 3-gesprek aan de hand van het vier-domeinen model'.

Wanneer verwijzen naar sociaal domein

Movisie; Langer Thuis: medisch en sociaal verbonden.

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

- In grote lijnen geldt dat als de gezondheidsklachten niet voornamelijk door medische problemen veroorzaakt lijken te worden hebben en bij klachten die niet bij een psycholoog of psychiater passen, toeleiding naar het sociale domein op zijn plek kan zijn. Daarbij is het de kunst om goed aan te voelen en na te gaan of iemand verwezen wil worden en waar de drempels liggen.
- De kans op een succesvolle verwijzing is het grootst als er 'warm verwezen' wordt: de eerstelijnszorgverlener vraagt dan aan de patiënt of het goed is als hij of zij de contactgegevens doorgeeft aan een sociaal werker. De sociaal werker neemt vervolgens contact op met de patiënt en wacht niet totdat deze zich meldt.

De infographic 'Wie is wie in de wijk?' biedt inzicht in wie belangrijke spelers zijn én wat hun belangrijkste taken zijn, vanuit perspectief van de oudere.

In de infographic komt de bredere eerste lijn niet gedetailleerd in beeld, het is belangrijk om precies te weten wat welke discipline kan betekenen in de zorg en ondersteuning aan oudere en mantelzorg.

Op individueel niveau van de oudere is binnen BeterOud de tool 'Wie is wie' ontwikkeld, waarmee samen met de oudere diens netwerk in kaart kan worden gebracht, verbindingen kunnen worden gelegd en het netwerk kan worden ondersteund.

In dit hoofdstuk is bijeengebracht wat bekend is rond vroegsignalering in algemeen en rond kwetsbare ouderen in het bijzonder. In het 6-stappenplan wordt invulling gegeven aan een pro-actieve geïntegreerde aanpak van de zorg en ondersteuning aan kwetsbare ouderen. Het beginpunt daarin is dat signalen terechtkomen in het wijkteam, bij de wijkverpleegkundige of in de huisartsenpraktijk, afhankelijk van de aard van de problematiek. Vervolgens is er een gesprek met de oudere, uit dat gesprek moet duidelijk worden of en op welke gebieden de oudere en de mantelzorger kwetsbaar zijn en ondersteuning wensen. Die keuzes bepalen wie welke taken in de vervolgstappen uitvoert. Daarin hoeft niet per definitie een centrale rol voor de huisartspraktijk te zijn.

Lokaal moet naar het best passende model worden gekeken. Er zijn bijvoorbeeld grote regionale verschillen in werkwijze sociaal domein, werkdruk, wijkverpleegkundigen en aantal thuiszorgorganisaties en hoe deze functioneren. Het 6-stappenplan geeft aan waar (op welke zorg en ondersteuning) kwetsbare ouderen in Nederland op zouden moeten kunnen rekenen.

Een goede voorbeeld van lokale toepassing van proactieve, integrale zorg en ondersteuning aan kwetsbare ouderen in Utrecht is **OM U 3.0**. In Om U 3.0 staat de samenwerking tussen huisartsen, praktijk/wijkverpleegkundigen, het sociale domein (de basiszorg, buurtteams en de sociale basis, informele zorg) centraal. De stappen in het 'diamantmodel' komen overeen met de 6 stappen in het hier uitgewerkte model.

Vroegsignalering - RIVM

Door het RIVM is veel aandacht besteed aan het inventariseren van de stand van zaken rond vroegopsporing en vroegsignalering in de thuissituatie. De conclusie is dat de vereiste samenwerking van medisch en sociaal domein maar moeizaam tot stand komt. Essentieel is dat men elkaar 'kent': weet van elkaars deskundigheid en competenties.

Wat is ervoor nodig om een kwetsbare ouderen vroeger in beeld te krijgen?

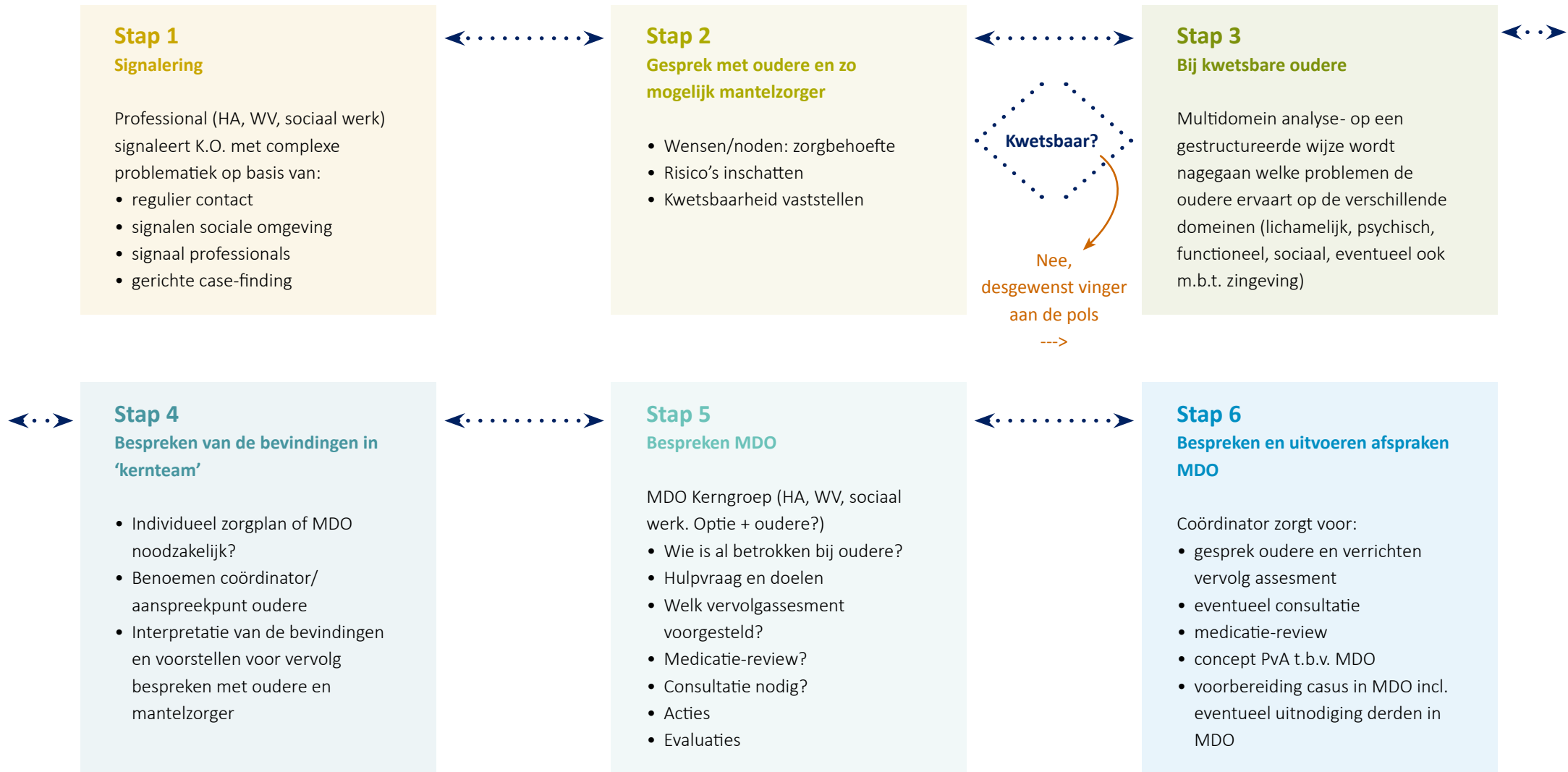
- Ga met relevante organisaties (formeel en informeel) in de wijk of regio in gesprek.
- Ontwikkel een gezamenlijke visie of creëer draagvlak voor integrale zorg en begeleiding rond kwetsbare ouderen. Maak duidelijke afspraken.
- Creëer een centraal coördinatiepunt per gemeente of regio.

bron: RIVM, 2018, [Vroegsignalering bij \(kwetsbare\) ouderen: wat is nodig om samenwerking te verbeteren?](#)



HET 6-STAPPEN PLAN KWETSBARE OUDEREN

De 6 stappen voor proactieve, geïntegreerde zorg en ondersteuning aan kwetsbare ouderen worden hier schematisch beschreven. Daarna volgt per stap een toelichting, inclusief verwijzing naar tools en goede voorbeelden. Soms zijn verdiepingsmodules opgenomen, deze zijn omkaderd in de toelichtingstekst.



Stap 1 Signalering

terug naar overzicht
6-stappenplan

Discipline	Omschrijving	Tools	Goede voorbeelden
Signalering	<p>Signalering</p> <p>Professional (HA, WV, OA) signaleert K.O. met complexe problematiek op basis van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • regulier contact • signalen sociale omgeving • signaal professionals • gerichte case-finding 		
Huisartsenpraktijk	<p>Case-finding</p> <p>Risicofactoren m.b.t. kwetsbaarheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • multimorbiditeit • één of meer geriatric giants (mobiliteitsstoornissen, ondervoeding, communicatiestoornissen, geheugenproblemen, psychische stoornissen en incontinentie) • het ontbreken van een sociaal netwerk • frequent praktijkbezoek • recent verlies van een partner • alleenstaand zijn • een lage opleiding • laaggeletterdheid • een recente ziekenhuisopname • een overbelaste mantelzorger • polyfarmacie • frequent gebruik huisartsenpost/SEH 	<p>BeterOud 'Hoe pak je vroegsignalering aan?'</p>	<p>U-Prim Amsterdamse huisartsen</p>

vervolg stap 1 >

Stap 1 Signalering

Discipline	Omschrijving	Tools	Goede voorbeelden
<p>Sociale omgeving</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantelzorger, familie, buren • Vrijwilligers zoals bijvoorbeeld kerk/parochie, vrouwenvereniging • 'Zakelijk': woningbouw, bezorgdiensten, huishoudelijke hulp, wijkagent, middenstand • Wijkteam, welzijn, sociaal werk, GGD <p>Eerste lijn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wijkverpleging en thuiszorg • Paramedici • Apotheek • Tandarts/mondzorg • HAP <p>Tweede lijn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ziekenhuis (ontslag/transmurale zorgbrug) • SEH (overdracht zorg ANW) • ELV (ontslag) • GRZ 	<p>Niet-pluis gevoel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Naar centraal coördinatiepunt (wijkteam, wijkverpleegkundige of huisartsenpraktijk afhankelijk van aard problematiek) <p>Niet-pluis gevoel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Naar centraal coördinatiepunt (wijkteam, wijkverpleegkundige of huisartsenpraktijk afhankelijk van aard problematiek) <p>Niet-pluis gevoel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Naar centraal coördinatiepunt (wijkteam, wijkverpleegkundige of huisartsenpraktijk afhankelijk van aard problematiek) 	<p>Signalen rond voeding? Goed gevoed ouder worden</p> <p>Om U 3.0: 4D signaalkaart kwetsbare ouderen voor huishoudelijke medewerkers</p> <p>Toolbox indicatieproces</p> <p>Toolkit vroege herkenning en behandeling ondervoeding</p> <p>Dietetiek: Multidisciplinaire richtlijn Ondervoeding</p>	<p>Om U 3.0</p>

Signalen van kwetsbaarheid kunnen zowel bij wijkteam, wijkverpleegkundige of huisartsenpraktijk binnenkomen; via mantelzorger en de sociale omgeving, of via andere professionals (apotheek, fysiotherapie, e.v.a.). De medewerkers van de huisartsenpraktijk kunnen zelf kwetsbaarheid signaleren (assistente, praktijkondersteuner, huisarts, e.a.). De huisartsenpraktijk kan ook aan gerichte case-finding doen door bijvoorbeeld jaarlijks de ingeschreven 75-plussers uit te draaien en te beoordelen op risicofactoren m.b.t. kwetsbaarheid.

Case-finding in de huisartspraktijk op basis van risicofactoren m.b.t. 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 o.a. (LESA kwetsbare ouderen, juni 2017)

- Multimorbiditeit
- Eén of meer geriatric giants (mobiliteitsstoornissen, ondervoeding, communicatiestoornissen, geheugenproblemen, psychische stoornissen en incontinentie)
- Het ontbreken van een sociaal netwerk
- Frequent praktijkbezoek
- Recent verlies van een partner
- Alleenstaand zijn
- Een lage opleiding
- Laaggeletterdheid
- Een recente ziekenhuisopname
- Een overbelaste mantelzorger
- Frequent bezoek aan de huisartsenpost en/of SEH



Case-finding in de huisartspraktijk

Met screeningsinstrumenten kun je de kwetsbaarheid van ouderen vaststellen en benader je ouderen op een systematische manier, bijvoorbeeld met gegevens uit een Huisarts Informatie Systeem. Een prima methode om kwetsbare ouderen te selecteren, ook als ze zorg mijden. De instrumenten zijn o.a. gebaseerd op de risicofactoren m.b.t. kwetsbaarheid. In de NPO studies zijn divers screeningsinstrumenten ontwikkeld en getest. [Kijk voor een beschrijving op de website van BeterOud 'Hoe pak je vroegsignalering aan'.](#)

Signalering van de kwetsbare ouderen start dus met het wegen van signalen uit de omgeving en gerichte case-finding. Hiermee wordt de stepped care methodiek in gang gezet (klein beginnen, indien nodig grootser aanpakken). Of en op welke schaal er moet worden opgeschaald is afhankelijk van wensen en behoeften van oudere en diens naaste omgeving: ervaren zij dat er sprake is van kwetsbaarheid. Dit wordt verkend in stap 2: gesprek met de oudere en mantelzorger.

Stap 2 Gesprek met oudere

terug naar overzicht
6-stappenplan

Discipline	Omschrijving	Tools	Goede voorbeelden
Bepalen van kwetsbaarheid	<p>Gesprek met oudere en zo mogelijk mantelzorger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wensen/noden: zorgbehoefte • risico's inschatten • kwetsbaarheid vaststellen 	<p>Spinnenweb positieve gezondheid</p> <p>Het 4 Domeinenmodel</p> <p>Netwerk rond oudere in kaart brengen</p>	
Huisarts /PVH /POH /wijkverpleegkundige	<p>Aandachtspunten voor het gesprek; Oudere benaderen voor gesprek: doel en gewenste voorbereiding (bijvoorbeeld attenderen op mijn positieve gezondheid/ mijnkwaliteitvanleven.nl)</p>	<p>Aandachtspunten en adviezen voor huisarts, POH en wijkverpleegkundige vanuit ouderen</p> <p>Informatiebrief en informatieblad voor de oudere</p>	<p>Ouderenzorg voor amsterdamse huisartsen (infographic)</p> <p>Voorbeeld bijlage 5 Handreiking ouderen zorg Amsterdamse huisartsen</p>
Oudere/mantelzorger	<p>Voorbereiden op gesprek</p> <p>Gericht op allochtone ouderen</p> <p>Gericht op overbelasting mantelzorg</p> <p>Samen beslissen</p>	<p>Vragenlijsten van Mijnkwaliteitvanleven.nl</p> <p>Positieve gezondheid</p> <p>Begin een goed gesprek</p> <p>Mantelzorg huisartsenpraktijk</p> <p>Mantelzorg overbelasting herkennen</p> <p>Zelfcheck mate van belasting mantelzorger d.m.v. 3-minutencheck</p> <p>Persoonsgerichte zorg, folder samen beslissen ouderen</p>	

Bij mensen met een verhoogde kans op kwetsbaarheid wordt de situatie ingeschat aan de hand van een gesprek met de oudere en zo mogelijk met diens mantelzorger. Dit gesprek kan worden gevoerd door de huisarts, de wijkverpleging of iemand van het wijkteam. Het is belangrijk dat oudere en mantelzorger zich goed kunnen voorbereiden op het gesprek. (zie schema: voorbeeld informatiebrief Amsterdamse ouderen). Hierbij is het belangrijk aan te sluiten bij de achtergrond van de oudere en mantelzorger. Voor verschillende doelgroepen zijn verschillende middelen beschikbaar (zie schema: oudere/mantelzorger)

Doel van dit gesprek is driedelig:

1. nagaan welke mogelijkheden, wensen en noden er zijn
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 door de oudere (en diens mantelzorger) worden acties ingezet door patiënt, mantelzorger, vrijwilligers en professionals. Uiteindelijk beslist de oudere altijd zelf over het vervolg.

Indien er risico's zijn op het ontstaan van kwetsbaarheid in de (nabije) toekomst, worden gerichte adviezen gegeven over het voorkomen ervan (valpreventie, voeding, versterken steunsysteem, sociale zelfredzaamheid, etc.). Waar nodig worden ouderen en mantelzorgers ondersteund in het opvolgen van deze adviezen.

Bij al deze ouderen wordt tevens nagegaan of het dossier op orde is m.b.t. de medische voorgeschiedenis en de medicatielijst. Voor iedereen, maar zeker voor

de alleenwonende ouderen, worden gegevens van een contactpersoon (naam, 06 nummer) genoteerd. Het is belangrijk om al in dit stadium expliciet toestemming te vragen aan oudere en mantelzorger om gegevens te mogen delen met andere betrokken professionals.

Kwetsbaar?

Indien er sprake is van kwetsbaarheid volgt stap 3.

Is er (op dit moment) geen sprake van kwetsbaarheid, koppel dit terug aan de oudere/mantelzorger en spreek af op welke wijze desgewenst 'de vinger aan de pols' wordt gehouden. (Als het signaal vanuit de omgeving van de oudere is gekomen, geef feedback over wat is afgesproken).

Is er sprake van psychosociale problematiek (eenzaamheid, sociaal isolement), overleg dan met de oudere over doorverwijzing naar welzijnsorganisaties in uw wijk/regio. Kijk of er in uw buurt of wijk gewerkt wordt met sociale interventies voor kwetsbare groepen. Een goed voorbeeld van een psychosociale interventie is [Welzijn op recept](#).

Kwetsbaarheid: definitie LESA Zorg voor kwetsbare ouderen (2017)

Een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten. Er zijn geen harde criteria om kwetsbaarheid vast te stellen. Bij kwetsbaarheid is vrijwel altijd sprake van complexe problematiek, andersom hoeft niet. Factoren die (in combinatie met elkaar) ouderen kwetsbaar maken zijn o.a. geriatric giants ([zie katern pagina 16](#)), het ontbreken van een sociaal netwerk, recent verlies van een partner, alleenstaand zijn, lage SES, laaggeletterd zijn en een recente ziekenhuisopname.

Welzijn op Recept

Welzijn op Recept is een alternatief voor het 'traditionele pilletje' voor mensen met psychosociale klachten. Een huisarts verwijst zo'n patiënt door naar een welzijnscoach of schrijft een recept uit voor activiteiten op het gebied van ontmoeting, sport of cultuur. De patiënt ontdekt hierdoor (opnieuw) wat hem of haar gelukkig maakt. De learning community van het kennisnetwerk werkt aan de beschrijving van de effectieve bestanddelen van [Welzijn op Recept](#). Ook ontwikkelt ze een basistraining voor iedereen die aan de slag wil met 'Welzijn op Recept 2.0'.

Verdieping-/verwijzingsmodules

Gesprek met de oudere/mantelzorger - uitnodiging

Het is belangrijk dit gesprek op een goede manier aan te kondigen bij de oudere, en deze de mogelijkheid te bieden zich hierop gericht voor te bereiden. Voor de Amsterdamse huisartsen is een poster 'Ouderenzorg voor Amsterdamse huisartsen' ontwikkeld waarin de belangrijkste uitgangspunten voor het contact vanuit ouderen zijn geformuleerd.

Ook is in de [Amsterdamse Handreiking voor huisartspraktijken](#) een voorbeeld opgenomen van een bruikbare aankondigingsbrief voor een gesprek.

Gesprek met oudere/mantelzorger - voorbereiding

Oudere en mantelzorger kunnen zich voorbereiden op het gesprek door eigen wensen, mogelijkheden en behoeften te expliciteren. Belangrijk is om aan te sluiten op het ervaringsniveau van de oudere.

- Ouderen met een niet-nederlandse achtergrond: In het kader van het Utrechtse zorgnetwerk NUZO is in samenwerking met NOOM een vragenlijst ontwikkeld waarmee ouderen zich kunnen voorbereiden op het gesprek. Meer informatie vindt u op [BeterOud](#).
- [Mijnkwaliteitvanleven.nl](#) is een hulpmiddel om uw eigen situatie in kaart te brengen. Dat gebeurt aan de hand van een vragenlijst. Met [Mijnkwaliteitvanleven.nl](#) kunt u zich voorbereiden op keuzes te maken en uw situatie te bespreken met anderen. Het kan u helpen om onder woorden te brengen hoe het met u gaat en wat van invloed is op uw kwaliteit van leven.
- [Positieve Gezondheid](#) is een benadering van gezondheid die uitgaat van veerkracht en eigen regie. Voor het gesprek met de oudere kan het gespreksinstrument positieve gezondheid worden gebruikt.
- [Samen beslissen met kwetsbare ouderen](#), gebaseerd op het artikel 'Model voor gezamenlijke besluitvorming met kwetsbare ouderen' van M. van der Pol et. al, 2017.

Gesprek met huisarts

Over mensen met lagere gezondheidsvaardigheden en effectief communiceren is onlangs een proefschrift verschenen ('Show, don't just tell' photo stories to support people with limited health literacy, Ruth Koops van 't Jagt, juli 2018). De fotostrips '[Over praten met je dokter](#)' zijn ontwikkeld voor ouderen (die vaker lage gezondheidsvaardigheden hebben) om makkelijker het gesprek met de huisarts aan te gaan.

Pharos heeft verschillende publicaties met betrekking tot laaggeletterdheid

- [Begrijpelijke voorlichting en beeldverhalen](#)
- [Zorgen doe je samen](#)
- [Checklist mantelzorgoverbelasting](#)

Stap 3 Multi-domein analyse bij kwetsbare oudere

Discipline	Omschrijving	Tools	Goede voorbeelden
Huisarts /POH /praktijkverpleegkundige /sociaal werker /wijkverpleegkundige	Bij kwetsbare oudere: <ul style="list-style-type: none"> • multidomein analyse: op een gestructureerde wijze wordt nagegaan welke problemen de oudere ervaart op de verschillende domeinen (lichamelijk, psychisch, functioneel, sociaal, evt. ook m.b.t. zingeving) 	Screeningsinstrumenten om kwetsbaarheid te meten Bijvoorbeeld: Easycare-TOS; GFI, TFI, TraZAG (zie verwijzing hierboven)	Meer zelfredzaamheid met SamenOud
Oudere	Voorbereiden op het levenseindegesprek	MMSE Gespreksinstrument positieve gezondheid	
Huisarts	ACP-gesprek	Ik wil praten over mijn levenseinde Internationale definitie van advance care planning	
Apotheker	Medicatiebeoordeling: beoordeling van de farmacotherapie door patiënt, arts en apotheker o.b.v. gestructureerde, kritische evaluatie van de medische-, farmaceutische- en gebruiksinformatie	Module Medicatiebeoordeling onderdeel van de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen	
Wijkverpleegkundige	Analyse zorgproblemen: verzamelen en onderzoeken gegevens	Omaha system: onderdeel verzamel en onderzoek gegevens Toolbox indicatieproces V&VN	
Fysiotherapie (geriatiefysiotherapie)	Frailty Index for Physical activity (EFIP)		The Coach2Move

vervolg stap 3 >

Stap 3 Multi-domein analyse bij kwetsbare oudere

[terug naar overzicht](#)
[6-stappenplan](#)

Discipline	Omschrijving	Tools	Goede voorbeelden
Ergotherapie	EDOMAH programma: ergotherapie bij ouderen met dementie en hun mantelzorg aan huis. Verschillende diagnostische instrumenten zoals AMPS, meetinstrument om vermogen zelfzorg en huishoudelijke taken in kaart te brengen	EDOMAH	
Diëtist		Meetinstrument AMPS Multidisciplinaire richtlijn voor ondervoeding	

Voor de brede domeinanalyse zijn diverse modellen en vragenlijsten beschikbaar. Deze probleeminventarisatie-instrumenten zijn vaak semigestructureerde interviews waarmee je systematisch gegevens kunt verzamelen op alle relevante functiedomeinen. Op onderdelen kunnen gericht deelinstrumenten worden gebruikt, zoals een MMSE bij het vermoeden van cognitieve problemen. Een multi-domeinanalyse wordt afgenomen door een daartoe opgeleide functionaris, bijvoorbeeld de praktijkverpleegkundige Ouderenzorg of wijkverpleegkundige. Ook iemand uit het sociaal wijkteam kan (een deel van) de multi-domeinanalyse voor zijn/haar rekening nemen. Bij deze multi- gaat het gesprek niet alleen over ervaren problemen, maar juist ook over behoeften, wensen en prioriteiten van de oudere ten aanzien van zijn kwaliteit van leven. Deze informatie moet namelijk leidend zijn in de formulering en prioritering van de behandeldoelen.

Zo mogelijk wordt nu ook al een ACP gesprek gevoerd (advance care planning), over levensdoelen en wensen m.b.t. het levenseinde. Familie en hulpverleners willen graag handelen naar de wensen van de oudere zelf, ook als deze het niet meer kan aangeven. Inzicht in wat voor de oudere zelf belangrijk is en welke keuzes hij/zij zou maken m.b.t. medische handelingen helpt hierbij.

De medicatie-beoordeling wordt samen met de apotheker uitgevoerd.

Dementie/casemanagement

35% van de kwetsbare ouderen heeft dementie; er zijn veel regionale netwerken dementie. In 2018 is onderzoek gedaan naar wel of niet aanhaken/integreren 'Netwerken Dementie en Kwetsbare ouderen'.

Goed voorbeeld **Dementie Netwerk Zeist**

Binnen de netwerken Dementie wordt gewerkt volgens de **Zorgstandaard Dementie**. Hierin staat beschreven wat voor deze specifieke groep kwetsbare ouderen wenselijke en effectieve zorg en ondersteuning is. De rol van coördinator zou bij deze groep dus goed worden uitgevoerd door de **casemanager dementie**.

EFIP

De EFIP kan door een gespecialiseerde geriatriefysiotherapeut worden afgenomen wanneer er bijvoorbeeld sprake is van vallen en andere mobiliteitsproblemen. De schaal levert een score die aangeeft of iemand kwetsbaar is (op het gebied van mobiliteit) en de mate waarin dat trainbaar is.

Stap 4 Bespreken van de bevindingen in het kernteam

[terug naar overzicht](#)
[6-stappenplan](#)

Discipline	Omschrijving	Tools	Goede voorbeelden
Kernteam	<p>Bespreken van de bevindingen in het kernteam</p> <ul style="list-style-type: none">• Algemeen doel formuleren• Analyse problemen• Individueel zorgplan nodig?• MDO noodzakelijk?• Benoemen coördinator /aanspreekpunt ouders <p>Interpretatie van de bevindingen en voorstellen voor vervolg maken</p> <ul style="list-style-type: none">• MDO nodig: stap 5• Geen MDO nodig: stap 6		<p>HZD (zie kader) eGPO (zie kader)</p>

De bevindingen uit de multi-domeinanalyse worden in eerste instantie besproken in het kernteam. Hierin kunnen zitten de huisarts, de betrokken wijkverpleegkundige, de betrokken representant van het sociaal domein (wijkteam/sociaal werk/WMO-adviseur) en degene die de multi-domeinanalyse heeft uitgevoerd. Ook de SO kan deel uitmaken van het kernteam. In dit overleg worden de uitkomsten van de probleeminventarisatie besproken en wordt vast gesteld wat het best haalbare algemene doel is:

1. herstel van functioneren of
2. behoud van functioneren en voorkomen van achteruitgang, of
3. achteruitgang accepteren en symptomen bestrijden.

Het is belangrijk dat de oudere en alle betrokken zich realiseren wat dit algemene doel is, omdat het directe consequenties heeft voor het beleid.

Vervolgens wordt in het kernteam een voorstel voor verder beleid besproken, gebaseerd op geïnventariseerde problemen en de eerder geïnventariseerde doelen van de oudere zelf, waarbij de problemen geanalyseerd worden: waar hangen ze mee samen en wat betekent dit voor het beleid? Het kernteam maakt zo een voorstel m.b.t. aanvullende diagnostiek, zorg- en/of dienstverlening en gewenste acties/interventies. De analyse wordt samengevat in een overzicht van alle geconstateerde problemen. Dit kan bij voorkeur in de vorm van een individueel zorgplan (i.v.m. de mogelijkheid om de afspraken en informatie onderling goed te kunnen uitwisselen). Aan de hand van de opgestelde inventarisatie, uitgaande van de behoeften, wensen en prioriteiten van de oudere zelf, wordt voor elk probleem een haalbaar doel geformuleerd, met de

Goed voorbeeld van verzamelen en vastleggen

Zorgprogramma ouderen HZD

Hierin wordt zowel gewerkt met het **SFMPC-model van de nhg** als met het **Spinnenweb van positieve gezondheid**.

actie die nodig is om die doelstelling te behalen. Ook staat duidelijk vermeld welke discipline welke actie voor zijn rekening neemt en wanneer het verloop ervan geëvalueerd en teruggekoppeld wordt.

Tevens wordt vastgelegd wie de coördinator/het aanspreekpunt voor deze oudere wordt. Wie dit wordt hangt af van de voorkeur van de oudere/mantelzorg en het algemene doel. Dat kan de huisarts zijn, maar ook een andere betrokkene, zoals de fysiotherapeut of maatschappelijk werker. Het betreft hier uitdrukkelijk het aanspreekpunt voor en rond een individuele oudere. Organisatorische coördinatietaken in de geïntegreerde zorg, zoals het organiseren van MDO's, agenda's opstellen, gegevensuitwisseling kunnen door een andere functionaris worden uitgevoerd.

Als er geen MDO plaatsvindt, bespreekt de coördinator (aangewezen in het kernteam) het zorgplan met de oudere en diens mantelzorg. Op basis van dit gesprek kan het zorgplan en de afspraken erin aangepast worden. Ook bespreekt de coördinator concrete zelfmanagementacties met de oudere en diens mantelzorg.

Soms is nadere aanvullende diagnostiek nodig. Ook dat wordt eerst met de oudere besproken.

Als er wel een MDO plaatsvindt, wordt ook de oudere en/of diens mantelzorg uitgenodigd. Als de oudere of mantelzorg niet wil of kan deelnemen wordt na het MDO de bevindingen vanzelfsprekend teruggekoppeld.

Verwijzen door en naar het sociaal werk

Wat werkt goed bij het verwijzen en samenwerken?

- Elkaar kennen

De basis voor een goede samenwerkingsrelatie is dat professionals elkaar kennen en weten naar wie zij hun cliënten doorsturen.

 - Mensen zeggen vaak: 'Je moet een sociale kaart hebben.' Maar zodra je die op papier hebt, is hij al weer achterhaald. Dus wat wij zeggen: 'Je hebt een levende sociale kaart nodig. Organiseer een Meet & Greet, loop eens met elkaar mee of organiseer een 'sociaal café'.
- Eenvoudige werkwijze hanteren

Als de manier van verwijzen overzichtelijk is en snel kan plaatsvinden, bevordert dat het aantal verwijzingen. Maar hoe zorg je ervoor dat de verwijzingsprocedure eenvoudig is en niet te veel tijd kost?

 - Duidelijke afspraken maken over de werkwijze en ieders taken.
 - Eén aanspreekpunt om naar te verwijzen werkt het prettigst.
 - Kernachtige registratie, waarbij weinig (medische) achtergrondinformatie over de patiënt wordt gegeven.
- Aantrekkelijk aanbod sociaal werk bieden

Het adequaat oppakken van verwijzingen en helderheid over wat het sociaal werk voor mensen kan betekenen, maken het aantrekkelijk om ernaar te verwijzen. Hoe zorg je hiervoor?

 - Verwijzingen direct oppakken.
 - Voldoende tijd om de vraag te verkennen.
 - Het aanbod is direct toegankelijk.
 - Algemeen aanbod sluit aan op veelvoorkomende gezondheidsvraagstukken.
- Meerwaarde sociaal werk duidelijk maken
- Regelmatig terugkoppelen en afstemmen

Zeker bij ouderen met zwaardere problematiek zijn terugkoppeling en afstemming over de voortgang van belang. Afspraken hierover kunnen opgenomen worden in een eventueel ondersteuningsplan.

Stap 5 Bespreking in MDO

terug naar overzicht
6-stappenplan

Discipline	Omschrijving	Tools	Goede voorbeelden
Kernteam	<p>Bespreking in MDO MDO met kerngroep (WV, SW/sociaal wijkteam), oudere/mantelzorger Andere hulpverleners betrekken indien nodig (bijv. apotheker/paramedicus) Bespreekpunten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wie zijn er verder betrokken bij oudere? • problemen, hulpvraag en doelen/mogelijkheden • medicatiereview nodig? • consultatie nodig? Denk aan SO, psychiater, geriater • acties (wat, wie, wanneer?) • evaluaties (wanneer, hoe?) <p>De coördinator legt de afspraken vast in het zorg- of leefplan en stuurt dit naar alle betrokkenen.</p>	<p>Samen beslissen met ouderen in 6 stappen</p> <p>Interventies (multidisciplinair): zie hieronder, afhankelijk van welke doelen (medisch, mobiliteit, psychisch, sociaal) er zijn.</p> <p>Bij dementie verwijzen naar zorgstandaard dementie</p> <p>Samenwerking met casemanager dementie</p> <p>Ouderenzorg</p>	<p>NPO projecten, bijv. Samen Oud, Om U 3.0. Zie 'BeterOud, thema maatwerk ouderenzorg'</p> <p>Uitstekende ervaringen met casemanagement vanuit huisartsenpraktijk</p>
SO		<p>Handreiking Multidisciplinair overleg (MDO)</p>	<p>Bertholet Praktijk Ouderengeneeskunde</p>
Sociaal domein	<p>Verwijzing naar sociaal domein</p>	<p>Zie kader</p>	<p>Even buurten 'Samen naar passende ondersteuning in de buurt'</p> <p>Aanpak SamenOud</p>

Indien er meerdere hulpverleners bij een oudere betrokken zijn of worden, is een multidisciplinair overleg geïndiceerd. Hiervoor worden de betrokken hulpverleners en zo mogelijk de patiënt of een vertegenwoordiger uitgenodigd. Het doel van het multidisciplinair overleg is het vaststellen welke zorg en ondersteuning nodig is, het onderling afstemmen ervan en het maken van afspraken over coördinatie en casemanagement en het vervolg.

Specialist ouderengeneeskunde (SO)

Indien nodig kan de specialist ouderengeneeskunde (of een andere specialist) in consult worden gevraagd. De SO kan op verzoek van het kernteam een visite doen bij de oudere en helpen bij de analyse en prioritering van de verschillende problemen. Een specialist ouderengeneeskunde heeft expertise op het gebied van multimorbiditeit, is meer vertrouwd met het verloop van verschillende chronische ziekten (dementie, Parkinson, e.v.a.) en kan systeemproblematiek m.b.t. familie en verzorgenden analyseren. Een specialist ouderengeneeskunde kan altijd meedenken, ook als er geen formele consultvraag is gesteld.

De ouderengeneeskunde onderscheidt drie uitgangspunten die ieder een eigen doel en gewenst resultaat kennen:

1. Collegiale consultatie;
2. Diagnostiek na verwijzing;
3. Uitvoering van en regie op behandelplan.

Zorg-leefplan

Het zorg- of leefplan wordt eventueel vertaald voor de oudere en de mantelzorgers in begrijpelijke zelfmanagement acties (een actieplan), zodat het voor hen ook duidelijk is wat zij kunnen doen om een goed verloop te bevorderen (bijv. dagelijks wandelen, niet teveel drinken of juist veel drinken, letten op eiwitrijke voeding, etc.). Ook is hierin opgenomen wie gebeld moet worden buiten 'kantooruren' (ANW-zorg). Het zorgplan en het actieplan zijn aanwezig bij de oudere thuis.

Stap 6 Bespreken zorgplan met ouderen en familie, uitvoeren en evalueren (pdca-cyclus)

terug naar overzicht
6-stappenplan

Discipline	Omschrijving	Tools	Goede voorbeelden
Coördinatie ⁶	<p>Bespreken zorgplan met oudere en familie</p> <p>Uitvoeren afspraken uit het MDO</p> <ul style="list-style-type: none"> - uitvoeren afgesproken acties - evt. consultatie - medicatiereview <p>Alle betrokkenen rapporteren de ondernomen acties en het verloop ervan bij coördinator en huisarts.</p> <p>Evalueren</p> <p>Coördinator evalueert regelmatig met de oudere/mantelzorger en past periodiek het zorgplan aan en plant wanneer nodig een nieuw MDO.</p>	<p>Samen beslissen met ouderen in 6 stappen</p> <p>Een tegen eenzaamheid</p> <p>Ervaringsonderzoek</p> <p>Tevredenheidsonderzoek</p>	
Oudere en mantelzorger	Vorbereiden op evaluaties, eigen situatie monitoren	<p>Spinnenweb positieve gezondheid</p> <p>Mijnkwaliteitvanleven.nl</p> <p>Dementie.nl</p>	
Wijkverpleging		<p>Richtlijnen uit databank V&VN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valpreventie - delier - polyfarmacie - pijn - dementie <p>Toolkit mantelzorgondersteuning</p>	

⁶ Coördinatie door de functionaris die door het kernteam als coördinator is benoemd (HA/WV/SW/VS/casemanager dementie).

Stap 6 Bespreken zorgplan met ouderen en familie, uitvoeren en evalueren (pdca-cyclus)

[terug naar overzicht](#)
[6-stappenplan](#)

Discipline	Omschrijving	Tools	Goede voorbeelden
Fysiotherapie		Beweeginterventie kwetsbare ouderen	
Ergotherapie		EDOMAH-programma	
Dietetiek		Interventie goed gevoed ouder worden	
Mondzorg		De mond niet vergeten	
Specialist ouderengeneeskunde		Handreiking Geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde	
		Informatiekaart Geriatrisch assessment Onderzoek door de specialist ouderengeneeskunde	
Sociaal domein		Toolkit mantelzorgondersteuning	

De coördinator bespreekt de uitkomsten van het MDO met de oudere en diens naasten (ook als deze heeft deelgenomen aan het MDO). Waar nodig en mogelijk kunnen de afspraken nog aangepast worden naar de wensen van de oudere. Als dit het geval is, rapporteert de coördinator dit naar alle betrokkenen.

De coördinator houdt actief vinger aan de pols door regelmatig contact te houden met de oudere en mantelzorger.

De coördinator ondersteunt het zelfmanagement van de oudere. Tevens is de coördinator actief betrokken bij transities, zoals ziekenhuisopname of verpleeghuisopname, om deze zo goed mogelijk (voorbereid) te laten verlopen.

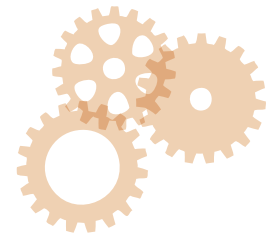
Natuurlijk wordt het individueel zorgplan geëvalueerd. De coördinator zorgt voor planning en organisatie van deze evaluatie. Bepaalde delen van de multi-domeinanalyse kunnen dan zo nodig herhaald worden. Is er tussentijds sprake van een belangrijke wijziging? Dan wordt binnen het kernteam overlegd of een tussentijdse evaluatie en bijstelling van het individueel zorgplan nodig is. Dit gebeurt ook als een geplande actie niet het gewenste resultaat oplevert.

De oudere en mantelzorger kunnen zich voorbereiden op de evaluaties, door gebruik te maken van de instrumenten die ook in stap 2 zijn genoemd (spinnenweb Mijn Positieve Gezondheid, Mijnkwaliteitvanleven.nl.) Dit zijn juist ook instrumenten om het verloop in de tijd op verschillende domeinen te volgen.

Zorg in avond en weekend (ANW-uren)

De zorg buiten de normale uren vormt een speciaal aandachtspunt in de zorg voor kwetsbare ouderen. Is er voldoende nagedacht over de continuïteit van zorg tijdens de ANW? Hiervoor zijn voorzieningen nodig die regionaal moeten worden georganiseerd. Laego heeft een overzicht gemaakt van mogelijk knelpunten van kwetsbare ouderen in de ANW (Laego knelpuntenanalyse kwetsbare ouderen in ANW uren, 2016). Hierin staat een aantal punten die in dit kader relevant kunnen zijn:

- Belangrijk: informeer oudere, mantelzorger en de HAP over beleid tijdens ANW. Wie bellen?
- Maak afspraken hoe informatie wordt gedeeld met andere zorgverleners? Denk hierbij ook aan (te verwachte) overdrachtsmomenten bijvoorbeeld richting de Huisartsenpost, of verwijzing vanuit het ziekenhuis. Anticipeer hierop.



ROLLEN EN TAKEN BETROKKEN PROFESSIONALS EN OUDEREN

Wat is de rol van de verschillende professionals die bij de kwetsbare oudere zijn betrokken? En welke rol hebben de oudere en diens naaste zélf? Klik op de iconen in de infographic en de rollen van de verschillende betrokkenen worden zichtbaar.

Per stap is weergegeven:

1. De rol die de betrokkene op dit moment reeds heeft. Deze beschrijving is gebaseerd op documenten van de koepels waarin het 'basisaanbod' is beschreven.
2. *Cursief* weergegeven: De rol die zou kunnen worden opgepakt, mits de benodigde randvoorwaarden worden ingevuld.



Oudere/naasten

Rollen stap 1 Signalering

Bewustwording

- Wat kan ik en wat wil ik- op alle levensgebieden
- Zijn er aanpassingen in huis nodig om veilig te kunnen wonen?
- En zijn deze oplossingen betaalbaar?
- Of is het verstandig om te verhuizen?

Rollen Stap 2. Gesprek met oudere en zo mogelijk mantelzorger

- Beslissen en doorgeven wie 'vertrouwd persoon' is (aanspreekpunt in de zorg en ondersteuning). Deze 'vertrouwde persoon' wordt in elke stap betrokken

Rollen Stap 3 Multi-domein analyse bij kwetsbare oudere

- Zorg dat oudere en/of 'vertrouwde persoon' betrokken wordt
- Geef input vanuit het sociaal netwerk: geef belasting aan, en wat men kan bijdragen (kinderen, mantelzorg etc.)

Rollen Stap 4. Bespreken van de bevindingen in 'kernteam'

Rollen Stap 5. Multidisciplinaire afstemming (MDA) / bespreken MDO

- Oudere en/of 'vertrouwde persoon' worden betrokken bij de uitkomsten MDA

Rollen Stap 6. Bespreken en uitvoeren afspraken multidisciplinaire afstemming

Betrek de oudere en/of 'vertrouwde persoon' bij vraagstukken rond:

- Goede overdracht van medicatie
- Screening op risico's (delier, infecties etc.)
- Goede schriftelijke informatie voor patiënt en naaste bij ontslag uit ziekenhuis

Rollen stap 1 Signalering

- Reageert op signalen en vragen vanuit patiënt
- Reageert op signalen omgeving uit directe omgeving (familie, burens, thuiszorg)
- Indiceert voor vervolgstappen
- Regie over de cure
- Houdt korte lijnen met de care (wijkverpleging). POH kan huisarts hierin ondersteunen
- Huisarts gebruikt geen standaard vragenlijst om kwetsbaarheid vast te stellen, maar gebruikt de SOEP methodiek

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- *Programmatische aanpak, afhankelijk van de praktijkpopulatie*
- *Via case-finding, screening en/of surveillance ouderen in de praktijk opsporen*

Rollen Stap 2. Gesprek met oudere en zo mogelijk mantelzorger

- Contacten lopen via het spreekuur of als patiënt zelf niet kan komen, via een visite
- Huisarts gebruikt standaard geen vragenlijst om kwetsbaarheid vast te stellen
- De focus ligt op noden en behoeften
- Verwijst naar gemeente bij sociale & welzijnsproblematiek, naar wijkverpleging voor care
- POH ziet patiënten met chronische aandoeningen

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- *Advance Care Planning*
- *POH in de module ouderenzorg gebruikt vragenlijst om kwetsbaarheid vast te stellen*

Rollen Stap 3 Multi-domein analyse bij kwetsbare oudere

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- *POH in de module ouderenzorg gebruikt vragenlijst om kwetsbaarheid vast te stellen*

[vervolg rollen huisarts >](#)

Huisarts

Rollen Stap 4. Bespreken van de bevindingen in 'kernteam'

- Huisarts houdt korte lijnen met wijkverpleging
- Afhankelijk van de complexiteit van de zorgvraag, schakelt de huisarts andere hulpverleners in
- In de 'SOEP-regels' staat het behandelplan van de huisarts

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- *Zorgbehandelplan*
- *Multidisciplinair overleg*
- *(Structurele) samenwerkingsovereenkomsten met andere hulpverleners over taakverdeling, verantwoordelijkheden en overdracht*
- *Uitvoering door POH*

Rollen Stap 5. Multidisciplinaire afstemming (MDA) / bespreken MDO

- Afhankelijk van de (complexiteit van de) zorgvraag onderhoudt de huisarts cliëntgebonden contacten met andere hulpverleners

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- *Structureel MDO*

Rollen Stap 6. Bespreken en uitvoeren afspraken multidisciplinaire afstemming

- Regie over de 'cure'. Huisarts geeft goede overdrachtsinformatie vanuit HIS waaronder episode lijst en medicatie

Apotheek

Rollen stap 1 Signalering

- Signaleert wanneer de patiënt in de apotheek komt of bij bezorging thuis op basis van gebruik medicatie/contact
- Is altijd bereikbaar voor patiënt, wijkverpleegkundige en huisarts om te helpen bij besluitvorming rond medicijnen
- Medicatiebeoordeling i.s.m. huisarts

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- *Bezorgers met zorgachtergrond t.b.v. signaleringsfunctie bezorging thuis*
- *Analyse geneesmiddelgebruik, omgevingsfactoren met als doel de therapie met medicijnen voor en met de patiënt te optimaliseren*
- *Systematisch en proactief opsporen van kwetsbare ouderen met polyfarmacie en gebruiksproblematiek*

Rollen Stap 2. Gesprek met oudere en zo mogelijk mantelzorg

- Gesprek met oudere, vaak gekoppeld aan gebruik van medicijnen ter hand stelling aan de balie
- Medicatiebeoordeling
- Geïndividualiseerde distributievorm: keuze voor een baxter.
- Signaleert: ordeningsproblemen, warrigheid, ondervoeding, pijn, eenzaamheid, incontinentie etc.

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- *Uitbouwen medicatiebeoordeling met 'deprescribing'*
- *Consultvoering en gezamenlijke besluitvorming*
- *Meer aandacht voor de patiënt in zijn geheel*
- *Zorg in de palliatieve en terminale fase: vast aanspreekpunt in de apotheek*
- *Continenzorg: zorg op maat voor de patiënt ten aanzien van continenzproblemen*

Rollen Stap 3 Multi-domein analyse bij kwetsbare oudere

vervolg rollen apotheek >

Apotheek

Rollen Stap 4. Bespreken van de bevindingen in 'kernteam'

- Betrokkenheid bij problemen die effect van medicatie kunnen zijn (functionele beperkingen, vallen etc.)

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- *Vaker kijken naar problematiek bij medicijnen met gevolgen voor verschillende domeinen (lichamelijk, functioneel)*
- *Vervolgbetrokkenheid na deze analyse*

Rollen Stap 5. Multidisciplinaire afstemming (MDA) / bespreken MDO

- Multidisciplinaire afstemming

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- *Structurele multidisciplinaire afstemming/MDO*
- *Online snel contact zoeken tussen zorgverleners*
- *FTO tussen HA en APO aanvullen met wijkverpleging voor relevante onderwerpen*
- *Betrokkenheid bij kernteam: welke issues spelen op gebied van farmaceutische zorgverlening voor kwetsbare oudere*

Rollen Stap 6. Bespreken en uitvoeren afspraken multidisciplinaire afstemming

- Coördinatie en uitvoering medicatiebeoordeling met HA tenzij lokaal anders afgesproken
- Opvolgen en evalueren medicatiewijzigingen voortgekomen uit medicatiebeoordeling samen met HA

Rollen stap 1 Signalering

- Pro- en reactief signaleren op individueel en wijkniveau is bij uitstek een rol voor de wijkverpleegkundige
- Regie over de care en korte lijnen met de cure (huisartsenzorg)
- Op wijkniveau problematiek in kaart brengen en meedenken over preventieve maatregelen
- Signalen ontvangen vanuit zowel huisartspraktijk als sociaal domein
- Gerichtte casefinding op basis van risico-kenmerken
- Vormt in de wijk een tandem met sociaal domein
- Contactpersoon voor (kwetsbare) oudere
- Bevordert signalering door, en werkt samen met niet-zorgpartijen, zoals winkels en woningcorporatie

Rollen Stap 2. Gesprek met oudere en zo mogelijk mantelzorg

- Voert gesprek proactief (wanneer cliënt bij wvp in zorg is) of reactief (via bijv. huisarts of sociaal domein) of een niet-zorg partij

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- *Aan de hand van van instrument (risicoscorelijst op veiligheid, Omaha, NNN, RAI) wordt kwetsbaarheid of risico op diverse onderwerpen in kaart gebracht*

Rollen Stap 3 Multi-domein analyse bij kwetsbare oudere

- Kwetsbaarheid of risico op diverse onderwerpen in kaart brengen
- Motiveren oudere en mantelzorg
- Op basis hiervan beschrijven wat nodig is en welke andere professionals hierbij nodig zijn

Rollen Stap 4. Bespreken van de bevindingen in 'kernteam'

- Lid van kernteam
- Binnen het kernteam bevorderen van 'één taal' voor multidomeinanalyse en zorg/leefplan
- Afhankelijk van complexiteit overige professionals voorzieningen en/of sociaal netwerk inschakelen in samenspraak met de cliënt/naaste

vervolg rollen wijkverpleging >

⁷ Verpleegkundige beroepsgroepen zijn op verschillende plekken werkzaam in de zorg rond ouderen.

Wijkverpleging

Rollen Stap 5. Multidisciplinaire afstemming (MDA) / bespreken MDO

- Multidisciplinaire afstemming
- Kan kernteam bijeenroepen

Rollen Stap 6. Bespreken en uitvoeren afspraken multidisciplinaire afstemming

- Coördinatie van de zorg en het zorg(leef)plan
- Casemanagement van het zorg(leef)plan
- Optimaliseren van de rollen en inzet en samenwerking van zorgverleners

Fysiotherapie

Rollen stap 1 Signalering

- Signaleert wanneer kwetsbare oudere in de praktijk komt via directe toegankelijkheid fysiotherapie
- Maakt een inschatting van kwetsbaarheden rondom het lichamelijk functioneren, beperkingen in de actieradius of activiteiten in huis en buitenshuis

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- *Signaleert ook op sociale status, sociaal isolement, eventuele psychische kwetsbaarheid, ter voorkoming van zorg in de tweede lijn en kwetsbaarheden bij mantelzorg*
- *Kan tijdens een huisbezoek een nauwkeurige inschatting maken van de thuissituatie*

Rollen Stap 2. Gesprek met oudere en zo mogelijk mantelzorg

- Gaat het gesprek aan met oudere en eventuele mantelzorg met betrekking tot een veilig, maar optimaal en zo actief mogelijk bewegingsniveau
- Gaat in op de specifieke wensen op het gebied van lichamelijk functioneren en participatie en stelt bij gesignaleerde stoornissen van het lichamelijk functioneren of beperkingen in participatie wensen, behandeldoelstellingen op

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- *Gaat in op leefstijlfactoren als sedentair gedrag, roken, drinken, bewegen en een ongezond eetpatroon*
- *Acteert op basis van gezamenlijke besluitvorming*

Rollen Stap 3 Multi-domein analyse bij kwetsbare oudere

- Ondersteunt bij multidomein analyse door het in beeld brengen van kwetsbaarheid op gebied bewegen

Rollen Stap 4. Bespreken van de bevindingen in 'kernteam'

- Aansluiting bij het kernteam bij complexe problematiek rondom het lichamelijk functioneren

vervolg rollen fysiotherapie >

Rollen Stap 5. Multidisciplinaire afstemming (MDA) / bespreken MDO

- (Geriatric) fysiotherapeut koppelt terug naar de huisarts en heeft waar nodig contact met de medisch specialist of andere relevante hulpverleners betrokken bij de behandeling

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- *Structureel overleg met andere paramedici en de wijkverpleging*
- *Contact tussen zorgverleners bij vragen of calamiteiten*
- *Deelname aan structurele multidisciplinaire samenwerkingsverbanden*

Rollen Stap 6. Bespreken en uitvoeren afspraken multidisciplinaire afstemming

- Fysiotherapeut coördineert en evalueert het fysiotherapeutisch behandelplan en neemt input van huisarts en andere hulpverleners mee
- Verwerkt eventuele multidisciplinaire doelen in het zorgplan van de wijkverpleging

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- *Monitoren van beweegniveau met e-health toepassingen*

Sociaal domein

Rollen stap 1 Signalering

- Signalering op basis van contacten in de buurt, familie, mantelzorgers
- Proactief en reactief, individueel en wijk niveau
- Na signalering wordt oudere bezocht. Eventueel wordt het sociaal netwerk geraadpleegd
- Korte lijn naar wijkverpleging t.b.v. afstemming zorg-welzijn

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- *Systematisch en proactief ouderen bezoeken ('huisbezoeken')*

Rollen Stap 2. Gesprek met oudere en zo mogelijk mantelzorger

- Gesprek (bijv. keukentafelgesprek) en evt. huisbezoek: brede inschatting op alle terreinen incl. gezondheid
- Doorverwijzen naar andere professionals (zorg, geestelijk verzorgers, care, woningbouw, vrije tijd: bewegen, cultuur etc.)
- Proactief en reactief (na verwijzing door bijvoorbeeld HA of WIJK)

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- *Sociale activering (waar mogelijk) en lichamelijk bewegen (blijven/weer meedoen)*

Rollen Stap 3 Multi-domein analyse bij kwetsbare oudere

Rollen Stap 4. Bespreken van de bevindingen in 'kernteam'

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- *Lid van kernteam*

vervolg rollen sociaal domein >

Sociaal domein

Rollen Stap 5. Multidisciplinaire afstemming (MDA) / bespreken MDO

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- *Lid van het kernteam*

Rollen Stap 6. Bespreken en uitvoeren afspraken multidisciplinaire afstemming

- Coördinatie op sociale problemen

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- *Sociaal werker en/of wijkteammedewerker kan een bredere coördinerende rol hebben. Dit is afhankelijk van casus, beleid en lokale afspraken*

BRONVERMELDING

- Aanbod huisartsenzorg voor ouderen, LHV
- Kwaliteitskader Wijkverpleging
- LESA Zorg voor Kwetsbare Ouderen
- Sterk sociaal werk voor ouderen
- Toetsingskader Beter Oud

BIJLAGEN

Aan de slag

Hier vindt u achtergrondinformatie over de zorg voor en begeleiding van kwetsbare ouderen thuis. De informatie is gegroepeerd naar algemene kennissites, specifieke beroepsgroep sites en thema-sites rond de doelgroep kwetsbare ouderen.

Algemene kennissites

- **Beter Oud** Handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis. Thema's zorg en ondersteuning (o.a. vroeg opsporing); lokaal samenwerken en integrale ondersteuning
- **MOVISIE** Kennisplein voor de aanpak van sociale vraagstukken. Thema integraal werken in de wijk
- **RIVM** Over ouderen van nu en straks met o.a. de thema's: ouderen & preventie en ouderen & zorg
- **Vilans** Kennisplein voor de langdurige zorg. Thema lokaal organiseren
- **Zorg voor Beter** Kennisplein voor verpleging, verzorging, zorg thuis en eerstelijns. Thema's persoonsgerichte zorg, samenwerken in de wijk, goed in gesprek, mantelzorg

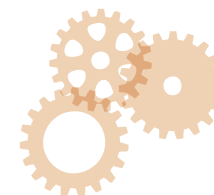
Beroepsgroep sites

- **Actiz** Thema zorg en ondersteuning
- **InEen** Thema's multidisciplinaire zorg, persoonsgerichte zorg, wijkmanagement

- **KNMP** Themapagina kwetsbare oudere
- **KNGF** Themapagina kennisplein o.a. beweginginterventies, programma kwetsbare ouderen
- **Laego** Landelijke adviesgroep eerstelijns geneeskunde voor ouderen
- **LHV** Thema's aanbod: ouderen, samenwerking
- **NHG** Thema dossier ouderenzorg
- **Patiëntenfederatie Nederland** Thema's samen beslissen, zorg thuis en langer thuis
- **Sociaal Werk Nederland** Thema's een sterke sociale basis in wijken en buurten, ouderen en mantelzorg
- **V&VN** Thema wijkverpleging
- **VNG** Thema sociaal domein
- **ZN** Thema Eerstelijns

Thema sites

- **Dementie.nl platform**
- **Alzheimer Nederland**
- **Mondzorg voor kwetsbare ouderen** De stichting De Mond Niet Vergeten (DMNV!) zet zich in voor goede mondzorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie. De stichting heeft een aanpak ontwikkeld om multidisciplinair en samen met ouderen een goede mondgezondheid van thuiswonende kwetsbare ouderen te bevorderen
- **Palliatieve zorg** Wat is palliatieve zorg?



Ontwikkeling project plan van aanpak kwetsbare ouderen

Op verzoek van het Bestuurlijk Overleg Eerste Lijn⁸ is in 2016 een inventarisatie uitgevoerd van bestaande initiatieven in de zorg voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn en aanpalende sectoren⁹. De aanbevelingen uit dit onderzoek zijn vertaald in een aantal randvoorwaarden en een aantal uitgangspunten voor het benodigde zorgaanbod. Het Bestuurlijk Overleg heeft op 13 februari 2017 ingestemd met deze uitgangspunten en randvoorwaarden voor de zorg voor kwetsbare ouderen als basis voor de uitwerking van een plan van aanpak. Dit plan van aanpak beschrijft op welke wijze landelijke partijen kunnen bijdragen aan dit maatschappelijke vraagstuk.

De opdracht aan de werkgroep luidde: ontwikkel een Plan van Aanpak voor de zorg aan kwetsbare ouderen. Dit plan dient een uitwerking te bevatten op negen thema's die in de notitie zijn benoemd:

1. de kwetsbare oudere patiënt: definitie en zorgbehoefte
2. beschrijving van een programmatisch aanbod
3. definitie van rollen en verantwoordelijkheden zorgaanbieders
4. korte lijnen tussen zorgaanbieders stimuleren
5. verbinding met het sociale domein
6. gegevensuitwisseling
7. goede toegankelijkheid en beschikbaarheid overdag en ANW
8. regionale ondersteuning
9. communicatie van landelijke aanbevelingen naar regionaal en lokaal niveau.

De werkgroep 'Doelgroep en geïntegreerde aanpak' heeft invulling gegeven aan het ontwikkelen van de onder 1 en 2 genoemde punten. Geadviseerd is om een 'toolbox' voor de praktijk te maken die zich richt op:

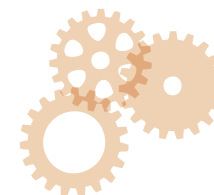
1. het identificeren van de doelgroep en het kunnen beoordelen van de complexiteit van de problematiek en coördinatievraag van de individuele patiënt
2. het bereiken en benaderen van de doelgroep; hoe komt de patiënt tijdig in beeld en betrek je hem of haar bij de zorg
3. het organiseren en bieden van persoonsgerichte zorg wanneer de patiënt in beeld is.

De elementen waaruit de persoonsgerichte, proactieve, multidisciplinaire benadering bestaat vormen de basis voor de inrichting van een toolbox. Het gaat hierbij om elementen die ook uit de eerdere landelijke inventarisatie door ARGO naar voren kwamen, o.a.: case-finding, diagnostiek en bepaling van kwetsbaarheid, individueel zorgleefplan, multidisciplinair overleg en casemanagement, zorgcoördinatie en preventie.

Met deze toolbox voor de praktijk worden lokale en regionale partijen ondersteund:

- individuele zorgverleners maken kennis met goede ideeën en kunnen hier snel mee aan de slag
- samenwerkingsnetwerken krijgen handvatten aangeboden om de organisatie op lokaal en regionaal niveau op te pakken
- de toolbox bevat aanknopingspunten voor beroeps-, branche- en koepelorganisaties om te werken aan het verhelpen van knelpunten en belemmeringen.

Begin 2018 is het Plan van Aanpak vastgesteld door het Bestuurlijk Overleg en is opdracht gegeven tot de uitvoering van het plan. De werkgroep Doelgroep en geïntegreerde aanpak is aan de slag gegaan met het advies. Er werd geconcludeerd dat de Handreiking Kwetsbare Ouderen in de eerste lijn (Wind et al, Vilans: 2014) een goed beginpunt vormt voor het te ontwikkelen aanbod. Verschillende zorggroepen en samenwerkingsverbanden hebben die Handreiking gebruikt om een eigen zorgprogramma (kwetsbare) ouderenzorg op te zetten. Twee maatschappelijke ontwikkelingen missen in de Handreiking van 2014: de transitie naar de participatiemaatschappij en de invoering van de WMO. Zorg en welzijn worden in toenemende mate als complementair gezien, de regie van de oudere (en/of mantelzorger) is uitgangspunt van beleid in zorg en welzijn.

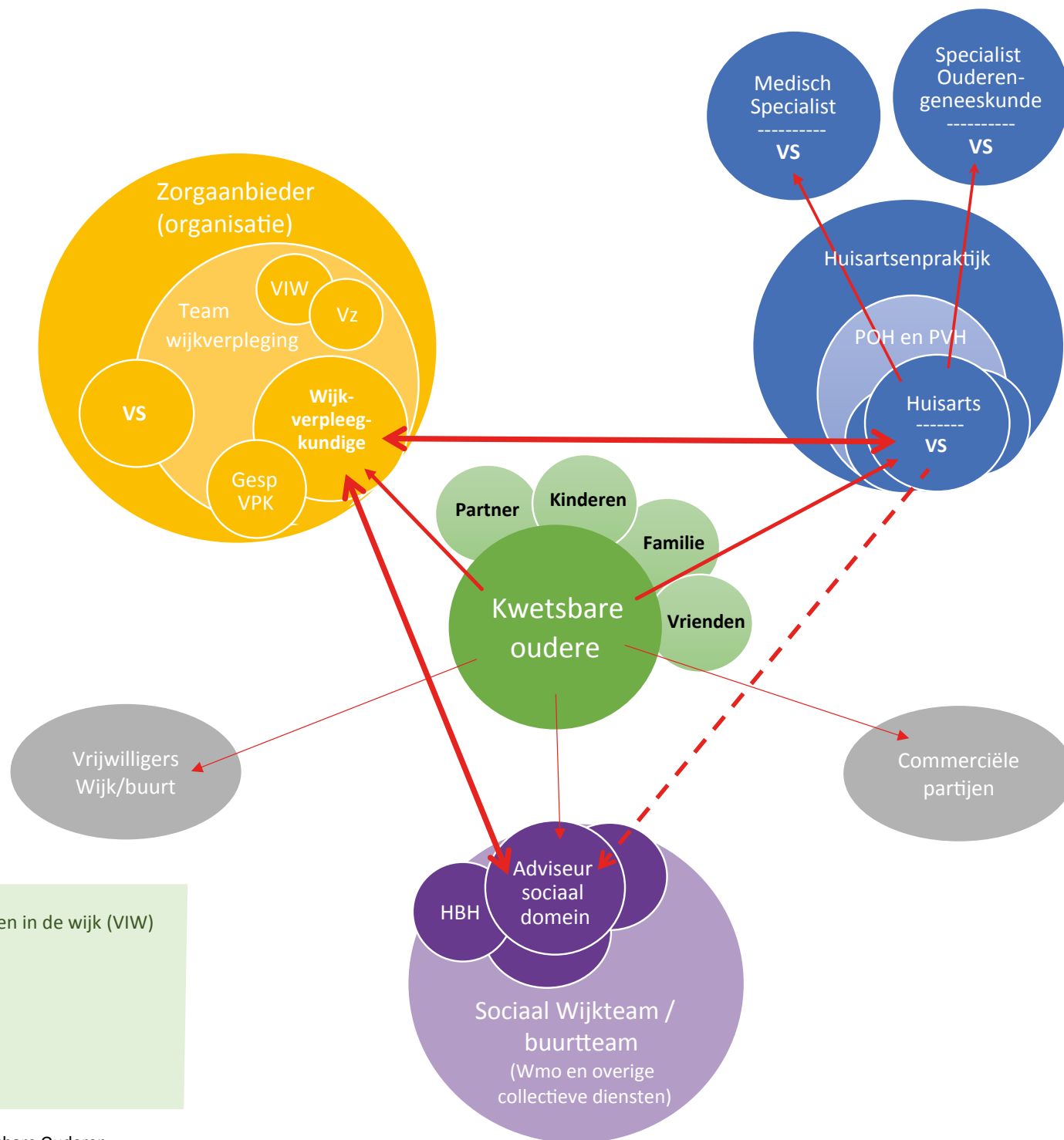


⁸ Het Bestuurlijk Overleg Eerste Lijn bestond tot medio 2018: LHV, V&VN, InEen, NHG, KNGF, Laego, Patiëntenfederatie Nederland, ZN, VWS. De werkgroep Kwetsbare ouderen is in 2018 aangevuld met vertegenwoordigers van Sociaal Werk Nederland, de VNG, Verenso en Actiz.

⁹ Inventarisatie en analyse van multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen (ARGO, 2016).

KWETSBARE OUDERE IN THUISITUATIE

TOELICHTING OP DE VERPLEEGKUNDIGE/
VERZORGENDE BEROEPSGROEPEN EN
WAAR ZIJ WERKZAAM ZIJN



Team wijkverpleging = verzorgenden (Vz), verpleegkundigen in de wijk (VIW) en wijkverpleegkundigen
 VS = Verpleegkundig Specialist
 Gesp VPK = Gespecialiseerd Verpleegkundige
 POH = Praktijkondersteuner Huisarts
 PVH = Praktijkverpleegkundige Huisarts
 HBH = Hulp bij Huishouding

COLOFON

Auteurs en redactie

Annet Wind, Kaderarts ouderenzorg en huisarts

Berthe te Velde, ARGO

Renske Neumann, Ineen

Hillie Zwart, V&VN

Arjan Blom, ZN

Deze handreiking is ontwikkeld in het kader van het **Plan van Aanpak Kwetsbare Ouderen**.

De volgende partijen zijn hierbij betrokken

LHV, V&VN, InEen, NHG, KNGF, KNMP, Laego, Patiëntenfederatie Nederland, ZN, VWS,

Sociaal Werk Nederland, de VNG en Actiz.

Voor meer informatie en vragen kunt u een e-mail sturen naar info@ineen.nl

© maart 2021

actiz
organisatie van zorgverleners

ineen
ORGANISEERT DE EERSTE LJ

**Koninklijk Nederlands
Genootschap voor Fysiotherapie**

KNMP

Laego
Landelijke Adviesgroep
Beroepsvereniging voor Ouderen

LHV
Landelijke Huisartsen Vereniging

nhg
Nederlands
Huisartsen
Genootschap

**Patiëntenfederatie
Nederland**
samen de zorg beter maken

**Sociaal Werk
Nederland**

VNG

v&vn

**Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport**

ZN



Kwetsbare ouderen thuis

handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk

maart 2021