

-
WERKBESCHRIJVING

Programma kwetsbare ouderen

Ella Benedictus	Programmaleider ouderen	RegiozorgNU
Natasja Dogterom	POH Ouderen	Huisartsenpraktijk Kockengen
Wilma van Doorn	Strategisch adviseur	Careyn
Sandra Harink	Verpleegkundig specialist	Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra
Chellie Heijmans	Ouderenconsulent	RegiozorgNU
Eugenie Hodes	Huisarts, kaderarts ouderen	Huisartsenpraktijk Hodes en van Beek, Maarssendorp
Clara Markus	Huisarts, kaderarts ouderen	Huisartsenpraktijk Harmelen- Vleuterweide
Linda de Vogel	Ouderenconsulent	RegiozorgNU

INHOUDSOPGAVE

.....	
Inleiding.....	3
Hoofdstuk 1: Uitgangspunten.....	4
1.1 Persoonsgerichte ondersteuning: Gezamenlijke benadering	4
1.2 Proactieve ondersteuning.....	6
1.3 Samenhangende ondersteuning.....	6
Hoofdstuk 2: De stappen in het programma kwetsbare ouderen	7
STAP 1: Signaleren kwetsbaarheid	7
STAP 2: Afstemmen ondersteuningsbehoefte en hulpvraag	9
STAP 3: In kaart brengen kwetsbaarheid	10
STAP 4: Multidisciplinair afstemmen	12
STAP 5: Opvolgen en coördineren	15
Hoofdstuk 3: Specifieke aandachtspunten	17

Programma kwetsbare ouderen

INLEIDING

RegiozorgNU is de regionale huisartsenorganisatie (RHO) van Noordwest-Utrecht. Binnen de RHO hebben we een programma kwetsbare ouderen.

Met dit programma dragen we bij aan langer thuis wonen en het toegankelijk houden van zorg en ondersteuning, door het organiseren van:

persoonsgerichte, proactieve en samenhangende behandeling, zorg, begeleiding en ondersteuning aan thuiswonende kwetsbare ouderen in een complexe zorgsituatie.

Dit stuk is de programmabeschrijving. Het programma is beschreven vanuit de huisartsenpraktijk. De rol van de wijkverpleging, inclusief casemanagement dementie is opgenomen in de beschrijving. De manier waarop de partners in het sociale domein en de gemeente aansluiten op dit programma is op dit moment nog geen integraal onderdeel van de beschrijving. In onze regio met vijf gemeenten met verschillend beleid is het (nog) niet gelukt hier een eenduidige beschrijving van te geven. Waar van toepassing, is de rol van deze partners wel benoemd, maar de invulling moet vorm krijgen per gemeente.

Het programma kwetsbare ouderen van RegiozorgNU is gebaseerd op de [handreiking kwetsbare ouderen thuis, herziene versie 2025](#). Deze bestaat uit zes stappen. We zijn zo dicht mogelijk bij de handreiking gebleven, maar hebben in verband met praktische hanteerbaarheid ervoor gekozen stap 4 'kern MDO' en stap 5 'breed MDO' samen te voegen tot één stap: multidisciplinaire afstemming. De stappen geven een volgorde aan. Het is echter niet zo dat deze volgorde in het programma strak hoeft te worden gehanteerd. Het is ondersteuning op maat, aansluitend bij wat nodig is.

Leeswijzer:

In hoofdstuk 1 vind je de uitgangspunten voor het programma kwetsbare ouderen: persoonsgericht, proactief en samenhangend. Deze uitgangspunten liggen onder alle stappen in het programma. In hoofdstuk 2 vind je de beschrijving van de vijf stappen in het programma, zoals deze vorm krijgen in onze regio. In hoofdstuk 3 beschrijven wij een aantal specifieke aandachtspunten: samen beslissen met beslissingsondersteuning, vrijwillige zorg, registratie in het HIS (voor huisartsen en POH's), informatie over Wlz indicaties en handreiking organiseren MDO.



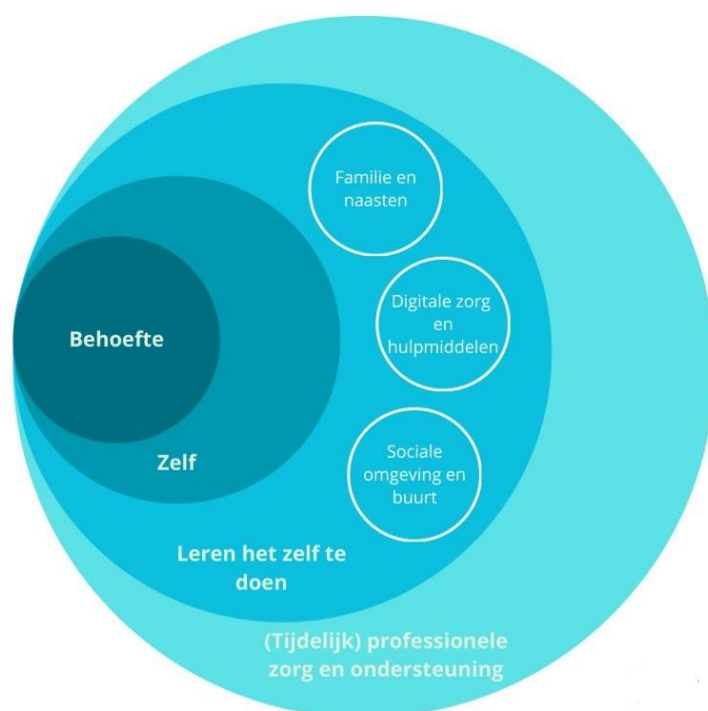
HOOFDSTUK 1 UITGANGSPUNTEN

De ondersteuning vanuit het programma kwetsbare ouderen is gebaseerd op de uitgangspunten: Persoonsgerichte ondersteuning, Proactieve ondersteuning en Samenhangende ondersteuning. Deze uitgangspunten zijn de basis in elke stap. In dit hoofdstuk worden deze uitgangspunten achtereenvolgens uitgewerkt.

1.1 Persoonsgerichte ondersteuning: Gezamenlijke benadering

Binnen zorg en ondersteuning wordt gewerkt vanuit verschillende visies die gericht zijn op o.a. eigen regie en samen beslissen, de brede definitie van gezondheid en zelfredzaamheid. Dit hebben we verwerkt in één benadering, gevisualiseerd in onderstaande figuren.

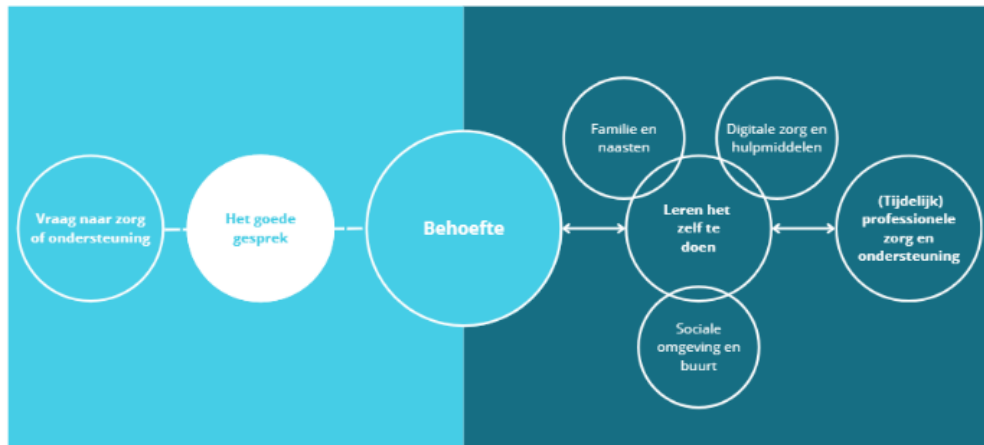
Nieuwe blik op zorg en ondersteuning



Uitgangspunten

- We gaan uit van wat iemand zelf kan en helpen te herwinnen wat iemand niet meer kan.
- We sluiten aan op wat voor deze persoon van wezenlijke betekenis is.
- Een vraag naar zorg of ondersteuning leidt tot een goed gesprek waarin we vanuit een breed perspectief verkennen wat in deze unieke situatie de vragen en de passende antwoorden zijn.
- Professionele zorg en ondersteuning zetten we in bij situaties waar andere oplossingen niet toereikend zijn en bij voorkeur tijdelijk.

Samen op zoek naar passende antwoorden



In deze benadering zie je dat we altijd uitgaan van de onder de hulpvraag liggende behoefte van een oudere.

Belangrijke aspecten bij persoonsgerichte ondersteuning zijn:

Brede blik

Gezondheid is het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven (Huber, 2014). Het gesprek om de hulpvraag en achterliggende behoefte in kaart te brengen, voeren we vanuit dit brede perspectief. Ter ondersteuning kunnen we instrumenten inzetten.

- Positieve gezondheid: brede blik op gezondheid en behoeften.
- Trazag, GFI of instrumenten indicatiestelling wijkverpleging: brede blik op context.

Ook bij het vinden van passende antwoorden hebben we een brede blik. Een passend antwoord is lang niet altijd de inzet van zorg of ondersteuning door de hulpverlener aan wie de vraag gesteld wordt. Weer zelf of samen doen, inzet van hulpmiddelen, gebruik van interventies in sociaal domein of informele zorg en tijdelijk zorg behoren tot de mogelijkheden.

Eigen regie

De oudere houdt zoveel mogelijk de eigen regie. We voorzien de oudere van passende informatie, maar de keuze blijft bij de oudere zelf. Als een oudere kiest voor een andere oplossing dan het voorstel van de hulpverlener, leg dit dan vast en communiceer het met de andere betrokken hulpverleners, als daar toestemming voor is. In stap 4 wordt, indien nodig, afgesproken welke hulpverlener de rol van coördinator op zich neemt. Deze coördinator kan periodiek toetsen of de oudere er nog steeds hetzelfde over denkt.

We streven naar:

- Zoveel mogelijk betrekken van de oudere, ook als de oudere ondersteuning bij de besluitvaardigheid nodig heeft (bij twijfel over de wilsbekwaamheid met betrekking tot de te nemen beslissing);
- Zoveel mogelijk vrijwillige zorg.

Oudere en naaste

Waar we het in dit stuk hebben over de ondersteuningsvraag van de ouderen, bedoelen we oudere en naaste. De kwetsbaarheid van een oudere heeft een grote impact op het leven van de naaste, en de naaste is vaak als mantelzorger de belangrijkste hulpverlener. Als oudere en naaste het niet eens zijn over de best passende ondersteuning, dan is de wens van de oudere leidend. Als de naaste iets gevraagd wordt wat hij/zij niet kan of wil bieden, bespreek je opnieuw de mogelijkheden met de oudere.

1.2 Proactieve ondersteuning

Tijdig proactief goede zorg en ondersteuning bieden aan ouderen kan leed en crisissituaties voorkomen. We signaleren daarom risicofactoren voor toename van kwetsbaarheid en adviseren ouderen over de mogelijkheden om de toename te voorkomen of uit te stellen. We zetten in op het vertragen van kwetsbaarheid bij ouderen die al kwetsbaar zijn, en het voorkómen of uitstellen van kwetsbaarheid bij vitale ouderen.

Inzetten op proactieve ondersteuning betekent dat de oudere zelf nog niet altijd een ondersteuningsvraag heeft. Door de oudere passend te informeren, kan de oudere zelf een beslissing nemen.

AANDACHTSGEBIEDEN PROACTIEVE ZORG EN ONDERSTEUNING (O.A.):

Beperkt sociaal netwerk: dit heeft grote invloed op het welbevinden, én op de mogelijkheden om zelf of samen redzaam te blijven, en daarmee het beroep op zorg en ondersteuning. Verwijs naar het sociaal domein.

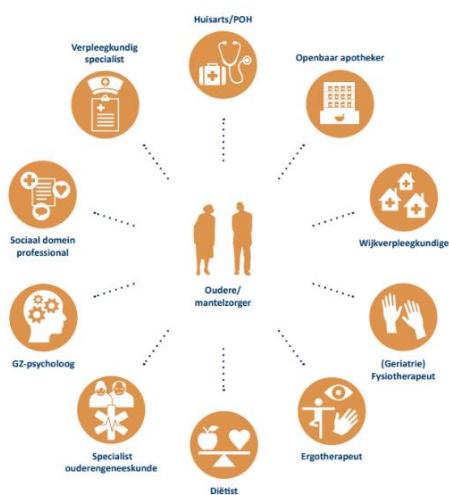
Bewegen en valrisico's: schat valrisico adequaat in en verwijs naar de juiste partner. Bij weinig bewegen kun je de oudere zelf motiveren of verwijzen naar het sociaal domein.

Ondervoeding: ondervoeding wordt niet altijd herkend. Maak gebruik van de Snaq 65+ voor de screening en verwijs zo nodig naar een diëtist.

Problemen visus en/of gehoor: problemen met visus en gehoor leiden vaak tot toenemende kwetsbaarheid en zijn o.a. een risico op het ontstaan van dementie.

Proactieve zorgplanning: begin tijdig over de behandelwensen t.a.v. het levenseinde, leg de wensen vast en deel ze met toestemming van de oudere met professionals in het netwerk en met de huisartsenspoedpost. Vraag de oudere naasten hierbij te betrekken.

1.3 Samenhangende ondersteuning



Bij ouderen met complexe ondersteuningsvragen zijn vaak meerdere hulpverleners betrokken.

Samenwerking tussen deze hulpverleners is belangrijk, om goed aan te kunnen sluiten op de behoefte van de oudere, om verwachtingen te kunnen afstemmen, en overlap tussen interventies of ontbreken van belangrijke interventies te kunnen voorkomen.

In de afbeelding (bron: handreiking kwetsbare ouderen thuis, herziene versie 2024) geeft een overzicht van de meest betrokken hulpverleners.

De hulpverleners werken samen op basis van een integraal gezondheidsplan. Dit vergt multidisciplinaire afstemming. Voor dit afstemmen gebruiken we VIPLive, het MDO en het wijknetwerk ouderen. In stap 4 beschrijven we hoe dit werkt.

HOOFDSTUK 2: DE STAPPEN IN HET PROGRAMMA KWETSBARE OUDEREN

In onderstaande paragrafen beschrijven we de vijf stappen van het programma kwetsbare ouderen: signaleren kwetsbaarheid, afstemming ondersteuningsbehoefte en hulpvraag, in kaart brengen kwetsbaarheid, multidisciplinaire afstemming en coördinatie.

STAP 1: Signaleren kwetsbaarheid

Stap 1 is het signaleren van mogelijke kwetsbaarheid. In deze fase worden de eerste signalen van kwetsbaarheid opgepikt en wordt gekeken of het nodig is om verder te gaan in het programma.

Doel

Actief signaleren van kwetsbaarheid bij ouderen, zodat er proactief acties kunnen worden ondernomen op de eventuele ondersteuningsbehoefte van de oudere, opdat de oudere zo lang mogelijk thuis kan wonen in een veilige omgeving en toename van kwetsbaarheid zoveel mogelijk kan worden voorkomen of vertraagd.

Proces

Het signaleren gebeurt op twee manieren: door casefinding in de dagelijkse hulpverlening, en door het doornemen van een screeningslijst.

A Casefinding in de dagelijkse hulpverlening

Professionals zijn alert op signalen van kwetsbaarheid, en vragen van de oudere zelf.

MOGELIJKE SIGNALEN VAN KWETSBAAKHEID

(Handreiking kwetsbare ouderen thuis 2025)

- Multimorbiditeit
- Eén of meer geriatric giants (vallen, ondergewicht, incontinentie, decubitus, depressie, communicatiestoornis)
- Polyfarmacie
- Moeite hebben eigen regie te voeren
- Het ontbreken van een sociaal netwerk
- Recent verlies van een partner
- Alleenstaand zijn
- Een overbelaste mantelzorger
- Een lage opleiding
- Laaggeletterdheid
- Frequent praktijkbezoek
- Een recente ziekenhuisopname
- Frequent bezoek aan de huisartsenpost en/of SEH
- Problemen visus of gehoor

Professionals geven het signaal door aan de POH/WV¹

- De professional die signaleert dat iemand mogelijk kwetsbaar is, geeft het signaal (met toestemming van de oudere) door aan:
 - Wijkverpleegkundige van het eigen team
 - POH

¹ NB waar we spreken over de POH bedoelen we de POH('s) of praktijkverpleegkundige(n) die zich richten op ouderen, tenzij we dit anders benoemen. Waar we spreken over de WV bedoelen we de wijkverpleegkundige en/of de casemanager dementie.

- Spreek af hoe het signaal kan worden afgegeven. Advies:
 - Signaal aan de wijkverpleegkundige: gebruikelijke werkwijze in het team.
 - Signaal aan de POH: rechtstreeks via VIP naar een POH in de praktijk.

POH of WV maakt een eerste inschatting van de kwetsbaarheid

- De POH/WV schat in of de oudere inderdaad vermoedelijk kwetsbaar is.
- Overleg eventueel met collega's uit het eigen team die de oudere ook kennen. Een POH somatiek zou in het reguliere contact ook een eerste verkenning kunnen doen (Trazag start, GFI).

B *Casefinding op basis van een screeningslijst*

NB dit kan alleen de huisarts/POH. De POH of huisarts neemt minimaal jaarlijks het patiëntoverzicht ouderenzorg door in VIP. Hiermee vind je ouderen die mogelijk over het hoofd gezien zijn bij casefinding (bijvoorbeeld omdat ze niet vaak in de huisartsenpraktijk komen).

STAP 2: Afstemmen ondersteuningsbehoefte en hulpvraag

In het contact met de oudere stem je af wat de ondersteuningsbehoefte is. Dit begint direct na het signaleren van kwetsbaarheid.

De afstemming van de ondersteuningsvraag is vaak onderdeel van het gesprek waarin je signaleert dat iemand mogelijk kwetsbaar is. Wanneer gebruik is gemaakt van een screeningslijst is dit het contact naar aanleiding van de screening.

Doel

- Nagaan ondersteuningsbehoefte en hulpvraag.
- Benoemen van risico's voor het ontwikkelen van kwetsbaarheid.
- Toestemming om eventuele kwetsbaarheid in kaart te brengen.

Proces

De POH /WV stemt met de oudere af:

- Is er een ondersteuningsbehoefte en/of hulpvraag?
- Welke risico's zijn er op het ontwikkelen van kwetsbaarheid? Herkent de oudere dit?
- Vinden POH/WV en oudere samen dat er sprake is van bepaalde mate van kwetsbaarheid?
- Zo ja: Geeft de oudere toestemming om de kwetsbaarheid en ondersteuningsbehoefte verder in kaart te brengen en zo nodig af te stemmen met collega hulpverleners?

Optie 1: Oudere wil verder met de vervolgstappen in het programma:

⇒ *Afspraak huisbezoek in kaart brengen kwetsbaarheid*

- De POH/WV plant een afspraak voor een huisbezoek om de kwetsbaarheid en de ondersteuningsvraag verder in kaart te brengen.

Tips:

- Betrek de naaste.
- Plan zo nodig eerst nog een afspraak om erover door te praten.
- Meld vermoeden kwetsbaarheid aan betrokken hulpverleners.

Optie 2: Oudere wil niet verder met de vervolgstappen in het programma:

⇒ *Houd vinger aan de pols*

VINGER AAN DE POLS HOUDEN

POH:

- Markeer vermoedelijke kwetsbaarheid in het HIS (ICPC-code A49-01) en registreer in het protocol: Deelname ketenzorgprogramma ouderen: nee. Zie voor registratie in het HIS hoofdstuk 3: Specifieke aandachtspunten.
- Bij komende consulten, en in ieder geval bij het doornemen van de screeningslijst, (stap 1, signalering) kan je dit opnieuw bespreken.

WV:

- Oudere blijft in zorg: breng de vraag opnieuw aan de orde bij de evaluatie/herindicatie gesprekken.
- Oudere uit zorg: geef door aan de POH (via VIPLive) dat je afrondt. Spreek zo mogelijk af na een periode nog eens te bellen.

STAP 3: In kaart brengen kwetsbaarheid

Bij ouderen die (vermoedelijk) kwetsbaar zijn, en waarbij een ondersteuningsbehoefte is, brengt de POH of WV de kwetsbaarheid in kaart met een multidomeinanalyse. Bij voorkeur plant hij/zij hiervoor een huisbezoek omdat dit een beter beeld geeft van de situatie.

Doel

Een breed beeld vormen van de terreinen waarop een oudere kwetsbaar is, en een beeld vormen van de context van de oudere (belangrijke naasten, mantelzorgers, betrokken hulpverlening etc.). Het is van belang om dit gesprek regelmatig te voeren, bijvoorbeeld bij veranderingen die invloed kunnen hebben op kwetsbaarheid (zie mogelijke signalen van kwetsbaarheid (stap 1)), en minimaal eens per twee jaar.

Proces

⇒ *De POH/WV brengt een huisbezoek.*

NB soms zijn meer bezoeken nodig om een goed beeld te vormen.

Onderdelen:

Behoefte en hulpvraag verder in beeld brengen

- Breng behoeften en hulpvraag in beeld op basis van de brede blik (zie de uitgangspunten), als vervolg op de eerste verkenning in stap 2. De wijkverpleegkundige doet dit in het wijkverpleegkundig adviesgesprek en de indicatiestelling. De POH gebruikt hiervoor een visite.
- Tip bij verschillende behoeften: besteed tijd om de onderliggende vraag helder te krijgen bij oudere en naasten. Als oudere en naaste het niet eens zijn, is de wens van de oudere leidend. Echter, er kan niet iets gevraagd worden van de naaste wat hij/zij niet kan of wil bieden. Zie ook uitgangspunten.
- Tip: besteed tijd aan het goed informeren over het belang van proactieve ondersteuning.

Kwetsbaarheid in beeld brengen

- Multidomein screening/analyse op basis van Trazag of GFI of wijkverpleegkundig adviesgesprek.
- Breng in kaart hoe het netwerk van hulpverlening rond een oudere er op dit moment uitziet, inclusief mantelzorgers. Zoals: maakt de oudere gebruik van dagbesteding/dagbehandeling (en op welke dagen)? Is er een Wlz indicatie?
- Op maat vervolgonderzoek en/of verwijzingen op basis van de screening en de behoefte:
 - Metingen: bloeddruk, lengte en gewicht.
 - Op indicatie en als de oudere hieraan toe is, kun je direct vervolgafspraken maken met de oudere;
 - verwijzingen
 - geriatriesch lab: BSE, HB/HT, leucocyten (op indicatie), gluc, natrium, kalium, calcium (op indicatie), creatinine, ALAT (op indicatie), TSH, Alb, vit B12, vit D3 (op indicatie) ([RTA medische zorg voor ouderen, Trijn](#))
 - MMSE
 - medicatie review
 - andere vragenlijsten uit de Trazag (vervolg)
 - etc.

Proactieve ondersteuning

- Informeer over proactieve ondersteuningsmogelijkheden om achteruitgang te voorkomen en neem gezamenlijk besluit over het inzetten hiervan.

- Benoem het belang van het nadenken over behandelwensen, geef informatie via thuisarts.nl en plan desgewenst een vervolgesprek
- ⇒ Beoordeel kwetsbaarheid
- De POH/wijkverpleegkundige beoordeelt of de oudere kwetsbaar is. Een indicatie voor kwetsbaarheid is 3 of meer keer ja in de Trazag of een score van 4 of hoger bij de GFI. In de praktijk is de professionele beoordeling het meest belangrijk. Bij geheugenproblemen is bijv. standaard sprake van een zekere mate van kwetsbaarheid.
 - Overleg bij twijfel met de huisarts.
- ⇒ *Samen beslissen over vervolgacties*
- Bespreek je bevindingen met de oudere. Vorm een gezamenlijk beeld van de kwetsbaarheid.
 - Beslis samen welke interventies ingezet worden.
 - Vraag toestemming om verder te gaan met het programma: Dit betekent dat:
 - Je de ondersteuning afstemt met andere betrokken hulpverleners, in een integraal gezondheidsplan, via VIP en zo nodig in MDO's.
 - Je regelmatig contact houdt met de oudere om het plan af te stemmen op de hulpbehoefte en zo nodig bij te stellen.
- Optie 1: Wel toestemming vervolg programma:*
- ⇒ Ga door naar stap 4: multidisciplinaire afstemming.
- Optie 2: Geen toestemming vervolg programma:*
- ⇒ Houd vinger aan de pols

VINGER AAN DE POLS HOUDEN

POH:

Markeer kwetsbaarheid in het HIS (ICPC-code A05) en registreer in het protocol: Deelname ketenzorgprogramma ouderen: nee. Zie voor registratie in het HIS hoofdstuk 3: Specifieke aandachtspunten. Bij komende consulten, en in ieder geval bij het doornemen van de screeningslijst (stap 1, signalering) kan je dit opnieuw bespreken.

Wijkverpleegkundige:

- Oudere blijft in zorg: breng de vraag opnieuw aan de orde bij de evaluatie/herindicatie gesprekken.
- Oudere uit zorg: geef door aan de POH (via VIPLive) dat je afrondt. Spreek zo mogelijk af na een periode nog eens te bellen.

STAP 4: Multidisciplinair afstemmen

Vaak zijn veel verschillende professionals betrokken rond kwetsbare ouderen. In onderstaand figuur zie je welke professionals zoal betrokken kunnen zijn. Het doel van het programma is om samenhangende zorg aan te bieden. Dit vraagt om onderlinge afstemming.

Doel

Afstemmen integrale proactieve zorg en ondersteuning rondom een oudere vanuit één integraal gezondheidsplan.

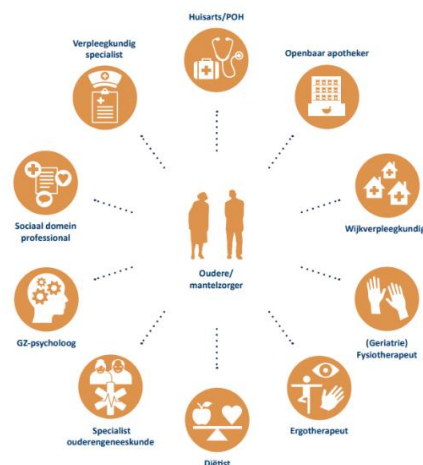
- Verrijken van elkaars perspectief.
- Optimaal benutten van de mogelijkheden in de drie domeinen.
- Korte lijnen tussen professionals.

Proces

Naast elkaar bellen of langslopen, gebruiken we hiervoor in het programma vier ondersteunende middelen:

- Online-communicatie in VIPLive Samenwerken
- Integraal gezondheidsplan
- Multidisciplinair overleg (MDO)
- Wijknetwerk ouderen

Onderstaand een toelichting per middel.



Online-communicatie in VIPLive Samenwerken (VIPLive)

VIPLive Samenwerken (VIPLive) is het online communicatieplatform in onze regio. VIPLive gebruiken we voor o.a.:

- Afstemming tussen twee of meer professionals bij niet spoedeisende ad hoc vragen (bij spoed bellen).
- Actueel houden van het overzicht van de hulpverleners betrokken bij een oudere.
- Delen van informatie over wijzigingen in beleid, ondersteuningsplan, etc.
- Voorbereiding Multidisciplinair overleg (MDO) (agendavorming, vragen per besproken oudere).
- Gerichte vragen ter voorbereiding van het MDO: een apotheker kan bijv. al vooraf input geven op vragen rondom medicatie, en hoeft dan niet altijd het MDO bij te wonen.
- Online MDO of ander overleg.
- Vastleggen gemaakte afspraken in het gezondheidsplan.

Meer informatie en handleidingen voor het gebruik van VIPLive vind je [hier](#).

Integraal gezondheidsplan

Elke professional maakt een eigen plan en legt dit vast in het eigen dossier. Als de hulpvraag complex is en veel professionals betrokken zijn, is het belangrijk dit af te stemmen. Het gezondheidsplan is een faciliteit in VIPLive Samenwerken. In dit gezondheidsplan leggen de professionals de afspraken vast die betrekking hebben op die ondersteuningsvragen waarbij multidisciplinaire inzet nodig is. In het gezondheidsplan kunnen zij ook de voortgang monitoren.

Multidisciplinair overleg (MDO)

⇒ *Wanneer inzetten*

- Als onderling afstemmen in VIPLive niet voldoende is.
- Om je perspectief te verruimen (door samen te kijken krijg je bijv. meer zicht op de mogelijkheden buiten je eigen domein).

Rondom elke huisartsenpraktijk is een compact basis MDO ingericht, waarin de drie domeinen (sociaal domein, eerstelijnszorg en wijkverpleging) vertegenwoordigd zijn. Zo nodig kun je de bespreking van

een oudere uitbreiden met andere betrokken professionals (b.v. (geriatrisch) fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist of psycholoog). Deze wonen dus niet het hele MDO bij.

SAMENSTELLING MDO

Vaste deelnemers

- WV van de grote aanbieders
- Casemanager dementie
- Huisarts en/of POH
- Professional welzijn en/of sociaal wijkteam (op afroep of vast betrokken) *

Op indicatie:

- Specialist ouderengeneeskunde
- Apotheker

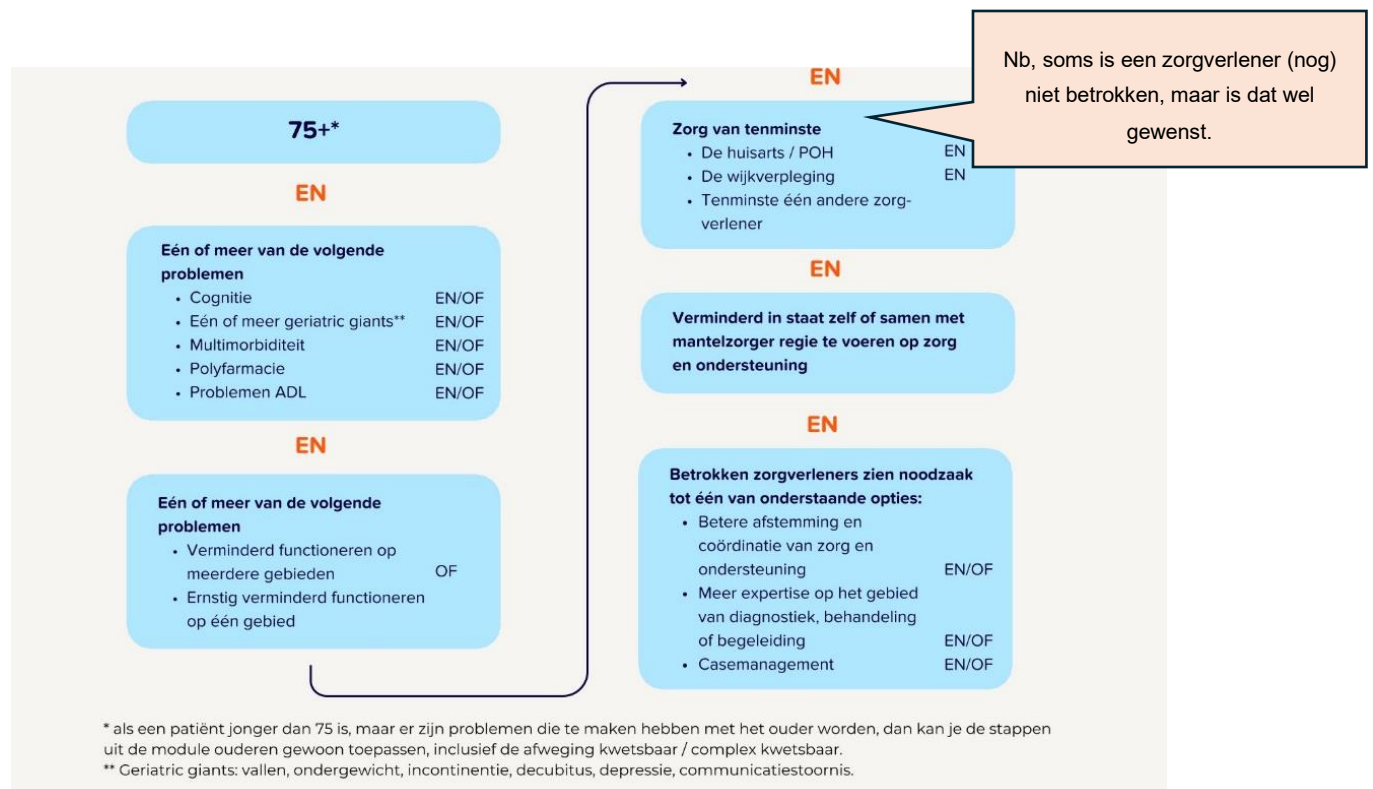
Op casusniveau

Desgewenst uitbreiden met andere betrokken professionals per te bespreken oudere (denk bijv. aan ergotherapeut, (geriatrisch) fysiotherapeut, diëtist en psycholoog).

*NB in Noordwest-Utrecht zijn vijf gemeenten. Het sociaal domein in deze gemeenten is verschillend georganiseerd. Dat betekent dat we niet eenduidig aan kunnen geven welke professional het beste aan kan schuiven bij het MDO. Kom je er niet uit, maak dan afspraken op wijkniveau (bijvoorbeeld via de wijkmanager) en/of betrek de ouderenconsulent van RegiozorgNU.

⇒ Welke ouderen en welke vragen bespreek je in het MDO?

In het MDO bespreek je oudere met één of meer hulpvragen waarvoor onderlinge afstemming noodzakelijk is, of waarbij vragen zijn die je je collega's wilt voorleggen. Meestal gaat het om ouderen met een complexe kwetsbaarheid. Soms ook om ouderen waarbij kwetsbaarheid voorkomen kan worden door een integrale proactieve aanpak.



THEMA'S / ONDERSTEUNINGSVRAGEN VOOR HET MDO:

- Cognitieproblemen
- Onbegrepen achteruitgang
- Complexe multimorbiditeit
- Proactieve ondersteuningsmogelijkheden
- Regieverlies
- Afstemming rondom behandelwensen/einde levenswensen
- Zelfstandig wonen en zelfredzaamheid
- Eenzaamheid
- Ernstige verwaarlozing
- Overbelasting mantelzorger
- Aanvraag Wlz indicatie of Wmo voorzieningen
- Etc.

In het MDO spreek je af wie de coördinator is. In hoofdstuk 3, specifieke aandachtspunten, vind je een stappenplan waarmee je kunt bepalen welke hulpverlener het meest logisch is om te benoemen als coördinator. In dit hoofdstuk vind je ook een handreiking voor de organisator van een MDO.

Wijknetwerkbijeenkomst ouderen

⇒ **Wat is het?**

Een wijknetwerkbijeenkomst ouderen is een bijeenkomst van hulpverleners uit verschillende domeinen die werken met ouderen in deze wijk.

⇒ **Doel:**

- Kennis verhogen van de mogelijkheden van hulpverlening in de eigen wijk.
- Elkaar leren kennen
- Samenwerking tussen hulpverleners in de wijk vergroten door korte lijnen en eventueel verbeterprojecten.

⇒ **Hoe organiseren?**

Maak afspraken in je wijk:

- Kies het geografische niveau dat het best past bij de meeste hulpverleners, bijv. gemeente, dorp of wijk.
- Frequentie: twee tot vier keer per jaar.
- Je kunt ook een bestaand netwerk gebruiken en dit periodiek toespitsen op ouderen. Nodig dan specifiek die hulpverleners uit die betrokken zijn bij ouderen.
- Organisator: spreek af wie het overleg organiseert. Meest voor de hand liggend is iemand vanuit de wijkverpleging, iemand vanuit de huisartsenpraktijk of de wijkmanager. Je kunt ook rouleren.
- Agenda: zorg dat alle professionals uit alle domeinen iets in kunnen brengen op de agenda. Een vraag aan anderen, een anonieme casus, een presentatie van hun rol in de wijk. Het is juist ook leuk om iets te horen over de mogelijkheden in informele zorg of een burgerinitiatief.

STAP 5: Opvolgen en coördineren

Bij het kwetsbaar worden is vaak sprake van regieverlies, en neem je dus in overleg stukjes van de coördinatie over. Bij complexe problematiek waarbij veel hulpverleners betrokken zijn, hebben soms ook hulpverleners de behoefte om de onderlinge samenwerking te coördineren. Dit is een cyclisch proces.

Doel

Er is overzicht over welke zorg en ondersteuning wordt gegeven en door wie. Dit is vastgelegd in een gezondheidsplan. In nauw overleg met de oudere en zijn naaste evalueren de betrokken hulpverleners dit gezondheidsplan periodiek en stellen zij dit waar nodig bij, met het oog op passende en efficiënte zorg.

Zowel voor hulpverleners als voor de oudere en zijn/haar naaste is helder wie de coördinator is.

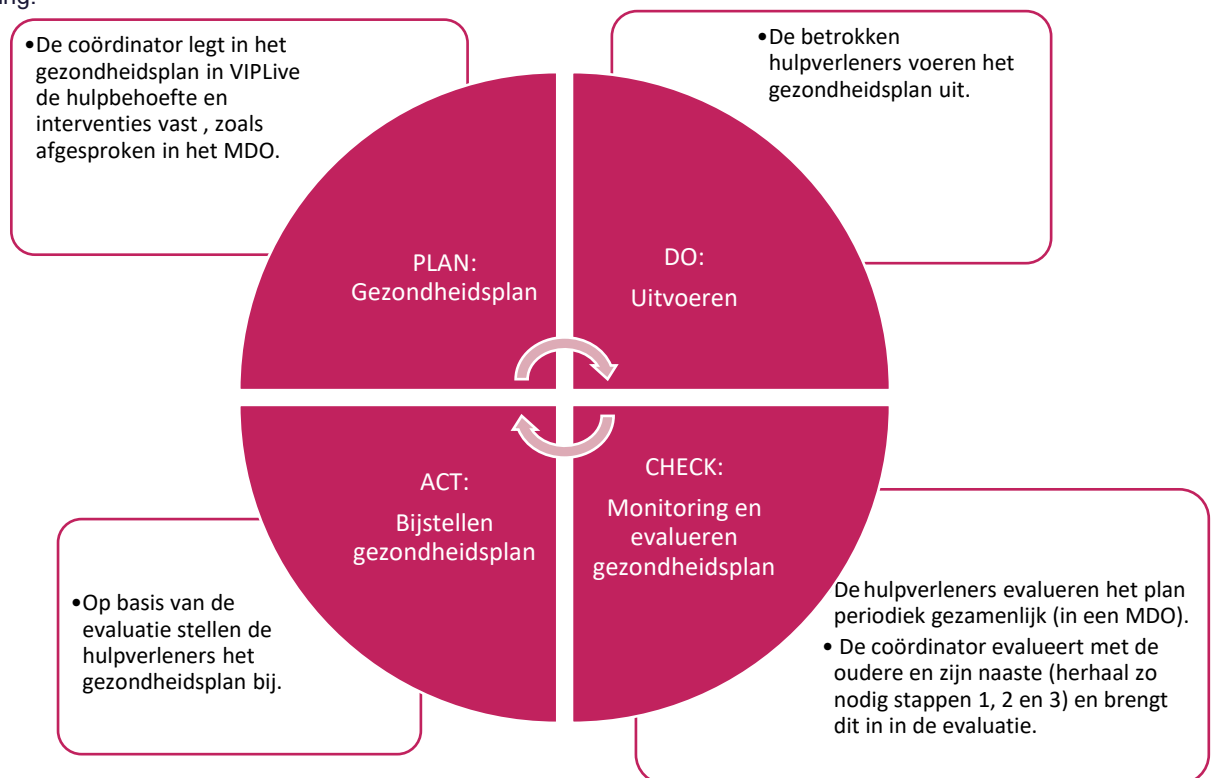
Proces

⇒ Gezondheidsplan

In het gezondheidsplan in VIPLive kun je vastleggen wat de belangrijkste doelstellingen zijn voor de oudere, hoe invulling wordt gegeven aan deze doelstellingen en welke hulpverlener hierin wat doet.

Met dit gezondheidsplan creëer je dus een overzicht ter ondersteuning van de coördinatie.

Er wordt een plan do check act cyclus toegepast op het gezondheidsplan, zie onderstaande afbeelding.



Alle professionals blijven zelf verantwoordelijk voor de door hen geleverde zorg en ondersteuning.

⇒ Coördinator

Spreek af wie de coördinator wordt van het gezondheidsplan. Dit is meestal de POH, de WV of de casemanager dementie.

WELKE HULPVERLENER WORDT COÖRDINATOR?

Als veel hulpverleners betrokken zijn, en/of de oudere niet in staat is de volledige regie op zich te nemen, dan kan in overleg met de oudere een coördinator worden benoemd. De keuze voor wie deze rol op zich neemt, kun je baseren op onderstaand schema. NB dit hoeft natuurlijk niet, je kunt ook op een andere manier je keuze maken.

Vragen	Advies coördinator
1 - Casemanager dementie betrokken, met actieve rol? - Meeste ondersteuningsvragen vanwege dementie? - Casemanager lid van het MDO?	Alles ja: Casemanager dementie
2 - Team wijkverpleging heeft grote en blijvende rol? - Meeste ondersteuningsvragen verpleging/verzorging? - Team wijkverpleging lid van het MDO?	Alles Ja: Wijkverpleegkundige/EVV
3 - Ondersteuning georganiseerd vanuit Volledig pakket thuis (VPT) team? - VPT-team lid van het MDO (of specifiek MDO-VPT)?	Alles ja: Regisseur VPT
4 Bovenstaande vragen met nee beantwoord?	POH

ROL COÖRDINATOR

Vast aanspreekpunt

- Stem met de oudere en naaste af welke hulpvragen en onderliggende behoeften er zijn.
- Vaste link tussen de oudere en de betrokken hulpverleners.

Proactieve ondersteuning

- Bespreek de mogelijkheden voor proactieve ondersteuning en ondersteun bij de besluitvorming.
- Breng behandelwensen aan het einde van het leven onder de aandacht, zet het proces in gang.

Stimuleren eigen regie en zelfmanagement

- Gebruik online communicatie met de oudere/naaste:
 - Maak duidelijke afspraken over welke vragen en met welke hulpverleners een oudere online kan stellen, en wat de verwachte reactietijd is.
 - Bij online-communicatie met naasten: denk aan toestemming door de oudere.

Coördineren gezondheidsplan en plan do check act cyclus

- Breng hulpbehoefte en interventies samen in het integraal gezondheidsplan.
- Coördineer het gezondheidsplan met de oudere en de andere betrokken hulpverleners in een plan do check act cyclus (zie stap 4).

HOOFDSTUK 3: SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN

In dit hoofdstuk brengen we tot slot een aantal specifieke aandachtspunten onder de aandacht: samen beslissen met beslissingsondersteuning, vrijwillige zorg, registratie in het HIS (voor huisartsen en POH's), informatie over Wlz indicaties en handreiking organiseren MDO.

SAMEN BESLISSEN MET BESLISSINGSONDERSTEUNING

Als de oudere niet in staat is om een weloverwogen beslissing over behandeling te nemen (dit wordt ook wel ter zake wilsonbekwaam genoemd), dan bieden we hierbij ondersteuning. De oudere blijft altijd betrokken, en we sluiten zoveel mogelijk aan bij de wensen van de oudere. Een vertegenwoordiger wordt betrokken bij de besluitvorming. Vraag tijdig bij de oudere wie de vertegenwoordiger mag zijn als de oudere het zelf niet aan kan geven.

De vertegenwoordiger is, in volgorde:

- een door de rechter benoemde curator of mentor;
- een schriftelijk door de patiënt gemachtigde;
- de echtgenoot, geregistreerd partner of ander levensgezel;
- de ouder, kind, broer of zus.

NB Mensen zijn meestal niet volledig wilsonbekwaam, ook niet als zij bijvoorbeeld dementie hebben. Betrek dus altijd ook de oudere zelf zoveel mogelijk bij de besluitvorming.

Meer informatie over wilsbekwaamheid in de huisartsenpraktijk vind je [hier](#).

VRIJWILLIGE ZORG

We steven naar zoveel mogelijk vrijwillige zorg.

Vind je als hulpverlener dat ondersteuning nodig is waaraan een oudere geen behoefte heeft, blijf dan in gesprek met de oudere. Overweeg of alternatieven mogelijk zijn. Bespreek het dilemma in het MDO, of als het sneller moet, ad hoc met je collega's. Betrek ook de SO.

Als je toch besluit ondersteuning te verlenen waar de oudere zich tegen verzet, dan geldt de Wet Zorg en Dwang. De WZD formuleert wanneer sprake is van onvrijwillige zorg en hoe een afweging om onvrijwillige zorg te geven tot stand komt. Dit valt buiten het kader van dit programma ouderenzorg. Dit is te vinden op de website van [Vilans](#), de [LHV](#), [V&VN](#).

[Meer informatie](#) over wet zorg en dwang.

REGISTRATIE IN HET HIS

Alleen voor de POH of huisarts.

Kwetsbaarheid

Bevinding	Registratie
Vermoeden van kwetsbaarheid	ICPC A49-01
Kwetsbaar	ICPC A05

Deelname programma ouderen

Bevinding	Registratie
(signalen van) kwetsbaarheid, oudere geeft toestemming voor vervolgstappen in het programma	Protocol ouderen: Deelname aan ketenzorgprogramma ouderenzorg: ja
(Signalen van) kwetsbaarheid, oudere geeft geen toestemming voor vervolgstappen in het programma	Protocol ouderen: Deelname aan ketenzorgprogramma ouderenzorg: nee

Voorbeeld registratie: de oudere is kwetsbaar, maar wil niet verder in het programma:

- ICPC code A05: kwetsbaar.
- Deelname aan ketenzorgprogramma ouderenzorg: nee.

[Klik hier voor het volledige NHG registratie-advies ouderen.](#)

Behandelwensen:

HIS: Leg behandelwensen vast met episode A20

- Zorg dat de episode actief blijft.
- Vraag toestemming voor LSP en zet dit aan.

Overdracht huisartsenspoedpost: Alleen de huisarts kan dit doen!

- Maak een memo aan in VIPLive SpoedEPD.
- Vanuit het HIS -> VIP live zorgportaal -> Mijn patiënten SpoedzorgNU

[Klik hier voor de infokaart registratie van behandelwensen](#)

AANVRAAG WLZ INDICATIE

Steeds meer ouderen met een Wlz indicatie wonen thuis. Aandachtspunten:

Wanneer een Wlz indicatie:

- Wanneer permanent 24-uurs toezicht of zorg in nabijheid nodig is, en er ernstig nadeel dreigt als dit er niet is.
- Meestal signaleert de wijkverpleging dat een Wlz indicatie nodig is.
- Het is niet mogelijk zorg uit de Zvw te blijven leveren, als er een grondslag is voor Wlz.
- Zorg dat je op één lijn zit over het aanvragen.

Rol huisarts bij aanvraag

- Verplicht: episodelijst. Zorg dat de episodelijst Adept geregistreerd zijn. Voor VV 5 (dementie) is een neurocognitieve stoornis een onderbouwing. Geheugenstoornissen is niet voldoende!
- Soms gewenst: motiverende brief. Als de episodelijst onvoldoende beeld geeft, breng je in een korte motiverende brief in beeld wat het beloop en de behandeling is van de relevante episodes en hoe de episodes met elkaar interacteren, zodat 24-uurs toezicht of zorg in nabijheid onomkeerbaar nodig is.

WLZ THUIS

Leveringsvormen

Volledig pakket thuis (VPT) of Modulair pakket thuis (MPT)

Steeds meer ouderen krijgen WLz thuis in plaats van in een verpleeghuis. Er zijn drie leveringsvormen:

Verpleeghuiszorg Thuis (VPT)

VPT is verpleeghuiszorg thuis, gecoördineerd door één aanbieder (onderaannemers kunnen ingezet worden voor specifieke onderdelen). VPT kan in verschillende vormen geleverd worden: In een geclusterde setting (woonzorgvorm), vanuit een wijkteam of vanuit een apart VPT-team.

[Meer informatie](#)

Modulair pakket thuis (MPT)

De oudere kan de zorg uit de WLz van verschillende aanbieders krijgen. Eén van de aanbieders is coördinator zorg thuis. Deze is het aanspreekpunt. Hij/zij overlegt met de dossierhouder als er bijv. een nieuwe vorm van zorg of een ophoging van de indicatie nodig is. De partij die de meeste zorg levert is de coördinator zorg thuis.

Persoonsgebonden budget (PGB)

De oudere koopt zelf zijn zorg en ondersteuning in. Dit kan ook bij familieleden of mantelzorgers. De budgethouder is verantwoordelijk voor het inkopen van passende zorg en het aanvragen van uitbreidingen. De budgethouder is in principe de oudere zelf, maar hij/zij kan dit overdragen aan een familielid of een ingehuurd budgetbeheerder.

Multidisciplinaire afstemming bij VPT/MPT/PGB

Zorg dat de hulpverleners in het netwerk weten:

- Wie het aanspreekpunt is per team zorgverleners dat betrokken is.
- Wie de coördinator is van het totaalpakket WLz.

Betrek hen in het netwerk in VIPLive en nodig hen zo nodig uit voor het MDO.

HANDREIKING ORGANISEREN MDO

Vorbereiden

- De organisator (meestal een POH of wijkverpleegkundige) plant het MDO. Tip: plan de MDO's voor een jaar vooruit met de vaste deelnemers.
- Alle aanwezigen kunnen ouderen inbrengen met een concrete vraagstelling. Zet deze vraagstelling in het gezondheidsplan in VIPLive.
- Organisator maakt agenda en overzicht van te bespreken (mogelijk) kwetsbare ouderen met concrete vraagstelling. Tip: Reken op 10 minuten per oudere en houd tijd over voor één extra te bespreken oudere.
- Eén van de professionals (de coördinator of de inbrenger) stemt altijd vooraf af met de oudere.

Bespreken

- Eerste bespreking: is de oudere kwetsbaar? Zo ja, spreek af wie de coördinator is.
- Bespreek in het overleg de concrete vragen van hulpverleners, en oudere/naaste.
- De coördinator zorgt ervoor dat de ondersteuningsvraag van de oudere centraal staat.
- Spreek af welke interventies worden uitgevoerd, en wie de actiehouders is.
- De coördinator legt de afspraken vast in het gezondheidsplan in VIPLive Samenwerken.

Terugkoppelen oudere

- De coördinator koppelt de voorgestelde afspraken terug aan de oudere.
- Als op basis van dit gesprek wijzigingen worden voorgesteld, dan stemt de coördinator dit af met de actiehouders en legt dit vast in het gezondheidsplan in VIPLive. Tip: gebruik VIPLive voor afstemming.

Uitvoeren afgesproken interventies

- Hulpverleners voeren de afgesproken interventies uit en koppelt de voortgang terug in het gezondheidsplan.

Coördinatie en opvolging

- De coördinator evalueert de voortgang op basis van de rapportage in het gezondheidsplan in VIPLive, en gesprekken met de oudere.
- Zo nodig wordt een evaluatiemoment in het MDO gepland.
- Zo nodig wordt het gezondheidsplan op basis van de evaluatie bijgesteld.