Protocol DSP Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen & Dementie 2020

DOH SGE PoZoB

samen sterker

Verslaglegging door het team experts in de eerstelijns ouderengeneeskunde van DOH, SGE en PoZoB:
onze kaderhuisartsen, adviseurs, stafmedewerkers en consulenten ouderenzorg en de medische directie.

Dit protocol is tot stand gekomen met dank aan de Commissie Ouderenzorg project KOMPLEET (ZonMw 2011-2015), de leden van de DSP Regionale Adviesraad Kwetsbare Ouderen en de feedback van alle huisartsenpraktijken en hun netwerkpartners.

Inhoudsopgave

Gebruik van het protocol 5

Het zorgprogramma bestaat uit een aantal kernelementen 5

Proactief werken 6

Leercurve huisartsenpraktijk 6

Opbouw start van een huisartsenpraktijk met het zorgprogramma 7

1. De achtergrond van het Regionaal zorgprogramma Kwetsbare Ouderen DSP 8

Doelstelling van het zorgprogramma 8

Definitie kwetsbare oudere 9

Kwetsbaarheid 9

Overige aandachtspunten 11

2a. Randvoorwaarden in de organisatie van zorg 16

2b. Het primaire zorgproces 23

Casefinding 23

Inventarisatie: TraZAG, nadere diagnostiek & analyse met SFMPC-model 24

Verschillende soorten diagnostiek: 25

Probleemanalyse met het SFMPC-model 26

Opstellen concept Individueel zorgplan (IZP) 26

Multidisciplinair Overleg (MDO) 28

Medicatiebeoordeling en jaarlijkse medicatiecheck 30

Advance Care Planning (ACP) 31

Vervolg na Eerste MDO 32

Transferzorg bij ziekenhuisopname 33

Casemanagement 33

3. Rollen deelnemers zorgprogramma 36

Rol van de Praktijkondersteuner 36

Programmacoördinatie door de praktijkondersteuner in de praktijk 36

Rol van de huisarts 37

Rol van de verpleegkundig specialist (VS) 37

Specialist Ouderengeneeskunde (SO) 39

Klinisch geriater/ internist ouderengeneeskunde 42

Inzet van Geestelijke Verzorging 42

De wijkverpleegkundige 42

Zorgtrajectbegeleider dementie (ZTB), Casemanager dementie 43

Diëtist 45

Ergotherapeut 46

Bijlage 1 Patiëntenvoorlichting 49
Bijlage 2 Implementatie onderdelen Zorgprogramma 50
1. Werkwijze Organisatie EKT 50
2. Werkwijze Organisatie Wijknetwerkbijeenkomst 51
3. Werkwijze eerste huisbezoek 52
Bijlage 3 Checklist organisatie MDO stap voor stap 54
Bijlage 4 SMART-formuleren van doelen 56
Bijlage 5 Kerncompetenties van de casemanager 57
Bijlage 6 Ouderenmishandeling 58
6a Bijdrage van Veilig thuis. 58
6b Ouderenmishandeling in een juridisch kader 59
Bijlage 7 Mantelzorg 62
Bijlage 7a Stroomschema 62
Bijlage 7b Regionale Toolkit Mantelzorg 63
Bijlage 7c EDIZ 69
Bijlage 7d Preventieve Ondersteuning Mantelzorg 70
Bijlage 7e De welzijnsmeter onderscheidt vier type mantelzorgers: 71
Bijlage 8 Lab protocollen Kwetsbare Ouderen 72
Bijlage 9 Streefwaarde en NHG-code 73
Gebruikte bronnen en literatuur 74

Gebruik van het protocol

Dit protocol is ontwikkeld om de huisartsenpraktijk en ketenpartners handvat te geven bij de uitvoering van het zorgprogramma Kwetsbare Ouderen in de huisartsenpraktijk en in/ met het wijknetwerk. Een mix van praktijkorganisatie, kwaliteit, expertise, visie en ketensamenwerking is uitgewerkt. Het ondersteunt een beginnende huisartsenpraktijk bij het opzetten van het zorgprogramma in de praktijk en het is een naslagwerk dat eenieder er telkens bij kan pakken.

Het bestaat uit vier onderdelen:

1. Een **introductie** op het zorgprogramma met een korte beschrijving van de belangrijkste kernelementen, het proactief werken en de implementatie van het zorgprogramma in de huisartsenpraktijk.

2. De **achtergrond** van het zorgprogramma met een beschrijving van de doelstelling, uitgangspunten, de visie op zorg voor kwetsbare ouderen, de definitie en randvoorwaarden voor een goede implementatie in de praktijk. Hier vind je *waarom* het zorgprogramma voor *wie* is ontwikkeld.

3. De **randvoorwaarden** (a) en het **primaire zorgproces** (b) binnen het zorgprogramma. Elke stap wordt vrij uitgebreid beschreven telkens in volgorde: achtergrond en praktische handvatten *hoe* je het zorgprogramma in praktijk brengt. Aan de bijlagen zijn zo nodig checklists toegevoegd.

4. Een beschrijving van de **rollen van ketenpartners**. De zorg voor kwetsbare ouderen gebeurt in samenwerking met het wijknetwerk. Om de collega's optimaal te benutten zijn specifiek voor het zorgprogramma rollen en toegevoegde waarde op hoofdlijnen beschreven.

Vervolgens zijn aan de **bijlagen** belangrijke thema's en documenten toegevoegd die je in de praktijk goed kunt gebruiken.

Het zorgprogramma bestaat uit een aantal kernelementen

- Proactieve zorg door casefinding (geen screening!). Door proactieve signalering van kwetsbaarheid, casefinding en vroegdiagnostiek binnen de eerstelijn en het netwerk rondom de huisartsenpraktijk komen kwetsbare ouderen in beeld.

- Zorgcoördinatie vanuit de huisartspraktijk en monitoring van het zorgprogramma met een kwaliteitscyclus. Jaarlijkse evaluatie van de ketenzorg met een kwaliteitscyclus geeft aanleiding tot het systematisch goed houden van de zorg voor kwetsbare ouderen en het verminderen van de praktijkvariatie.

- Inzet van een multidisciplinair overleg (MDO) samen met patiënt en mantelzorger. De kwetsbare oudere (indien mogelijk) en de mantelzorger zijn aanwezig bij het MDO om zo te zorgen voor maximale vraagsturing en zelfmanagement.

- Inzet van positieve gezondheid met het individueel zorgplan (IZP) met persoonlijke doelen, medische problemen te minimaliseren en ziektelast te reduceren en zelfredzaamheid, zelfstandigheid en welbevinden te bevorderen. Deze is digitaal of geprint beschikbaar voor de patiënt en de mantelzorger.

- Streven naar evenwicht tussen draagkracht en draaglast, zowel van de patiënt als de mantelzorger.

- De integratie SO in de huisartsenpraktijk. Voor kennisoverdracht en coaching aan de praktijkondersteuner en huisarts in de integrale benadering van patiëntenzorg en zorgorganisatie. Ook ter ondersteuning van juiste diagnosestelling (thuis) zodat bijvoorbeeld bij de meeste kwetsbare ouderen de diagnose dementie adequaat en volledig binnen de eerstelijn kan worden gesteld.

- Casemanagement op maat. Bij elke kwetsbare oudere wordt een casemanager (CM) aangesteld zodat het zorgproces wordt bewaakt en er een aanspreekpunt is voor de kwetsbare oudere, mantelzorg en de betrokken ketenpartners. Het casemanagement wordt gevoerd door de praktijkondersteuner, de wijkverpleegkundige of de zorgtrajectbegeleider/ casemanager dementie.

- Integrale medicatiebeoordeling is samenwerking met de apotheker om te zorgen dat de voorgeschreven medicijnen op de juiste wijze en op het goede moment wordt gebruikt.

- Structurele samenwerking met wijkverpleegkundigen in het Eerstelijns Kernteam (EKT) voor goed georganiseerde en samenhangende zorg en verbinding met de 'care' en Wmo in de wijk.

- Met het geriatrie wijknetwerk rondom de praktijk ontstaan korte lijnen in de samenwerking tussen alle ketenpartners. Zo hebben zij inzicht in elkaars werkwijze op het gebied van zorg, wonen en welzijn zodat deze benut worden.

- Warme overdracht bij transfers naar ziekenhuis en GRZ. Het optimaliseren van de transferzorg van en naar ziekenhuizen en instellingen geeft noodzaak tot aanpassing van de zorg voor kwetsbare ouderen in de regionale ziekenhuizen en stimuleert verbetering van deze zorg in deze ziekenhuizen en instellingen.

Proactief werken

In het zorgprogramma wordt samengewerkt met ketenpartners in het lokale netwerk. Dit bestaat uit (geriatrie) zorgverleners en hulpverleners uit het sociaal domein. Elke patiënt heeft een eigen netwerkje om zich heen, met zorg- en hulpverleners uit het netwerk rondom de huisartsenpraktijk.
De praktijkondersteuner coördineert deze zorg in de huisartsenpraktijk. De casemanager ondersteunt de patiënt bij het hebben of terugkrijgen van regie over het eigen leven en de zorg die is ingezet en is aanspreekpunt voor de patiënt en de mantelzorg. Hiervoor zijn korte lijnen en goede samenwerking nodig met de wijkverpleegkundige en de zorgtrajectbegeleider in het EKT.
Het is nodig om te weten hoe de lijntjes lopen in het werkgebied van de huisartsenpraktijk want samenwerken met ketenpartners heeft nog meer voordelen. Het zorgt voor signalen van kwetsbaarheid in een zo vroeg mogelijk stadium en actuele kennis van (lokale) ontwikkelingen. In de samenwerking worden creatieve oplossingen gevonden om zorg te organiseren. Een belangrijk effect van deze samenwerking is het vergroten van de eigen kennis over kwetsbaarheid, (normale) veroudering en specifieke geriatrische ziektebeelden en aandoeningen.

Leercurve huisartsenpraktijk

Het goed inrichten van het zorgprogramma in de dagelijkse praktijk duurt ongeveer anderhalf tot twee jaar onder leiding van de huisarts en de praktijkondersteuner in samenwerking met de wijkverpleegkundige, zorgtrajectbegeleider dementie en de specialist ouderengeneeskunde. Samen vormen zij het kernteam.
Wij adviseren huisartsenpraktijken deze tijd te nemen en te gebruiken om samen te groeien en ontwikkelen. Het zorgprogramma vormt zich naar de praktijk waarbij een aantal kernelementen een stevige basis geven.

De ervaren winst van het zorgprogramma in de huisartsenpraktijk:

- Rust in de huisartsenpraktijk, speciaal de vrijdagmiddagen: de meest kwetsbare ouderen zijn in beeld en de praktijkondersteuner monitort de situatie van de patiënt;
- Een betere kwaliteit van leven van de patiënt doordat gewerkt wordt met persoonlijke doelen in het individueel zorgplan (IZP). Integrale zorg met een prominente plaats van de blik van de oudere en diens mantelzorger[1];
- Minder panieksituaties bij crisissen, en minder crisis visites van de huisarts;
- Minder ziekenhuisopnames, deels omdat problemen in de gezondheid van mensen eerder worden gesignaleerd, deels door de inzet specifieke expertise in de thuissituatie;
- Korte lijnen met de mantelzorgers en rust in het systeem. Zij zijn hierdoor in staat mantelzorg te blijven verlenen zonder dat zij overbelast raken.

Opbouw start van een huisartsenpraktijk met het zorgprogramma

De zorggroepen ondersteunen de huisartsenpraktijk bij de implementatie van het zorgprogramma.
In de praktijk staat het eerste jaar op de agenda:

- Het actualiseren en aanvullen van het wijknetwerk gericht op experts in de geriatrie;
- Het opzetten van een Eerstelijns Kernteam;
- Coördinatie van zorg- en welzijnsvragen bij de meest urgente en complexe situaties.

Aangeraden wordt om tijdens het eerste jaar van implementatie 5-10 patiënten te includeren in het zorgprogramma (normpraktijk) en daarbij samen te werken met collega's uit andere huisartsenpraktijken in het samenwerkingsverband/ Hagro/ team. Zo kan gebruikt worden gemaakt van elkaar samenwerkingsafspraken, netwerk en wordt het werk verdeeld bij bijvoorbeeld het organiseren van een netwerkbijeenkomst. Door de basis heel goed te laten landen in de praktijk kan in de vervolgjaren steeds efficiënter worden gewerkt. Door korte lijnen, kennis en een soepele samenwerking wordt de tijdsinvestering steeds minder groot en kan daar waar nodig meer bilateraal worden opgepakt.

Noot: Hieronder volgt verdieping op alle onderdelen van het zorgprogramma. Deze kennis en suggesties zijn ontstaan vanuit de vele jaren ervaring van onze huisartsen, praktijkondersteuners en ketenpartners en op basis van landelijke afspraken en rapportages. Zorg is maatwerk, implementeren in de praktijk ook.
De zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen is uitdagend en voortdurend aan veranderingen onderhevig. Suggesties voor verbetering en eventuele aanvullingen horen wij daarom graag!

Noot: De inhoud van het zorgprogramma is afhankelijk van de contractering met de zorgverzekeraars (VGZ en CZ) en kan daardoor enigszins afwijken. Als dat het geval is, wordt daarover proactief gecommuniceerd door de zorggroep aan de huisartsenpraktijken.

[1] Het zorgprogramma laat een significant verschil zien op persoonsgerichte zorg in het SELFIE2020-onderzoek (Hoedemakers e.a., 2019).

1. De achtergrond van het Regionaal zorgprogramma Kwetsbare Ouderen DSP

In de regio Zuidoost-Brabant is rondom de zorg voor kwetsbare ouderen een stevige samenwerking ontstaan tussen de drie regionale zorggroepen DOH, SGE en PoZoB (DSP), netwerkpartners en zorgverzekeraars VGZ en CZ. Het zorgprogramma is met alle relevante partijen in de 'ouderenzorg thuis' tot stand gekomen door regionale samenwerking. Samen met het Netwerk Dementie is een regionaal bestuurlijk netwerk en een inhoudelijke adviesraad ingericht. Regionale sturing en ondersteuning is vanwege de vele veranderingen vanuit landelijk zorgbeleid en demografische ontwikkeling nodig.

De groep zeer kwetsbare ouderen met complexe problematiek wordt steeds groter. De druk op wachtlijsten is groot in de regio Zuidoost-Brabant. Professionals zijn veel tijd kwijt met crisismanagement. Proactieve zorg helpt om escalaties te voorkomen. Mede door nog betere samenwerking met ketenpartners, kunnen we dit aantal vergroten. Het regioprogramma Precies! zet in op winst die te halen is in het maatwerk casemanagement en het gebruik maken van elkaars werkwijzen en informatie.

Dit zorgprogramma beschrijft de integrale multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen. Het door ZonMw gesubsidieerde project KOMPLEET (Ketenzorg Ouderen Met Partners in Laagdrempelig Eerstelijns Thuiszorg looptijd 2011 - 2014) ligt aan de basis van dit zorgprogramma. Deze regionale werkwijze biedt alle ruimte voor individuele, lokale invulling. De gemeenschappelijke intentie is om het zorgprogramma overal te implementeren. Het zorgprogramma beschrijft de noodzakelijke zorg bij kwetsbare ouderen. Het zet in op ondersteuning van de patiënt bij wensen en doelen. Het versterken van de regie over het eigen leven, het behouden en zo mogelijk verbeteren van functies en het bevorderen van zelfredzaamheid, zelfstandigheid en welbevinden (zelfmanagement).

Doelstelling van het zorgprogramma

Kwetsbare ouderen zo lang mogelijk in optimale gezondheid en kwaliteit van leven in hun voorkeursomgeving te laten wonen, en hen te helpen om de regie over de eigen gezondheid te verstevigen.

Doordat patiënten steeds meer hulp en ondersteuning nodig hebben neemt het aantal zorg- en hulpverleners toe. Daardoor dreigt de zorg stuurloos te worden. Inzet van van casemanagement en een integrale patiëntgerichte benadering met Individueel Zorgplan (IZP) is nodig.
In het zorgprogramma gaat dat door in te zetten op een vijftal randvoorwaarden:

- Inzet van programma coördinatie, de huisartsenpraktijk coördineert en monitort de implementatie van het zorgprogramma in de praktijk/ het netwerk;
- Het casemanagement wordt uitgevoerd door de praktijkondersteuner, de wijkverpleegkundige of de casemanager dementie. Net wie in de specifieke situatie de meest logische persoon is;
- De zorg (-inzet en doelen) verandert steeds omdat de zorgvraag steeds verandert;
- Netwerksamenwerking wordt ingezet: niet alleen met zorgverleners in de eerstelijn en het ziekenhuis, maar ook met welzijn, gemeenten, Wmo en verpleeghuizen. Netwerkbijeenkomsten worden vanuit de huisartsenpraktijk georganiseerd om deze samenwerking te ondersteunen en actief te houden.
- De zorg voor kwetsbare ouderen en mensen met dementie is in de regio Zuidoost-Brabant samengevoegd in één (deze) werkwijze.

Definitie kwetsbare oudere

Binnen dit zorgprogramma zijn kwetsbare ouderen:

> *Oudere mensen met regieverlies over het eigen leven en de daarin benodigde zorg door een combinatie van case- en carecomplexiteit die casemanagement met multidisciplinaire overleg noodzakelijk maken.*

Vanwege de complexiteit, de omvang van de zorgketen en de tijdsbelasting van zorgverleners richt het zorgprogramma zich nadrukkelijk op de meest kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk. Gemiddeld is dat 10% van het aantal 75+ patiënten in de praktijk.

Kwetsbaarheid

Het begrip kwetsbaarheid (´frailty´) of de populatie 'kwetsbare ouderen' wordt vaak gebruikt om die groep ouderen te definiëren die aan meerdere ziekten leidt, functionele beperkingen heeft en gevoeliger is voor nadelige effecten van bijkomende ziekten en medische behandelingen, en hierdoor een grotere kans heeft op functionele achteruitgang en sterfte.
Het is echter lastig om kwetsbaarheid exact te definiëren. Kwetsbaarheid is geen diagnose of verklaringsmodel. Het wordt gezien als een geriatrisch syndroom met meerdere oorzaken die op complexe wijze interacteren. Uiteindelijk presenteert kwetsbaarheid zich door een of meerdere symptomen, bijvoorbeeld vallen, verlies van gewicht of van regiecapaciteit. Kwetsbaarheid wordt niet veroorzaakt door hogere leeftijd, hoewel het voorkomen van kwetsbaarheid toeneemt met de leeftijd. Verreweg de meeste ouderen zijn niet kwetsbaar[i].
Kwetsbaarheid is niet hetzelfde als multimorbiditeit. Het hebben van meerdere chronische aandoeningen verhoogt de kans op beperkingen en overlijden. Toch is van de groep ouderen met 3 of meer aandoeningen slechts 10% kwetsbaar volgens de meest gebruikte criteria (het hebben van een chronische ziekte zegt weinig over de ernst en impact).

Criteria voor kwetsbaarheid
Er zijn geen algemeen erkende criteria voor het opsporen of vaststellen van zorgbehoevende kwetsbaarheid bij ouderen. Het meest bekend zijn die van Fried et al, Easycare en de Groninger Frailty Index (GFI)[ii]. Deze definities zijn echter in de praktijk te beperkt dan wel onvoldoende dekkend. Zij zijn ontwikkeld voor andere doeleinden (screening in 1e en 2e lijn of voor wetenschappelijk onderzoek). Het ontbreekt aan een uniforme definitie van kwetsbaarheid met heldere en goede handvaten voor de praktijk. De groep kwetsbare ouderen is per definitie een heterogene groep. Daarom is gekozen voor een pragmatische definiëring met **regieverlies** als kernverschijnsel en uitgangspunt bij de kwetsbare oudere. De oorzaak van dit regieverlies is gelegen in het disfunctioneren op basis van kwetsbaarheid van de oudere (of het systeem daaromheen) als gevolg van case- en/of carecomplexity.

Fried	kwetsbaarheid bij verminderd functioneren op ≥ 3 gebieden zoals mobiliteit, fitheid, visus, gehoor, voeding/gewicht, comorbiditeit, polyfarmacie, cognitie of psychosociaal. Kwetsbaarheid wordt veelal bepaald door de omgevingsfactoren (wooncontext, mantelzorg etc.) in relatie tot de situatie van de patiënt.
GFI	legt de grens bij minder functioneren op ≥ 2 gebieden zoals gewichtsverlies, afname loopsnelheid of bewegen, vermoeidheid of geringere handknijpkracht.

Case- en carecomplexity
Uitingen van kwetsbaarheid vragen om geïntegreerde zorg met bio psychosociaal en multi causaal denken in plaats van het opeenstapelen van 'verticale' zorgketens.
Ouderenzorg kan complex zijn als gevolg van ingewikkelde problematiek (casecomplexity). Ziekten, beperkingen en kwetsbaarheid zijn verweven en bemoeilijken de diagnostiek.
Het kan ook zijn dat de zorg aan de patiënt complex is (carecomplexity) bijvoorbeeld als een combinatie van zorg nodig is en de mantelzorg beperkt is of uitvalt. Bij kwetsbare ouderen in dit zorgprogramma gaat het over een combinatie van regieverlies van de patiënt over het eigen leven en deze complexiteit.

- Bij *case*complexity ligt het accent op samenwerking van de huisartsvoorziening met medisch specialisten, specialisten ouderengeneeskunde, gespecialiseerde paramedici en psychologen voor de ziektediagnostiek en het benutten van nog aanwezige herstelmogelijkheden;

- Bij *care*complexity ligt het accent meer op samenwerking met wijkverpleegkundigen, maar ook met specialisten ouderengeneeskunde en in ouderenzorg gespecialiseerde paramedici, verpleegkundigen en psychologen, welzijn en Wmo, nu gericht op het vertragen of compenseren van functionele beperkingen.

Zelfmanagement en mantelzorg
Het uitgangspunt in dit zorgprogramma is het ondersteunen van de kwetsbare oudere als zij de regie over het eigen leven (dreigen) te verliezen. Het zorgprogramma richt zich daarom op goede begeleiding en het versterken van de regie over het eigen leven. Ondersteuning en begeleiding wordt ingezet op het behouden (en *zo mogelijk* verbeteren) van functies, het bevorderen van zelfredzaamheid, zelfstandigheid en welbevinden. Het borgen van de noodzakelijke medische- en welzijnszorg zijn hierin belangrijke elementen.

Onmisbare partner in de ouderenzorg is de mantelzorger. Bij veel mantelzorgers is sprake van een zware belasting of overbelasting. Adequate afstemming en ondersteuning van de mantelzorger is noodzakelijk om ervoor te zorgen dat de mantelzorger overeind blijft.

Kwetsbaarheid en dementie
Mensen bij wie de diagnose dementie is gesteld zullen vaak onder de definitie kwetsbaarheid vallen. Maar let op: niet alle mensen met *cognitieve stoornissen* zijn per definitie kwetsbaar. In Zuidoost-Brabant bestaat al jaren een Zorgketen Dementie[2] waarin de zorgtrajectbegeleiders een centrale rol vervullen bij het casemanagement van de patiënten met dementie en hun systeem. In dit zorgprogramma is deze dementiezorg geïntegreerd met de overige zorg die de patiënt nodig heeft. Dat leidt uiteindelijk tot één integraal individueel zorgplan (IZP) als centraal uitgangspunt voor alle (betrokken) zorg- en hulpverleners.
Als in het IZP vooral de dementiezorg op de voorgrond staat, zal de ZTB de rol van casemanager op zich nemen. De ZTB werkt daarbij nauw samen met de praktijkondersteuner, de wijkverpleegkundige en de huisarts.

[2] In 2016 is de Zorgketen Dementie omgevormd tot het Netwerk Dementie

Kwetsbare ouderen in verzorgingshuizen.
Een deel van de kwetsbare ouderen is woonachtig in een verzorgingshuis of woon(zorg)-complex (V&V-sector). Deze ouderen maken gebruik van de infrastructuur, diensten en ondersteuningsmogelijkheden (zorgorganisatie, activiteiten, dagbesteding, specifieke woonsituaties), die daar beschikbaar zijn. Het is van groot belang dat de zorgverleners uit het kernteam nauw samenwerken met de verschillende zorg- en hulpverleners (in cure en care) die daar werkzaam zijn. Inzet van experts vanuit de V&V-sector in de eerstelijn wordt steeds meer gangbaar. Het biedt mogelijkheden die in het zorgprogramma en met het programma *Precies!* verder onderzocht en geëxperimenteerd worden.

Andere aandachtspunten voor samenwerking met de V&V-sector zijn:
- beperking van het aantal huisartsen per verzorgingshuis met het oog op een vruchtbare samenwerking met de medische zorgverleners
- voldoende beschikbaarheid van gekwalificeerde verpleegkundigen (niveau 4, liever 5) in de V&V
- Toeleiding van patiënten in het zorgprogramma vanuit de V&V door inclusie van de ouderen met regieverlies.

Overige aandachtspunten

1. In- en exclusie

Voor inclusie in het zorgprogramma is toestemming van de patiënt nodig. De inclusiecriteria voor het zorgprogramma zijn direct gerelateerd aan de definitie van kwetsbaarheid:

Ouderen met regieverlies door een combinatie van case- en care complexity waardoor casemanagement met MDO's noodzakelijk wordt, en die instemmen met opname in het zorgprogramma.

- Patiënten met dementie zijn in de regel kwetsbare ouderen, maar niet per definitie. Met een stevig (mantelzorg-) systeem rondom de patiënt kan de kwetsbaarheid worden gecompenseerd en is inclusie in het zorgprogramma niet per definitie nodig.
- Zoals aangegeven is de TraZAG een hulpmiddel om problemen te inventariseren. De weging van niet pluis-gevoel en de klinische blik helpen om te bepalen of iemand kwetsbaar is en de regie verliest. De optelsom tijdens de probleemanalyse is doorslaggevend.
- De ondergrens in leeftijd om te worden geïncludeerd in het zorgprogramma is 65 jaar.

Exclusie is uitsluitend aan de orde in geval van overlijden, verpleeghuisopname of verhuizing of als de patiënt zorg weigert of niet meer kwetsbaar is (robuust geworden). In de terminale fase sluit de financiering vanuit de DBC KO en wordt de huisartsenzorg via de M&I Intensieve zorg gedeclareerd. Wanneer de terminale start is in de praktijk niet altijd zo duidelijk, hanteer bijvoorbeeld de start van een pompje. Het casemanagement loopt dan vaak door.

2. Afschalen van zorg

Bij aanvang van de zorg zijn een aantal kwetsbare ouderen nog onder controle bij (orgaan-) specialisten in de tweede lijn. Een ander deel zal in verband met de kwetsbaarheid al zijn terugverwezen naar de huisartspraktijk. Slechts af en toe zal de medische zorg dermate specialistisch en hoog complex zijn dat deze langdurig en voornamelijk in de tweede lijn moet worden verricht. Wel kan er sprake zijn van shared care waarbij de zorg vooral in de eerstelijn wordt geleverd en medisch specialisten nog incidentele controles uitvoeren.
De zorg voor kwetsbare ouderen kan doorgaans het best worden verricht c.q. overgenomen door de integrale eerstelijnsketenzorg waarbij medisch specialisten in het netwerk betrokken zijn: de eerstelijns plus. Het kan voorkomen dat door de inventarisatie en nadere diagnostiek een niet verwachtte onderliggende ziekte wordt

aangetroffen. Soms kan behandeling de kwetsbaarheid verminderen. Als dat het geval is, dan wordt het IZP bijgesteld met een laag intensievere multidisciplinaire begeleiding op maat.

3. Advance care planning (ACP)

De praktijkondersteuner inventariseert de reeds besproken behandelgrenzen in het HIS. Bij de bespreking van het concept IZP wordt de zgn. ´surprise question´ gesteld. Als de vraag met ´nee´ wordt beantwoord, beoordeelt de huisarts of de reeds afgesproken behandelgrenzen nog passend zijn en de prognose: wat kunnen we over een-drie jaar verwachten. Het beleid wordt daar op afgestemd. De huisarts voert het gesprek met de patiënt. De eerste aanzet van het gesprek kan ook door de praktijkondersteuner worden gedaan.
De praktijkondersteuner verwerkt de behandelgrenzen in Care2U onder kopje beleid. Kijk hier voor een uitgebreidere toelichting op ACP.

4. De mantelzorger en de EDIZ (Ervaren Druk door Informele Zorg)

Mantelzorg gaat om:

'Ondersteuning en zorg die mensen vrijwillig en onbetaald verlenen aan mensen met fysieke, verstandelijke of (sociaal)psychiatrische beperkingen in hun familie, huishouden of bredere sociale netwerk.'

(Begripsbepaling Wmo, 2015)

Mantelzorgers bieden praktische en emotionele steun aan iemand in hun directe omgeving. Deze zorg verlenen zij uit liefde en is voor hen vanzelfsprekend. De meeste mantelzorgers ervaren veel voldoening uit het verlenen van deze zorg, maar voor sommigen wordt het zorgen een last en gaat het ten koste van hun eigen welbevinden. Daarom is het voor professionals is belangrijk om aandacht te hebben voor de draagkracht en draaglast van mantelzorgers, zeker op moment dat zij langere tijd intensief voor hun naaste zorgen.
Door oog en oor te hebben voor de mantelzorger bieden we niet alleen goede zorg, maar leveren we ook een bijdrage aan de wens van veel patiënten om zo lang mogelijk en onder goede omstandigheden thuis te wonen.
Door vanaf het begin aandacht te hebben voor de mantelzorger kunnen we hen beter begeleiden en mogelijk overbelasting voorkomen. De mantelzorgers worden gesterkt in hun gevoel van competentie. Hierdoor wegen de positieve aspecten van mantelzorg – voldoening, zingeving en bevestiging – op tegen de lasten.
Goede en tijdige ondersteuning van de mantelzorg kan uitval van de mantelzorger voorkomen, en daarmee ziekenhuisopname en crisissituaties bij de patiënt.
Het bewaken van de draagkracht en draaglast is daarom een belangrijk onderdeel van de zorg voor hen.
Bij het afnemen van de TraZAG hoort het afnemen van de EDIZ bij de partner of mantelzorger. Het is belangrijk dat de mantelzorger zelf de EDIZ invult. Dit kan via Care2U of op papier. De EDIZ geeft inzicht in de mate waarin de primaire mantelzorger overbelasting ervaart.

Mantelzorgondersteuning kan pas goed ingevuld worden vanaf het moment dat bekend is of iemand ook mantelzorger is en voor wie gezorgd wordt. Ook aan de patiënt kan de vraag gesteld worden, wie zijn of haar mantelzorger is. Het antwoord op deze vraag is het startpunt van inzet van mantelzorgondersteuning.
Om te bepalen wat nodig is, wordt gebruik gemaakt van het stroomschema (bijlage 6).

De Toolkit Mantelzorg van de LHV is goed te gebruiken bij de ondersteuning van de mantelzorger vanuit de huisartsenpraktijk. De EDIZ en de POM zijn onderdeel van deze toolkit: https://www.lhv.nl/service/toolkit-mantelzorg

Let op: als de mantelzorger niet is ingeschreven in je huisartsenpraktijk, dan doorverwijzen naar diens eigen huisarts.

5. Wet langdurige zorg en het zorgprogramma

Een Wlz-(Wet langdurige zorg) indicatie wordt afgegeven als de zorg via de zorgverzekeringswet **en** de Wmo niet meer toereikend is. Dat is als verzorging en verpleging 24-uur per dag noodzakelijk is ofwel 'zorg of toezicht in de nabijheid van de patiënt'. Deze Wlz-zorg is noodzakelijk voor een opname in een verpleeghuis, maar kan ook thuis worden ingezet.
Thuis vindt plaats in verschillende woonvormen: naast het eigen huis ook zorgappartementen of aanleunwoningen, meergeneratiewoningen en in sommige gemeenten nog in het verzorgingshuis. De regel die aangehouden kan worden om te bepalen of iemand thuis woont is of de patiënt ingeschreven staat in de huisartsenpraktijk.

Het aanvragen van een Wlz-indicatie is niet voorbehouden aan de huisarts. Ook een mantelzorger of wijkverpleegkundige kan deze bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) aanvragen. Door het casemanagement vanuit het zorgprogramma worden duidelijke afspraken gemaakt en wordt multidisciplinair afgewogen of het aanvragen van een Wlz-indicatie nodig is. Het is de moeite waard om uit te zoeken of en hoe nog verder kan worden geput uit zorgverzekeringswet en/of de Wmo. Als deze vergoeding onvoldoende benut is, dan gaat de patiënt er met een Wlz-indicatie vaak op achteruit.
De Wlz-indicatie wordt geregistreerd onder A28.3.

Een patiënt in de huisartsenpraktijk met een Wlz-indicatie blijft zorg krijgen vanuit het zorgprogramma Kwetsbare Ouderen. Dit geeft daarmee ook geen veranderingen in de financiering van de huisartsenzorg via het zorgprogramma (tenzij er op zorggroep niveau andere afspraken zijn gemaakt).

Let op: als een patiënt een Wlz-indicatie met behandeling heeft, dan stopt de zorgverzekeringswet (dus het zorgprogramma). In dat geval is het belangrijk om afspraken te maken met de zorginstelling omdat de huisarts dan 'onderaannemer' wordt bij de zorginstelling en daar de zorg declareert.

In geval van grijze gebieden of tegengestelde berichten:
Een mantelzorgmakelaar kan heel nauwkeurig uitrekenen en adviseren wat het juiste beleid is.
Daarnaast kan in heel specifieke situaties of casuïstiek is het advies contact op te nemen met het Juiste Loket van de overheid via telnr 030-7897 878 – of via website https://www.informatielangdurigezorg.nl/. Zij geven advies op maat van de specifieke casus.

Eigen bijdrage
Bij een Wlz-indicatie gaat de patiënt een eigen bijdrage betalen. Het aanvragen van een Wlz-indicatie heeft dus financiële consequenties voor de patiënt. Daarnaast moet opnieuw veel administratieve stappen worden doorlopen om van Wmo over te gaan naar Wlz. Een mantelzorgmakelaar kan bij deze administratie ondersteunen. Voor de Wmo betaald de patiënt een abonnementstarief van max. €17,50 per maand. Voor de inzet van wijkverpleging geldt geen eigen risico (zorgverzekeringswet).

Verschil Wmo en Wlz
De beperkingen waarvoor mensen aanvullende hulp en ondersteuning nodig hebben is zeer uiteenlopend. De Wet maatschappelijke ondersteuning beschrijft 'een beperking of chronische psychische of psychosociale problemen'. De Wet langdurige zorg schrijft 'blijvende behoefte aan permanent toezicht en/of nabijheid van zorg vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, of vanwege een of meerdere handicaps van verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke aard'.

Drie wetten in een notendop:
De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) biedt ouderen ondersteuning om zo lang mogelijk thuis te wonen. De Wmo wordt uitgevoerd door de gemeente. In de Wmo is de vroegere Welzijnswet opgenomen. Onder de Wmo valt ook respijtzorg voor de mantelzorg. Denk bij de Wmo aan het betrekken van een (onafhankelijk) clientondersteuner bij het Keukentafelgesprek!
In sommige gemeenten is ervaring met het overnemen van de indicatie van de huisartsenpraktijk of casemanager Dementie, mits goed onderbouwd. Dit kan een mooie uitkomst zijn van gesprekken en samenwerking van huisartsen en de gemeente.

Slide 'Taken in Wmo geregeld' Themascholing 2018

De Zorgverzekeringswet (Zvw) zorgt ervoor dat iedereen met een basisverzekering zorg krijgt waaronder verzorging en verpleging thuis (wijkverpleging). Het zorgprogramma KO wordt betaald vanuit de Zvw.
De Zvw wordt uitgevoerd door de zorgverzekeraar. De wijkverpleegkundige indiceert (zelf) welke verzorging en verpleging nodig is. Onder de Zvw valt ook het herstelbed (ELV).

De Wet langdurige zorg (Wlz) is er voor mensen die 24 uur per dag zorg of toezicht in de nabijheid nodig hebben. De Wlz wordt uitgevoerd door de landelijke overheid via regionale zorgkantoren.

De Wlz-indicatie wordt vormgegeven in 4 zorgprofielen met en zonder behandeling. Maak gebruik van de lokale ervaringen die inmiddels is opgebouwd in de Hagro. Hoe onderstaand lokaal vorm heeft gekregen is sterk afhankelijk van de lokale context.

- *Met behandeling - de patiënt gaan uit het zorgprogramma KO:*
  1) Opname in een instelling – als je in die setting vanuit de huisartsenpraktijk zorg levert, dan ben je onderaannemer bij de Wlz-instelling. Dit betekent dat de geleverde zorg aldaar wordt declareert door de huisartsenpraktijk.
- *Zonder behandeling - de patiënt blijft in het zorgprogramma KO:*
  2) Volledig pakket thuis – alle zorg en diensten worden door 1 (thuiszorg-)aanbieder geboden
  3) Modulair pakket thuis – de zorg en diensten worden door verschillende aanbieders geboden
  4) Persoonsgebonden budget – de zorg en diensten worden door de patiënt zelf gekozen, ingezet en gecontracteerd.

Meer informatie over de Wlz vind je hier:

- Informatie over Wlz-pakketen: https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/l/leveringsvormen-instelling-vpt-mpt-en-pgb-wlz
- Informatie of de gewenste zorg onder de Wlz valt www.ciz.nl
- Bij vragen en inwinnen advies over heel specifieke situaties/ casuïstiek neem contact op met het 'Juiste Loket' van de overheid via telnr 030-7897 878 – of via website https://www.informatielangdurigezorg.nl/.

2a. Randvoorwaarden in de organisatie van zorg

Er zijn **vier** structurele elementen nodig in de praktijkorganisatie om dit zorgprogramma goed te laten werken in de praktijk. Deze vier elementen worden hieronder nader toegelicht:

Het Eerstelijns Kernteam (EKT)
Dit team bestaat uit de huisarts, praktijkondersteuner en de wijkverpleegkundige waar je (vooral) mee samenwerkt. Het EKT wordt zo nodig (zo wenselijk en zo mogelijk) aangevuld met de zorgtrajectbegeleider dementie (ZTB) en de specialist ouderengeneeskunde (SO) en welzijn. Het EKT is de spilfunctie in de eerste lijn waar het gaat om (chronische) zorg volgens algemeen aanvaarde principes van de eerstelijns basiszorg.

Door inzet van het EKT is de zorg voor kwetsbare ouderen goed georganiseerd en samenhangend. In de praktijk behoud je het overzicht en buiten de praktijk is een ingang voor wijkverpleegkundigen om te signaleren. Door het EKT zijn er korte lijnen, is afstemming (sparren) over inzet van zorg, signalering van kwetsbaarheid, overleg over specifieke casuïstiek, overleg of een MDO ingezet moet worden enzovoorts. Wijkverpleegkundigen onderhouden de samenwerking met welzijn en de gemeente en zijn daarmee een belangrijke ingang (vice versa). Het EKT borgt de zorgcoördinatie en medische eindverantwoordelijkheid en is georganiseerd met een periodiek gestructureerd overleg.

Het opbouwen van de samenwerking vraagt tijd en aandacht. Het vraagt tijd om elkaar nader te leren kennen, om elkaars visie te delen en casuïstiek te bespreken op zo´n manier dat ook vervolgafspraken, vernieuwing en verdieping van de samenwerking ontstaat. Het vraagt een open gesprek, waarin huisarts en wijkverpleegkundige nieuwsgierig zijn naar elkaar, naar elkaar luisteren en ervaringen delen. Het vraagt ook creativiteit om buiten de gebaande, opgebouwde systemen en verhoudingen te denken en te handelen. Soms vraagt dat het bijstellen van de ambitie, om dit op een later moment weer op te pakken.

In het EKT wordt (o.a.) besproken:
- Signalen van kwetsbaarheid en zn. beleid als de patiënt nog niet is geïncludeerd.
- Identificatie van gewenste doelgroepen waar door samenwerking zorg verbetert, preventie en substitutie door eerder te signaleren en daar naar te handelen en door te weten wat de (soms lokale) (on-)mogelijkheden zijn bij de zorg thuis.
- Afspraken over medicatie, diagnostiek, deskundigheid (bijvoorbeeld inzet kaderartsen of SO of andere geriatrische expertise zoals geriatrie fysio, psycholoog, ergo of specialistische wijkverpleegkundige zorg)

- Evaluatie van de onderlinge samenwerking, zoals afspraken over bereikbaarheid (acute- en semi-acute vragen).
- afspraken over beleid thuis bij (geplande) opnames kan geanticipeerd worden door de huisarts.
- Actuele (organisatie-)ontwikkelingen, knelpunten en oplossingen in de zorg.

In de praktijk is een complicerende factor (die moeilijk te beïnvloeden is) de aanwezigheid van verschillende thuiszorgorganisaties in één regio met al dan niet overlappende werkgebieden. Ook dan, misschien wel juist dan, is het belangrijk om de samenwerking met de wijkverpleging actief te organiseren vanuit de huisartsenpraktijk.

In de praktijk zijn twee vormen ontstaan:

1. Structureel EKT met preferente thuiszorgorganisatie, bilateraal overleg met andere organisaties;
2. Structureel EKT met verschillende thuiszorgorganisaties waarin zij elkaar in tijdsblokken opvolgen.

In de meeste huisartsenpraktijken is de samenwerking met de wijkverpleging al georganiseerd door de huisarts. Het EKT integreert met die bestaande afspraken. Het is vooral belangrijk dat de samenwerking tussen de huisarts, de praktijkondersteuner en de wijkverpleging geborgd is in een vorm die past bij de praktijkorganisatie.
Het EKT vindt eens in de 4 tot 6 weken plaats. De wijkverpleegkundige die aansluit heeft in het eigen team een coördinerende functie.

Belangrijke ingrediënten van een efficiënt en succesvol EKT:

- Goede planning en agendasetting (tijd en plaats);
- Systematiek, zowel in de voorbereiding, als in de uitvoering;
- Duidelijke communicatie en 'vergaderdiscipline';
- Interesse in en respect voor elkaars werkwijze;
- Uitvoering en evaluatie conform de afspraken.

Implementatie (of actualiseren) van het EKT gebeurt door de praktijkondersteuner.
Zie voor suggesties van de werkwijze bijlage 2 Implementatie.

Een wijknetwerk (specifiek gericht op de geriatrie en welzijn)
De zorg voor kwetsbare ouderen kent een aantal kernketenpartners (uitgewerkt in deel 3 van dit protocol). Naast deze kernketenpartners zijn veel andere zorg- en hulpverleners actief in de zorg thuis. Dit is lokaal georganiseerd en ook de gemeente, het sociaal wijkteam en vrijwilligers hebben belangrijke taken en ondersteuningsrollen. Kennis is nodig van de lokale organisatie en welke partijen belangrijk zijn. Het hebben van korte lijnen met aanspreekpunten zorgt voor een laagdrempelige samenwerking (vice versa). Lokale netwerkpartners kennen ouderen, signaleren op kwetsbaarheid en ondersteunen mensen bij het thuiswonen.

Samen met het wijknetwerk zorg je ervoor dat:

- Wat eenvoudig kan, je eenvoudig doet;
- Zoveel mogelijk behoud van zelfmanagement van patiënt en diens zorgsysteem;
- Zoveel mogelijk continuïteit: vanuit de huisartsenpraktijk sluit je aan op wat a is georganiseerd thuis. Bevorder daarbij het integraal handelen en het beperken van doordelegeren naar ziekenverzorgenden;
- Opschalen naar multidisciplinaire zorg als de situatie daar om vraagt. Denk aan complexiteit en/of multi-morbiditeit (geïntegreerd in zorgketens, zoals bij Diabetes Mellitus, COPD);

- Toewerken naar één gezamenlijk zorgplan, werkwijze, dossier en agenda binnen het team. Ook mensen vanuit welzijn/ sociaal wijkteam of andere belangrijke netwerkpartners nodig je uit in het MDO.
- Het kernteam organiseert het netwerk.

Online zijn verschillende hulpmiddelen te vinden die je kunt gebruiken om je netwerk in beeld te brengen:
- Deze A3-kaart om (samen) in te vullen. Het geeft een heel goed overzicht van alle partners die er kunnen zijn in je wijk met een toelichting op functies en hoe zij je kunnen helpen in de samenwerking: https://www.beteroud.nl/docs/beteroud/themas/lokaal-samenwerken/beter-oud-wie-is-wie.pdf
- Informatie over allerlei aspecten die handig zijn om te weten/ kennen bij het samenwerken in een lokaal netwerk https://www.zorgvoorbeter.nl/samenwerken-in-de-wijk

Netwerkbijeenkomst

Onderdeel van de ketenkwaliteit in het zorgprogramma is het organiseren van een netwerkbijeenkomst. Dit is een Hagrobrede- of een praktijkbijeenkomst waarin alle relevante netwerkpartners uitgenodigd worden voor kennismaking en uitwisseling van informatie, ontwikkelingen of signalering van ontwikkelingen.

Een netwerk is altijd dynamisch, er zijn personele wisselingen, wet- en regelgeving verandert enzovoorts. Met een netwerkbijeenkomst onderhoud je op een toch laagdrempelige manier je netwerk. Bij het organiseren van een netwerkbijeenkomst werk je vanuit de behoefte en wat past bij de praktijk/ de Hagro/ het netwerk. Sommige praktijken combineren het nuttige met het aangename bijvoorbeeld met het organiseren van een nieuwjaars-netwerkbijeenkomst. Andere praktijken organiseren iets vergelijkbaars met een feedbackbijeenkomst, thema-middag of een casuïstiekbespreking.
Bij het organiseren van een netwerkbijeenkomst kun je je laten ondersteunen door een collega's, de praktijkmanager, staf vanuit de Zorggroep, een kaderhuisarts of collega's (!) uit het wijknetwerk.

Wekelijks overleg tussen de huisarts en de praktijkondersteuner

Delegeren is het overdragen van een omschreven taak met de daarbij behorende verantwoordelijkheden en bevoegdheden. De huisarts en de praktijkondersteuner (POH) hebben een gedeelde verantwoordelijkheid bij de zorg voor hun patiënten. De huisarts is verantwoordelijk voor het proces en het leveren van verantwoorde zorg en is eindverantwoordelijk voor de geleverde medisch inhoudelijke zorg. De praktijkondersteuner is verantwoordelijk voor de gedelegeerde taken die hij/zij uitvoert.
Huisarts en praktijkondersteuner maken hierover werkafspraken (stellen deze indien nodig bij) en er vindt wekelijks patiëntoverleg plaats. Hiermee houdt de huisarts supervisie over de gedelegeerde taken en het naleven van de protocollen en werkafspraken.

Taken die nooit gedelegeerd mogen worden aan de praktijkondersteuner zijn:
- het stellen van een diagnose
- het bepalen of wijzigen van het behandelingsbeleid
- het voorschrijven van geneesmiddelen en/of het wijzigen van de vastgestelde dosering van deze middelen

Wekelijks overleg tussen POH en huisarts

Tijdens het wekelijks overleg worden geïncludeerde patiënten doorgesproken.
Het praktijkoverzicht in Care2U wordt gebruikt om de zorg voor de patiënt met regelmaat te evalueren, in samenspraak met de patiënt bij te sturen en te individualiseren. Aan de hand van de benchmark rapportage in Care2U kan de zorg op praktijkniveau bijgestuurd worden met behulp van een verbeterplan.

Goede praktijkafspraken over verslaglegging, registratie en facturatie in het zorgprogramma
In het registratieprotocol vind je de afspraken over de registratie en facturatie van de zorg voor kwetsbare ouderen in de Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen in HIS en Care2U. Een goede registratie is de bron voor inzicht: de hoeveelheid werk, de variatie van je werk en het geeft input voor feedback. Een goede registratie is dus van groot belang.
Let op: er zijn specifieke afspraken per zorggroep gemaakt met betrekking tot ruitering en hoofdbehandelaar schap.

Aandachtspunten en adviezen voor huisarts, praktijkondersteuner en wijkverpleegkundigen vanuit ouderen.
Zie volgende pagina!

Bron: Deze poster is ontwikkeld, in samenwerking met het Ben Sajet Centrum, tijdens het project Beter Oud in Amsterdam. Input voor deze poster is gegeven door de ouderenvertegenwoordigers Agnes Cornelis, Joke van Diepen,- Marianne van den Hoek, Renny van Delden. En daarbij de resultaten uit diverse interviews met kwetsbare ouderen in hun eigen thuissituatie door onderzoekers Yvonne La Grouw (VU) en Hein van Hout (VUmc).

DIT VINDEN WIJ BELANGRIJK!

Aandachtspunten en adviezen voor huisarts, POH en wijkverpleegkundigen vanuit ouderen

1. Informeer mij over het doel van een (eerste) huisbezoek of gesprek

Maak via een brief of folder duidelijk wie je bent, wat je komt doen en wat het doel is. Dan kunnen de ouderen en naasten zich gerichter voorbereiden en het gesprek beter nabespreken.

2. Zie mij als een volwaardige gesprekspartner

Ouderen en/of hun naasten kunnen vaak goed meedenken over de gewenste zorg en over prioriteiten. Bied hun die ruimte en ondersteun hen hierin.

3. Besef: ik ben wellicht digitaal vaardig

Digitale middelen kunnen (in de toekomst) nog veel nuttiger worden. Denk aan online vragenlijsten, screenen of informeren.

4. Kijk naar mij als een persoon; kijk verder dan mijn ziekte of beperking

Stel een vraag als: 'Naast uw hartfalen, hoe is het verder met u?'
Toon ook aandacht voor sociale aspecten zoals eenzaamheid, (nieuwe) levensvragen, etc.

5. Praat gewóón tegen mij

Gebruik vragen- of screeningslijsten alleen als handvat voor het gesprek. 'Vertaal' de vragen, maak ze begrijpelijk en nodig mensen uit te reageren. Gebruik geen vaktermen zoals 'zorgdoel'; deze sluiten niet aan bij de belevingswereld van ouderen.

6. Help me over de drempel naar de huisarts

Veel ouderen gaan niet graag naar de huisarts, vooralniet voor alledaagse ouderdomsklachten ('de huisarts is zo druk en in tien minuten kan ik mijn verhaal niet kwijt'). Een eenvoudig toegankelijke contactpersoon (POH of wijkverpleegkundige) kan helpen dit te doorbreken.

7. Stem mijn zorg zoveel mogelijk af met andere zorgverleners

Rondom hoog kwetsbare ouderen staan vaak verschillende zorgverleners. Afstemming is dan noodzakelijk voor samenhang en taakverdeling in de zorg.

8. Het liefst hebben mijn naasten en ik met één gezicht te maken

Kwetsbare ouderen en hun naasten bouwen bij voorkeur een vertrouwensband op met één – laagdrempelige – contactpersoon.

9. Help mij bij het vinden van de juiste informatie

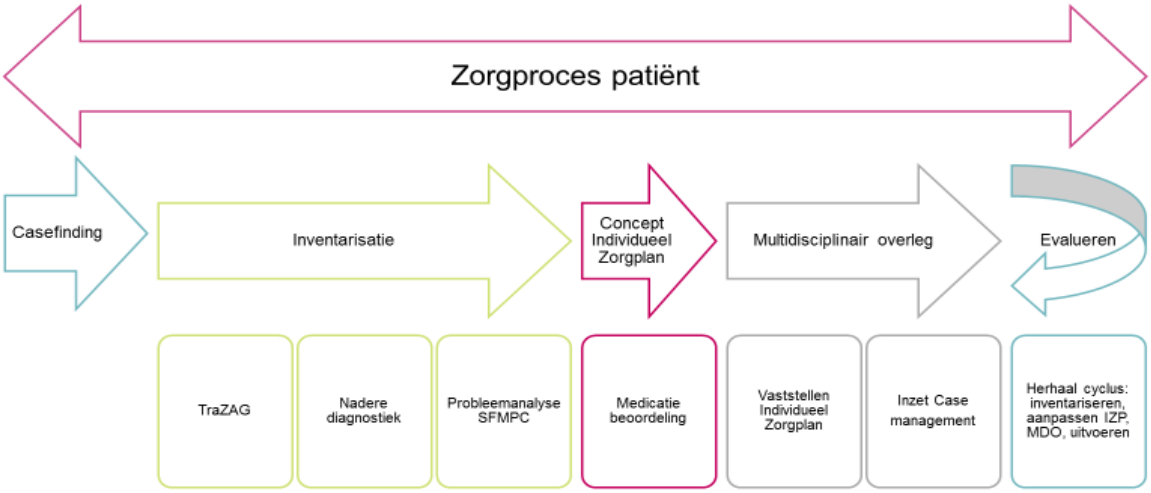
(Heel kwetsbare) ouderen hebben moeite met het vinden van informatie die hen geruststelt en/of hun herstel kan bevorderen. Daarom moeten zorgverleners hun informatie aanreiken en deze eventueel toelichten.

10. Help mij het gesprek aan te gaan over de laatste fase van mijn leven

Vroegtijdige zorgplanning (advance care planning) is vaak een beladen onderwerp voor ouderen én voor zorgverleners. Ouderen zullen er zelf niet snel over beginnen. Ze stellen zo'n gesprek liever uit, vaak tot het te laat is...

januari 2018

2b. Het primaire zorgproces



Casefinding

Identificatie van de groep kwetsbare ouderen gebeurt door middel van casefinding door de huisartsenpraktijk en het netwerk. Casefinding houdt in dat de huisarts, praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige, praktijkassistente en anderen tijdens reguliere contacten met de patiënt alert zijn op signalen van kwetsbaarheid.

Het signaleren van kwetsbaarheid is niet voorbehouden aan *een* zorgverlener De huisarts, praktijkondersteuner en wijkverpleegkundige zijn alert op signalen die komen uit diverse bronnen, zoals apotheek, fysiotherapeut, maatschappelijk werker, mantelzorger of ziekenhuis.

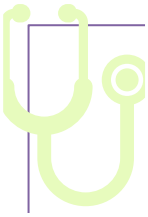
Effectieve casefinding vraagt een (continue) overstijgende blik met aandacht voor verschillende aspecten en de zelfredzaamheid van de kwetsbare oudere. Dus: wat speelt bij de patiënt en diens systeem en in welke mate kunnen zij de regie voeren over het geheel.
In dit zorgprogramma is expliciet *niet* gekozen voor screening van de praktijkpopulatie. Kwetsbaarheid ontwikkelt zich gedurende een periode en presenteert zich op allerlei manier.
Het grootste gedeelte van de kwetsbare ouderen ontvangt *ook zonder dit zorgprogramma* zorg van de huisarts, praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige en/of zorgtrajectbegeleider en de gemeente, en is dus bekend.

Het ligt voor de hand om prioritering aan te geven binnen de lijst met mogelijk kwetsbare ouderen en te starten in situaties met de hoogste urgentie. Daarbij blijkt in de pilot voortdurend dat het verstandig is om patiënt voor patiënt te includeren in het model en de werkwijze, stap voor stap door te gaan en niet te veel tegelijk op te pakken. Screening van de populatie genereert veel werk en biedt weinig meerwaarde boven proactieve casefinding.

Van de kwetsbare ouderen is 98% al in zorg bij de huisarts, 85% bij de praktijkondersteuner in het kader van een van de zorgprogramma's en bijna 50% bij de wijkverpleegkundige en 30% bij de zorgtrajectbegeleider.

Daarnaast woont 100% in een gemeente en zijn ook daar mogelijk al via de Wmo of welzijn voorzieningen/ activiteiten ingezet. Het is niet relevant om zoveel mogelijk kwetsbare ouderen of een zo volledig mogelijke lijst te verzamelen. In de ervaring van de 50 pilotpraktijken voldoet deze werkwijze (zie ook onderbouwing noot 4 en 5).
Desgewenst kan als hulp bij opsporing en signalering van mogelijk kwetsbare ouderen gebruik worden gemaakt van de criteria uit het LASA-onderzoek:

Laag lichaamsgewicht: (BMI < 23) en/of gewichtsverlies > 4 kg)
Multimorbiditeit (twee of meer chronische ziekten) Gebruik van vijf of meer medicamenten
Incontinentie



Vallen
Lichamelijke inactiviteit
Verminderde longfunctie (als maat voor zwakte)
Functionele achteruitgang

Slechtziendheid
Slechthorendheid

Verminderd cognitief functioneren
Delier
Angst
Depressieve symptomen waaronder zelfrapportage van traagheid en gebrek aan energie
Dwangmatig gedrag

Zelf mantelzorger zijn
Weinig ervaren regie over eigen leven
Toename aantal contactmomenten
Alleenstaand icm geen/ incidenteel contact met huisarts
Afgelopen jaar een partner of kind verloren 008)
Lage SES
Allochtone afkomst vooral Turks, Marokkaans en Surinaams

Inventarisatie: TraZAG, nadere diagnostiek & analyse met SFMPC-model

Signalen van kwetsbaarheid worden besproken in het Eerstelijns Kernteam (EKT). In het EKT bespreken huisarts, praktijkondersteuner en de wijkverpleegkundige of signalen worden herkend en of nadere inventarisatie nodig is via de TraZAG.

De TraZAG

De TraZAG (**TRA**nsmurale **Z**org **A**ssessment **G**eriatrie) is een assessmentinstrument dat gebruikt wordt om de probleem- en zorgsituatie van de patiënt op gestructureerde wijze in kaart brengen. Met behulp van de TraZAG voert de praktijkondersteuner een functioneel assessment uit en brengt relevante probleemgebieden bij de patiënt thuis in beeld. Nabespreking gebeurt met de huisarts met als doel via het doorlopen van de SFMPC een concept IZP op te stellen. Zie bijlage Werkwijze eerste huisbezoek voor nadere uitwerking.

De TraZAG wordt ingezet in drie fasen van het zorgproces:

1. In beeld brengen van de zorgproblemen van de patiënt;
2. Om de al bekende problematiek te onderbouwen;
3. Het monitoren van het functioneel beloop van de patiënt.

De TraZAG wordt afgenomen bij inclusie van de patiënt. Daarnaast wordt de TraZAG elk jaar systematisch *nagelopen* ter evaluatie van bekende problemen en eventueel nieuwe problemen. Bij veranderingen in het functioneel beloop van de patiënt helpt het om de TraZAG na te lopen en evt te updaten of vervolgstappen of een diepgaandere verkenning te doen.

De TraZAG kent drie verschillende stappen:
1. Eerste verkenning met het startdocument;
2. Eerste vervolgstap vanuit het startdocument naar het verder algemeen in kaart brengen van probleemgebieden.
3. Een diepgaandere verkenning bij bepaalde signalen, zoals bijvoorbeeld de kloktekentest.

Indien een patiënt met 3x ja scoort, is het van belang om de casus te vervolgen. Er kan voor gekozen worden om voorafgaand aan het huisbezoek de TraZAG in te laten vullen door de patiënt of diens primaire mantelzorger, als voorbereiding op het huisbezoek. Dan wordt het de patiëntenversie van de TraZAG gebruikt.

Kanttekeningen bij het gebruik van meetinstrumenten.
Er is gekozen voor de TraZAG, omdat deze een grote overlap heeft met lijsten die ook door de klinisch geriater en SO worden gebruikt. De schalen zijn gevalideerd in beide settings (1e en 2e lijn) en hebben behoorlijk sensitiviteit en specificiteit. Toch is het goed te realiseren dat de TraZAG (net als elke andere) methode zijn waarde in deze context nog moet bewijzen. Het is nadrukkelijk een hulpmiddel. Naast deze meetinstrumenten blijft het niet-pluis gevoel en de klinische blik erg belangrijk. Instrumenten kunnen ook iets missen, en zijn 'quasi-objectief'. Als er uit de TraZAG discrepanties komen, of er worden op meerdere schalen problemen gevonden, is verdere diagnostiek (verduidelijking) sowieso wenselijk.

Let op: De MMSE heeft een aantal nadelen. Er is een kans op leereffecten, hoger opgeleiden presteren beter en de MMSE is minder sensitief dan een CST (cognitieve screening test). Het is daarom verstandig om de cutoff, voor de indicatie tot inzetten van nadere diagnostiek, van de MMSE hoog te leggen (<27).

Verschillende soorten diagnostiek:

Afhankelijk van de bevindingen volgt zo nodig aanvullend onderzoek of ontstaan indicaties voor nadere diagnostiek naar 'nieuwe' aandoeningen of bijvoorbeeld dementie. Dit wordt ingezet door de huisarts, eventueel in samenwerking met de praktijkondersteuner, SO en diens team, of de geriater. In deze fase is vaak het overleg met de SO en diens team met geriatrie psychologen en (geriatrie) fysiotherapeuten al gestart. Hierbij vindt overleg plaats over meer ingewikkelde aspecten van de zorg en eventuele noodzaak van aanvullend onderzoek. Soms wordt de geriater geraadpleegd voor nader onderzoek of advies.

- **Functionele diagnostiek**

Functionele diagnostiek onderzoekt achterliggende oorzaken maar kijkt vooral naar mogelijkheden om die beperkingen op te heffen, te compenseren of om verergering te voorkomen. Functionele diagnostiek is de basis voor het kunnen vaststellen van een passend IZP. Zonder goede functionele en zorgdiagnostiek kan men verkeerde keuzen maken. Een patiënt die bijvoorbeeld problemen krijgt met dagelijkse verrichtingen krijgt persoonlijke verzorging, terwijl niet goed is bekeken of training en hulpmiddelen die persoonlijke verzorging voorlopig nog zou kunnen uitstellen.

- **Zorgdiagnostiek**

Zorgdiagnostiek is een onderdeel van de functionele diagnostiek. Zorgdiagnostiek kijkt naar welke zorg de patiënt nodig heeft en welke zorgverleners zijn al bij de zorg betrokken en kan zorg worden afgebouwd (denk

aan poli-controles bij orgaanspecialisten).
Inzicht in de zorgdiagnostiek zorgt er voor dat per kwetsbare ouderen een 'individuele kwaliteitsketen' ontstaat met precies die zorg- en hulpverleners betrokken die nodig zijn, geredeneerd vanuit de doelen van de kwetsbare ouderen gesteld in het IPZ.

Indien er geen indicatie (meer) bestaat voor aanvullende onderzoek worden alle aandachtsvelden op een systematische manier via de SFMPC door de praktijkondersteuner uitgewerkt.

Probleemanalyse met het SFMPC-model

De probleeminventarisatie geeft overzicht van beperkingen en problemen op verschillende levensgebieden maar ook van mogelijkheden, wensen en behoeften op het gebied van lichamelijke gezondheid, emotioneel welbevinden, communicatie en sociale contacten, zingeving en spiritualiteit. Een veelgebruikt model hierbij is ordening via de aandachtsgebieden van het SFMPC-model: Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch en Communicatief.

Door te ordenen leg je onderlinge verbanden tussen de bevindingen van de probleeminventarisatie, m.a.w. analyse. Met deze analyse geef je prioritering aan de problemen en behoeften die voor de oudere zelf het meest urgent zijn. Deze analyse is de basis voor het IZP.
Deze analyse gaat veel verder dan het opsommen van de problemen in de probleemlijst van het HIS (aandoeningen en diagnoses).

De *Toolbox interventies* bevat zinvolle interventies gerangschikt naar het SFMPC-model. Dit zijn suggesties die handig zijn in het gebruikt en welke richting kunnen geven aan de insteek van het IZP. De Toolbox is niet volledig maar geeft handvat en denkrichting. Het IZP is altijd maatwerk: een *individueel* zorgplan.

De praktijkondersteuner stelt de SFMPC op en prioriteert samen met de kwetsbare oudere en/of de mantelzorger. Dit verwerkt de praktijkondersteuner in Care2U. De SO ondersteunt bij het maken van het SFMPC (mn tijdens het eerste jaar dat de praktijkondersteuner meedoet in het zorgprogramma). Ondersteuning van de SO aan de praktijkondersteuner en de huisarts helpt bij het ontwikkelen van denkrichtingen en oplossingen in de geriatrie.
De praktijkondersteuner stelt op basis van verzamelde gegevens een concept IZP op in Care2U. Deze wordt besproken met de huisarts en de SO. Op voorliggende problemen wordt geanticipeerd door het vooraf bespreken met mogelijke behandelaren.
De praktijkondersteuner bespreekt het concept IZP met de patiënt en mantelzorger en zo nodig met ketenpartners. In het MDO wordt het IZP vastgesteld en als uitgangspunt in de zorgverlening door alle betrokken zorg- en hulpverleners genomen.

Opstellen concept Individueel zorgplan (IZP)

Om de zorg rondom de kwetsbare oudere goed te organiseren wordt m.b.v. een SO een concept IZP opgesteld. Hoe meer ervaring in het verwerken van de bevindingen naar een SFMPC naar een IZP de praktijkondersteuner heeft, hoe zelfstandiger zij kan werken.

Een IZP geeft een overzicht van de meest urgente doelen en geeft de geplande interventies weer. Het IZP brengt samenhang in de zorg voor ouderen met complexe problematiek en is een middel voor regievoering. Het wordt in goed overleg met de oudere patiënt en met de familie opgesteld, uitgaande van de prioritering die bij de (probleem-)inventarisatie is aangegeven.

De huisarts en de praktijkondersteuner beoordelen samen de bevindingen uit de inventarisatie als de oudere als kwetsbaar wordt aangemerkt. Voor deze patiënten stelt de praktijkondersteuner in overleg met de huisarts een concept IZP op.

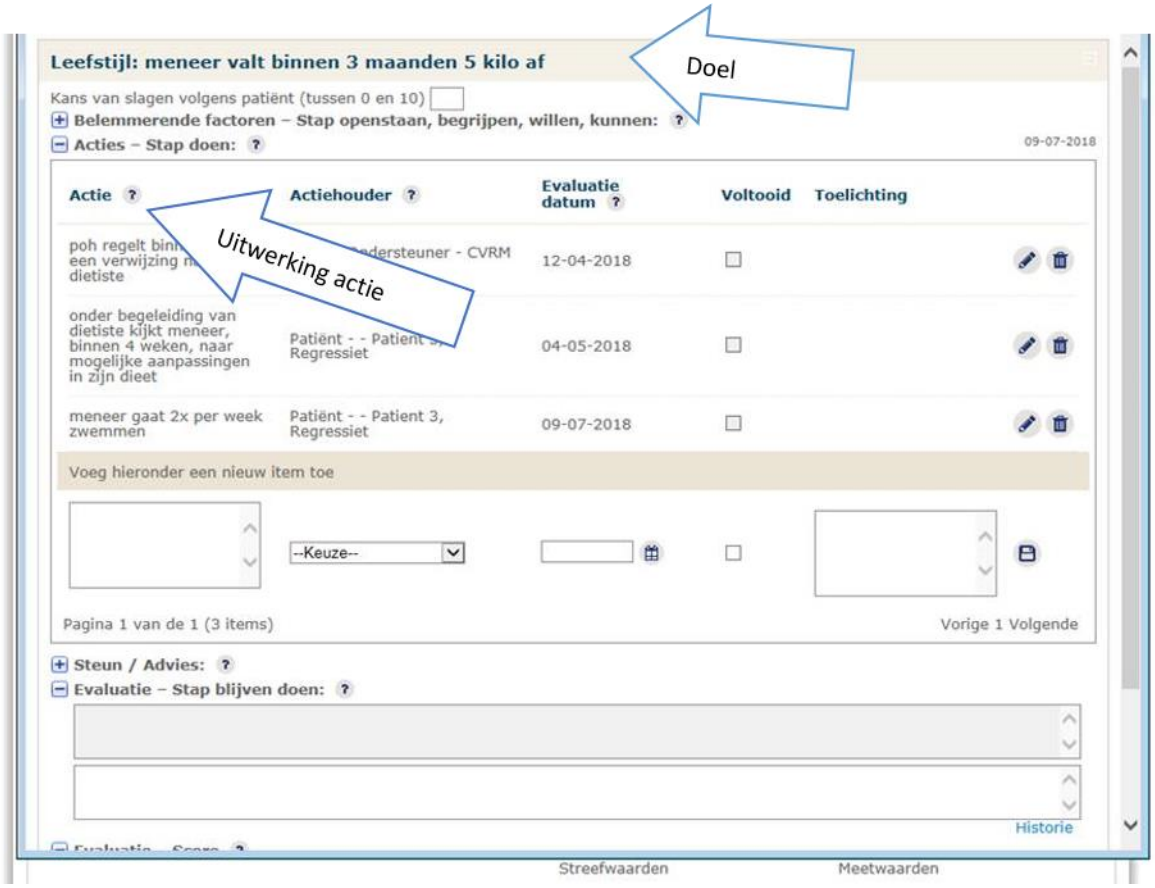
Concept IZP
De praktijkondersteuner stelt een concept IZP op, in afstemming met de huisarts en de SO. Op voorliggende problemen wordt geanticipeerd door het vooraf bespreken van mogelijke behandelopties. Dit dient ook het belang van tijdsbewaking op het MDO. Vervolgens wordt de agenda en het individuele IZP voorgelegd op het MDO

De doelen in het IZP van kwetsbare ouderen zijn:

- heel gevarieerd, de patiënt en systeem zijn leidend
- sluiten beter aan op het leven van de patiënt

Door op doelgerichte wijze samen te werken met de patiënt en mantelzorger versterkt de regie en het zelfmanagement van de patiënt. Het gaat over doelen die heel dicht bij de hulpvraag van de patiënt en mantelzorger liggen en die herkenbaar zijn voor zorgverleners.

Zorg dat de doelen die gesteld worden in het IZP haalbaar zijn, dus 'klein'. Dat doe je door samen met de patiënt steeds verder 'af te pellen' wat belangrijk is en waar de patiënt voor leeft. Denk aan zingeving, plezier in het leven, het onderhouden van vriendschappen en familiebanden enzovoorts.
Aan de bijlagen is een handig overzicht toegevoegd dat helpt bij het stellen van SMART-doelen.



Inhoud van een IZP
De praktijkondersteuner formuleert eerst een hoofddoel: gaat het om herstel of behoud van functioneren of is achteruitgang onvermijdelijk (symptoombehandeling)? Dit wordt besproken met de huisarts, waarin de huisarts kan ondersteunen door goed door te vragen en te concretiseren.
De problemen zet de praktijkondersteuner in het SFMPC-model en daarna geeft zij de urgentie aan. Samen met de patiënt en de mantelzorger wordt gekeken wat de doelen zijn van de patiënt. Dit doel wordt SMART beschreven er wordt een actie of acties aan gekoppeld. Per actie wordt de een actiehouder benoemd met de evaluatiedatum. In Care2U kan de actiehouder de actie voltooien of een terugkoppeling rapporteren. De casemanager monitort de voortgang en stelt bij. Dit gebeurt samen met de patiënt en de mantelzorger en zo nodig in een MDO.

Multidisciplinair Overleg (MDO)

Het MDO is een belangrijk onderdeel van het zorgprogramma. Omdat de patiënt kwetsbaar is en de regie niet goed zelf kan voeren, de mantelzorger goed ondersteund moet worden (ook in het voeren van de regie) en (vaak) veel zorg- en hulpverleners betrokken zijn, is het erg belangrijk dat er goede onderlinge afstemming plaats vindt. Het doel is te komen tot een gezamenlijk gedragen beleid, om de geboden zorg af te stemmen en om te anticiperen op mogelijke problemen.

Tijdens het MDO wordt het individueel zorgplan (waar mogelijk) met de patiënt, de mantelzorger en de *betrokken* ketenpartners opgesteld en geëvalueerd. Inbreng van de patiënt en mantelzorger is heel belangrijk, het gaat over doelen en wensen van de patiënt, over ACP, de behandeling, de inzet van zorg en welzijn. De SO is bij elk eerste MDO van een patiënt aanwezig. Gemiddeld duurt het MDO 30 minuten maar uiteraard is dat erg afhankelijk van de casuïstiek, de huisartsenpraktijk en het aantal deelnemers.
Bijkomend voordeel is dat zorgverleners elkaar leren kennen waardoor de samenwerking en de communicatie verbetert. De lijnen worden kort.

Hoe vaak een MDO wordt herhaald is afhankelijk van de noodzaak: soms is het al na enkele maanden nodig, soms is één MDO voldoende zijn om de zorg afgestemd te bieden. Wel is het belangrijk om ten minste één keer per jaar een MDO te organiseren. Een kwetsbare oudere kan robuust worden door de inzet van zorg en welzijn, aanpassingen in de woonomgeving, een dagprogramma enz. Als dat zo is, is inzet van het zorgprogramma niet meer nodig en volgt exclusie.

Het MDO bestaat uit de volgende onderdelen:
- Informatie-uitwisseling
- Het vaststellen van zorgdoelen met concrete doelen en acties
- ACP
- Wel/niet continueren specialistenbezoek
- Interventies afspreken en evalueren.

Tijdens het MDO worden de individuele doelen van de patiënt vastgesteld. Het is belangrijk om verder te gaan dan algemene doelen (zoals ‘langer thuis blijven wonen’) en deze SMART te maken.
- Samen ga je na wat *precies* nodig is om de doelen te behalen.
- Samen ga je na wat de patiënt/ mantelzorger bedoelt en wie daar een actieve rol in speelt vanuit het zorg- en hulpverlenersnetwerk.

Risico’s worden ingeschat en er wordt op geanticipeerd: wat zijn de grootste bedreigingen voor het welbevinden van de kwetsbare oudere? Welke interventies zijn mogelijk en lijken effectief?

In het zorgproces zijn verschillende deelnemers te onderscheiden en er is één persoon eindverantwoordelijk.

- De medisch eindverantwoordelijke is de huisarts. Deze zal taken delegeren aan de programmacoördinator (praktijkondersteuner).
- De casemanager is verantwoordelijk voor de praktische zaken en de afstemming met de kwetsbare oudere. De CM wordt benoemd tijdens het eerste MDO.
- De verschillende zorgverleners zijn zelf verantwoordelijk voor de door hen geleverde zorg.

In sommige gevallen zoals bij gevorderde dementie met bv ernstige achterdocht en/of agitatie kan het voorkomen dat deelname van de patiënt niet goed mogelijk is in dat geval kan worden afgeweken van deelname van de patiënt aan het MDO. Diens mantelzorger kan dan de patiënt vertegenwoordigen. Gezien ook de Wet Zorg en Dwang[3] heeft het dan de voorkeur een mentor of bewindvoerder te laten benoemen. Dit ook ter preventie van misbruik.
Indien geen mantelzorger of anderszins voorhanden is dan vindt er zowel vooraf als achteraf uitvoerig overleg plaats me de kwetsbare oudere, als regel door de zorgcoördinator (praktijkondersteuner). De oudere geeft hierbij toestemming voor het houden van een MDO.

Ervaringen uit de praktijk met het MDO

Het MDO is misschien wel het meest besproken middel én kernonderdeel van dit zorgprogramma. Daarom delen we graag ervaringen vanuit de praktijk – van je collega's.

- Het MDO is soms lastig te plannen en te organiseren. Toch ervaren praktijkondersteuners dat het vaak ook belangrijk genoeg is voor deelnemers om toch te komen of tijd te maken. Ook kan de praktijkassistent ondersteunen bij het maken (en uitvoeren) van de planning.
  Een tip is om MDO's vooruit te plannen en tijd vast te leggen met 'vaste' deelnemers (huisarts, POH, SO, ZTB, wvk). Op basis van prioriteit/ urgentie worden de patiënt en diens mantelzorger en andere betrokken zorg/hulpverleners uitgenodigd.
- Bespreek het MDO met ketenpartners voorafgaand aan het MDO kort voor;
- Combineer het spreekuur in verzorgingshuizen met het MDO in het zorgcentrum, of sluit aan in het MDO dat het zorgcentrum organiseert.
- Soms is met inzet van een aantal interventies al rust in het systeem en in de zorg teruggekeerd. Dan kan men het MDO gebruiken om door te praten over andere thema's die spelen bij een patiënt en de mantelzorg of bijvoorbeeld het ACP-gesprek. Vraag de patiënt wat belangrijk is voor hem/haar.
- Patiënten hechten veel waarde aan het bijwonen van het MDO. Zij waarderen de aandacht en voelen zich gehoord.

Succesfactoren

- Succesfactor: korte lijntjes in het netwerk!
- Succesfactor: een week na het MDO een huisbezoek plannen om de gemaakte afspraken nog eens door te nemen, het (aangepaste) IZP te geven.
- Succesfactor: bespreek het MDO en de rolverdeling onderlig goed door van te voren.

[3] De implicatie van de Wet Zorg en Dwang voor de huisartsenpraktijk wordt in 2020 uitgewerkt en als bijlage aan dit protocol toegevoegd.

Ervaren knelpunten:

- Particuliere wijkverpleegkundigen of een grote hoeveelheid aan versnipperde organisaties waar je als praktijk mee samenwerkt. Dan is het lastig om korte lijntjes te hebben. Stel dan je verwachtingen bij en focus je op wat wel lukt. Blijf hen wel uitnodigen en doe dit het liefst bijtijds. De ervaring leert dat zij vaak toch tijd vrij weten te maken om deel te nemen aan het MDO.
- Helaas heeft de SO niet in elk werkgebied voldoende tijd en ruimte om aan te sluiten in het MDO. Als je merkt dat dit patronen zijn, probeer het dan te bespreken met de SO/ diens management. Probeer dan om afspraken te maken op de lange termijn in plaats van op korte termijn.
- Mantelzorg die ver weg woont. Overweeg – in overleg met patiënt en mantelzorg – de inzet van professionele mantelzorg (Saar aan huis, HomeInstead enz).
- Een blok in je eigen agenda werkt niet altijd goed. Deze tijd vult vaak vanzelf met ander werk of de assistente maakt gebruik van de ruimte in je agenda. Goede praktijkafspraken helpen hierbij.

Het resultaat van het MDO volgens praktijkondersteuners:

- Minder telefoontjes, minder gedoe en minder ad hoc;
- Het kost wel tijd;
- De SO brengt waardevolle kennis in en ondersteunt daarmee het netwerk;
- De patiënt en de mantelzorger voelen zich gehoord;
- Beleidsafspraken zijn goed te bespreken tijdens het MDO, ketenpartners kunnen dit ook waarderen;
- Ketenpartners waarderen de wijze van afstemming van de zorg voor de patiënt.

Medicatiebeoordeling en jaarlijkse medicatiecheck

Een algemeen probleem bij kwetsbare ouderen is dat zij de voorgeschreven medicijnen vaak niet op de juiste wijze en op het goede moment innemen. Daarnaast hebben vrijwel alle kwetsbare ouderen veel verschillende medicamenten vanwege meerdere onderliggende aandoeningen.
De medicatiebeoordeling wordt door de apotheker gedaan bij inclusie in het zorgprogramma (behalve als deze onlangs nog is uitgevoerd). De medicatiebeoordeling wordt ook als *geen* sprake is van polyfarmacie (5 of meer middelengebruik) afgenomen. Uitzondering is dat er onvoldoende reden is om de medicatiebeoordeling uit te voeren (bijvoorbeeld i.v.m. geen of nauwelijks medicamenten hoewel dat ook een signaal kan zijn).
De medicatiebeoordeling wordt *gemiddeld* 1x per 3 jaar uitgevoerd: altijd bij inclusie in het zorgprogramma, en daarna eens in de 3 jaar of bij een groot event. De medicatiebeoordeling loopt via Care2U en de inzet wordt gemonitord in de kwaliteitscyclus.
De keuze van medicatie (medicatiecheck) is een vast onderdeel van de voorbereiding van het MDO door de huisarts. De SO heeft vanuit ziekteproblematiek een adviserende rol over medicatie (zie rollen SO). Dit advies vervangt de medicatiebeoordeling niet, dat behoort tot de apotheker.

Advance Care Planning (ACP)

Advance Care Planning omvat het continue proces van gesprekken met de patiënt en diens naasten over levensdoelen, wensen en verwachtingen en hoe de zorg daarbij aansluit. ACP is een dynamisch proces omdat situaties kunnen veranderen en het inzicht hierover ook, zodat er altijd aanpassingen gemaakt kunnen worden.
Grenzen aan de behandelingen en mogelijkheden voor palliatieve zorg komen aan de orde, deze kunnen gedocumenteerd worden in een wilsverklaring, zie ook de website van Thuisarts. De wilsverklaring kan worden ingescand voor in het dossier. Het is vanzelfsprekend dat de behandelgrenzen in het hele traject van het zorgprogramma en rondom het levenseinde besproken worden. Ook is het belangrijk om op de afspraken terug te komen, bv in een volgend MDO.

Wanneer spreken over het levenseinde?
Het is aan de huisarts om proactief het gesprek aan te gaan met de kwetsbare oudere. Het levenseinde kan snel naderbij komen en het is dus goed om hier ook over te spreken in het MDO. Dan zijn alle betrokkenen ervan op de hoogte en kunnen er consequenties afgesproken worden.
De POH-OZ kan de wensen van de patiënt voorbereiden en inventariseren en in Care2U opnemen.
Als er besloten wordt om niet te reanimeren, dan kan dat bijvoorbeeld betekenen dat er bij een acuut probleem niet een ambulance, maar een huisarts wordt geroepen bij de patiënt, overdag de eigen huisarts en daarbuiten de huisartsenpost. Het is daarom ook van belang om *na toestemming van de patiënt* de LSP-koppeling bij alle kwetsbare patiënten open te zetten (Opt-in). Aanvullend kan voor de Huisartsenpost ook een overdracht worden gemaakt in diens systeem.

'Tijdig' spreken over het levenseinde.
De huisarts gaat het gesprek aan met iedere kwetsbare oudere aan als deze in het zorgprogramma komt. In andere gevallen werd vaak de "surprise question" (zou het me verbazen als deze patiënt binnen een jaar komt te overlijden) geïntroduceerd, echter dat is al het geval als mensen in het zorgprogramma starten.

ACP en Dementie
'Advance care-planning is belangrijk bij personen met dementie. Vanwege het verlies van capaciteiten en de mogelijkheden tot communiceren kunnen of mogen zij in een later stadium geen keuzes meer voor zichzelf maken. Met advance care planning kunnen mensen met dementie wel de beslissingen over het einde van hun leven meebepalen. Bovendien zorgt het ervoor dat er in acute situaties al besloten is wat er gedaan kan worden, dit vergemakkelijkt het werk van de huisarts.' (Vilans.nl)
Een goed moment om met advance care planning te beginnen, is direct na de diagnose Dementie.
Belangrijk is dat de persoon met dementie klaar is voor het gesprek en dat deze ziekte-inzicht heeft.
Meer info via deze factsheet: https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/advance-care-planning-bij-personen-met-dementie.pdf

Wat kun je bespreken?
Let op: de dikgedrukte items zijn het belangrijkst om te weten in de acute zorg

- **Wel/niet reanimeren, evt NR penning of tatoeage**
- **Wel/niet beademen**
- Wel/niet euthanasie
- Wel/niet opname in een ziekenhuis
- Wel/niet opereren
- Wel/niet dialyse,
- Wel/niet kunstmatige voeding, vocht
- Wel/niet antibiotica

- Wel/niet orgaandonatie/ ter beschikking stellen van de wetenschap.

Registratie ACP
Zowel in het HIS als in Care2U worden de behandelgrenzen aangegeven.

- **De huisarts maakt in het HIS een episode aan ACP in de E-regel met ICPC A20**
- Indien van toepassing wordt Niet Reanimeren vastgelegd als NR- op de E-regel
- Indien van toepassing Niet Beademen vastgelegd als NB- op de E-regel
- Andere belangrijke opmerkingen ook in E-regel.

De POH-OZ legt afspraken vast in het Care2U:

Zie de Regionaal Transmurale Afspraak (RTA) Zuidoost-Brabant 'Tijdig spreken over het levenseinde' http://www.netwerkpalliatievezorg.nl/zuidoostbrabant/Home.aspx of via de app 'PalliArts'.
In deze app vind je oa de RTA na het invoeren van de regio Zuidoost-Brabant.

Probleeminventarisatie >	surprise question, verkennend gesprek
Bij opstellen voorlopig zorgbehandelplan >	wensen en verwachtingen bekend? behandelbeperkingen besproken en bekend? nog actueel?
Bespreking voorlopig zorgbehandelplan >	wensen patiënt bekend? behandelbeperkingen besproken? welke behandelbeperkingen passend? gesprek ACP wenselijk? update wenselijk?
In MDO >	gesprek ACP initiëren
Na MDO >	ACP gesprek met arts plannen
Vervolg MDO >	registratie HIS (A20) , overdracht HAP herhalen

Vervolg na Eerste MDO

Het vervolg in het zorgproces wordt op individueel niveau van de patiënt bewaakt door de casemanager. Casemanager gaat over zorgcoördinatie (op individueel patiënt niveau) en monitoring van het beloop en het actueel houden van het IZP.

Transferzorg bij ziekenhuisopname

Als een zeer kwetsbare oudere in het ziekenhuis wordt opgenomen is het van belang dat betrokken professionals over de informatie beschikken die in de eerste lijn is verzameld, zoals het zorgplan. Met goede transferzorg zorgen we hiervoor. Door zorgvuldige overdracht van thuis naar ziekenhuis en v.v. willen we de impact van een ziekenhuisopname zoveel mogelijk beperken, ook voor de mantelzorger.

Vanuit de deelnemende huisartsenpraktijken doen in eerste instantie alleen ouderen mee die deelnemen aan het Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen. Zij ontvangen transferzorg met de volgende concrete resultaten:

1. Een verbeterde/naadloze overdracht van huis naar het ziekenhuis waarbij het ziekenhuis binnen 1 werkdag na opname is geïnformeerd over opname van een kwetsbare oudere.
2. De al beschikbare informatie over de oudere in Care2U wordt gebruikt in het ziekenhuis.
3. Een telefonische overdracht bij opname en ontslag tussen de casemanager 1e lijn (nu meestal de POH OZ) en de casemanager 2e lijn (Verpleegkundig Consulent Geriatrie). Indien nodig brengt de casemanager 1e lijn een bezoek aan de oudere in het ziekenhuis.
4. De brief van de behandelend specialist (en geriater) zijn binnen 24 uur na ontslag aanwezig op de huisartsenpraktijk. Onderdeel van deze brief is een actueel medicatieoverzicht.
5. Een ‘zachte landing’ thuis door een huisbezoek door de casemanager 1e lijn binnen 2 werkdagen na ontslag. Liefst in het bijzijn van de mantelzorger. Belangrijkste punten: medicatiecheck, organisatie van benodigde ondersteuning en (mantel)zorg en evt. bijstelling IZP.
6. Systematische (na)zorg in de thuissituatie. De eerste maanden na ziekenhuisontslag heeft de casemanager frequenter contact met de oudere of mantelzorger, op maat van de situatie en indien nodig een MDO.

Natuurlijk willen we met inzet van goede transferzorg bereiken dat patiënt en mantelzorger tevreden zijn over de gecoördineerde overdracht tussen huisartsenpraktijk en ziekenhuis en de (minder stressvolle) overgang naar huis. Uit diverse onderzoeken blijkt dat een goed functionerende transferbrug leidt tot een lagere sterfte na ziekenhuisopname en een kortere ligduur. Winst voor de patiënt dus. Ook de kosten/baten-verhouding is positief.
Zie voor een uitgebreide beschrijving van de werkwijze en afspraken binnen *ZorgbrugZo!* het werkboek.

Casemanagement

Casemanagement is slechts van toepassing bij de combinatie van een complexe zorgvraag en organisatorische complexiteit van de specifieke situatie en daarom van toepassing bij de populatie Kwetsbare ouderen in het zorgprogramma.
Casemanagement is nodig als sprake is van de combinatie van organisatorisch complexe zorgvraag waarbij:

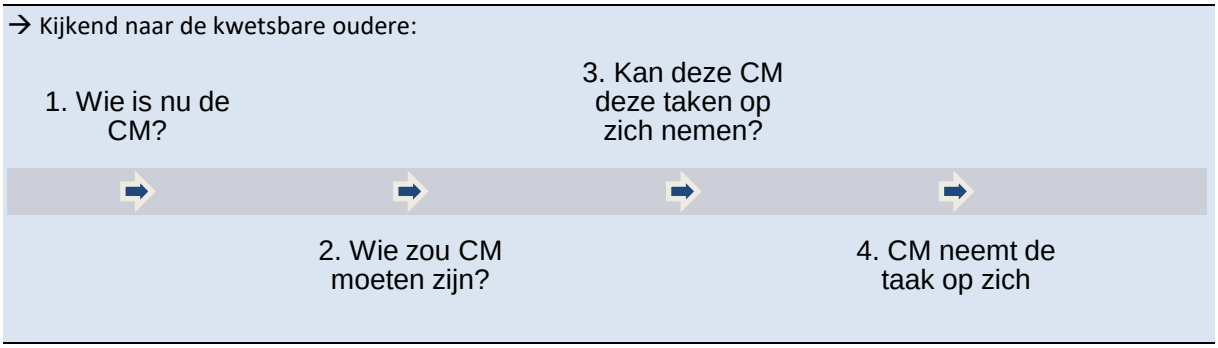
- De zorgbehoefte meerdere organisaties en domeinen overstijgt;
- Veel organisaties betrokken zijn;
- Hulp- en zorgverleners uit verschillende domeinen nodig zijn om de patiënt te helpen.

De noodzaak voor coördinatie en afstemming overstijgt dan de betrokken zorgverleners, maar ook die van de patiënt (regieverlies).

De zorgverlener die het casemanagement voert, heeft een duidelijk beeld van wat het totaal aan zorg inhoudt en geeft op basis daarvan aanwijzingen aan alle betrokken zorgverleners.
De casemanager (CM) ordent, stelt prioriteiten en bewaakt dat alle zorg op elkaar wordt afgestemd en ondersteunt/ versterkt het zelfmanagement. Ze is het aanspreekpunt voor de patiënt en de mantelzorgers.
De functie casemanagement kan worden ingevuld door zowel de praktijkondersteuner, de WV als de ZTB.
Vanuit de zorgvraag en in overleg met de patiënt en mantelzorg, wordt afgestemd wie het best deze taak op

zich kan nemen. Keuze is afhankelijk van de unieke situatie en de accenten die gelegd worden in de zorg en ondersteuning.

Beslisboom: wie is de casemanager?
Met hulp van een beslisboom kan worden bepaald wie het beste het casemanagement op zich kan nemen.



Deze beslisboom is zo kort en bondig mogelijk beschreven. Bij elke patiënt wordt deze in het MDO stap voor stap doorgelopen en de casemanager aangewezen. Het is belangrijk dat dit expliciet gebeurt zodat voor iedereen duidelijk is.

De casemanager
De casemanager geeft sturing aan de inzet van alle betrokken zorg- en hulpverleners: eenvoudig waar het eenvoudig kan, samen waar nodig.
De CM is het aanspreekpunt van de patiënt en mantelzorger. De CM geeft advies en ondersteuning en signaleert knelpunten, en zoekt daar zo nodig/ mogelijk oplossingen voor.
De CM bewaakt dat het IZP wordt opgesteld, uitgevoerd, geëvalueerd en bijgesteld. De patiënt voelt zich door de CM gesteund bij het omgaan met ziekte en beperkingen.

T.a.v. de patiënt:
- Monitort het behalen van de doelen in het individueel zorgplan, incl. acties en resultaten en zo nodig stelt deze bij;
- Monitort het ziekteverloop en van de functionele mogelijkheden en beperkingen;
- Monitort de vragen op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Dit gebeurt in samenwerking met gemeenten en welzijnsinstellingen;

T.a.v. de organisatie van zorg en afstemming:
- Is het aanspreekpunt van patiënt en mantelzorger en voert de regie door inzicht te geven in de situatie (hulp- zorgvraag) en de mogelijkheden die er zijn;
- Organiseert de samenhang en afstemming van zorg (via bilateraal overleg, in EKT, met vervolg MDO of huisbezoek);
- Is het schakelpunt naar dagactiviteiten verzorgingshuizen, V&V-instellingen en informele zorg.

De kerncompetenties van de Casemanager zijn weergegeven in bijlage 5.

Uitvoering casemanagement
Casemanagement kan worden uitgevoerd door:
1. Praktijkondersteuner
2. Wijkverpleegkundige (niveau 5)
3. Zorgtrajectbegeleider

De praktijkondersteuner als casemanager

Gezien het intensieve en vaak langdurige tijdsbeslag van casemanagement zal de praktijkondersteuner deze taken slechts voor een deel van de patiënten volledig zelf kunnen invullen. De huisarts bepaalt bij welke patiënten en situaties deze taken bij voorkeur door de praktijkondersteuner worden gedaan, en waar deze beter door een andere functionaris kan worden uitgevoerd. Doorslaggevend daarbij is de kennis en kunde van de praktijkondersteuner vanuit de zorgprogramma's Somatiek. In situaties waar geen wijkverpleegkundige of zorgtrajectbegeleider is ingeschakeld voert de praktijkondersteuner het casemanagement.

De praktijkondersteuner als schakel

Wanneer het casemanagement niet door de praktijkondersteuner maar door iemand van buiten de huisartsenpraktijk wordt uitgevoerd, is de praktijkondersteuner de schakel (programmacoördinatie) tussen deze CM en de huisartsenpraktijk.

3. Rollen deelnemers zorgprogramma

In het zorgprogramma Kwetsbare Ouderen wordt volop samengewerkt met ketenpartners.
In dit deel lichten we een aantal specifieke rollen en taken uit die relevant zijn in dit zorgprogramma. Het is dus *geen* totale beschrijving van de verschillende ketenpartners. Het is de bedoeling dat het richting geeft in de samenwerking die altijd op praktijkniveau plaatsvindt en vorm krijgt.

Rol van de Praktijkondersteuner

De praktijkondersteuner is de spin in het web in de zorg voor kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk.
De praktijkondersteuner werkt bij de uitvoering van deze taken in nauwe afstemming samen met de huisarts.

Taken in de patiëntenzorg in het zorgprogramma:
- Actieve signalering en casefinding van kwetsbare ouderen in samenwerking met huisarts en wijkverpleegkundige (EKT);
- Actieve signalering van mogelijke kwetsbaarheid, (dreigend-) regieverlies vooral bij oudere patiënten met een combinatie van case- en carecomplexiteit;
- Een integrale inventarisatie van de patiëntensituatie op het gebied van welzijn, zorg en wonen, de TraZAG is daar ondersteunend aan;
- Het signaleren van afgegeven indicaties zoals vanuit de Wmo of de Wlz;
- Procesbewaking bij vroegdiagnostiek: onderzoek naar alle relevante factoren die op individueel niveau lijken mee te spelen bij de kwetsbaarheid zoals bijvoorbeeld onderbehandeling van ziekten, aanwezigheid en impact van dementie of andere ziekten, farmacie, eenzaamheid et cetera;
- Bespreking probleemanalyse (SFMPC) met huisarts en SO, opstellen concept individueel IZP en agenda voor het MDO;
- Organisatie MDO en opvolging afspraken;
- Begeleiding en ondersteuning van de mantelzorg.

Taken in het proces van het zorgprogramma:
- Procesbewaking GMB, uitwerking van sommige daaruit voortvloeiende taken;
- Procesbewaking en uitvoering ZorgbrugZo!;
- Registratie volgens afspraken met de zorggroep (verzameling van de indicatoren) in Care2U;
- Overall programmacoördinatie vanuit de huisartsenvoorziening in de keten, aanspreekpersoon voor de zorggroepen:

Programmacoördinatie door de praktijkondersteuner in de praktijk

De programmacoördinatie start zodra de huisartsenpraktijk met het zorgprogramma start.
De praktijkondersteuner is de spil in de zorg voor de implementatie van het zorgprogramma in de huisartsenpraktijk en daarmee aanspreekpersoon voor de zorggroep.

De programmacoördinator heeft een aantal belangrijke overstijgende taken in de praktijk:
- Informeren van zorgverleners in het netwerk over het zorgprogramma Kwetsbare ouderen;
- Het organiseren van netwerkbijeenkomsten (i.s.m. praktijkmanagers);
- Verlenen van toegang tot Care2U (via de zorggroep);
- Organiseren en verslaglegging van 1e MDO's en periodieke overleggen, in samenwerking met de doktersassistente of praktijkmanager;
- Coördinatie van de medische zorg vanuit de huisartsenpraktijk;
- Procesbewaking van verzameling van de indicatoren op patiëntniveau.

Rol van de huisarts

In alle fasen van het zorgprogramma heeft de huisarts een rol, meer dan bij de zorgprogramma's Somatiek werken de praktijkondersteuner en de huisarts samen. De huisarts heeft een superviserende rol naar de praktijkondersteuner bij de casefinding, het maken van de probleemanalyse en het opstellen van het IZP.
De huisarts kent de patiënt en diens context. Deze kennis is belangrijk bij de interpretatie en de probleemanalyse en het opstellen van het concept IZP.

Taken:

- De huisarts is medisch inhoudelijk eindverantwoordelijk in het zorgprogramma;
- Actieve signalering en casefinding van kwetsbare ouderen in samenwerking met praktijkondersteuner s en wijkverpleegkundigen;
- Alertheid op signalen van kwetsbaarheid in ontwikkeling, bij dreigend regieverlies vooral bij oudere patiënten;
- Vroegdiagnostiek naar alle relevante factoren die op individueel niveau lijken mee te spelen bij de ontwikkeling van kwetsbaarheid zoals bijvoorbeeld onderbehandeling van ziekten, aanwezigheid en impact van dementie of andere ziekten, polyfarmacie, eenzaamheid et cetera;
- Voorbereiding en actieve deelname aan het MDO. De huisarts kan de voorzittersrol op zich nemen en tijdens het MDO sturen op de uitkomst door de patiënt, mantelzorger en andere zorgverleners te coachen bij het stellen van haalbare doelen en acties;
- Structurele medicatiebeoordeling bij iedere kwetsbare oudere in samenwerking met apotheker en/of SO;
- Een actieve en signalerende rol in de transferzorg bij opname en ontslag van de patiënt naar ziekenhuis en GRZ-instelling;
- Het verzorgen van een adequate overdracht naar de eerste- naar tweedelijn of andere zorginstellingen en vice versa;
- Adequate follow-up van de zorg voor de kwetsbare ouderen tijdens (tijdelijke) opname in tweedelijn of andere zorginstellingen (denk aan transferzorg);
- Toezien op doelmatigheid (waar mogelijk reductie, waar noodzakelijk toevoeging) van ziektespecifieke eerstelijnszorg (bv Diabetes, COPD) en specialistische zorg bij multimorbiditeit en kwetsbaarheid.

Rol van de verpleegkundig specialist (VS)

In steeds meer huisartsenpraktijken heeft de VS een rol in het zorgprogramma. Een aantal randvoorwaarden zijn uitgewerkt waarbinnen de VS taken uit kan voeren in het zorgprogramma Kwetsbare Ouderen. Concrete werkafspraken dienen op praktijkniveau te worden gemaakt.
De huisarts behoudt de eindverantwoordelijke. Diens kennis van medicatie en ervaring in complexe casuïstiek blijft nodig, daarnaast heeft de huisarts vaak een langdurige relatie met de patiënt die niet zomaar vervangen kan worden.

De verpleegkundig specialist heeft sinds 1 januari 2012 de voorlopige bevoegdheid om bepaalde voorbehouden handelingen te indiceren, te verrichten en te delegeren[4]. Per september 2018 zijn deze bevoegdheden definitief opgenomen in de wet BIG.

[4] Handreiking Implementatie taakherschikking. Nov. 2012. KNMG, V&VN, NAPA.

Het gaat hierbij om handelingen die:

- Op grond van de wet aan de VS zijn toegekend;
- Die vallen binnen het competentie-/deskundigheidgebied;
- Die van een beperkte complexiteit zijn;
- Die routinematig worden verricht;
- Waarvan de risico's te overzien zijn;
- De VS moet bekwaam zijn om de betreffende handeling te verrichten

In de wet staat niet om welke voorbehouden handelingen het nu concreet gaat. Dat bepaalt iedere huisartsenpraktijk zelf en legt dit vast. Elke instelling dient heldere afspraken te maken met de betrokken professionals over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden.

Aan de hand van de Handreiking Implementatie taakherschikking[5] en de brede Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling[6] kunnen zorgverleners binnen een samenwerkingsverband afspraken maken over de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling, conform de wettelijke eisen.

Hiervoor **worden 3 stappen gehanteerd:**
Stap 1) Om welke beroepsbeoefenaar gaat het?
Stap 2) Wat is de bijdrage van de VS aan zorgproces?
Stap 3) Welke voorbehouden handelingen worden zelfstandig geïndiceerd en verricht?

Stap 1) Om welke beroepsbeoefenaar gaat het?
Een VS is een BIG-geregistreerde verpleegkundige met als vooropleiding HBO verpleegkunde gevolgd door een 2-jarige duale Hbo master Advanced Nursing Practice (MANP) . Binnen het zorgprogramma Kwetsbare Ouderen gaat het om een VS de het specialisme Intensieve zorg bij somatische aandoeningen of de het specialisme Chronische zorg[7].

Beiden specialismen mogen deze voorbehouden handelingen uitvoeren:

- Heelkundige handelingen
- Catheterisatie
- Injectie
- Punctie
- UR-medicatie
- (Cardioversie; Defibrillatie; Endoscopie)

Deze voorbehouden handelingen mogen alleen worden verricht als deze behoren tot het competentiegebied van de betreffende VS. Hierover dienen binnen de huisartsenpraktijk werkafspraken te worden gemaakt met elke VS afzonderlijk. De taakherschikking vindt plaats tussen VS en huisarts, in samenwerking met praktijkondersteuner en praktijkassistente.

---

[5] KNMG via https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/taakherschikking.htm
[6] Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. 2010. KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF
[7] Beroepsprofiel verpleegkundig specialist. 2012. V&V 2020 deel 4.

Stap 2) Wat is de bijdrage van de VS aan zorgproces?
De concrete werkzaamheden van de VS binnen het primaire zorgproces op een huisartsenpraktijk worden op het niveau van de huisartsenpraktijk bepaald.

De werkzaamheden die beschreven zijn in het zorgprogramma Kwetsbare Ouderen zijn toegekend aan de huisarts en aan de praktijkondersteuner. Al deze werkzaamheden kunnen ook door een VS worden uitgevoerd. Hierbij is de VS verantwoordelijk voor haar (of zijn) zorgaanbod. De huisarts is altijd eindverantwoordelijk voor het totale zorgproces. Concrete afspraken over de taakverdelingen dienen op het niveau van de huisartsenpraktijk te worden gemaakt.

Uitzondering op bovenstaande vormt de integrale medicatiebeoordeling: bij inclusie in het zorgprogramma en 1x per 3 jaar, voorafgaand aan het MDO) en de jaarlijkse medicatiecheck. Deze dienen altijd door de huisarts te worden beoordeeld.
Afhankelijk van de achtergrond, kennis en kunde van de VS m.b.t. medicatie kan deze de huisarts van input voorzien.

Stap 3) Welke voorbehouden handelingen worden zelfstandig geïndiceerd en verricht?
De voorbehouden handelingen die de VS binnen het primaire zorgproces uitvoert, worden op praktijkniveau vastgesteld, rekening houdend met de wettelijke kaders, bevoegdheid en deskundigheid van de VS.

Specialist Ouderengeneeskunde (SO)

De specialist ouderengeneeskunde heeft vijf rollen in het zorgprogramma geformuleerd door een regionale werkgroep

1. Coachfunctie praktijkondersteuner
2. Meekijkconsult
3. Deelname MDO
4. Advies bij polyfarmacie
5. Medebehandeling

Coachfunctie praktijkondersteuner
De SO heeft in het zorgprogramma een coachende rol naar de praktijkondersteuner. Er is sprake van een continu leerproces met een positieve leercurve. Door de positieve leercurve zal de intensiteit van deze rol in de tijd geleidelijk minder worden. De SO kan de praktijkondersteuner ondersteunen, adviseren en coachen. Deze rol kan op de volgende manieren ingevuld worden:

- Samen huisbezoeken doen
- Samen een voorlopig zorgplan opstellen
- Het voorlopig zorgplan samen bespreken
- Adviseren m.b.t. manier van verslaglegging, SFMPC, probleem, doel, actie, evaluatie
- Nabespreking MDO
- Casusbespreking
- Beschikbaar zijn voor vragen, telefonisch of via de mail
- Tijdens een van de structurele overleggen

Meekijkconsult
De SO kan door de huisarts gevraagd worden voor een “meekijkconsult”. Dat zal in de praktijk veelal een huisbezoek zijn. De huisarts dient hierbij zo mogelijk een gerichte vraag stellen aan de SO. De SO kan gevraagd worden voor analyse, het helder krijgen en oplossen van complexe problematiek, het diagnostisch proces bij een complexe zorgsituatie en voor advies bij het opstellen van een zorgplan. De SO is daarbij gericht op herstel of behoud van functionaliteit, zelfredzaamheid en/of een optimale kwaliteit van leven.
In onder andere de volgende situaties kan de expertise van de SO van meerwaarde zijn:

- Vragen rondom diagnostiek of medisch beleid bij patiënten met complexe co- en multi-morbiditeit
- Cognitieve achteruitgang
- (Onbegrepen) functionele achteruitgang en verminderde zelfredzaamheid
- Mobiliteitsproblemen of valincidenten
- Afvallen, algehele achteruitgang, bloedafwijkingen
- Atypische klachten en problemen die de kwaliteit van leven van de patiënt aantasten
- Apathie, depressie en stemmingsstoornissen
- Gedragsproblemen, agitatie, achterdocht of afwerend gedrag
- Late gevolgen van het CVA en andere chronische aandoeningen
- Progressieve chronische neurologische aandoeningen (MS, Parkinson)
- Palliatieve en terminale zorg voor patiënten met complexe multimorbiditeit
- Complexe polyfarmacie als gevolg van multimorbiditeit
- Vragen over medische beslissingen bij wilsonbekwaamheid of verminderd ziekte-inzicht
- Advies over zorg of opname indicatie voor de specifieke doelgroep
- Vragen rondom levenseinde
- Beoordeling wilsbekwaamheid

Werkwijze:
- Huisarts of praktijkondersteuner overlegt vooraf met de SO wat de vraagstelling is:
- SO krijgt (inzage in) de actuele en volledige medische informatie, bij voorkeur in HIS of Care2U:
- Algemene informatie, zoals gezinssamenstelling en woonsituatie
- Medische voorgeschiedenis
- Huidige problematiek
- TraZAG
- Bekende behandelbeperkingen
- Relevante lab waarden
- Betrokken specialisten en relevante specialisten brieven
- Medicatie
- SO bezoekt de patiënt in diens thuissituatie
- SO maakt een schriftelijk verslag en bespreekt dit met de huisarts (toekomst via Care2U)

Deelname MDO
In het zorgprogramma wordt onderscheid gemaakt tussen de voorbereidende bespreking, het eerste MDO en het vervolg MDO. De SO wordt betrokken bij de voorbereiding op het eerste MDO en is daarbij ook aanwezig. Bij de vervolg MDO’s gebeurt dat op afroep als diens betrokkenheid meerwaarde heeft.
De inbreng van de SO is met name ook gericht op behandelbeperkingen, ACP en de wenselijkheid van specialistenbezoeken. De SO kan desgewenst overleggen met paramedici en andere behandelaren (iom de huisarts of praktijkondersteuner). De SO krijgt voor een goede voorbereiding tijdig de noodzakelijke informatie aangeleverd.

Advies bij polyfarmacie
De apotheker doet een gestandaardiseerde medicatiebeoordeling bij elke nieuwe kwetsbare oudere die in het zorgprogramma wordt opgenomen en bespreekt deze met de huisarts/ praktijkondersteuner. Deze GMB wordt elke 3 jaar herhaald. Daarnaast kan de huisarts een beroep doen op de SO voor een advies m.b.t. polyfarmacie. De SO beoordeelt dan de actuele medicatie en signaleert farmacotherapie gerelateerde problemen. De individuele behandeldoelen, multi-morbiditeit, functionaliteit, het gewenste beleid en de behandelbeperkingen zullen meegenomen worden bij de beoordeling, evenals kwaliteit en kwantiteit van leven van de patiënt en de verwachtingen van de patiënt en de familie. Dit advies maakt in principe deel uit van de jaarlijkse update van het zorgplan, maar kan ook tussentijds worden gevraagd.

Medebehandeling
De landelijke handreiking samenwerking huisarts-SO beschrijft de mogelijkheid van medebehandeling van een kwetsbare oudere door de SO:
“Na een consult met behandeladvies kunnen beide professionals overeenkomen dat de specialist ouderengeneeskunde het behandelplan (gedeeltelijk of helemaal) uitvoert. Dit ligt voor de hand als zij allebei vinden dat voor de uitvoering de inhoudelijke expertise van de specialist ouderengeneeskunde noodzakelijk is. De duur en taakverdeling van de behandeling zijn onderdeel van het zorgbehandelplan met zorginterventies, inclusief consulten en visites, multidisciplinair overleg en herijking van het plan. De specialist ouderengeneeskunde is medisch verantwoordelijk voor de specifiek overeengekomen behandeling. We adviseren om bij medebehandeling de verantwoordelijkheden van de huisarts en specialist ouderengeneeskunde vast te leggen”.
Te denken valt aan behandeling bij complexe care en cure problematiek, of meer specifieke ziektebeelden waarbij de expertise en specifieke kennis van de SO nodig is, zoals: Parkinson, depressie, gedragsproblemen bij dementie (naast de reguliere huisartsenzorg).
Aandachtspunt hierbij is: Als de SO in medebehandeling is op deelgebieden zou de SO ook in ANW- tijden beschikbaar moeten zijn voor de problemen, waar de SO verantwoordelijk voor is.

Aandachtspunten t.a.v. de samenwerking in de praktijk:
- Kennismaking HA, SO, praktijkondersteuner
- Delen inhoud zorgprogramma, incl. verantwoordelijkheden
- De verschillende rollen van de SO bespreken en hoe die vorm te geven
- Wederzijdse verwachtingen en mogelijkheden afstemmen
- Afspraken over werkwijze, bereikbaarheid, continuïteit en informatieoverdracht
- Uniforme verslaglegging, gezamenlijke dossiervorming (Care2U, HIS)
- Structureel overleg/evaluatie

Tip: SO op een vast moment per week in HA praktijk werkzaam

Bronnen:
- Resultaten enquête onder SOs in onze regio
- Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde LHV en Verenso
- Zorginstituut: “Extramurale behandeling ontleed: De zorg door SO in de ZvW”
- Handreiking geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde, Verenso

Klinisch geriater/ internist ouderengeneeskunde

De klinisch geriater wordt geconsulteerd met name om diagnostische en analytische redenen.
De SO en geriater kijken veelal naar dezelfde beelden, een duidelijk onderscheid is niet te maken.

Wie de diagnostiek doet wordt ook bepaald door factoren als:
- Kan er thuis behandeld worden?
- Is een kortdurende opname gewenst?
- Is met spoed diagnostiek of behandeling aangewezen?

De tijd waarin diagnostiek gedaan moet worden kan bepalend zijn. Bij de geriater gaat dit over het algemeen sneller. Het is ook belangrijk de prognose en de belastbaarheid van de patiënt hierbij te betrekken.
In dit model is het mogelijk dat eerste diagnostiek gedaan wordt door de klinisch geriater, waarna de huisarts de patiënt vervolgt en de SO inschakelt voor multidisciplinaire zorg en behandelplan in de thuissituatie met een halfjaarlijkse gezamenlijke evaluatie.

In dit netwerk zijn geriaters en/of internisten ouderengeneeskunde beschikbaar voor telefonische, E-mail- of fysieke meekijkconsultatie, zij nemen deel aan scholing en feedbackbijeenkomsten.
Gezien het functioneren van de SO in het eerstelijnsteam is de inschatting dat het aantal telefonische- of e-mailconsultaties vooralsnog beperkt zal zijn tot 5% van de kwetsbare ouderen.

Inzet van Geestelijke Verzorging

De geestelijk verzorger (GV) is specialist op het gebied van zingeving en betekenis verlening.
De GV heeft de tijd om middels een gesprek en reflectie patiënten te ondersteunen. Deze ondersteuning gebeurt in samenwerking met de huisarts door gesprekken te voeren over bijvoorbeeld: levens- en zingevingsvragen, het levenseinde, ondersteunen bij het verhelderen van levenswensen die leiden tot behandelbeslissingen of het verhelderen van motieven rondom euthanasie. De GV kan naasten ondersteunen en familiegesprekken voeren.
Er kan ondersteuning geboden worden door het aanbieden van een afscheidsritueel (algemeen) of een bediening bij katholieken. Dit ritueel biedt steun en troost bij het levenseinde.

De geestelijk verzorger is niet gebonden aan een bepaalde religie maar is er voor iedere mens ongeacht zijn of haar achtergrond. Geestelijk verzorgers zijn werkzaam binnen alle takken van de intramurale gezondheidszorg en in Zuidoost Brabant kunnen zij ook in de eerste lijn worden ingezet.

In de app ‘PalliArts’ is een checklist beschikbaar met voorbeeldvragen die de huisarts of de praktijkondersteuner kan gebruiken bij het in kaart brengen van de spirituele situatie van de patiënt.

De wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige is een op hbo-niveau opgeleide verpleegkundige die verantwoordelijk is voor de indicatiestelling, de uitvoering en de organisatie van verpleging en verzorging bij mensen thuis. Zij richt zich op het ondersteunen van het zelfmanagement, met als doel mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, ondanks ouderdom, ziekte of beperking, en met zo veel mogelijk behoud van eigen regie en kwaliteit van leven. Dit doet zij onder andere door aan te sluiten bij de wensen, behoeften en verwachtingen van de patiënt, en door het signaleren van kwetsbaarheid, het ondersteunen en bevorderen van een gezonde leefstijl, het afstemmen en samenwerken met mantelzorg en zo nodig het inzetten van vrijwilligers. De wijkverpleegkundige onderhoudt het contact met het professionele netwerk rond de oudere en vormt de verbinding tussen het medisch en sociaal domein/ wijknetwerk. De huisarts kan direct de wijkverpleegkundige

inschakelen. De wijkverpleegkundige is tevens vrij toegankelijk voor de oudere zelf. Ook personen uit de omgeving van de oudere kunnen haar inschakelen en vragen om contact op te nemen met de oudere. Voor wijkgerichte, veelal preventieve activiteiten werken wijkverpleegkundigen samen met andere hulpverleners, doorgaans op basis van een wijkanalyse die inzicht levert in de meest voorkomende gezondheids- en welzijnsproblemen in een bepaalde wijk. (bron LESA, Verlee e.a., 2017)

De wijkverpleegkundige is dus een belangrijke ketenpartner met een signalerende functie. Structurele samenwerking gebeurt via het EKT.

De competenties van de wijkverpleegkundige zijn uitgebreid beschreven in het V&VN Expertisegebied Wijkverpleegkundige gebruik gemaakt van de ordening in zeven competentiegebieden, gebaseerd op de systematiek van de CanMEDS:

1. Zorgverlener
2. Gezondheidsbevorderaar
3. Communicator
4. Samenwerkingspartner
5. Reflectieve zorgprofessional
6. Organisator
7. Professional en kwaliteitsbevorderaar

De verschillende competentiegebieden kunnen wel worden onderscheiden, maar ze kunnen niet los van elkaar worden beschouwd (Merwijk, Bont, Haaren, Rosendal, & Wigboldus, 2012).

Zorgtrajectbegeleider dementie (ZTB), Casemanager dementie

ZTB-ers zijn speciaal opgeleide (vaak) wijkverpleegkundigen die het casemanagement voeren voor mensen met (beginnende) dementie en hun mantelzorgers. Zij zorgen ervoor dat: “cliënt en cliëntsysteem een integraal en continu zorgaanbod op maat ontvangen gedurende het hele ziektetraject, zodat zij in staat zijn om grip op de situatie te behouden.” ZTB-ers hebben een centrale rol in de regie van de individuele zorgtrajecten van de cliënt en vormen een vast aanspreekpunt voor cliënten, mantelzorgers en betrokken hulp/zorgverleners. ZTB-ers werken aan de hand van de Zorgstandaard Dementie https://www.vilans.nl/producten/zorgstandaard-dementie.

Organisatorisch zijn de ZTB-ers medewerkers van de Zorgketen Dementie. Door hun onafhankelijke positie zijn zij in staat om organisatie-overstijgend te denken en te handelen in het belang van de cliënt en zijn systeem. Het bestuur van de Zorgketen Dementie en het zorgprogramma Kwetsbare Ouderen zijn samengegaan zodat krachten gebundeld zijn en (regionale) ontwikkelingen aan elkaar verbonden zijn.

ZTB-ers vormen in een hen toegewezen gebied een team vanuit de geledingen: thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuiszorg en GGZ en kunnen hierdoor een beroep doen op een breed netwerk van hulpverleners met uiteenlopende deskundigheden en ervaring op het gebied van dementie.

Taken ZTB:

- Verheldert de zorgvraag van de patiënt, de mantelzorger en het systeem rondom dementie en alle problematiek die daaruit volgt, bijvoorbeeld therapieontrouw bij een diabeet;
- Zet een individueel zorgtraject uit op basis van de hulpvragen, behoeften, mogelijkheden van cliënt en cliëntsysteem;
- Begeleidt en ondersteunt cliënt en cliëntsysteem tijdens het gehele traject van diagnose tot eventuele opname in een verpleeghuis;

- Informeert cliënt en cliëntsysteem over de mogelijkheden aan zorg en ondersteuning en is hen zo nodig behulpzaam bij het ingang zetten hiervan;
- Behoudt ten alle tijden het totaaloverzicht van de cliënt en cliëntsysteem en is gemakkelijk bereikbaar bij vragen en problemen m.b.t. het dementiesyndroom betreffende de toegewezen cliënten;
- Observeert, interpreteert en rapporteert de interacties, de gedragingen en de effecten van de interventies van de cliënt en zijn systeem aan de betreffende discipline;
- Draagt tevens zorg voor een terugkoppeling naar de praktijkondersteuner en bij spoed aan de (dienstdoende) huisarts;
- Neemt gerichte acties voor een optimaal bejegeningsklimaat toegespitst op dementiële problematiek binnen de eigen woonomgeving van de cliënt en het cliëntsysteem waardoor begeleiding, behandeling en veiligheid tot hun recht komen onder andere door psycho-educatie;
- Verricht interventies in situaties waar meestal gekozen kan worden uit bestaande voorzieningen maar ook bij crisissituaties en calamiteiten waarbij gehandeld moet worden naar eigen professioneel inzicht;
- Is in staat om op zekere afstand de gehele professionele en informele zorg te volgen en de samenhang hierin te zien;
- Verzorgt de met de (verpleegkundige) zorgverlening samenhangende noodzakelijke informatie-uitwisseling, communicatie en rapportage. Is de schakel tussen zorgverleners van de dagopvang en de thuiszorginstelling;
- Initieert, coördineert en voert activiteiten uit op het terrein van preventie, voorlichting en psycho-educatie t.b.v. cliënt en zijn systeem;
- Neemt binnen het zorgbehandelplanoverleg deel aan het vaststellen van de diagnose, behandel- en zorgbehandelplan;
- Draagt zorg voor overdracht /informatie-uitwisseling met het eerstelijns kernteam.

Samenwerking rond dementie
De groep kwetsbare ouderen met dementie in het zorgprogramma vormt een deelverzameling van de doelgroep van de Zorgketen. Van de kwetsbare ouderen heeft 30% de diagnose Dementie, bij een normpraktijk van 25 kwetsbare ouderen gaat het dus over 8 kwetsbare ouderen met dementie.
Door de aanwezige multimorbiditeit is het een groep die specifieke aandacht nodig heeft.

Welke samenwerkingsafspraken zijn nodig tussen praktijkondersteuner en ZTB-er?
Als de ZTB-er wordt ingeschakeld zal regelmatig de afweging worden gemaakt wie het casemanagement voert; de praktijkondersteuner of de ZTB-er, afhankelijk van de (wisselende) situatie. Als het casemanagement door de praktijkondersteuner wordt overgedragen aan de ZTB-er blijft de praktijkondersteuner de schakel tussen de ZTB-er en de huisarts.

Het dient voor de kwetsbare oudere en zijn of haar mantelzorger te allen tijde duidelijk te zijn aan wie ze zich moet richten bij vragen of problemen. Daarom is het van groot belang dat er zo weinig mogelijk wisseling is in het casemanagement en dat de taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld.

Concrete afspraken worden door de praktijkondersteuner en de ZTB-er gemaakt over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de patiënt en deze worden als nodig in goed overleg bijgesteld. Indien de ZTB-er het casemanagement overneemt van de praktijkondersteuner is er sprake van overdracht van taken en verantwoordelijkheden van de praktijkondersteuner naar de ZTB-er en vindt deze expliciet plaats. De medische verantwoordelijkheid blijft bij de huisarts. De praktijkondersteuner blijft verantwoordelijk voor het combineren en verbinden van de zorg voor chronische ziekten (multimorbiditeit) en allerlei nieuwe events (het actuele medische dossier) met care en welzijn.

De verantwoordelijkheid voor het proces wordt afgestemd binnen het MDO met de betrokkenen en familie zelf.

Beide zorgverleners zijn alert op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid, cq elkaars (complementaire) kennis en verwijzen zo nodig tijdig door naar elkaar of naar een andere zorgverlener. Daarom is het van belang dat zij bekend zijn het netwerk van de huisartsenpraktijk en de kerncompetenties van andere betrokken zorgverleners.

De samenwerking wordt regelmatig geëvalueerd in een van tevoren overeengekomen terugkerende termijn. Goede en open communicatie tussen de praktijkondersteuner en de ZTB'er is van groot belang. Ze moeten elkaar weten te vinden, ze zijn bereikbaar voor elkaar en houden elkaar op de hoogte van hun interventies.

Er dienen afspraken te worden gemaakt over het vastleggen van gegevens en hoe deze worden uitgewisseld. Dit zal in de toekomst worden vergemakkelijkt door het gebruik van het ICT-programma Care2U waarin alle zorgprofessionals werken in hetzelfde digitale dossier.
Zowel de praktijkondersteuner als de ZTB-er is verantwoordelijk voor een geslaagde samenwerking.

Hoe kan de samenwerking praktijkondersteuner en de ZTB-er worden vormgegeven?
Vanwege de overlap in de taken en werkzaamheden van de praktijkondersteuner de ZTB-er zullen per kwetsbare oudere duidelijke werkafspraken gemaakt moeten worden over de taken en werkzaamheden. Een korte lijn tussen praktijkondersteuner en ZTB-er is daarbij van groot belang.

Wanneer wordt de ZTB-er ingeschakeld en door wie?
De huidige praktijk leert dat de ZTB-er ook door de tweedelijn wordt ingeschakeld, zonder dat er al diagnostiek is verricht en de huisarts op de hoogte is. De ZTB-er draagt in dezen zorg voor overdracht van de patiënt aan de huisarts zodat direct gestart kan worden met samenhangende vroegdiagnostiek en opzet van de zorg zoals afgesproken.

Diëtist

Bij kwetsbare ouderen speelt een goede voedingstoestand een belangrijke rol bij kwaliteit van leven, mate van zelfstandigheid en het zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Bij een verminderde voedingstoestand is er meer kans op gezondheidsproblemen, zoals decubitus, waardoor er meer kans is op ziekenhuisopnames en een slechter herstel na lichamelijk letsel. Ook conditieverlies en lichamelijke inactiviteit is een belangrijk thema in de zorg voor kwetsbare ouderen, dit in combinatie met een inadequate voeding kan leiden tot sarcopenie.

Zorg dragen voor een voedingstoestand die zo optimaal mogelijk is en blijft, is dan ook erg belangrijk.
De meerwaarde van een diëtist gespecialiseerd in de ouderenzorg is de ervaring met de doelgroep, de kennis van de veranderende voeding- en nutriëntenbehoefte en de kennis van veranderende lichaamssamenstelling van ouderen. Door goed in te kunnen spelen op al deze zaken EN door hierbij de wensen en gewoontes van de cliënt niet uit het oog te verliezen, maakt dat de doelen die worden opgesteld haalbaar zijn en dat de therapietrouw hoger is dan bij een diëtist zonder affiniteit voor deze doelgroep.

Binnen de dieetbehandeling zoekt de diëtist, waar wenselijk, ook de samenwerking op met andere disciplines zoals fysiotherapie, ergotherapie etc. Naast kennis over voeding in gezondheid en ziekte is de diëtist ook expert op het gebied van medische dieetvoeding. Indien er een indicatie is voor het starten met medische dieetvoeding, draagt de diëtist zorg voor het aanvragen van de machtiging en de bestelling van het juiste

dieetpreparaat. De diëtist houdt de CM op de hoogte van het verloop van de dieetbehandeling door periodieke rapportages.

Vergoeding van de zorg
Dieetadvies door een diëtist wordt gedeeltelijk gedekt door de basisverzekering van alle zorgverzekeraars. In de basisverzekering is een vergoeding opgenomen voor de eerste drie behandeluren per kalenderjaar (niet ten laste van eigen risico). Er zijn verschillende zorgverzekeringen die aanvullende pakketten aanbieden waar extra vergoeding voor de dieetadvisering in is opgenomen, dit is per verzekering verschillend.
Aanvullende vergoedingen binnen de DBC kwetsbare ouderen verschillen per zorggroep.

Wanneer er gekozen wordt om te starten met medische dieetvoeding, dan wordt dit besteld bij een facilitair bedrijf dat de drinkvoeding aan huis komt leveren. Ook de medische dieetvoeding wordt vergoed vanuit de basis verzekering, hiervoor is geen limiet aan de hoeveelheid. Voor zorgkosten uit de basisverzekering geldt een eigen risico. Dat is het bedrag dat je eerst zelf moet betalen, voordat je zorgverzekeraar je zorgkosten vergoed. Doordat ook de vergoeding van medische dieetvoeding in het basispakket is opgenomen gaat dit eerst ten koste van het eigen risico.

Ergotherapeut

De belangrijkste redenen voor doorverwijzing naar de ergotherapie zijn het gegeven dat:

- de cliënt door zijn lichamelijke of cognitieve beperkingen praktische problemen ervaart bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten, zoals de zelfverzorging, het huishouden, het verplaatsen of de sociale activiteiten;
- de partner, mantelzorger of vrijwilliger praktische problemen ervaart bij het begeleiden of verzorgen van de oudere cliënt;
- de zorgprofessional praktische vragen heeft over de veiligheid en zelfstandigheid van de oudere bij de uitvoering van dagelijkse activiteiten en/of ervaart praktische problemen bij het verzorgen van de oudere.

Doel ergotherapeutische interventie
De ergotherapie is erop gericht dat de oudere (en zijn mantelzorger) weer zo zelfstandig en veilig mogelijk de dag door kan komen. De oudere wordt zodanig op weg geholpen dat hij voor hem belangrijke alledaagse handelingen opnieuw of op een andere manier kan verrichten. Voorop staat een praktische aanpak van de activiteiten die voor de cliënt belangrijk zijn en problemen opleveren. Daarnaast wordt ondersteuning geboden aan het cliëntsysteem zodat zij handvatten krijgt voor de dagelijkse omgang met de kwetsbare oudere.

Fasen ergotherapeutische behandeling
1.Diagnostiek:

- Op basis van gegevens voortgekomen uit het IZP en een ergotherapeutische intake, wordt in kaart gebracht wat de mogelijkheden en beperkingen zijn van de cliënt, waar de interesses van de cliënt liggen, wat zijn normen en waarden zijn en welke vaardigheden of activiteiten hij graag (weer) wil uitvoeren. Zo nodig worden aanvullende gegevens opgevraagd bij betrokken professionals

Op basis van de mogelijkheden en eigen inbreng van de cliënt en de partner/mantelzorger stelt de ergotherapeut vervolgens een behandelprogramma op.

2. Interventie
Afhankelijk van de punten in het behandelplan kan de ergotherapiebehandeling zich richten op de volgende drie gebieden:
A: trainen (vaardigheden en gedrag);

- aanleren nieuwe strategieën/vaardigheden (zowel fysiek als cognitief) waardoor cliënt weer zelfstandig activiteiten kan uitvoeren;
- adequaat gebruik leren maken van hulpmiddelen;
- energiemanagement: belasting – belastbaarheid.

B: advies en begeleiding met betrekking tot hulpmiddelen en aanpassingen

- onderzoek naar meest geschikt hulpmiddel of aanpassing (bv. Woningaanpassingen rollator, rolstoel, traplift, hoog/laag bed, decubitusmateriaal);
- ondersteunen in aanvraagprocedures hulpmiddelen of aanpassingen;
- praktisch trainen domotica (b.v. signaleringssystemen, medicatie-alarm).

C: ondersteuning partner/mantelzorger:

- aanleren goede tiltechnieken;
- aanleren begeleidingstechnieken;
- ondersteunen in inrichten ondersteuningssysteem met vrijwillige en/of professionele hulp.

3. Afsluiting
De ergotherapeut evalueert de behandeling met de cliënt en zijn partner/mantelzorger. De ergotherapeut draagt er zorg voor dat de aangeboden interventies geborgd worden door een heldere en praktisch gerichte overdracht aan cliënt en zijn partner/mantelzorger en rapportage aan verwijzer en betrokken professionals.

Inschakelen ergotherapeut
Als een betrokken hulpverlener of mantelzorger of cliënt zelf een vraagstelling ziet op het gebied van de ergotherapeut en bij de cliënt is nog geen ergotherapeut betrokken dan wordt dit gemeld aan in de meeste gevallen de praktijkondersteuner . Zij overlegt met de huisarts en zorgt vervolgens voor een verwijzing naar de ergotherapeut.

De ergotherapeut neemt met de huisartsenpraktijk contact op als hij door derden is benaderd voor ergotherapeutische interventie via directe toegankelijkheid ergotherapie (DTE).

Samenwerking
De ergotherapeut koppelt zijn bevindingen aan de huisarts/praktijkondersteuner en de medebehandelaars terug in het MDO en/ of via rapportage in Care2U of Zorgmail.

De ergotherapeut draagt zorg voor afstemming en overdracht met aan de ergotherapeutische behandeling gerelateerde zorgverleners. Dit kunnen zijn: thuiszorg, andere paramedici, ZTB-er, Wmo, ouderenconsulenten, vrijwilligersorganisaties.

Indien zorg naar 2e of 3e lijn wordt overgeheveld zorgt de behandelend ergotherapeut voor de overdracht naar een collega-ergotherapeut in de betreffende zorginstelling

Vergoeding ergotherapie
Ergotherapie maakt onderdeel uit van de basisverzekering. Per kalenderjaar hebben verzekerden recht op een vergoeding van 10 uur ergotherapie. Bepaalde aanvullende verzekeringen vergoeden meer uren, en soms ook

extra uren voor het ondersteunen van de mantelzorgers. Indien de inschatting wordt gemaakt dat er meer uren ergotherapie nodig zijn, wordt met de cliënt overlegd of hij in staat is om een eigen bijdrage te leveren. Ergotherapie gaat van eigen risico af.

Doelmatigheid
De ergotherapeut maakt op basis van de hulpvraag van de cliënt een professionele afweging ten aanzien van de persoonlijke ergotherapeutische onderzoek-, diagnostiek- en behandelcompetenties volgens de meest recente evidence (mono- en multidisciplinair).

De ergotherapeut is aangesloten bij gespecialiseerde (b.v. op grond van diagnostiek) regionale netwerken waardoor kwaliteitstoetsing mogelijk is. Zo nodig (op basis van bovenstaande) verwijst de ergotherapeut door naar een gespecialiseerde collega ergotherapeut, bijvoorbeeld in geval van dementie (EDOMAH).

Steeds meer onderzoeken aan dat ergotherapeutische interventies effectief en kostenbesparend zijn t.a.v. verbetering kwaliteit van leven voor cliënt en mantelzorger.
De ergotherapeut is op de hoogte van wetten en regelgeving met betrekking tot hulpmiddelen en voorzieningen. Het resultaat van de behandeling wordt geëvalueerd met de cliënt en/of zijn mantelzorger.

Enkele praktijkvoorbeelden
- Cliënt kan niet meer zelfstandig en veilig douchen omdat de beweeglijkheid van de gewrichten te beperkt zijn;
- Cliënt kan niet meer huishoudelijk werk uitvoeren omdat hij de volgorde van handelingen steeds vergeet;
- Cliënt kan geen boodschappen doen omdat het lopen te onveilig is;
- Cliënt heeft onvoldoende daginvulling omdat een belangrijke hobby is weggevallen;
- De mantelzorger heeft niet meer de fysieke kracht om de cliënt te helpen bij zelfverzorging;
- De mantelzorger kan niet goed omgaan met de gedragsverandering van de cliënt;
- Een zorgprofessional heeft behoefte aan een goede probleemanalyse na een valincident;
- Een zorgprofessional wil onderzocht hebben welk hulpmiddel de beste oplossing is voor een probleem.

Bijlage 1 Patiëntenvoorlichting

De zorggroepen hebben diverse eigen folders van de verschillende zorgprogramma's.
Gebruik deze folder om de patiënt en diens mantelzorger voor te lichten over het Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen voorafgaand aan inclusie.

Vraag aan de patiënt expliciet toestemming voor deelname aan het zorgprogramma!

- De huisarts geeft de folder van het zorgprogramma en de brief over LSP aan de patiënt.
- De huisarts zorgt dat de assistente in het dossier LSP aan zet;

Veel informatie over oa onderstaande onderwerpen vind je hier: http://www.thuisarts.nl/

- Ouderen die veel medicijnen gebruiken;
- Slechthorendheid op oudere leeftijd;
- Ik wil iets doen om botbreuken en botontkalking te voorkomen;
- Gewrichtsklachten zonder ontstekingsverschijnselen;
- Duizeligheid bij ouderen;
- Delier bij ouderen;
- Dementie algemeen;
- Dementie: adviezen voor de patiënt;
- Dementie: adviezen voor naasten;
- Vergeetachtigheid of dementie;
- De zorg bij dementie;
- Plasproblemen bij oudere mannen;
- Levenseinde.

In de app 'PalliArts' staan voorlichtingsfolders over:

- Spreek op tijd met de dokter over uw levenseinde;
- Afspraken maken over uw behandelgrenzen;
- De stervensfase;
- Geestelijke begeleiding thuis;
- Regie over behandeling: Als genezing niet meer nodig is;
- Wegwijzer Zorg in de laatste levensfase.

Bijlage 2 Implementatie onderdelen Zorgprogramma

1. Werkwijze Organisatie EKT

De praktijkondersteuner:

- stemt met de huisarts af hoe en op welke wijze het EKT nu vormgegeven wordt;
- inventariseert welke thuiszorgorganisaties in de regio actief zijn. Maakt een overzicht met contactgegevens, telefoonnummers en e-mailadressen in het overzicht netwerk;
- spreekt met de huisarts af wat de fasering is van het EKT: organisatie voor organisatie, of start met alle organisaties tegelijkertijd (dit is afhankelijk van het aantal thuiszorgorganisaties in de wijk);
- neemt telefonisch contact op met de actieve wijkverpleegkundige van de (verschillende) organisatie(s);
- verstrekt de wijkverpleegkundige informatie omtrent het EKT (doel, vorm, inhoud);
- nodigt de wijkverpleegkundige uit voor een eerste EKT en stemt een datum en tijdstip af;
- Indien nodig: bevestigt de gemaakte afspraak aan de wijkverpleegkundige middels een brief (zie PoZoBnet voor een voorbeeldbrief);
- stelt een agenda op;
- verstuurt de agenda en actiepunten/notulen van de vorige bijeenkomst minimaal 2 weken voor aanvang van het EKT naar de betrokkenen.

Eerste EKT en afspraken

De praktijkondersteuner:

- heet iedereen welkom;
- draagt zorg voor kennismaking d.m.v. voorstelrondje;
- licht het zorgprogramma Kwetsbare ouderen toe;
- bespreekt signalen van kwetsbaarheid.

Denk ook aan het bespreken van:

- het doel van het EKT;
- de opzet en praktische uitvoering voor;
- wisselt contactgegevens uit;
- afspraken over de samenwerking: hoe en frequentie van het contact;
- afspraken over terugkoppeling: hoe en wanneer;
- vervolgafspraken.

Aandachtspunten:

Plan vooruit, blokkeer het komende jaar tenminste iedere zes weken een uur.

- maak afspraken over acties en vervolg, over hoe vaak de CM de patiënt bezoekt of telefonisch contact heeft;
- bespreek wat van de huisarts verwacht mag worden;
- maak een verslag met evaluatiemomenten van het EKT stuurt deze aan de betrokkenen.

Het samenbrengen van verschillende zorgverleners en voorzieningen vraagt uiteraard om coördinatie. Bespreek met elkaar wanneer het volgende EKT plaats vindt en wat daar wordt teruggekoppeld en hoe je omgaat met afwezigheid.

2. Werkwijze Organisatie Wijknetwerkbijeenkomst

1. Afstemmen met de huisarts en/of praktijkmanager:
   - Datum, locatie, tijdstip, aantal personen, welke genodigden en budget;
   - De agenda/ het programma/ voorzitter/ verslag
   - Vanuit de huisartsenpraktijk of hagrobreed? En bespreek dit ook in het teamoverleg met collega praktijkondersteuner
   - Welke afspraken wil je maken?
   - Wie is aanspreekpunt vanuit de huisartsenpraktijk voor het netwerk?

2. Spreek in de praktijk af wie:
   - Contact op met de locatie en maakt afspraken omtrent datum, tijdstip, kosten, catering en aantal personen;
   - Aanmeldingen in ontvangst neemt;
   - De uitnodiging communiceert naar het netwerk.

3. De uitnodiging:
   Doel van de bijeenkomst, opzet en programma van de bijeenkomst, plaats, datum en tijdstip. De wijze van aanmelden voor de bijeenkomst, met een uiterste datum, is duidelijk omschreven;

4. Draag zorg dat de volgende onderwerpen tijdens de netwerkbijeenkomst minimaal aan bod zullen komen:
   - Maak kennis met elkaar
   - Voor iedere aanwezige een overzicht van alle netwerkpartners met naam, functie, organisatie, telefoonnummer en e-mailadres
   - Informatie over het Zorgprogramma Kwetsbare ouderen, zorgproces en aanspreekpunt;
   - Praktische afspraken;

Draag zorg voor de afwikkeling van de bijeenkomst, zoals notulen naar genodigden en nieuwe datum.

Let op:
- De praktijkondersteuner evalueert met de huisarts jaarlijks in hoeverre het geriatrie netwerk van de huisartsenpraktijk actueel is (reserveer hiervoor tijd in de agenda) en maakt verbeterafspraken.

Frequentie: tenminste eenmaal per jaar, in de opstart van het team 2x per jaar, afhankelijk van of er al enige vorm van samenwerking op diverse gebieden bestond of niet.

3. Werkwijze eerste huisbezoek

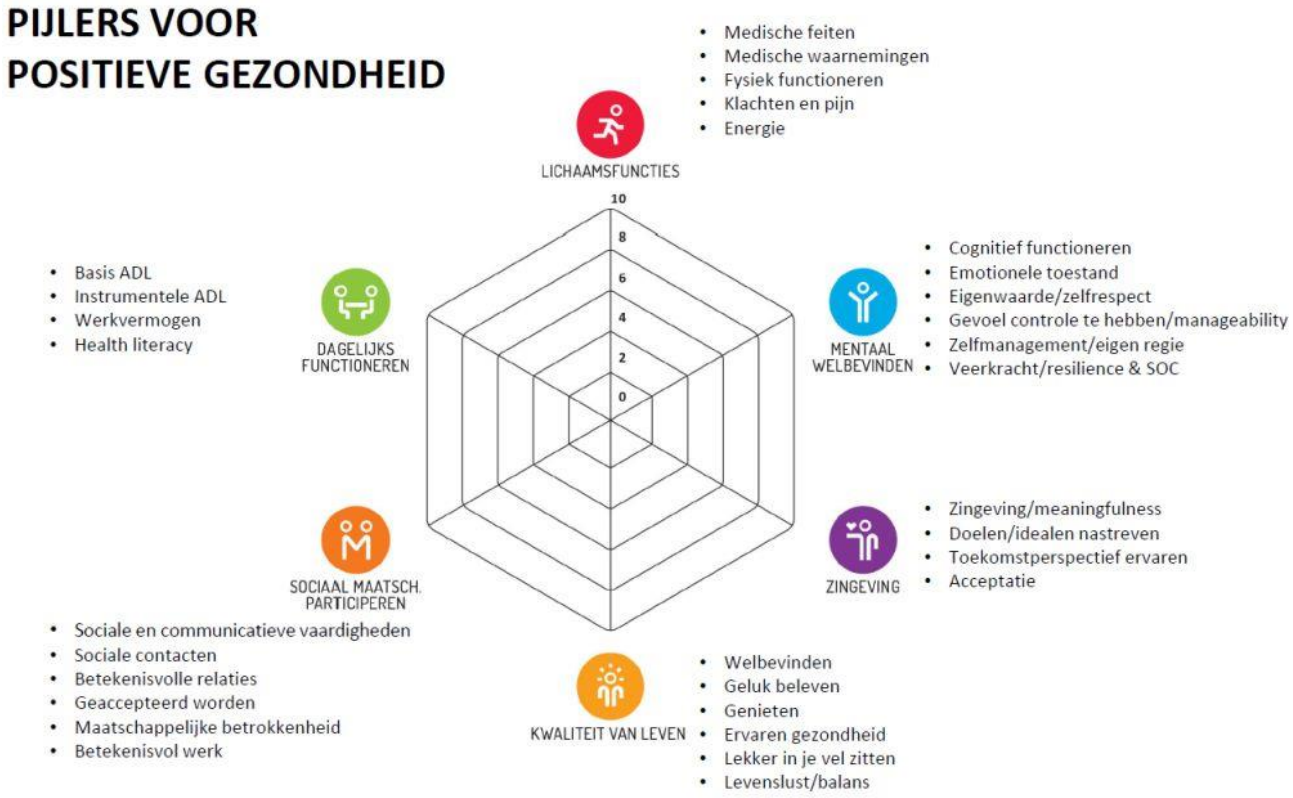
- De huisarts bespreekt met de betreffende patiënt en/of diens mantelzorger dat de praktijkondersteuner met een huisbezoek de TraZAG afneemt;
- De huisarts geeft de folder van het zorgprogramma en de brief over LSP aan de patiënt. De huisarts zorgt dat de assistente in het dossier LSP aan zet;
- Maak een afspraak met de patiënt en stuur evt. een bevestigingsbriefje aan de patiënt;
- In het EKT of bilateraal overleg tussen de huisarts en de praktijkondersteuner worden de signalen die aanleiding zijn voor het huisbezoek besproken;
- De praktijkondersteuner controleert of alle benodigde gegevens in het HIS staan en vult deze zo mogelijk aan. Denk aan:
    - Contactpersonen;
    - Medicatie;
    - Episodes;
    - Probleemgebieden;
    - Behandelgrenzen;
    - Onder behandeling zijn van specialisten met de indicatie (reden);
    - Lab-gegevens;
    - Andere onderzoeksresultaten
    - Reeds aanwezige behandelaren/ ketenpartners.

<u>Het eerste huisbezoek:</u>
De praktijkondersteuner:

- Neemt het startdocument van de TraZAG af;
- Bij 'ja' op minimaal 3 onderdelen volgt verdere analyse met de TraZAG.
- Bespreekt samen met de patiënt en diens naaste/mantelzorger de prioritering van de zorgproblemen;
- Bespreekt samen met de patiënt en diens naaste/ mantelzorger de wensen en behoeften, denk aan de onderdelen van Positieve Gezondheid (spinnenweb, zie volgende pagina).
- Inventariseert de reeds besproken behandelgrenzen;
- Vraagt de mantelzorger de EDIZ in te vullen (de praktijkondersteuner doet dit niet zelf).

<u>Op de huisartsenpraktijk:</u>

- Bespreekt de uitkomsten van het huisbezoek met de huisarts en de SO;
- Zo nodig wordt vervolgdiagnostiek ingezet;
- Verwerkt de TraZAG in een probleemanalyse met het SFMPC-model. Hierbij kan de SO ondersteunen;
- Bespreekt het SFMPC-model met de huisarts en de SO en stelt op basis van de analyse een concept IZP op.
- Plant een MDO in met de SO, de patiënt, diens mantelzorger en eventueel andere betrokken zorg- en hulpverleners.



https://www.waardigheidentrots.nl/verslagen/clientgerichte-zorg-realiseren-behulp-web-positieve-gezondheid/

Bijlage 3 Checklist organisatie MDO stap voor stap

Actie	Wat	Wie
Organisatie MDO		
Afspraken maken SO en huisarts	Jaarplanning MDO Tijd blokken in agenda's Hoe patiënten benaderd gaan worden Hoe zorgverleners benaderd gaan worden	praktijkondersteuner en/of praktijkmanager
Planning overleg	Jaarplanning te bespreken patiënten. Datum doorgeven aan zorgverleners en patiënt/mantelzorger Zorgverleners zijn zelf verantwoordelijk voor inbreng en vervanging bij afwezigheid	praktijkondersteuner
Voorbereiding MDO		
Agenda sturen	1 Week vooraf met tijdstip locatie en deelnemers Tijdsduur van MDO vermelden	praktijkondersteuner
Probleemanalyse	A.d.h.v. SFMPC model	praktijkondersteuner / Zorgcoördinator
Opstellen concept IZP	Prioriteren problemen en formuleren van de doelen in Care2U samen met patiënt en mantelzorger	praktijkondersteuner
Voorbereiding per kwetsbare oudere	Dossier doornemen Vragen formuleren Inzien gegevens Care2U Inventarisatie behandelgrenzen	Allen
Vooroverleg MDO	Voorbespreking Concept IZP: Problemen kiezen ter bespreking a.d.h.v. wensen patiënt en probleemanalyse Vaststellen voorzitter MDO Benoemen voorzitter en casemanager Medicatie review met SO ACP en behandelgrenzen	Ha, praktijkondersteuner (CM), SO en evt andere betrokken zorgverleners
Uitvoering MDO		
Agenda		
	Problemen kiezen ter bespreking adhv wensen patiënt en probleemanalyse	Allen
	Doelen per probleem formuleren	Allen
	Acties uitzetten en evaluatie moment afspreken	Allen
	Keuzemogelijkheden en terugkoppeling afstemmen	Allen
	Medicatiecheck bij elke kwetsbare ouderen	Huisarts en SO
	Medicatiebeoordeling bespreken mits noodzakelijk	Huisarts en apotheker
	Bespreek(-baar maken) beleidsafspraken mbt levenseinde	Huisarts
	Vraag expliciet naar toestemming van de patiënt voor inzage in het behandelplan en het LSP.	Voorzitter/ praktijkondersteuner

	Leg de toestemming schriftelijk vast en leg vast aan welke disciplines inzage wordt verleend.	
	Stel het IZP vast , samen met kwetsbare oudere en diens mantelzorger	praktijkondersteuner
	Benoeming casemanager	Allen/ Voorzitter
Afsluiting	Samenvatting van de afspraken, afspraken over verspreiding verslag en tussentijdse communicatie	Voorzitter
Na het MDO		
Verslaglegging	Algemene punten vastleggen in MDO gespreksverslag	Praktijkondersteuner, casemanager
	Aanpassing IZP in Care2U	praktijkondersteuner , casemanager
Agenda volgend MDO	Monitoring effect van de interventies	praktijkondersteuner , casemanager
	Aanleveren verslag en informatie effect interventies	Allen bij casemanager

Bijlage 4 SMART-formuleren van doelen

Specifiek
• Waar gaat de verandering over?
• Op welke afdeling vindt het plaats?
• Is de doelgroep duidelijk beschreven?
• Beschrijf de specifieke doelstelling, niet de activiteiten die nodig zijn om dit te bereiken. Dat wil zeggen output in plaats van input.

Meetbaar
• Waarop gaat u meten?
• Zijn er percentages of aantallen aangegeven?
• Is de beleving weer te geven door een cijfer?
• Om hoeveel medewerkers gaat het?

Acceptabel
• Sluit het aan bij de dagelijkse praktijk?
• Is het in overeenstemming met het beleid en de doelstellingen van de organisatie?
• Schaad je geen belangen van anderen?

Realistisch
• Is het haalbaar in de organisatie? Is er slaagkans? Is het haalbaar binnen de tijd?
• Kunnen de betrokkenen de gevraagde resultaten daadwerkelijk beïnvloeden?
• Is de doelstelling realistisch is met het oog op de beschikbare middelen en de eisen van andere prioriteiten?

Tijdsgebonden
• Wanneer wordt gestart met de activiteiten?
• Is de periode, dus de maand en het jaar aangegeven waarop het doel gerealiseerd moet zijn?
• Zijn er tussentijdse mijlpalen en evaluatiepunten (als totale tijdsduur lang is)?

Inspirerend
• Is het een uitdagend (niet te makkelijk, niet te moeilijk) doel waar je helemaal voor wilt gaan?

Engagerend
• Zijn de betrokkenen bereid zich te verbinden aan de doelstelling?

Bron: Oefenblad SMARTIE-doelstellingen – Vilans
https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/verbeteren%20doe%20je%20zo/Oefenblad_smartie_doelen.pdf

Bijlage 5 Kerncompetenties van de casemanager

De CM weet de juiste balans te vinden tussen behoeftes van cliënt en mantelzorg en de mogelijkheden en beperkingen van de hulp- en zorgsystemen.

Kennis, attitude en vaardigheden van een casemanager:
- kan handelend optreden in crisissituaties of bij conflicten;
- is iemand die beschikt over goede contactuele eigenschappen en in relatie met de cliënt een open, betrouwbare indruk weet op te bouwen;
- kan duidelijk maken wat van de kwetsbare ouderen/ mantelzorger en betrokken zorgverleners wordt verwacht en vice versa (de juiste balans);
- is een persoon die het hoofd koel houdt in crisissituaties en die doortastend optreedt als dat nodig is;
- dient goed in staat te zijn met hulpverleners met verschillende achtergronden om te gaan;
- is in staat gestructureerd te denken en te werken. Dit is (onder meer) nodig voor de uitvoering van de coördinatie (het maken en bewaken van de afspraken) en voor het omzetten van de signalen van cliënten en hulpverleners in beleid;
- is creatief in het bedenken en organiseren van nieuwe initiatieven.

De vaardigheden (een aantal) van een casemanager
- Methodisch, planmatig werken;
- Een professionele vertrouwensband hebben of opbouwen;
- Goed kunnen luisteren, invoelen, zelfstandigheid terug geven aan een cliënt;
- Doortastend, directief optreden en afstand houden, oog hebben voor afstand en nabijheid;
- Behartigen van belangen;
- Creatief zijn;
- Signaleren van tekorten in de hulpverlening zoals cliënten en hun mantelzorgers dat kunnen.

We moeten ons ervan bewust zijn dat er hiermee een duizendpoot ontstaat die ook een heleboel niet hoeft te weten.

De casemanager:
- hoeft geen jurist zijn, geen arbeidsdeskundige, geen arts enz. te zijn;
- heeft meer kennis dan zijn beroepenkennis. Zij dient te weten wat de organisaties en het netwerk te bieden hebben;
- hoeft geen opdrachten te geven aan anderen, zij dient er wel voor te zorgen dat anderen hun werk goed kunnen en doen;
- hoeft de kwaliteit van het werk van anderen niet te beoordelen of te toetsen maar wel zorgen dat betrokkenen hun werk aan elkaar toetsen.

Bijlage 6 Ouderenmishandeling

6a Bijdrage van Veilig thuis.

Definitie van ouderenmishandeling:
"Handelen of het *nalaten* van handelen ten opzichte van een oudere persoon (>65 j.) door degenen die in een *persoonlijke* of een *professionele relatie* met de oudere staan, waarbij sprake is van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid waardoor de oudere persoon (herhaaldelijk) *lichamelijke, psychische en/of materiële schade* lijdt "

Hoewel we niet exact zicht hebben op het **voorkomen** zijn er wel gegevens bekend.

- 1 op de 20 ouderen is slachtoffer:
  160.000 – 200.000 per jaar
  70% vrouw – 30% man
- 2015: 2.432 dossiers bij Veilig Thuis (2012 – 1027 ; 2013 – 1703 ; 2014 – 2161)

Dit zijn de gegevens die binnenkomen bij het meldpunt veilig thuis.

Op basis van deze gegevens hebben we ook zicht op de **soort plegers**:

- 61% (klein)kinderen !
- 32% (ex)partner !
- 5% een ander familielid
- 6% kennissen of buren
- 0,2% beroepskracht
- 0,4% vrijwilliger (geen mantelzorger)

Men maakt ook een onderscheid in **wel of niet moedwillig**.
Moedwillige mishandeling: financieel misbruik, seksueel geweld
Niet moedwillig: onvoldoende zorg, ontspoorde zorg, overbelasting mantelzorg

Daarnaast kan men ook een indeling maken is soorten van mishandeling:

- ***Lichamelijke mishandeling****:* Blauwe plekken, schrammen, zwellingen, fracturen of brandplekken: deze symptomen kunnen het gevolg zijn van lichamelijke mishandeling. Soms worden ouderen vastgebonden aan een stoel of bed. Ze vertonen dan striemen aan polsen of enkels. Een minder zichtbare vorm van lichamelijke mishandeling is het geven van te weinig of juist te veel medicijnen (bijvoorbeeld slaapmiddelen)
- ***Psychische mishandeling****:* treiteren en sarren, dreigementen, valse beschuldigingen, beledigingen of bevelen. Bij de oudere leidt dit tot gevoelens van angst, woede, verdriet, schuchterheid, verwardheid of apathie.
- ***Verwaarlozing****: Psychische verwaarlozing:* wanneer de geestelijke behoeften van ouderen worden genegeerd, zoals de behoefte aan aandacht, liefde en ondersteuning.
- ***Financiële uitbuiting***: Bij deze vorm van ouderenmishandeling gaat het om het wegnemen of profiteren van bezittingen van de oudere. Te denken valt aan diefstal van geld, juwelen en andere waardevolle spullen, aan verkoop of gebruik van eigendommen zonder toestemming van de oudere en aan gedwongen testamentverandering. Ook iemand financieel kort houden is een vorm van uitbuiting.
  De motieven van de daders kunnen zijn: Financiële nood, Hebzucht, Vermeend recht op aanspraak
- ***Seksueel misbruik****:* Ouderen kunnen het slachtoffer zijn van seksueel misbruik, zoals exhibitionisme, betasten van het lichaam, verkrachting en gedwongen meekijken naar pornofilms
- ***Schending van rechten****:* Hiervan is sprake wanneer de rechten van ouderen, zoals het recht op vrijheid, privacy en zelfbeschikking, worden ingeperkt. Bijvoorbeeld door post achter te houden, bezoekers weg te sturen, de telefoon af te sluiten en de oudere te verhinderen het huis te verlaten.

In een derde van de gevallen is er sprake van ontspoorde mantelzorger.
Onbedoeld brengt de mantelzorger de zorgvrager schade toe doordat deze:

- over grenzen van de zorgvrager heen gaat
- inadequate zorg levert,
- de zorgvrager verwaarloost

door overbelasting, onmacht, onwetendheid**.**

Er is een KNMG meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling sinds 1 juli 2013 van kracht. Deze geldt ook voor ouderenmishandeling: https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/nieuwe-knmg-meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-per-1-januari-2019-verplicht.htm

De functie van veilig thuis bij ouderenmishandeling:

- Regionale front-office voor gemeenten
- Advies en ondersteuning en voorlichting
- Ontvangen meldingen met (vermoeden) huiselijk geweld of kindermishandeling
- 1-loketfunctie voor zorgmeldingen politie, SEH en ambulance

Bij advies en ondersteuning is er een mogelijkheid tot overleg (wat kan adviesvrager doen om huiselijk geweld of kindermishandeling te stoppen) en dat geschiedt wel anoniem (de adviesvrager blijft dan ook verantwoordelijk en het beroepsgeheim wordt daarbij niet geschonden)
Zodra er wel een melding wordt gedaan is de werkwijze als volgt:

- Triage
- Intake (plan maken)
- Onderzoek (gesprek gezin en informanten)
- Overdragen/verwijzen
- Feedback melder
- Afsluiten
- Monitoring

Contact mogelijkheden:
Direct contact? 0800 2000 gratis 24/7
www.veiligthuiszob.nl

6b Ouderenmishandeling in een juridisch kader

Bijdrage Mr. A de Jong, huisarts

Aan de hand van casuïstiek en interactie duidelijk krijgen wat wilsbekwaamheid betekent en tevens de vormen van vertegenwoordiging leren kennen.

De patiënt heeft een zelfbeschikkingsrecht en kan autonoom handelen.
Artikel 7;450 lid 1 van het BW luidt: Voor verrichtingen ter uitvoering van een behandeling is de toestemming van de patiënt vereist.

De vraag is of een oudere dan ook wilsbekwaam is om daaromtrent te beslissen.
In de WBGO art 7;465 lid 3 omschrijft een **wilsonbekwame patiënt** als volgt:
“Patiënten die niet instaat geacht worden tot een redelijke waardering van hun belangen ter zake van een beslissing die aan de orde is.”
Dat betekent dat wilsbekwaamheid dus geen eigenschap is maar een waardering gekoppeld aan keuzen of beslissingen in een specifieke context.

Aspecten die bij de beoordeling aan bod komen zijn:

- Het kenbaar maken van een keuze
- Het begrijpen van relevante informatie
- Het beseffen en waarderen van een betekenis van de informatie voor de eigen situatie
- Het logisch redeneren en het betrekken van de informatie in het overwegen van de behandelopties

Relevante informatie:
Praktijkkaart wilsbekwaamheid van de LHV
Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid. Van wet naar praktijk. Bijlage 9 ; pag. 117-122

Indien de patiënt niet wilsbekwaam is ter zake van een keuze, is de vraag wie als vertegenwoordiger van de patiënt mag op treden.
In art 7;465 lid 3 van het BW is de vertegenwoordiging van de wilsonbekwame patiënt geregeld alsmede de rangorde onder de vertegenwoordigers.

In rangorde van zeggenschap:

1) De wettelijke vertegenwoordiger (door de rechter benoemd) curator of mentor
2) De schriftelijk/persoonlijk gemachtigde.
3) De niet benoemde plaatsvervanger op grond van de WBGO
    a) De echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel
    b) Ouder, kind, broer of zus van de patiënt
    c) (Zaakwaarneming bij ontbreken van vertegenwoordiging)

Een patiënt kan door de rechter onder **curatele** gesteld (art 1;378) worden indien er sprake is van: geestelijke stoornis; verkwisting en gewoonte van drankmisbruik. Indien de rechter iemand onder curatele stelt , is de patiënt van rechtswege handelingsonbekwaam.
Onder curatelestelling kan worden aangevraagd door betrokkene zelf; echtgenoot/levensgezel/geregistreerd partner; bloedverwante in de eerste lijn tot de 4^{e} graad in de zijlijn en een voogd.

Voor het instellen van een **mentorschap** (art 1;450) gelden andere gronden: geestelijk of lichamelijk toestand ; niet instaat belangen te behartigen. Bij meerderjarige kan dat tijdelijk of duurzaam zijn.
Het benoemen van een mentor kan op verzoek of ambtshalve instelling (art 1;451) door betrokkene zelf; echtgenoot/levensgezel/geregistreerd partner ; bloedverwante in de rechte lijn of zijlijn tot de 4^{e} graad ; voogd, curator of bewindvoerder.
In tegenstelling tot de curator mag de mentor zich alleen bemoeien met de vragen omtrent de behandeling/zorg van de patiënt en niet met de financiën (voorbehouden aan de curator of bewindvoerder).

De **niet benoemde plaatsvervanger op grond van de WBGO** (categorie 3) :

a) De echtgenoot/levensgezel/geregistreerd partner
b) Ouder / kind / broer of zus van de patiënt

Bij meerdere personen binnen dezelfde rangorde die voor vertegenwoordiging in aanmerking komen (eigenlijk altijd categorie 3) kan de hulpverlener vragen om uit hun midden zelf een vertegenwoordiger te benoemen.
Bij belangen tegenstelling of onenigheid mag de hulpverlener afgaan op de persoon die naar zijn oordeel de belangen van de patiënt het beste kan behartigen.
Dot oordeel kan hij baseren op:

- Uitlatingen van de patiënt
- De voorgeschiedenis van de patiënt
- De frequentie van bezoek

- Het contact met de patiënt
- Enz….

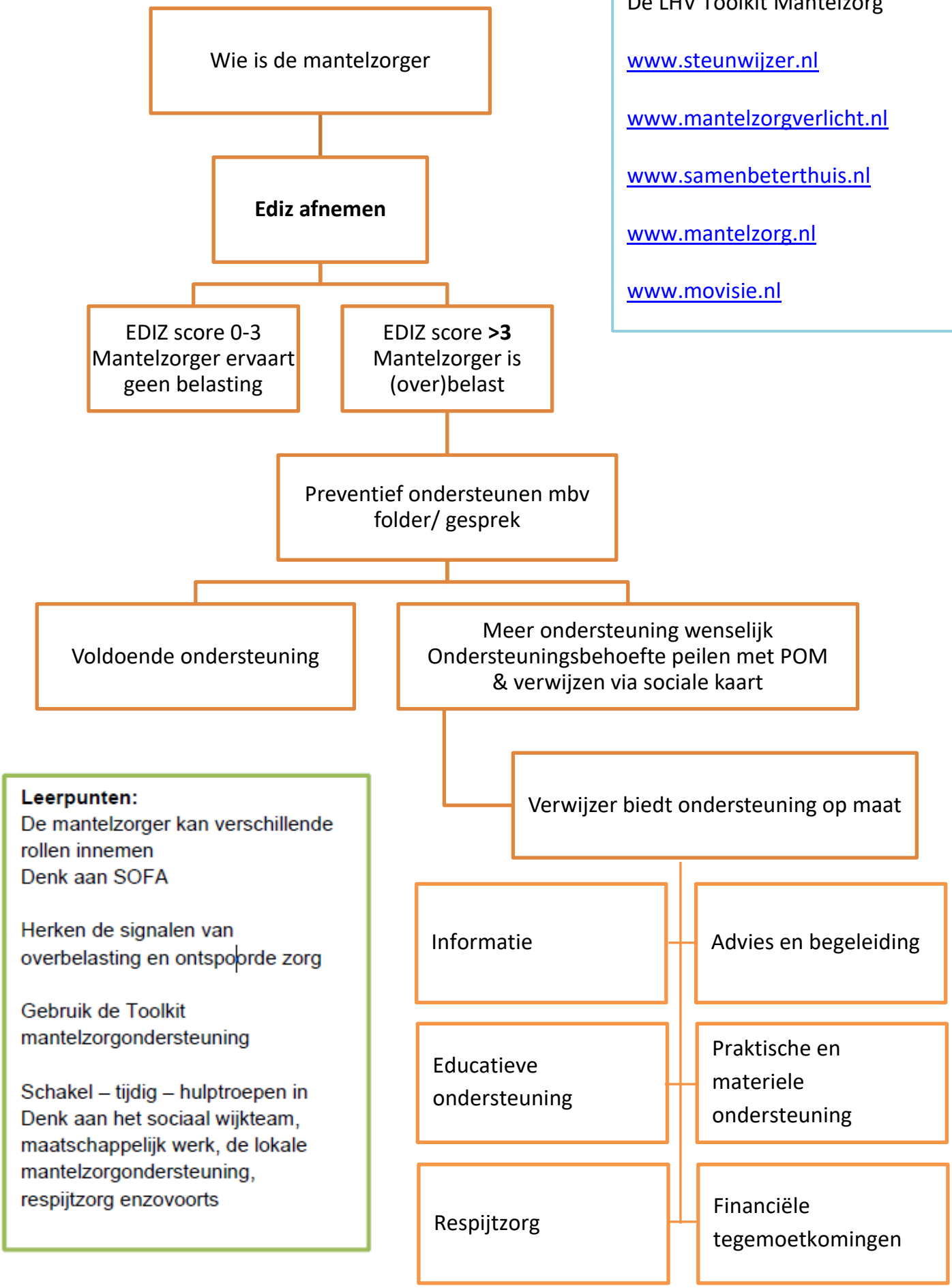
De principes van goed hulpverlener schap WBGO art 453 “ handelen volgende professionele standaard” en goed vertegenwoordiger WBGO art 465; lid 1 “ betracht de zorg van een goed vertegenwoordiger” zijn uiteraard essentieel.

Toch blijven er dilemma’s over en daarbij kan de notitie “Nijmeegse methode voor moreel beraad “ mogelijk een leidraad zijn http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/58-2016-3-artikel-vellinga.pdf

Relevante informatie:
RIVM “ Brochure curatele, bewind en mentorschap”

Bijlage 7 Mantelzorg

Bijlage 7a Stroomschema



Meer informatie (klik):

De LHV Toolkit Mantelzorg

www.steunwijzer.nl

www.mantelzorgverlicht.nl

www.samenbeterthuis.nl

www.mantelzorg.nl

www.movisie.nl

Leerpunten:
De mantelzorger kan verschillende rollen innemen
Denk aan SOFA

Herken de signalen van overbelasting en ontspoorde zorg

Gebruik de Toolkit mantelzorgondersteuning

Schakel – tijdig – hulptroepen in
Denk aan het sociaal wijkteam, maatschappelijk werk, de lokale mantelzorgondersteuning, respijtzorg enzovoorts

SOFA model

Voor een goede samenwerking met mantelzorgers dient rekening gehouden te worden met de vier rollen die de mantelzorger kan vervullen: de rol als collega, cliënt, naaste en expert.
Welke rol het meest prominent is, kan verschillen in de tijd, bijvoorbeeld door de fase van de ziekte of de woonsituatie van een zorgvrager. Daarnaast kunnen ook andere personen in de directe omgeving van de zorgvrager één of meerdere rollen invullen, zodat de mantelzorgrol verdeeld kan worden over meerdere personen. Elke rol is gekoppeld aan een werkwoord, waarvan de beginletters (samenwerken / ondersteunen / faciliteren / afstemmen) het woord SOFA vormen.

De verschillende rollen worden hieronder verder toegelicht:

Samenwerken

Samenwerken met anderen (professional, vrijwilliger en naasten) om samen zo optimaal mogelijk de zorg te organiseren voor de patiënt / cliënt.
Eén van de rollen van een mantelzorger is de rol van samenwerkingspartner. In deze rol is de mantelzorger actief als zaakwaarnemer, tolk en verzorger van de cliënt. Communiceren met de mantelzorger draait hierbij om één centrale vraag: “Wat kunnen we samen doen om tot optimale zorg te komen?”

Ondersteunen

De mantelzorger kan zich ook voordoen in de gedaante van een (schaduw)cliënt.
Op duidelijke of indirecte wijze geeft de mantelzorger blijk van spanningen of zelfs overbelasting. Het is een uitdaging voor de beroepskracht om dit soort signalen te herkennen als ‘schaduwcliënt’.
Een schouderklopje, waarderende woorden en een gesprek over wat verlichting zou kunnen geven, helpt hier het beste. Communicatie met de mantelzorger bestaat in deze rol veelal uit het oppikken van signalen en van daaruit de mantelzorger ondersteunen in het uitoefenen van zijn of haar rol.

Faciliteren

De persoonlijke relatie van de cliënt en diens familie dient zoveel mogelijk intact gehouden te worden.
Mantelzorg wordt vaak als vanzelfsprekend gegeven vanuit een persoonlijke betrokkenheid met de zorgvrager, bijvoorbeeld vanuit een rol als partner of als kind. Vanwege het persoonlijke van de verhouding zijn emoties over het ziekteproces anders, dan wanneer het een professionele relatie betreft. Belangrijk is dat de relatie tussen mantelzorger en cliënt of zorgvrager het persoonlijke karakter blijft behouden, dat de partner vooral ook partner blijft en niet alleen mantelzorger bijvoorbeeld.

Afstemmen

Afstemmen vormt het vierde en laatste werkwoord van SOFA. Communicatie over afstemmen van behoeften, zorgen en successen van cliënt en mantelzorger.
De mantelzorger brengt vaak zoveel tijd met de patiënt / cliënt door dat hij of zij de professional kan voorzien van belangrijke informatie over grote en kleine veranderingen in het proces. De ervaringsinformatie is van grote waarde voor de professional.

Als professional moet je je steeds afvragen in welke rol een mantelzorger tegenover je staat. En hoe je daar het beste op kunt reageren.
Door vanuit het SOFA model de informele zorg, gegeven door de mantelzorger, op een evenwichtige manier te combineren met formele zorg, gegeven door de professional, blijft de informele zorg bestaan en is de kans op overbelasting en uitval van mantelzorgers kleiner.

Op welke aandachtsgebieden kan ondersteuning geboden worden?
Deze toolkit beschrijft de mogelijkheden die wij als professional hebben om de mantelzorger te kunnen ondersteunen in de rol, die hij of zij op dit moment invult. (Zie SOFA model)
De aandachtspunten, die de basis zijn voor het vormgeven van ondersteuning voor mantelzorgers en vrijwilligers door gemeenten, worden verwoord in de termen: Versterken, Verlichten en Verbinden. Ze worden voorafgegaan door het aandachtspunt 'Vinden', omdat het bereiken van mantelzorgers een belangrijke voorwaarde is om te kunnen Versterken, Verlichten en Verbinden.
'Vinden' is een taak van ons allemaal als startpunt van mantelzorgondersteuning. Registratie van de gegevens en tijdige communicatie naar samenwerkingspartners is daarom ook de eerste stap in het stroomdiagram.

Aandachtspunten mantelzorgondersteuning:

Vinden	We bereiken de mensen, die zorgen voor een naaste, omdat dat de voorwaarde is om hem of haar te kunnen versterken, verlichten en verbinden.
Versterken	We versterken mantelzorgers in hun regie en positief zowel op het microniveau van individuele mantelzorgers als op het niveau van beleidsbeïnvloeding.
Verlichten	We organiseren ondersteuning om ervoor te zorgen dat mantelzorgers de mantelzorgtaken kunnen (blijven) uitvoeren.
Verbinden	We leggen verbindingen tussen formele en informele zorg en ondersteuning en nemen partners – denk aan zorgaanbieders, mantelzorgondersteuners en vrijwilligersorganisaties- mee in deze manier van (samen)werken.

In het vervolg van deze toolkit worden deze aandachtpunten verder uitgewerkt door de basisfuncties Mantelzorg als leidraad te gebruiken:
- Informatie
- Advies en begeleiding
- Emotionele ondersteuning
- Educatieve ondersteuning
- Praktische en materiële ondersteuning
- Respijtzorg
- Financiële tegemoetkomingen

Informatie
De Wmo 2015 vraagt niet alleen om andere mantelzorgondersteuning, maar ook om een andere manier van werken. Niet langer ligt daarbij de nadruk op zorgen voor, het gaat veel meer over zorgen dat inwoners zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren. De wet schetst dat daarvoor een getrapte vraagstelling nodig is. De eerste vraag is wat iemand zelf kan doen, en wat zijn of haar omgeving kan bijdragen. Wat kunnen vrijwilligers aanvullen? En wat is er vervolgens nodig aan professionele ondersteuning, in algemene of maatwerkvoorzieningen? In deze nieuwe situatie wordt op de zorgvragers, de mantelzorgers en op hun netwerk een groter beroep gedaan. Er zijn voor de mantelzorger diverse mogelijkheden, waar informatie verkregen kan worden die een startpunt kunnen zijn voor mantelzorgondersteuning op maat. In elke gemeente zijn zorg- en welzijnsorganisaties actief.

Let op: Hieronder is de situatie van Eindhoven uitgewerkt. In plaats van WIJeindhoven is dat in een andere gemeente bijvoorbeeld het CMD, het sociaal wijkteam, de dorpsondersteuner of een andere generalist van de gemeente. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de organisatie van mantelzorgondersteuning. Vaak besteden zij dat uit aan (welzijn/ ouderen)organisaties die hier van oudsher (voor de transities in 2015) een actieve rol in hadden. Bijna elke thuiszorgorganisatie heeft aanbod met diensten en kortingen zoals ZuidZorg Extra. **Het is dus in de ondersteuning van de mantelzorger heel belangrijk dat je de lokale sociale kaart kent en actueel houdt, zodat je zelf een vertaalslag kan maken naar de eigen sociale kaart.**

In Eindhoven is het als volgt georganiseerd.

- De gehele eerstelijns zorg speelt een belangrijke rol in de opstart van mantelzorgondersteuning. Vooral de huisartsenpraktijk is de plaats, waar makkelijker zorgen en behoeften worden uitgesproken. Hetzelfde geldt voor de aan de praktijk verbonden praktijkondersteuner. Ook zij speelt een belangrijke signalerende rol. Alle zorgverleners binnen de eerste lijn kunnen zelf mantelzorgers ondersteunen, dan wel ze verwijzen naar organisaties, die hierin meer mogelijkheden hebben.

- WIJeindhoven draagt zorg voor de coördinatie en eventuele contacten met de gemeente in het kader van de uitvoering van de WMO richting 2^{e} lijn. Samen met een medewerker van het WIJteam in de wijk wordt gekeken wat men nog zelf kan doen en in hoeverre mensen in de omgeving kunnen ondersteunen. Anders wordt verder gezocht naar een oplossing, die bij de vraag past.

- Steunpunt Mantelzorg Verlicht heeft een spilfunctie voor de mantelzorger in Eindhoven; registreert de mantelzorgers en beantwoordt alle vragen over mantelzorg. Zij helpen de weg te vinden in de zorg en zijn dan ook goed op de hoogte van het zorgaanbod in Eindhoven.

- ZuidZorg Extra ondersteunt haar leden met diensten en kortingen. Daarnaast ondersteunt zij de mantelzorger in het opbouwen van een sociaal netwerk en ontlast ze door deelname aan activiteiten op het Ontmoet en Groetplein in Eindhoven.
  Ook de wijkverpleegkundige is een laagdrempelige ingang om mantelzorgondersteuning te starten. Zij is goed op de hoogte van de mogelijkheden die vanuit de zorginstelling geboden kunnen worden.

- Zorg technische ondersteuning door POH, wijkverpleegkundige of ergotherapeut:
  - Zorg technische ondersteuning door de POH verloopt via de huisarts.
  - Zorg technische ondersteuning door de wijkverpleegkundige is onderdeel van de zorg binnen de indicatiestelling; De aandachtsfunctionaris V&V kan hierin een kennis overdragende / coachende rol spelen.
  - Zorg technische ondersteuning door de ergotherapeut wordt verzorgd op verwijzing van de huisarts. Vanuit de basisverzekering worden deze kosten voor een groot gedeelte vergoed. Deze ondersteuning kan zowel op de zorgvrager als de mantelzorger gericht zijn.

- Ook de gemeente Eindhoven heeft een website waar een overzicht wordt geboden van alle diensten en ondersteuningsmogelijkheden binnen het sociaal domein.

- Informatieve ondersteuning gerelateerd aan een ziektebeeld wordt landelijk georganiseerd (patiëntenverenigingen, landelijke websites en brochures, ed.), maar ook vanuit de gemeente. Bijv. Alzheimer café, Café Brein, etc.

Advies en begeleiding

Bewustwording: Ben ik een mantelzorger?

Advies en begeleiding kunnen pas opgestart worden vanaf het moment dat men zich bewust wordt van het feit dat men ook mantelzorger is. Informele gesprekken met de formele en informele omgeving kan een bijdrage leveren aan dit bewustwordingsproces. Deze gesprekken kunnen door iedereen in de directe omgeving van de mantelzorger gevoerd worden, zowel vanuit de 1e lijn, vanuit de sociale basis als vanuit de direct betrokkenen.

Ook het doorlopen het stroomschema (p. 2) met het invullen van de EDIZ Is hierin een goed startpunt.

Vervolgens kan op initiatief van de mantelzorger of op verwijzing van de direct betrokken zorgverleners een gesprek plaatsvinden met de generalist van WIJeindhoven, de consulent van het Steunpunt Mantelzorg Verlicht of de dienstenbemiddelaar van ZuidZorg Extra.

- Het WIJteam is de spil in de zoektocht naar ondersteuning op het gebied van zorg, wonen en welzijn.
- Het Steunpunt Mantelzorg Verlicht vormt een centraal punt voor de mantelzorger uit de Gemeente Eindhoven, waar men terecht kan voor registraties als mantelzorger, met vragen voor ondersteuning voor deelname aan activiteiten, etc.
- De dienstenbemiddelaar van ZuidZorg Extra biedt ondersteuning op maat, gebruik makend van de mogelijkheden die ZuidZorg Extra met haar pakket aan diensten en kortingen kan bieden.
- Ook de praktijkondersteuner van de huisarts vormt een belangrijke schakel richting ondersteuning.

Emotionele ondersteuning

Mantelzorg geven kan emotioneel erg belastend zijn.Enerzijds wil men graag zo goed mogelijk voor de ander zorgen, zelfs op moment dat dit ten koste gaat van de eigen gezondheid en mogelijkheden. Anderzijds zal de zorgvrager in de loop der tijd meer afhankelijk worden van de mantelzorger en soms zelfs hulp van anderen weigeren. Deze combinatie maakt de kans op overbelasting groter.

Mantelzorgers vervullen de zorgtaken naast andere bezigheden, zoals werk, studie of de zorg voor hun eigen gezin. Net als iedereen hebben zij behoefte aan vrije tijd en ontspanning. Soms is het moeilijk dit alles te combineren.

Mantelzorgers moeten leren goed voor zichzelf te zorgen, om zo de zorg voor de ander vol te kunnen houden. Een goed gesprek met lotgenoten, huisarts of andere professional kan hierin positief bijdragen.

Voor ons als professional is het belangrijk de mantelzorgers, die wij in beeld krijgen tijdig in contact te brengen met de juiste ondersteuner. Via bijvoorbeeld WIJeindhoven, Steunpunt Mantelzorg Verlicht of ZuidZorg Extra kan deze vorm van ondersteuning vormgegeven worden.

Educatieve ondersteuning

Soms hebben mantelzorgers behoefte aan een vorm van kennisverrijking. Hiervoor zijn veel verschillende mogelijkheden te vinden op internet, waaruit hieronder een selectie is opgenomen in deze toolkit:

- **Zelfhulpcursus bij Werk en Mantelzorg (AMC en Coronel instituut)**

Het doel van de cursus is om de mantelzorger te helpen bij het invulling geven aan de rol van verzorger én het combineren van zorg met werk. Voor de inhoud van de cursus zijn bestaande interventies uit de wetenschappelijke literatuur en hulpmiddelen uit de praktijk gebruikt. Het werkboek is gratis te downloaden via www.amc.mantelzorgstress

- **Cursus Omgaan met dementie voor CZ verzekerden**

Wil men dementie beter begrijpen zodat men er beter mee om kunt gaan? Volg dan de online cursus.

De online cursus bestaat uit drie onderdelen:

1. De Power Course dementie - met korte filmpjes en opdrachten wordt geleerd hoe de mantelzorger kan omgaan met dementie.

2. De Dementia Support App - deze app geeft praktische tips voor de verzorging van mensen met dementie
3. De Alzheimer Experience - een interactieve film die de mantelzorger meeneemt in de beleving van iemand met dementie.

De training is gratis als de mantelzorger of de dementerende verzekerd is bij CZ.

- **Do something different**

Dit online programma helpt de mantelzorger beter voor zichzelf te zorgen?
Zorgt voor een ander, Begint met goed zorgen voor jezelf.

De eenvoudige opdrachten zijn speciaal ontwikkeld voor mantelzorgers en kosten nauwelijks tijd. Het DSD-programma helpt om:

- inzicht te krijgen in belemmerende gewoontes
- nieuwe, positieve stappen te zetten
- stapjes buiten de comfortzone te zetten
- te experimenteren met nieuw gedrag
- vertrouwen krijgen in jezelf en eigen keuzes

Het programma is leuk, praktisch en bewezen effectief om te zorgen dat de mantelzorger beter in zijn of haar vel zit. Voor leden van Mezzo en verzekerden van Coöperatie VGZ (of de onderliggende merken: IZA, IZZ, UMC, Univé, VGZ, Zorgzaam) zijn de kosten voor het programma € 6, -
https://www.mezzo.nl/producten/82

- **Coachfriend Mantelzorg**

Coachfriend Mantelzorg is een online coachprogramma van tien weken. Er wordt gewerkt aan de persoonlijke ontwikkeling en veerkracht door het doen van opdrachten. Dit kan eenvoudig thuis van achter de computer. Een online coach van Mezzo helpt daarbij.

Coachfriend Mantelzorg is een samenwerking tussen Mezzo en Coachfriend en is speciaal ontwikkeld voor mantelzorgers.
https://www.mezzo.nl/pagina/voor-mantelzorgers/doe-mee/ledenvoordeel-mantelzorgers/coachfriend-mantelzorg

- **Overige cursussen**

Naast cursusprogramma's via internet worden door lokale partijen ook veel cursussen aangeboden. Ga voor meer informatie naar het Steunpunt Mantelzorg.

- **Ondersteuning voor professionals**

Voor ons als professional zijn er naast deze toolkit ook andere mogelijkheden, gericht op een specifieke doelgroep:

- Toolkit mantelzorg van de huisartsenpraktijk
- Toolkit mantelzorg voor paramedici
- Cursus Mantelzorgondersteuning voor thuiszorgmedewerkers (via de ZuidZorg academie)
- Methodiek Preventieve Ondersteuning Mantelzorg (POM), bijlage 2

Praktische en materiele ondersteuning

Praktische ondersteuning kan gericht zijn op de zorgvrager, maar ook juist het doel hebben om de mantelzorger te ontlasten. Veel informatie hierover is te vinden in de wegwijzer van het Steunpunt Mantelzorg

Verlicht. Deze vorm van ondersteuning bevat een groot aantal aandachtsgebieden en daarbij behorende mogelijkheden:

- Huishoudelijk hulp: Huishoudelijke hulp kan zowel met als zonder indicatie geregeld worden. Met indicatie wordt de huishoudelijke hulp vergoed vanuit de WMO. Hiervoor geldt, afhankelijk van het inkomen een eigen bijdrage.

Ook kan zonder indicatie huishoudelijke hulp aangevraagd worden. Men kan gebruik maken van de kortingsregeling van de Gemeente Eindhoven. Via deze kortingsregeling kan maximaal vier uur per week een huishoudelijke hulp ingehuurd worden via een professionele organisatie.

- Hulp bij verzorging en verpleging wordt geleverd op basis van een indicatie vanuit de Zorgverzekeringswet.
- Aanpassen bestaande woning cliënt.

Een hulpverlener kan in een adviserende rol mensen ondersteunen in het langer zelfstandig thuis blijven wonen en zo nodig de weg wijzen naar een dienstverlener of bouwkundig adviseur. Soms is het plaatsen van een zorgunit of mantelzorgwoning een goede oplossing om thuis zorg te kunnen blijven leveren.

- Hulpmiddelen zijn te koop en in veel gevallen ook te huur, bijv. via de thuiszorgwinkel (Kastelenplein 173). Soms is voor de aanschaf een bijdrage vanuit de WMO mogelijk.
- Diensten aan huis.

Zowel diensten aan huis als maaltijden zijn via diverse organisaties te organiseren. Zie voor alle mogelijkheden de wegwijzer

- Domotica. Er zijn tegenwoordig steeds meer technische ondersteuningsmogelijkheden. De personenalarmering met professionele opvolging is de meest bekende.
- Vervoer: Voor vervoer zijn diverse mogelijkheden naast het reguliere openbaar vervoer en de reguliere taxi.
    - De taxbus is een deeltaxi voor sociale activiteiten binnen de regio. www.taxbus.nl
    - De Valys sociaal-recreatief vervoer buiten de regio voor reizigers met een mobiliteitsbeperking. www.valys.nl
    - VVO De Witte Raaf biedt vervoer tegen een lage vergoeding voor 55+ ers, die moeilijk gebruik kunnen maken van het openbaar vervoer. www.witteraafeindhoven.nl

Respijtzorg

Respijtzorg of vervangende zorg ontlast mantelzorgers (tijdelijk) van de zorgtaken. De geeft even ruimte om de batterij op te laden, zodat daarna weer op een goede manier zorg verleend kan worden met in acht neming van de eigen wensen en behoeften.

Het kan de mantelzorger veel ontlasten op moment iemand bijvoorbeeld een oppasrol vervult voor een korte tijd, of de zorg overneemt voor een langere periode, zodat de mantelzorger bijvoorbeeld op vakantie kan gaan. Er zijn hierin veel gradaties mogelijk afhankelijk van de wensen en behoeften.

De zorg kan tijdelijk thuis worden overgenomen door iemand uit het eigen netwerk of een vrijwilliger, maar de situatie kan zelf zo zijn dat de zorgvrager buitenshuis wordt opgevangen. Voor opvang buitenshuis is in veel gevallen een indicatie nodig, die via de Wmo, WLZ of verzekeraar geregeld en gefinancierd kan worden.

Hoewel het voor veel cliënten vaak een drempel is om respijtzorg te regelen, biedt het vooral voor de mantelzorger veel ondersteuning. Zie voor een overzicht van de mogelijkheden de wegwijzer.

Financiële tegemoetkomingen

Mantelzorgers nemen vaak ook de financiële zaken van de zorgvrager over. Daarnaast worden vaak extra kosten gemaakt om de zorg te kunnen invullen.

Er zijn diverse instanties, die ondersteuning bieden op financieel vlak. Ook hiervoor kunt u voor meer informatie terecht bij het Steunpunt Mantelzorg.

Belangrijke telefoonnummers:

WIJeindhoven	040-238 8998 info@wijeindhoven.nl
Steunpunt Mantelzorg Verlicht	088-0031 288 info@mantelzorgverlicht.nl
ZuidZorg Extra	040-2308538 info@zuidzorgextra.nl
Mezzo	030 - 659 22 22 & info@mezzo.nl
Mezzo Mantelzorglijn	0900 20 20 496
Toolkit LHV	Toolkit
Toolkit voor thuiszorgmedewerkers	Toolkit
Mantelzorgers beter bereiken	Infograpfic

Bijlage 7c EDIZ

Mantelzorgers zijn vaak zwaar belast door de combinatie van zorg, werk en eigen gezin. Meetinstrument EDIZ helpt de belasting van mantelzorgers van mensen met dementie in kaart te brengen. Het bestaat uit een vragenlijst en staat voor Ervaren Druk door Informele Zorg. De EDIZ is wetenschappelijk gevalideerd.

Ervaren Druk door Informele Zorg (Ontwikkeld door prof. dr. Anne Margriet Pot, 1995)

Instructie:
Overhandig dit formulier aan de mantelzorger en laat deze zelf invullen.

Er volgt nu een aantal uitspraken over de zorg die u aan uw naaste geeft. De bedoeling is dat u bij elk van deze uitspraken aangeeft, in hoeverre die op u van toepassing is. U heeft hierbij de volgende antwoordmogelijkheden: nee! nee min-of-meer ja ja!

Als een uitspraak helemaal op u van toepassing is, zet u een kruisje bij 'ja!'. Wanneer een uitspraak helemaal niet op u van toepassing is, zet u een kruisje bij 'nee!'. Of iets er tussenin.

Vragen	Nee!	Nee	Min of meer	Ja	Ja!
1. Door de situatie van mijn … kom ik te weinig aan mijn eigen leven toe	☐	☐	☐	☐	☐
2. Het combineren van de verantwoordelijkheid voor mijn … en de verantwoordelijkheid voor mijn werk en/of gezin valt niet mee	☐	☐	☐	☐	☐
3. Door mijn betrokkenheid bij mijn … doe ik anderen tekort	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ik moet altijd maar klaarstaan voor mijn …	☐	☐	☐	☐	☐
5. Mijn zelfstandigheid komt in de knel	☐	☐	☐	☐	☐
6. De situatie van mijn … eist voortdurend mijn aandacht	☐	☐	☐	☐	☐
7. Door mijn betrokkenheid bij mijn … krijg ik conflicten thuis en/of op mijn werk	☐	☐	☐	☐	☐
8. De situatie van mijn … laat mij nooit los	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ik voel me over het geheel genomen erg onder druk staan door de situatie van mijn	☐	☐	☐	☐	☐

Iedere vraag die met ja wordt beantwoord geeft een score van 1.
De totaalscore kan als volgt beoordeeld worden:

Score 0 -3	geen tot lichte belasting
Score 4 - 6	matige belasting
Score 7 – 9	hoge belasting

De uitslag is bepalend voor het bepalen van de vervolgstappen in het stroomdiagram.

Bijlage 7d Preventieve Ondersteuning Mantelzorg

Preventieve Ondersteuning Mantelzorg (POM) is een gevalideerde methodiek gericht op het voorkomen van overbelasting bij mantelzorgers. De methodiek is uitgebreid beschreven door Movisie.

De methode onderscheidt de volgende subdoelen:
a. Actieve opsporing van mantelzorgers in de gezondheidszorg, thuiszorg en ouderenzorg door instructie van hulpverleners en - indien van toepassing - aanpassing van de intakeprocedure.
b. Opzetten van een infrastructuur voor het aanbieden van ondersteuning in de vorm van een eenmalig gesprek met een telefonische follow-up.

De doelgroep van de methode zijn mantelzorgers die in contact staan met de gezondheidszorg, thuiszorg of ouderenzorg vanwege een naaste met een zorgbehoefte. De oorspronkelijke methode Preventie-op-Maat (PoM) was gericht op mantelzorgers van depressieve ouderen. Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers (POM) richt zich op alle mantelzorgers.

De methode bestaat uit drie onderdelen:
1. Het vroegtijdig opsporen van mantelzorgers.
2. Het voeren van een inventariserend gesprek volgens een vast protocol. Dit gesprek heeft tot doel de ervaren druk door informele zorg (belasting) te inventariseren en zicht te krijgen op eventuele knelpunten in het verlenen van de mantelzorg.
3. Het geven van inzicht in ondersteuningsmogelijkheden.

De bijbehorende aandachtspuntenlijst biedt de professional praktische handvatten voor het vormgeven van mantelzorgondersteuning.

Aandachtspuntenlijst POM-methode
Ontwikkeld door Trimbos Instituut

In onderstaand schema kunt u aangeven op welke punten de mantelzorger knelpunten ervaart en of deze behoefte heeft aan ondersteuning.

		Knelpunten		Behoefte aan ondersteuning	
		ja	nee	ja	Nee
Informatie	▪ Bekend met het ziektebeeld				
	▪ Omgaan met medicatie				
	▪ Omgaan met probleemgedrag				
	▪ Omgaan met crisissituaties, complicaties of wisselend beloop van de ziekte				
Emotioneel	▪ Relatie met de patiënt (verandering in de relatie, grenzen stellen, alleen beslissingen moeten nemen)				
	▪ Motivatie om te zorgen (goede band, plicht, verantwoordelijkheidsgevoel)				
	▪ Steun/waardering van en communicatie met sociaal netwerk en hulpverlening				
	▪ Mogelijkheden voor ontspanning				
	▪ Klachten (stress, psychische klachten, schaamte, slaapproblemen, angst, woede, piekeren, schuldgevoel, zelfvertrouwen)				
Praktisch	▪ Wonen, vervoer, afstand				
	▪ Mobiliteit, belemmerende lichamelijke klachten				
	▪ Dubbele belasting (eigen huishouden, gezin, werk); beschikbare tijd				
Anders, nl.					

Bijlage 7e De welzijnsmeter onderscheidt vier type mantelzorgers:

Mantelzorgers worden ook wel ingedeeld in types, die meer iets zeggen over de persoon als over de rol, die de mantelzorger vervuld, zoals uitgewerkt in het SOFA model. De types verschillen van elkaar in mogelijk risico op overbelasting en daarmee de behoefte aan emotionele ondersteuning.
We onderscheiden de volgende types:

- **De medemens**

Men is tevreden over de eigen rol als mantelzorger. De energie die in de ondersteuning wordt gestoken en de energie die het oplevert zijn redelijk in evenwicht. Op momenten van crisis is de persoon niet altijd uit de gedachten, maar de mantelzorger ligt er niet (vaak) wakker van.

- **De ondersteuner**

Het is logisch dat men voor de naaste is gaan zorgen. De zorg voor de naaste is in de afgelopen jaren ingepast in het eigen leven en daarin een redelijk maar kwetsbaar evenwicht gevonden. De energie die in de ondersteuning wordt gestoken en de energie die het oplevert zijn echter niet altijd in evenwicht.

- **De eenzame mantelzorger**

De zorg voor naaste wordt gezien als iets dat op het pad is gekomen en waarvan beide de gevolgen moeten dragen. De mantelzorger is de hele dag in touw om alles zo goed mogelijk te organiseren. Men voelt zich niet ongelukkig, maar wel eenzaam.

- **De gevangen mantelzorger**

Een leven zonder de ander kan men zich niet voorstellen, maar men voelt ook dat men verstrikt is geraakt in de zorg. Op dit moment is het zwaar om de zorg vol te houden.
>> Wil je weten welke type past bij de mantelzorger? De dienstenbemiddelaar van ZuidZorg Extra is opgeleid om met behulp van de welzijnsmeter deze rol te kunnen bepalen.

Bijlage 8 Lab protocollen Kwetsbare Ouderen

DVU/ DiAnna/ Quartz

Let op: Vitamine D wordt standaard niet bepaald, omdat bij vrijwel alle ouderen de Vit D spiegel te laag is en de dosering welke gebruikelijk is van 800 IE per dag nooit kan leiden tot overdosering.
Het advies is: alle ouderen standaard 800 IE vit D per dag te doseren.

Lab aanvragen	Frequentie	Onderzoeken	Opmerkingen
(Psycho) geriatrie	Bij mogelijke kwetsbare ouderen	Bezinking, gluc (NN), Hb, kreat, MDRD,TSH (indien afw. Vrije T4), Gamma GT, natrium, kalium,	
Op indicatie:		ALAT, Gamma GT	
(Psycho) geriatrie	Op indicatie	Foliumzuur, vit B1, vit B6, vit B12.	
Delier	Bij mogelijke kwetsbare ouderen	CRP, gluc (N), Hb, Ht, leuko's, TSH, Kreat, MDRD, calcium, albumine, natrium, kalium, Gamma GT, Nitriettest, urinekweek	Rapportage: tevens gecorrigeerd calcium
Op indicatie		ALAT, Gamma GT	

Bijlage 9 Streefwaarde en NHG-code

Onderzoek	Streefwaarden en leeftijd	NHG code
Bezinking	Man ; < 50 jaar 0- 14 >50 jaar 0-19 Vrouw: <50 jaar 0- 19 >50 jaar 0-29	134 = BSE-B
Glucose (NN)CAP	< 7,8	3209 = GLUC-BA
Glucose (N)CAP	< 6 of < 5,6	3208 = GLUC-BA
Kreatinine serum	45- 100	523 = KREA-B
MDRD	<65 jaar > 60 >65 jaar > 45	1919 = KREM-B
TSH	0.40- 4.0	1385 = TSH-B
TSH(indien afw. vrije T4)	13- 24	348 = FT4-B
ALAT	< 29	35 = ALAT-B
Gamma GT	Man: < 55 Vrouw: < 38	359 = GGT-B
Natrium	135- 145	624 = NA-B
Kalium serum	3,5- 5,0	513 = K-B
Foliumzuur	7-24	336 = FOLI-B
Vit B1	85- 190	1411= VB1-B
Vit B6	50- 230	1414 = VB6-B
Vit B12	150- 699	1412 = VB12-B
Hb	Leeftijd vanaf 18 jaar: Man: 8,1- 10,9 Vrouw: 7,5- 9,9	412 = HB-B
Ht	Man: 0,40- 0,50 Vrouw: 0,36- 0,47	484 = HT-B
CRP	0-9	227 = CRP-B
Leuko's	4,0- 9,9	547 = LEUK-B
calcium	2,2- 2,59 mmol/l	152 = CA-B
Albumine (serum)	28- 43g/l	36 = ALB-B
Nitriettest	Neg	636 = NITTR-U
Urinekweek	Neg	1338 = STAK-U

Gebruikte bronnen en literatuur

[i] Prevalentie in diverse studies

1. Van Iersefl MB, Jansen DRM, Olde Rikkert MGM van : Frailty bij ouderen. Ned TijdschrGen2009;153:A183.
2. Fried LP, Ferruci L,iDartes J: Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity. J Gerontology 2004

[ii] Screening en casefinding

1. Fried LP, Tange CM, Walston J, et al. Frailty in older adults N Engl J Med 2003; 348, 42.
2. Easy care, Universiteit Nijmegen
3. Groninger Frailty index. Schuurmans, H, Steverink N, Lindenberg S, Frieswijk N, Slaets JPJ (2004). Old or frail: what tells us more? Journals of Gerontology: Medical Sciences, 59A, 962-65.
4. VU University Amsterdam, LASA onderzoek Longitudinal Aging Study Amsterdam, lopend bevolkingsonderzoek onder ouderen

- Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen Verlee E, Van der Sande R, Abel R, Brandon S, De Groot J, Quist-Anholts GWL, Rijnbeek CM, Van Bruchem-Steen Redeker H, Wilbrink N, Wisselink H, De Bont M, Vriezen JA, 2017, NHG en V&VN https://www.nhg.org/themas/publicaties/lesa-zorg-voor-kwetsbare-ouderen

- Visie Huisartsenzorg voor ouderen Samen werken aan persoonsgerichte zorg, Ontwikkeld door NHG, Laego en LHV met medewerking van InEen (2017) https://www.beteroud.nl/lokaal-samenwerken/visie-huisartsen-ouderenzorg

- Hoedemakers, M., Leijten, F. R. M., Looman, W., Czypionka, T., Kraus, M., Donkers, H., … Rutten-Van Mölken, M. (2019). Integrated care for frail elderly: A qualitative study of a promising approach in the netherlands. International Journal of Integrated Care, 19(3), 1–11. https://doi.org/10.5334/ijic.4626

- NVKG. (2018). *Zorgpad kwetsbare ouderen over de keten en in het ziekenhuis*. Utrecht.
- Huijsman, R., Boomstra, R., Verbeek, M., & Döpp, C. (2018). *Herziene Zorgstandaard Dementie "Samenwerken op m aat voor personen met dementie en mantelzorgers"*.

- Merwijk, C. van, Bont, M. de, Haaren, E. van, Rosendal, H., & Wigboldus, M. (2012). Expertisegebied wijkverpleegkundige. https://doi.org/urn:nbn:nl:hs:22-58149

- Verlee, E., R, V. D. S., Abel, R., Brandon, S., J, D. G., Gwl, Q., … Ja, V. (2017). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen. Huisarts en Wetenschap, 60(6), 1–12.

- Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Dementie, Boomsma LJ, De Bont M, Engelsman C, Gussekloo J, Hartman C, Persoon A, Sprey M, Wind AW. Huisarts Wet 2005;48(3):124-6., NHG en LvW (Landelijke Vereniging Wijkverpleging) 2005. https://www.nhg.org/themas/artikelen/lesa-dementie-met-de-wijkverpleegkundigen

- Ketenzorg, praktijk in perspectief, Rosendal, H., Ahaus, K., Huijsman, R., & Raad, C. (2009).

- Protocollaire ouderenzorg Editie 2015, S. van Maurik-Brandon, V.H. ten Dam, P.L.J. Dautzenberg (2015).

Handige websites:

- NHG Dossier Ouderenzorg
  https://www.pozobnet.nl/groep-menu/programma-kwetsbare-ouderen/tips-info-en-achtergrond/nhg-dossier-ouderenzorg

- In geval van grijze gebieden of tegengestelde berichten over een Wlz-indicatie, bijvoorbeeld bij heel specifieke situaties of casuïstiek kun je contact opnemen met het Juiste Loket van de overheid via telnr 030-7897 878 of website https://www.informatielangdurigezorg.nl.
  Zij geven advies op maat van de specifieke casus.

- Handige website over zorg en ondersteuning thuis
  https://www.pozobnet.nl/groep-menu/programma-kwetsbare-ouderen/tips-info-en-achtergrond/handige-website-over-zorg-en-ondersteuning-thuis

- Zoek je lokale diensten? Kijk hier:
  https://www.alleszelf.nl/

- Zorg voor Beter, betrouwbare kennis gebundeld
  https://www.zorgvoorbeter.nl/

- Respijtzorg
  https://www.vilans.nl/producten/infographic-voorbeelden-regelingen-respijtzorg

- De 'Reisgids Mantelzorg' (Lodewijk Schmidt Jongbloed, 2018) geeft op overzichtelijke wijze en in begrijpelijke taal wegwijs in de wereld van zorg voor ouderen. Een kleine investering (€14,95) voor een breed overzicht van alle zorgprofessionals, wetten en instanties die je tegenkomt in de zorg voor ouderen en de nodige handvatten om de mantelzorg te ondersteunen.