

juni
2025



Kwetsbare ouderen thuis

handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk

Status van de multidisciplinaire handreiking

Deze handreiking gericht op kwetsbare ouderen thuis, waarbij het gaat om integrale behandeling, zorg en ondersteuning in de wijk, presenteert een ambitieus beeld, ondersteund door zeventien landelijke organisaties uit het medisch-, zorg- en sociaal domein.

De kern van de handreiking bestaat uit zes stappen die in de praktijk invulling geven aan persoonsgerichte, proactieve en samenhangende behandeling, zorg, begeleiding en ondersteuning aan thuiswonende kwetsbare ouderen in een complexe zorgsituatie.

De mogelijke rol- en taakverdeling van de betrokken professionals én de kwetsbare oudere zelf komen in de handreiking aan de orde. Het document is bedoeld als handreiking voor lokale en regionale eerstelijns zorgpartijen en partijen in het sociaal domein, om samen te gebruiken in de afspraken over hoe de care en cure en begeleiding en ondersteuning rond en met individuele kwetsbare ouderen thuis (met de familie en het sociaal netwerk) kan worden georganiseerd. De handreiking is multidisciplinair en domein-overstijgend. Het

document heeft geen verplichtend karakter en er kunnen ook geen rechten aan worden ontleend. Deze proactieve, persoonsgerichte en samenhangende zorg en ondersteuning is uitsluitend mogelijk als aan bepaalde randvoorwaarden, zoals financiering en voldoende gekwalificeerd personeel is voldaan. De afspraken over deze randvoorwaarden worden regionaal tussen de betrokken partijen gemaakt, binnen de landelijke kaders van wet- en regelgeving, passend bij de regionale situatie om de zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen op de gewenste wijze te kunnen bieden.

In het kader van Passende Zorg en ondersteuning zal de effectiviteit van de handreiking actief en gericht worden geëvalueerd met praktijkgericht implementatie- en actieonderzoek (in verbinding met de academische werkplaatsen).



Inhoud

Introductie	4 >	Context	48 >
Het 6-stappen plan kwetsbare ouderen	6 >	Uitgangspunten bij deze handreiking	50 >
Stap 1 Signalering	7 >	Vroegsignalering en preventie	51 >
Stap 2 Gesprek met oudere en/of mantelzorger	11 >	Passende zorg	51 >
Stap 3 In kaart brengen kwetsbaarheid	15 >	Focus op gezondheid en kwaliteit van leven	51 >
Stap 4 Bespreking bevindingen brede domeinanalyse met direct betrokken professionals	19 >	Samen beslissen	51 >
Stap 5 Breed multidisciplinair overleg	22 >	Eigen regie, zelfmanagementondersteuning en herstelgerichte zorg (reablement)	51 >
Stap 6 Bespreken MDP en IZP met oudere en familie, uitvoeren en evalueren	24 >	Proactieve zorgplanning	52 >
		Multidisciplinaire samenwerking, verbinding met sociaal domein en bredere eerstelijnszorg	52 >
Rollen en taken betrokken professionals en ouderen	27 >	Vroegsignalering in de thuissituatie	53 >
Oudere/mantelzorger	28 >		
Huisarts/verpleegkundig specialist/POH	29 >	Bijlagen	57 >
Openbaar apotheker	31 >		
Wijkverpleegkundige	34 >	Colofon	58 >
(Geriatric) Fysiotherapeut	36 >		
Ergotherapeut	38 >		
Diëtist	40 >		
Specialist ouderengeneeskunde/verpleegkundig specialist	42 >		
gz-psycholoog	44 >		
Sociaal domein professional/sociaal werk professional	46 >		



Introductie

In 2040 is de vergrijzing op zijn hoogtepunt en stabiliseert daarna. Dan telt Nederland naar verwachting meer dan een kwart 65-plussers (CBS, 2022). Professionals in de eerstelijns beantwoorden verreweg het grootste deel van de zorg-, begeleiding- en ondersteuningsvragen van ouderen. Om de samenwerking tussen medisch, zorg en sociaal domein in de wijk te bevorderen en zelfmanagement van ouderen te vergroten (in lijn met de [Visie eerstelijnszorg 2030](#)) wil de ‘Handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk aan kwetsbare ouderen thuis’ (hierna: handreiking) handvatten bieden. Hiermee wordt op individueel niveau de behandeling, zorg, begeleiding, zelfmanagement en ondersteuning vormgegeven. In het hoofdstuk [Context](#) wordt uitgelegd welke ontwikkelingen hebben geleid tot de herijking en actualisering van de handreiking. Deze context is uitgewerkt in de [Uitgangspunten](#) van waaruit de integrale, proactieve behandeling, zorg, begeleiding en ondersteuning wordt vormgegeven.

De handreiking beschrijft in een 6-stappenplan op **WELKE** wijze de identificatie van de doelgroep kwetsbare ouderen in een complexe zorgsituatie kan plaatsvinden, **WAT** de behandeling, zorg en ondersteuning aan de specifieke doelgroep inhoudt (waar kwetsbare ouderen en mantelzorg op zouden moeten kunnen rekenen) en geeft tips en suggesties (tools) **HOE** deze zorg en ondersteuning kan worden geboden.

Doelgroep van de Handreiking: kwetsbare ouderen in een complexe zorgsituatie thuis

Kwetsbaarheid is een dynamisch begrip, variërend in complexiteit van behandeling, zorg- en ondersteuningsbehoefte.

In 2021 heeft Zorginstituut Nederland de beschreven complexe zorg en ondersteuning in de handreiking 2019 verduidelijkt voor de specifieke groep kwetsbare ouderen in een complexe zorgsituatie thuis. Kwetsbaarheid wordt vastgesteld op basis van de problemen in het functioneren naast cognitieve problemen, een of meer geriatric giants, multimorbiditeit, polyfarmacie of problemen met de uitvoer van algemene

dagelijkse verrichtingen. Van een complexe zorgsituatie is sprake als er meerdere zorgverleners betrokken zijn naast de huisarts, praktijkondersteuner ouderenzorg en de wijkverpleegkundige of als de oudere of de mantelzorger niet in staat is regie te voeren over de zorg. Daarnaast speelt het oordeel van de betrokken zorgverleners over de noodzakelijkheid van goede afstemming, coördinatie van zorg en meer expertise een belangrijke rol in het vaststellen van de complexiteit van de zorgsituatie.

Doelgroep

(tabel uit [notitie kwetsbare ouderen thuis met een complexe zorgsituatie - Zorginstituut Nederland 2021](#))

75-plussers¹ met één of meer van de volgende problemen:

- problemen met de cognitie
- één of meer *geriatric giants*: vallen, ondergewicht, incontinentie, decubitus, depressie, communicatiestoornis
- multimorbiditeit
- polyfarmacie
- problemen met de uitvoer van algemene dagelijkse levensverrichtingen.

Plus

- verminderd functioneren op meerdere gebieden of ernstig verminderd functioneren op één gebied.

Plus

- zorg van andere zorgverlener(s) naast zorg van de huisarts en wijkverpleegkundige.

Plus

- verminderd in staat (oudere zelf of mantelzorger) om regie te voeren op de zorg en ondersteuning.

Plus

- door betrokken zorgverleners vastgestelde noodzaak tot
- betere afstemming en coördinatie van zorg en ondersteuning.

OF

- meer expertise op het gebied van diagnostiek, behandeling of begeleiding.

OF

- casemanagement.

¹ Het gaat vooral, maar niet uitsluitend om 75+

Leeswijzer

De handreiking start met een **schematisch overzicht** van de 6 stappen als een dynamisch proces. Vervolgens worden de 6 stappen inhoudelijk beschreven, waarbij steeds de beschikbare tools voor ouderen en professionals zijn opgenomen.

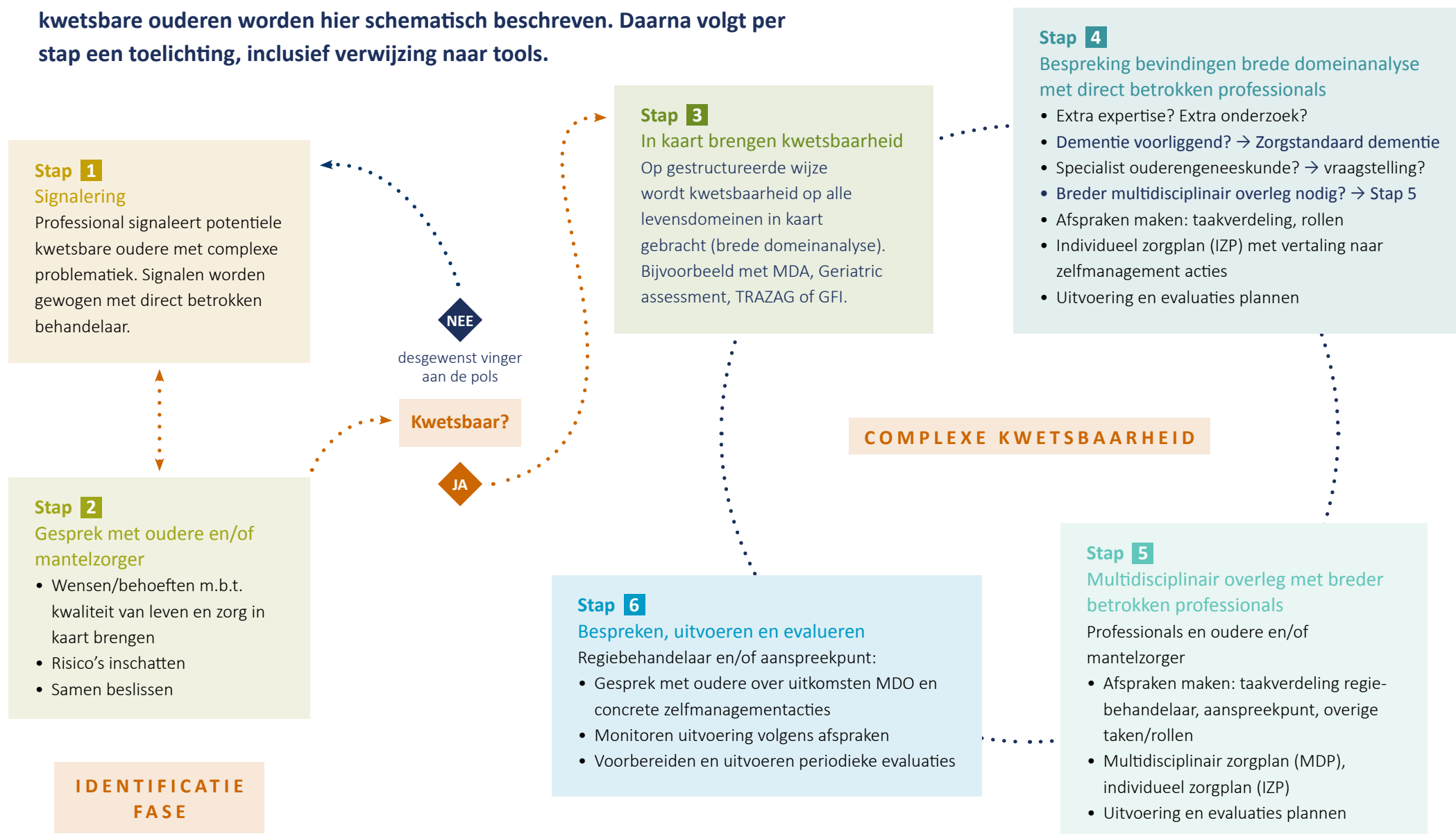
In de identificatiefase worden potentiële kwetsbare ouderen **gesignaleerd (stap 1)**. De situatie wordt ingeschat in **gesprek met oudere en mantelzorger (stap 2)**. Samen beslissen oudere en professionals of sprake is van een complexe situatie. Als dat het geval is wordt in **stap 3** de **kwetsbaarheid** op alle levensdomeinen **in kaart** gebracht. De uitkomsten van de brede domeinanalyse worden in **stap 4 besproken door de direct betrokken professionals**: er worden afspraken gemaakt over welke behandeling, zorg en ondersteuning nodig is, welke professionals moeten worden betrokken en wat zijn de doelen van de zorg en de ondersteuning. Als er een **breder multidisciplinair overleg (stap 5)** nodig is worden daarin de taken en rollen verdeeld. Vervolgens wordt de **behandeling, zorg, begeleiding en ondersteuning met de oudere besproken, uitgevoerd, geëvalueerd (stap 6)** en indien nodig aangepast.

In het tweede deel van de handreiking worden de mogelijke **taken en rollen** van elke professional per stap aangegeven.



Het 6-stappen plan kwetsbare ouderen

De 6 stappen voor proactieve, geïntegreerde zorg en ondersteuning aan kwetsbare ouderen worden hier schematisch beschreven. Daarna volgt per stap een toelichting, inclusief verwijzing naar tools.



Discipline	Omschrijving	Tools
	Signalering Professional signaleert mogelijk kwetsbare oudere op basis van: • regulier contact • signalen sociale omgeving • signaal professionals	> Vroegsignalering in de thuissituatie
Huisartsenpraktijk	Vroegsignalering Risicofactoren m.b.t. kwetsbaarheid: • multimorbiditeit • één of meer geriatric giants (vallen, ondergewicht, incontinentie, decubitus, depressie, communicatiestoornis) • het ontbreken van een sociaal netwerk • frequent praktijkbezoek • recent verlies van een partner • alleenstaand zijn • moeite hebben eigen regie te voeren • een lage opleiding • laaggeletterdheid • een recente ziekenhuisopname • een overbelaste mantelzorger • polyfarmacie • frequent gebruik huisartsenspoedpost/SEH	> BeterOud 'Hoe pak je vroegsignalering aan?' > HIS-referentiemodel
Sociale omgeving • Mantelzorger, familie, buren • Vrijwilligers zoals kerk/parochie, moskeeën, vrouwenvereniging, migrantenorganisaties, zelforganisaties • 'Zakelijk': woningbouw, bezorgdiensten, huishoudelijke hulp, wijkagent, middenstand • Sociaal werk • GGD	Niet-pluis gevoel • Naar betrokken professional (wijkteam, wijkverpleegkundige of huisartsenpraktijk afhankelijk van aard problematiek)	> Signalen rond voeding? Goed gevoed ouder worden > Om U 3.0: 4D signaalkaart kwetsbare ouderen voor huishoudelijke medewerkers

Stap 1 Signalering (vervolg)

Discipline	Omschrijving	Tools
Wijkverpleging en thuiszorg		> Toolbox indicatieproces > Richtlijnen kennisplatform V&VN
Paramedici		> Paramedische richtlijn Kwetsbare ouderen 2024 > Toolkit vroege herkenning en behandeling ondervoeding > Multidisciplinaire richtlijn Ondervoeding > Singeleer ondervoeding (voedingscentrum)
Openbaar apotheker	Signalering • Bij contact in de apotheek of bij de patiënt thuis signalering van risicofactoren m.b.t. kwetsbaarheid: multimorbiditeit, polyfarmacie, problemen met ordening van medicatie, één of meer geriatric giants. Denk ook aan signalering niet opgehaalde medicatie met mogelijk problemen/ (financiële)stress als oorzaak Signalering op farmacotherapeutische problemen bij ouderen: • medicatiebewaking bij terhandstelling (o.a. op wisselwerking, overgevoeligheden) • farmacotherapeutische analyse gericht op opsporing specifieke problemen zoals een proactieve screening op bijvoorbeeld valrisico verhogende geneesmiddelen, therapieontrouw/ ordeningsprobleem, ontbreken van preventieve medicatie • periodieke farmacotherapeutische analyse m.b.t geïndividualiseerde distributievorm (GDV) bij ouderen die een medicijnrol gebruiken. Net als bij een medicatiebeoordeling wordt de farmacotherapie als geheel bekeken, alleen hoeft dit niet altijd gekoppeld te zijn aan een gesprek met de patiënt • medicatiebeoordeling conform Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen	> Valrisicotest vanuit lokale/regionale samenwerking rondom valpreventie > G-standaard Apotheek Informatie Systeem: Medicatiebewaking in de G-Standaard — Z-Index > MFB's, zorgschillen, clinical rules voor proactieve screening: Medisch Farmaceutische Beslisregels (MFB's), KNMP > KNMP-richtlijn GDV: Geïndividualiseerde Distributievorm (GDV) > MDR Polyfarmacie bij Ouderen

Stap 1 Signalering (vervolg)

terug naar overzicht
6-stappenplan 

Discipline	Omschrijving	Tools
Tandarts/mondzorg		> Screenings- en verwijsinstrument Mondzorg
Tweede lijn • Ziekenhuis (ontslag/transmurale zorgbrug) • SEH (overdracht zorg avond, nacht en weekenden (ANW)) • Eerstelijnsverblijf (ELV) (ontslag) • Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) • Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)		

1

2

3

4

5

6

Vroegsignalering houdt het vroegtijdig signaleren van problemen in om latere escalatie te voorkomen. Verschillende beroepsgroepen in het medische en sociale domein hebben tools ontwikkeld om eerste signalen op te merken (zie schema).

In het hoofdstuk **Vroegsignalering** wordt uitgebreid ingegaan op de achtergrond van vroegsignalering door sociale omgeving en professionals. Integratie proactieve zorg vergt een samenbrengen van signalen vanuit verschillende betrokkenen, en dus samenwerking tussen alle betrokkenen in de wijk/regio.

Signalen van kwetsbaarheid kunnen zowel bij het sociaal wijkteam, het team wijkverpleging of de huisartsenpraktijk binnenkomen via mantelzorger en de sociale omgeving, apotheek of via andere professionals (fysiotherapie, diëtist, sociaal werker e.v.a.).

De medewerkers van de huisartsenpraktijk kunnen zelf kwetsbaarheid signaleren bij regulier contact (assistente, praktijkondersteuner, huisarts, e.a.). De huisartsenpraktijk kan ook aan vroegsignalering doen door bijvoorbeeld jaarlijks de ingeschreven 75-plussers uit te draaien en te beoordelen op risicofactoren m.b.t. kwetsbaarheid (dit valt onder extra aanbod huisartsenzorg).

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

Vroegsignalering in de huisartsenpraktijk (extra aanbod huisartsenzorg)

Met screeningsinstrumenten kun je de kwetsbaarheid van ouderen opsporen en benader je ouderen op een systematische manier. Een prima methode om kwetsbare ouderen te selecteren, ook als ze zorg mijden. De instrumenten zijn o.a. gebaseerd op de risicofactoren m.b.t. kwetsbaarheid. [Kijk voor een beschrijving op de website van BeterOud 'Hoe pak je vroegsignalering aan'.](#)

Stap 2 Gesprek met oudere en/of mantelzorger

terug naar overzicht
6-stappenplan 

Discipline	Omschrijving	Tools
	Samen beslissen: • proactieve zorgplanning: wensen/noden kwaliteit van leven en zorgbehoefte • risico's inschatten • kwetsbaarheid vaststellen	> Spinnenweb positieve gezondheid > Het 4Domeinenmodel > Netwerk rond oudere in kaart brengen > Samen beslissen met Topics-SF
Huisartsenpraktijk /Praktijkondersteuner Wijkverpleegkundige Verpleegkundig specialist	Aandachtspunten voor het gesprek; Oudere benaderen voor gesprek: doel en gewenste voorbereiding (bijvoorbeeld attenderen op mijnpositievegezondheid.nl/ mijnkwaliteitvanleven.nl)	> Generiek kompas Samen werken aan kwaliteit van bestaan
Oudere/mantelzorger	Vorbereiden op gesprek Gericht op ouderen met migratieachtergrond Gericht op overbelasting mantelzorg Samen beslissen	> Vragenlijst Mijnkwaliteitvanleven.nl > Positieve gezondheid > Begin een goed gesprek > Mantelzorg huisartsenpraktijk > Mantelzorg overbelasting herkennen > Zelfcheck mate van belasting mantelzorger d.m.v. 3-minutencheck > Persoonsgerichte zorg, folder Samen beslissen ouderen > Tools voor samen beslissen > Zakkaartje voor samen beslissen

Stap 2 Gesprek met oudere en/of mantelzorger (vervolg)

terug naar overzicht
6-stappenplan 

Discipline	Omschrijving	Tools
Sociaal domein		> Toolkit wensen behoeften van ouderen > Positieve gezondheid
Openbaar apotheker/apotheekteam	Gesprek met oudere/mantelzorger over kwetsbaarheid/risico's m.b.t. medicatiegebruik: behoefte patiënt (bijv. ten aanzien van minderen en stoppen medicatie), zorgen over medicatie, knelpunten in het gebruik, medicatieoptimalisatie n.a.v. signalering risico's Intercollegiaal overleg met huisarts over de farmacotherapie gerelateerde risico's zodat de huisarts het advies van de apotheker mee kan nemen in het gesprek met de patiënt	> KNMP-richtlijn Consultvoering > MDR Polyfarmacie bij Ouderen
Diëtist	Gesprek met oudere/mantelzorger m.b.t. voeding, zorgen over ondervoeding	

Bij ouderen met een verhoogde kans op kwetsbaarheid wordt de situatie ingeschat aan de hand van een gesprek met de oudere en zo mogelijk met diens mantelzorger.

Proactieve zorgplanning draagt bij om in elke fase recht te doen aan wat voor de oudere en diens kwaliteit van leven belangrijk is. Dit gesprek kan worden gevoerd door de huisarts, de wijkverpleging of de specialist ouderengeneeskunde. Het is belangrijk dat de oudere en mantelzorger zich goed kunnen voorbereiden op het gesprek. Hierbij is het belangrijk aan te sluiten bij de achtergrond van de oudere en mantelzorger (samen beslissen). Voor verschillende doelgroepen zijn verschillende middelen beschikbaar ([zie schema oudere/mantelzorger](#)).

Doel van dit gesprek is driedig:

1. nagaan welke mogelijkheden, wensen en noden er zijn m.b.t. kwaliteit van leven en zorg,
2. nagaan welke risico's er zijn bij het ontwikkelen van kwetsbaarheid,
3. gezamenlijk vaststellen of er sprake is van kwetsbaarheid.

De mogelijkheden, wensen en noden worden vastgelegd (en waar mogelijk gedeeld met andere betrokken professionals) en besproken. Indien mogelijk, en wenselijk geacht door de oudere en diens mantelzorger worden acties ingezet door patiënt, mantelzorger, vrijwilligers en professionals. In gezamenlijk overleg wordt besloten over de vervolgstappen.

Indien er risico's zijn op het ontstaan van kwetsbaarheid in de (nabije) toekomst, worden gerichte adviezen gegeven over het voorkomen ervan (valpreventie, voeding,

versterken steunsysteem, sociale zelfredzaamheid, etc.). Waar nodig worden ouderen en mantelzorgers ondersteund in het opvolgen van deze adviezen. Bij al deze ouderen wordt tevens nagegaan of het dossier op orde is m.b.t. de medische voorgeschiedenis en de medicatielijst. Liefst voor iedereen, maar in ieder geval voor de alleenwonende ouderen, worden gegevens van een mantelzorger (naam, 06 nummer) genoteerd. Het is belangrijk om al in dit stadium expliciet toestemming te vragen aan oudere en mantelzorger om gegevens te mogen delen met andere betrokken professionals.

Kwetsbaar?

Indien er sprake is van kwetsbaarheid volgt stap 3.

Niet kwetsbaar?

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

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

Welzijn op Recept²

Welzijn op Recept is een alternatief voor mensen met psychosociale klachten. In plaats van het 'traditionele pilletje' voor te schrijven, verwijst de huisarts deze patiënten door naar een welzijnscoach. Klachten als vermoeidheid, pijn in de nek, maar ook stress, angst en somberheid hebben lang niet altijd een medische oorzaak. Vaak spelen onderliggende sociaal maatschappelijke problemen een rol, zoals overlijden van een partner, verlies van werk, eenzaamheid etc. Via Welzijn op Recept worden patiënten verwezen naar de welzijnscoach.

Welzijn op Recept is in hoge mate ook een vorm van integrale zorg. Integrale zorg is een andere manier van organiseren waarbij de patiënt/inwoner en zijn hele leven centraal staat. Voor Welzijn op Recept betekent dit dat zorg en welzijn nauw met elkaar samenwerken om samen de juiste zorg te kunnen leveren.

Het Zorginstituut Nederland ondersteunt bij het verzamelen van goede voorbeelden van passende zorg. De factsheet [Passende zorgpraktijk Welzijn op recept](#) richt zich o.a. op kwetsbare ouderen.

² Bron definitie Welzijn op Recept: Landelijk Kennisnetwerk Welzijn op Recept

Gesprek met oudere/mantelzorger - voorbereiding

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

- Ouderen met een migratieachtergrond: In het kader van het Utrechtse zorgnetwerk NUZO is in samenwerking met NOOM een [vragenlijst](#) ontwikkeld waarmee ouderen zich kunnen voorbereiden op het gesprek. Meer informatie vindt u op [BeterOud](#).
- [Mijnkwaliteitvanleven.nl](#) is een hulpmiddel voor ouderen om hun eigen situatie in kaart te brengen. Dat gebeurt aan de hand van een vragenlijst. Met [mijnkwaliteitvanleven.nl](#) kunnen ouderen zich voorbereiden om keuzes te maken en hun situatie te bespreken met anderen. Het kan ouderen helpen om onder woorden te brengen hoe het met hen gaat en wat van invloed is op hun kwaliteit van leven.
- Werkt de praktijk vanuit het concept positieve gezondheid: [Positieve gezondheid biedt kansen in de ouderenzorg](#).
- [Samen beslissen met kwetsbare ouderen](#), gebaseerd op het artikel 'Model voor gezamenlijke besluitvorming met kwetsbare ouderen' van M. van der Pol et. al, 2017.

Gesprek met huisarts

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

Pharos heeft verschillende publicaties met betrekking tot laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden.

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

Informatie voor anderstalige mantelzorgers

Informatie voor mantelzorgers is beschikbaar op [Mantelzorg.nl](#), ook voor anderstalige mantelzorgers (Turks, Arabisch, Mandarijn en Farsi).

Stap 3 In kaart brengen kwetsbaarheid

Discipline	Omschrijving	Tools
Huisartsenpraktijk /Huisarts /Praktijkondersteuner /Praktijkverpleegkundige /Verpleegkundig specialist	Bij kwetsbare oudere: • brede domeinanalyse: op een gestructureerde wijze wordt nagegaan welke problemen de oudere ervaart op de verschillende domeinen (lichamelijk, psychisch, functioneel, sociaal, evt. ook m.b.t. zingeving) Proactieve zorgplanning Medicatiebeoordeling (zie openbaar apotheker)	> Screeningsinstrumenten om kwetsbaarheid te meten Bijvoorbeeld: Easycare-TOS; GFI, TFI, TraZAG (zie verwijzing hierboven) > MMSE/MoCA/7MS > Handreiking proactieve zorgplanning > Richtlijn proactieve zorgplanning
Oudere	Proactieve zorgplanning	> Gespreksinstrument positieve gezondheid > Wegwijzer wilsverklaring > Thuisarts - Verken uw wensen voor zorg en behandeling > Thuisarts - Keuzehulp wel of geen onderzoek naar dementie > Ik wil praten over mijn levenseinde > Publieksversie zorgstandaard dementie
Openbaar apotheker	Medicatiebeoordeling: • beoordeling van de farmacotherapie door patiënt, arts en apotheker o.b.v. gestructureerde kritische evaluatie van de medische-, farmaceutische- en gebruiksinformatie Andere vormen van medicatie-evaluatie: • naast medicatiebeoordeling vinden ook andere vormen van medicatie-evaluatie plaats (MDR Polyfarmacie bij Ouderen). Dit zijn medicatie-evaluaties die niet alle aspecten of componenten van een medicatiebeoordeling omvatten. Niet de integrale farmacotherapie maar een deelaspect wordt geëvalueerd in een analyse en/of consult met de patiënt, bijvoorbeeld gericht op een specifiek geneesmiddel, een specifieke aandoening of een specifieke zorgvraag zoals in de apotheek (zie ook tabel pag 8)	> Module Medicatiebeoordeling Onderdeel van de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen > Eindrapport Optimaliseren van medicatiegebruik bij ouderen > G-standaard Apotheek Informatie Systeem: Medicatiebewaking in de G-Standaard — Z-Index > MFB's, zorgschillen, clinical rules: Medisch Farmaceutische Beslisregels (MFB's) KNMP

Stap 3 In kaart brengen kwetsbaarheid (vervolg)

Discipline	Omschrijving	Tools
Wijkverpleegkundige /Casemanager dementie	Analyse zorgproblemen: verzamelen en onderzoeken gegevens	> Omaha system: onderdeel verzamel en onderzoek gegevens > Toolbox indicatieproces V&VN
Specialist ouderengeneeskunde /Verpleegkundig specialist	Geriatric assessment Medicatiebeoordeling (zie openbaar apotheker)	> Handreiking Geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde > Informatiekaart Geriatrisch assessment Onderzoek door de specialist ouderengeneeskunde > Handreiking diagnostiek van dementie > Triage-instrument > PZP > Delier bij volwassenen en ouderen
(Geriatric) Fysiotherapie	Frailty Index for Physical activity (EFIP) Valanalyse	> Coach2Move is een geprotocolleerde fysiotherapeutische aanpak voor thuiswonende kwetsbare ouderen (70+) met al bestaande of dreigende mobiliteitsproblemen > Valanalyse
Ergotherapie	EDOMAH programma: ergotherapie bij ouderen met dementie en hun mantelzorger aan huis. Verschillende diagnostische instrumenten zoals AMPS, meetinstrument om vermogen zelfzorg en huishoudelijke taken in kaart te brengen	> EDOMAH > Meetinstrument AMPS > ADL observatielijsten (voorbeeld lijst) > Pro ergo - PRPP - ACLS - WCPA
Diëtist		> Multidisciplinaire richtlijn voor ondervoeding > Paramedische richtlijn kwetsbare ouderen > Screeningsinstrumenten ondervoeding

Stap 3 In kaart brengen kwetsbaarheid (vervolg)

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

Discipline	Omschrijving	Tools
gz-psycholoog	In geval van een geriatrisch assessment draagt een psycholoog hieraan bij door bijvoorbeeld een neuropsychologisch onderzoek te doen of diagnostiek gericht op stemming of probleemgedrag	> Handreiking extramuraal werken door de gz-psycholoog
Mondzorg		> Screeningsformulier De mond niet vergeten

1

2

3

4

5

6



Voor de brede domeinanalyse zijn diverse modellen en vragenlijsten beschikbaar. Deze probleeminventarisatie-instrumenten zijn vaak semigestructureerde interviews waarmee je systematisch gegevens kunt verzamelen op alle relevante functiedomeinen. Op onderdelen kunnen gericht deelinstrumenten worden gebruikt, zoals een MMSE, de MoCa of de 7MS bij het vermoeden van cognitieve problemen. Een brede domeinanalyse wordt afgenomen door een daartoe opgeleide professional, bijvoorbeeld de huisarts, praktijkverpleegkundige of wijkverpleegkundige, verpleegkundig specialist of specialist ouderengeneeskunde. Ook iemand uit het sociaal wijkteam, een paramedicus, casemanager dementie of de gz-psycholoog kan (een deel van) de brede domeinanalyse voor zijn/haar rekening nemen. Bij deze brede domeinanalyse gaat het gesprek niet alleen over ervaren problemen, maar juist ook over behoeften, wensen en prioriteiten van de oudere ten aanzien van zijn kwaliteit van leven en zorg. Deze informatie moet namelijk leidend zijn in de formulering en prioritering van de behandeldoelen.

De specialist ouderengeneeskunde heeft expertise op het gebied van multimorbiditeit, is meer vertrouwd met het verloop van verschillende chronische ziekten (dementie, Parkinson, e.v.a.) en kan systeempromatiek m.b.t. familie en verzorgenden analyseren (zie: [productenboek specialist ouderengeneeskunde](#)).

De specialist ouderengeneeskunde kan op een aantal manieren worden ingezet:

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

Zorgstandaard dementie

De Zorgstandaard Dementie 2020 beschrijft wat goede zorg en ondersteuning is voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. Samenhangend, persoonsgericht en integraal. Binnen deze zorg en ondersteuning speelt de [casemanager dementie](#) een belangrijke rol.

Op de website zorgstandaarddementie.nl staat de zorgstandaard dementie beschreven en alle kennis en informatie over de ondersteuning van mensen met dementie en hun naasten

Als de specialist ouderengeneeskunde wordt ingezet voor diagnostiek en/of de regiebehandelaar is, zal deze een geriatric assessment uitvoeren om de kwetsbaarheid op verschillende domeinen vast te stellen. Ook zal deze dan een medicatiebeoordeling uitvoeren.

De gz-psycholoog kan op basis van collegiale consultatie worden betrokken in de brede domeinanalyse.

Net als in stap 2 is proactieve zorgplanning (verwijzing naar uitgangspunten) belangrijk in het gesprek met oudere en/of mantelzorger. Dit omvat zowel fysieke, psychische, sociale als zingevingsdimensie.

De medicatiebeoordeling wordt uitgevoerd door de apotheker in samenwerking met de arts. Dit is meestal de huisarts en/of de specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast kan de apotheker een farmacotherapeutische analyse doen of andere vormen van medicatie evaluatie (zie tabel pag. 15).

Stap 4 Bespreking bevindingen brede domeinanalyse met direct betrokken professionals

Discipline	Omschrijving	Tools
Direct betrokken professionals	Bespreken van de bevindingen met direct betrokken professionals in een MDO • Analyse problemen • Aanvullende expertise nodig? • Aanvullende assessments nodig? • Diagnose dementie voorliggend? Ga naar zorgstandaard Dementie Afspraken over samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling worden gemaakt over: • de verdeling van taken en zorgverlening bij de oudere • wie de regiebehandelaar is • in een multidisciplinair plan (MDP) worden afspraken en taakverdeling tussen zorgprofessionals vastgelegd Aandachtspunten voor de coördinatie zijn: • de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening en ondersteuning aan de oudere/mantelzorger • initiëren van aanpassing in de zorg en ondersteuning als dat nodig is • initiëren van adequate informatie-uitwisseling, acties, evaluaties en bijstellingen worden besproken en vastgelegd in een IZP • bewaken van afstemming tussen betrokken hulpverleners in zorg en welzijn • één aanspreekpunt voor de oudere/mantelzorger • multidisciplinaire afstemming en overleg met andere professionals nodig? Zo ja: ga naar stap 5 • interpretatie van de bevindingen en voorstellen voor vervolg maken • de uitkomsten van het MDO worden vastgesteld in het MDP. Het MDP bespreken met oudere en mantelzorger (proactieve zorgplanning, samen beslissen) om mee te nemen in het individueel zorgplan (IZP) • algemeen doel(en) formuleren in het IZP	> Zorgstandaard dementie > Multidisciplinair plan > MDP > Proactieve zorgplanning > IZP

De bevindingen uit de brede domeinanalyse worden middels een MDO in eerste instantie besproken met de direct betrokken professionals. Hierin kunnen de huisarts, de praktijkondersteuner, de specialist ouderengeneeskunde, de verpleegkundig specialist, de betrokken wijkverpleegkundige, de apotheker, de betrokken representant van het sociaal domein (wijkteam/sociaal werk/WMO-adviseur) aanwezig zijn. In dit overleg worden de uitkomsten van de probleeminventarisatie besproken en wordt vastgesteld of er aanvullend onderzoek nodig is, of er aanvullende expertise nodig is en of er een breder multidisciplinair overleg nodig is. Als er aanvullend onderzoek en assessment nodig is, wordt dit uitgezet.

In het MDO worden ook de taken, rollen en verantwoordelijkheden verdeeld op basis van de bevindingen uit de brede domeinanalyse, op basis van [Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg \(2022\)](#). Dat houdt in dat er afspraken worden gemaakt over:

- De eigen taken en verantwoordelijkheid van elke betrokken discipline.
- Wie de regie voert over de multidisciplinaire zorg en ondersteuning.
- De [regiebehandelaar](#) bewaakt de continuïteit en samenhang, zorgt voor voldoende afstemming tussen betrokken zorgverleners en ziet erop toe dat er een vast aanspreekpunt is.³
- Verder wordt afgesproken wie medisch inhoudelijk verantwoordelijk is.

Blijkt in de brede domeinanalyse dat dementie de voorliggende diagnose is, dan wordt verwezen naar de Zorgstandaard Dementie. De casemanager dementie wordt dan aanspreekpunt voor oudere en mantelzorger.

Goed voorbeeld van verzamelen en vastleggen

Zorgprogramma ouderen Dokter Drenthe

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

Met de direct betrokken professionals wordt een voorstel voor verder beleid besproken, gebaseerd op de geïnventariseerde problemen en de eerder geïnventariseerde doelen van de oudere zelf, waarbij de problemen geanalyseerd worden: waar hangen ze mee samen en wat betekent dit voor het beleid? De analyse wordt door de regiebehandelaar samengevat in een overzicht van alle geconstateerde problemen en daaruit voortvloeiende acties en interventies. Dit is het multidisciplinair plan. Ook staat duidelijk vermeld welke discipline welke actie voor zijn rekening neemt en wanneer het verloop ervan geëvalueerd en teruggekoppeld wordt. De uitkomsten van dit overleg (MDP) worden besproken met de oudere en mantelzorger door de regiebehandelaar of aanspreekpunt. Samen komen zij tot afspraken in het **individueel zorgplan (IZP)**. (stap 6).

Tevens wordt vastgelegd wie **het aanspreekpunt voor deze oudere** wordt. De regiebehandelaar ziet erop toe dat er één aanspreekpunt is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling van de cliënt of diens naaste betrekking(en).

Het IZP bestaat uit begrijpelijke zelfmanagementacties zodat het voor hen ook duidelijk is wat zij kunnen

doen om een goed verloop te bevorderen (bijvoorbeeld dagelijks wandelen, drinkadviezen, letten op eiwitrijke voeding, etc.). Ook is hierin opgenomen wie gebeld moet worden buiten ‘kantooruren’ (ANW-zorg). Het individueel zorgplan is aanwezig bij de oudere thuis.

Als er een **breder MDO (stap 5)** plaatsvindt, kunnen ook de oudere en/of diens mantelzorger worden uitgenodigd. Afhankelijk van de functie van het MDO.

³ In de uitwerking van de visie eerstelijnszorg is afgesproken om de definitie van ‘regiebehandelaarschap’ uniform te definiëren zodat deze eenduidig kan worden toegepast binnen de eerste lijn.

Verwijzen door en naar sociaal werk organisaties

Wat werkt goed bij het verwijzen en samenwerken?

- Elkaar kennen

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

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

- Eenvoudige werkwijze hanteren

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

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

- Aantrekkelijk aanbod sociaal werk bieden

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

Hoe zorg je hiervoor?

- Verwijzingen direct oppakken.
- Voldoende tijd om de vraag te verkennen.
- Het aanbod is direct toegankelijk.
- Algemeen aanbod sluit aan op veelvoorkomende gezondheidsvraagstukken.

- Meerwaarde sociaal werk duidelijk maken

- Regelmatig terugkoppelen en afstemmen

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

Stap 5 Breed multidisciplinair overleg

Discipline	Omschrijving	Tools
Breed betrokken professionals	Afspraken over samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling worden gemaakt indien dit niet bij stap 4 heeft plaatsgevonden over: • de verdeling van taken en zorgverlening bij de oudere • wie de regiebehandelaar is Aandachtspunten voor de coördinatie zijn: • de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening en ondersteuning aan de oudere/mantelzorger • initiëren van aanpassing in de zorg en ondersteuning als dat nodig is • initiëren van adequate informatie-uitwisseling, acties, evaluaties en bijstellingen worden besproken en vastgelegd • bewaken van afstemming tussen betrokken hulpverleners in zorg en welzijn • één aanspreekpunt voor de oudere/mantelzorger De regiebehandelaar legt de afspraken vast in het dossier (MDP). De afspraken worden met de oudere en de mantelzorger besproken om gezamenlijk tot een individueel zorgplan te komen	> Checklist verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg > Samen beslissen met ouderen in 6 stappen > Bij dementie verwijzen naar zorgstandaard dementie > Samenwerking met casemanager dementie > Ouderenzorg > Individueel zorgplan > Handreiking Multidisciplinair overleg (MDO) > Multidisciplinair plan
Sociaal domein	Verwijzing naar sociaal domein	> Medisch en sociaal verbonden

Op basis van de bevindingen van de direct betrokken professionals kan besloten worden een breder MDO te initiëren. Hiervoor worden de betrokken hulpverleners uit de bredere eerstelijns (medisch en sociaal domein) en indien dit aansluit bij het doel van het MDO, de oudere of diens mantelzorger uitgenodigd. Als de oudere of mantelzorger niet wil of kan deelnemen worden na het MDO de bevindingen vanzelfsprekend teruggekoppeld.

Het doel van het multidisciplinair overleg is het vaststellen welke zorg en ondersteuning nodig is, het onderling afstemmen ervan en het maken van afspraken over coördinatie en het vervolg. Hierbij vormen de afspraken zoals die zijn gemaakt in de [Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg \(2022\)](#) het uitgangspunt.

Er worden **afspraken** gemaakt over:

- de **eigen taken en verantwoordelijkheid** van elke betrokken discipline en welke taken en verantwoordelijkheden eventueel kunnen worden gedelegeerd.

Zie ook de beschrijving bij [stap 4](#).

Stap 6 Bespreken MDP en IZP met oudere en familie, uitvoeren en evalueren

terug naar overzicht
6-stappenplan 

Discipline	Omschrijving	Tools
Regiebehandelaar/aanspreekpunt Betrokken professionals	• Bespreken multidisciplinair plan met oudere en familie • Uitvoeren afspraken uit het MDO Uitvoeren afgesproken acties • Alle betrokkenen rapporteren de ondernomen acties en het verloop ervan bij regiebehandelaar/aanspreekpunt • Evalueren Regiebehandelaar evalueert regelmatig met de oudere/ mantelzorger en past periodiek het individueel zorgplan aan en plant wanneer nodig een nieuw MDO	> Samen beslissen met ouderen in 6 stappen > Eén tegen eenzaamheid > Zelfmanagementondersteuning richtlijnen langdurige zorg - Ervaringsonderzoek, tevredenheidsonderzoek
Oudere/mantelzorger	Vorbereiden op evaluaties, eigen situatie monitoren	> Spinnenweb positieve gezondheid > Mijnkwaliteitvanleven.nl > Dementie.nl
Wijkverpleging	Herstelgerichte zorg (reablement)	> Werken aan reablement > Richtlijnen uit kennisplatform V&VN
Openbaar apotheker	Gesprek met de oudere/mantelzorger in het kader van zorggerelateerde en geïndiceerde preventie om farmacotherapeutische problemen (FTP's) te voorkomen Gesprek met de oudere/mantelzorger naar aanleiding van gesignaleerde problemen/risico's m.b.t. de medicatie(gebruik). Met de patiënt wordt gekeken naar een passende oplossing en worden afspraken gemaakt over de nodige begeleiding en evaluatie	> KNMP Visie Preventie door de openbaar apotheker > KNMP-richtlijnen

Stap 6 Bespreken MDP en IZP met oudere en familie, uitvoeren en evalueren (vervolg)

terug naar overzicht
6-stappenplan 

Discipline	Omschrijving	Tools
(Geriatric) Fysiotherapie	Erkende valpreventie-oefenprogramma's • In Balans • Otago • Vallen Verleden Tijd Coach2Move is een geprotocolleerde fysiotherapeutische aanpak voor thuiswonende kwetsbare ouderen (70+) met al bestaande of dreigende mobiliteitsproblemen. Het RIVM Loketgezondleven heeft de Coach2Move aanpak erkend als effectieve leefstijlinterventie	> Beweeginterventie kwetsbare ouderen > In Balans > Otago > Vallen Verleden Tijd > Coach2move
Ergotherapie		> EDOMAH-programma > Richtlijn kwetsbare ouderen ergotherapie > Ergotherapeutische richtlijn valpreventie > Paramerische richtlijn parkinson
Diëtetiek		> Paramedische richtlijn kwetsbare ouderen > Voedingsrichtlijnen > Loketgezond leven: interventies op gebied van voeding
Mondzorg	Tips en adviezen voor mondzorg aan ouderen: deze brochure geeft een handzame samenvatting van de praktijkwijzer. Aan de hand van zes thema's staan in de brochure praktische adviezen om de mondzorgpraktijk 'senior proof' te maken	> De mond niet vergeten > Swipeguide > Poetsboek > De praktijk 'senior proof' maken
Specialist ouderengeneeskunde		> Richtlijnen database Verenso
Sociaal domein		> Toolbox interventies mantelzorgondersteuning
gz-psycholoog	• Het bespreken van de geïndiceerde behandeling van de oudere • Het geven van psycho-educatie • Het uitvoeren van interventies gericht op de mantelzorgers en/of andere naastbetrokkenen om de kwetsbare oudere zo goed mogelijk te kunnen blijven ondersteunen en de draagkracht te vergroten	> Handreiking extramuraal werken door de gz-psycholoog > GGZ Standaarden

De regiebehandelaar van de oudere bespreekt de uitkomsten van het MDO (MDP) met de oudere en diens mantelzorger. Ook bespreekt deze concrete zelfmanagementacties met de oudere en diens mantelzorger. Waar nodig kunnen de afspraken nog aangepast worden naar de wensen van de oudere. Als dit het geval is, rapporteert de regiebehandelaar dit naar betrokkenen indien dit voor hen relevant is.

De regiebehandelaar of het aanspreekpunt van de oudere houdt actief vinger aan de pols door regelmatig contact te houden met de oudere en mantelzorger.

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

Het individueel zorgplan wordt periodiek geëvalueerd. De regiebehandelaar of het aanspreekpunt zorgt voor planning en organisatie van deze evaluatie. Bepaalde delen van de brede domeinanalyse kunnen dan zo nodig herhaald worden. Is er tussentijds sprake van een belangrijke wijziging? Dan wordt binnen het multidisciplinair team overlegd of een tussentijdse evaluatie en bijstelling van het multidisciplinair plan nodig is, en of daarvoor een multidisciplinair afstemmingsoverleg nodig is. Dit gebeurt ook als een geplande actie niet het gewenste resultaat oplevert.

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

Zorg in avond en weekend (ANW-uren)

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

- Belangrijk: informeer oudere, mantelzorger en de huisartsenpraktijk over beleid tijdens ANW. Wie moet er als eerste gebeld worden in verschillende situaties?
- Maak goede afspraken hoe informatie wordt gedeeld met andere zorgverleners. De regiebehandelaar zorgt voor een goede overdracht aan de huisartsenspoedpost en dienstapotheek, mits de patiënt daarvoor toestemming heeft gegeven. Anticipeer hierop.
- Indien opname gewenst is buiten het ziekenhuis, neem dan contact op met [regionale coördinatiefuncties eerstelijnsverblijf](#).

Hoe voorkom je ongeplande ziekenhuisbezoeken

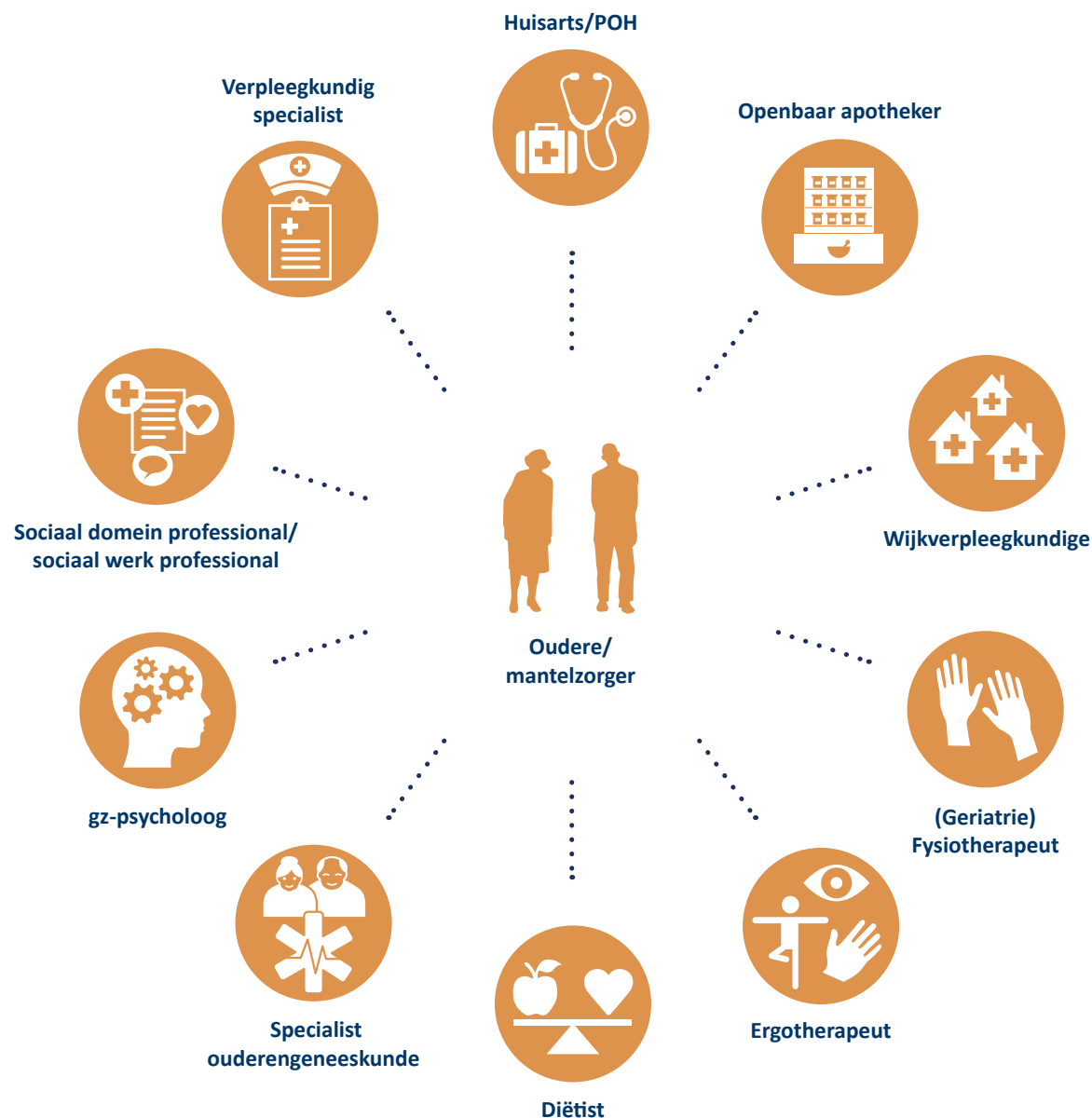
Ongeplande ziekenhuisbezoeken, zoals een ongepland bezoek aan de Spoedeisende Hulp of een ongeplande ziekenhuisopname, komen vaak voor onder kwetsbare ouderen. Het is belangrijk om- waar mogelijk- dit soort ziekenhuisbezoeken te voorkomen. De [Handreiking 'Hoe voorkom je ongeplande ziekenhuisbezoeken'](#) is een uitvloeisel van onderzoek naar beïnvloedbare factoren van ongepland ziekenhuisbezoek van kwetsbare ouderen. Deze is in 1e instantie bedoeld voor wijkverpleegkundigen, maar ook andere betrokken professionals kunnen gebruik maken van de tips.

Rollen en taken betrokken professionals en ouderen

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

Per stap is weergegeven:

De rol die de betrokkene op dit moment reeds heeft.
De beschrijvingen zijn opgesteld door de betreffende beroepsverenigingen/brancheorganisaties.



Rollen stap 1 Signalering

Bewustwording

- Wat kan ik en wat wil ik- op alle levensgebieden? Zijn deze oplossingen betaalbaar? Is het verstandig om te verhuizen?

Rollen stap 2 Gesprek met oudere en/of mantelzorger

- Oudere bereidt zich voor op gesprek
- Oudere bereidt zich voor op gesprek over proactieve zorgplanning
- Beslissen en doorgeven wie 'vertrouwd persoon/mantelzorger' is (aanspreekpunt namens/met de oudere in de zorg en ondersteuning). De 'vertrouwd persoon/mantelzorger' wordt in elke stap betrokken

Rollen stap 3 In kaart brengen kwetsbaarheid

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

Rollen stap 4 Bespreking bevindingen brede domeinanalyse met direct betrokken professionals

- Er vindt regelmatige evaluatie plaats met de oudere/vertrouwd persoon/mantelzorger

Rollen stap 5 Breed multidisciplinair overleg

- Oudere en/of 'vertrouwd persoon/mantelzorger' worden betrokken bij de uitkomsten van het MDO

Rollen stap 6 Bespreken, uitvoeren en evalueren

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

- Goede overdracht van medicatie
- Screening op risico's (delier, infecties, etc.)
- Goede schriftelijke informatie voor patiënt en mantelzorger bij ontslag uit ziekenhuis
- Ouderen hebben een aanspreekpunt (regiebehandelaar of aanspreekpunt)
- Ouderen weten wie zij kunnen bellen in de avond nacht en weekenden
- Het individueel zorgplan is aanwezig bij de oudere thuis

Rollen stap 1 Signalering

- Reageert op signalen en vragen vanuit patiënt
- Reageert op signalen omgeving uit directe omgeving (familie, burens, thuiszorg, paramedie en sociaal wijkteam)
- Indiceert voor vervolgstappen
- Regie over de cure eventueel samen met verpleegkundig specialist in de huisartsenpraktijk
- Houdt korte lijnen met de care (wijkverpleging). Praktijkondersteuner kan huisarts hierin ondersteunen

Kansen, uitdagingen en extra aanbod

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

Rollen stap 2 Gesprek met oudere en/of mantelzorger

- Contacten lopen via het spreekuur, eventueel met hulp van een mantelzorger, en/of via telefonisch contact. Op indicatie kan een visite plaatsvinden
- De focus ligt op noden en behoeften
- Verwijst naar gemeente bij sociale & welzijnsproblematiek, naar wijkverpleging voor care
- Praktijkondersteuner ziet patiënten met chronische aandoeningen
- Proactieve zorgplanning op indicatie

Kansen, uitdagingen en extra aanbod

- Proactieve zorgplanning

Rollen stap 3 In kaart brengen kwetsbaarheid

- Huisarts en POH overleggen over kwetsbaarheid met/zonder complexe problematiek en over vervolg beleid.

Kansen, uitdagingen en extra aanbod

- Praktijkondersteuner ouderenzorg gebruikt vragenlijst om kwetsbaarheid vast te stellen



Rollen stap 4 Bespreking bevindingen brede domeinanalyse met direct betrokken professionals

- Huisarts houdt korte lijnen met wijkverpleging en casemanager dementie (indien betrokken)
- Afhankelijk van de complexiteit van de zorgvraag, schakelt de huisarts andere hulpverleners in
- Kan de expertise van de SO invoeren voor consultatie, medebehandeling en overname regiebehandelaarschap
- In de 'SOEP-regels' staat de contacten van de huisarts met de oudere/mantelzorger

Kansen, uitdagingen en extra aanbod

- Individueel zorgplan
- Multidisciplinair overleg
- (Structurele) samenwerkingsafspraken met andere hulpverleners over taakverdeling, verantwoordelijkheden en overdracht

Rollen stap 5 Breed multidisciplinair overleg

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

Kansen, uitdagingen en extra aanbod

- Structureel MDO

Rollen stap 6 Bespreken, uitvoeren en evalueren

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



Rollen stap 1 Signalering

- Signaleert wanneer de patiënt in de apotheek komt of bij thuisbezoek/bezorging op basis van medicatie en contact; signaleert problemen zoals orderingsproblemen, warrigheid, ondervoeding, pijn, eenzaamheid, incontinentie, risico's op geneesmiddelproblemen, verkeerd geneesmiddelgebruik
- Is aanspreekpunt voor patiënt, wijkverpleegkundige, huisarts en andere zorgverleners bij vragen, advies, besluitvorming over medicijnen
- Medicatiebeoordeling i.s.m. huisarts
- Medicatiebewaking en patiëntenbegeleiding bij terhandstelling
- Farmacotherapeutische analyse gericht op opsporing specifieke problemen zoals een proactieve screening op valrisico verhogende geneesmiddelen, suboptimaal gebruik
- Systematisch en proactief opsporen van kwetsbare ouderen met polyfarmacie en gebruiksproblematiek
- Analyse geneesmiddelgebruik, omgevingsfactoren met als doel de therapie met medicijnen voor en met de patiënt te optimaliseren

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- Afnemen van valrisicotest vanuit samenwerkingsverband rondom valrisicopreventie
- Structureel vanuit wijk- en/of regiosamenwerking afspraken maken over signalering

Rollen stap 2 Gesprek met oudere en/of mantelzorger

- Gesprek met oudere/mantelzorger:
 - m.b.t. goed gebruik medicatie, veelal bij een terhandstelling aan de balie
 - bij zorgvragen van de patiënt (bijv. vragen over gebruik, zorgen over bijwerkingen)
 - bij medicatiebeoordeling of bij andere vormen van medicatie-evaluatie
 - bij geïndividualiseerde distributievorm: startgesprek bij keuze voor een medicijnrol

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- Uitbouwen medicatiebeoordeling en/of andere vormen van medicatie-evaluatie met begeleiding van de patiënt bij minderen en stoppen (deprescribing)
- Consultvoering en gezamenlijke besluitvorming: gesprek met oudere/mantelzorger, patiëntenbegeleiding en follow up:
 - bij knelpunten van de patiënt zoals knelpunten in medicatiegebruik, bijwerkingen, orderingsproblemen
 - bij signalering farmacotherapeutische problemen zoals valrisico, suboptimale farmacotherapie, verkeerd gebruik, wisselwerking met een andere medicatie, verandering gezondheidstoestand (zoals nierfunctie) met impact op de medicatie(dosering)
 - na ontslag uit het ziekenhuis of een ander zorginstelling: nazorg: begeleiding in de medicatie, medicatieoptimalisatie, goed gebruik medicatie
 - zorg in de palliatieve en terminale fase: vast aanspreekpunt in de apotheek
 - continenzorg: zorg op maat voor de patiënt ten aanzien van continenzproblemen



Rollen stap 3 In kaart brengen kwetsbaarheid

- Bewaakt medicatieveiligheid: medicatiebewaking bij terhandstelling, farmacotherapeutische analyse voor proactieve opsporing specifieke risico's en kwetsbaarheden
- Centrale rol in de medicatiebeoordeling

Rollen stap 4 Bespreking bevindingen brede domeinanalyse met direct betrokken professionals

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

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

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

Rollen stap 5 Breed multidisciplinair overleg

- Deelname breed multidisciplinair overleg/onderdeel van multidisciplinair team:
 - aanspreekpunt voor de farmacotherapie van de patiënt
 - bespreken onderwerpen/ontwikkelingen op het gebied van farmaceutische zorgverlening voor kwetsbare ouderen

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- Structurele multidisciplinaire afstemming/MDO zowel op netwerkniveau als op patiënt/casus niveau
- FTO tussen openbaar apothekers en huisartsen aanvullen met wijkverpleging voor relevante onderwerpen
- Gezamenlijke scholing vormgeven vanuit wijk- en of regionale samenwerking
- Gezamenlijke zorginhoudelijke afspraken vanuit wijk- en of regionale samenwerking: bijv. rondom chronische zorg bij kwetsbare ouderen (astma/COPD, diabetes), palliatieve zorg, valpreventie, zorg rondom medicatietekorten)
- Gezamenlijke afspraken over continuïteit van farmaceutische zorg in geval van noodsituaties
- Gezamenlijke afspraken over patiëntenbegeleiding rondom medicatie met aandacht voor laaggeletterden en migranten
- Goede overdracht van medicatiegegevens



Rollen stap 6 Bespreken, uitvoeren en evalueren

- Is aanspreekpunt voor patiënt en zorgverleners over de medicatie van de patiënt: geeft voorlichting en begeleiding aan de patiënt en adviseert patiënt en andere zorgverleners
- Bewaakt medicatieveiligheid: gaat na of de medicatie passend is voor de patiënt (hanteerbaarheid door de patiënt, wisselwerking met andere medicijnen, mogelijke bijwerkingen etc.) en geeft advies over een alternatief als een geneesmiddel niet passend of niet beschikbaar is
- Optimaliseren medicatie: starten, stoppen, wijzigen van medicatie vanuit multidisciplinaire samenwerking, optimaliseren medicijnschema passend bij de patiënt (optimaliseren, opvolgen en evalueren)
- Proactief opsporing mogelijke problemen m.b.t. medicatie op basis van apotheekdata: gesignaleerde problemen opvolgen en evalueren
- Coördinatie en uitvoering medicatiebeoordeling met HA en opvolgen en evalueren medicatiewijzigingen voortgekomen uit medicatiebeoordeling samen met HA

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- Regionale afspraken over kwetsbare ouderen met medicatiebeoordeling door de apotheker (van wijkniveau naar regionaal niveau)
- Multidisciplinaire samenwerking met huisarts en verpleegkundigen conform LESA organisatie van zorg rondom chronische medicatie
- Structurele monitoring (sociaal) kwetsbare patiënten en vanuit wijk- en/of regionaal niveau beleid opmaken m.b.t. patiëntenbegeleiding, structurele opvolging en evaluatie:
 - chronische medicatie (herhaalmedicatie) bij kwetsbare ouderen: proactief signaleren mogelijke risico's en problemen, bevorderen goed gebruik
 - opname en ontslag van kwetsbare oudere in ziekenhuis of andere zorginstelling: medicatie-evaluatie en nodige nazorg en patiëntenbegeleiding
 - structurele aanpak, monitoring en evaluatie van gesignaleerde knelpunten en farmacotherapeutische problemen
 - minderen en stoppen: structurele patiëntenbegeleiding

Rollen stap 1 Signalering

- Pro- en reactief signaleren op individueel en wijkniveau is bij uitstek een rol voor de wijkverpleegkundige
- Regie over de care en korte lijnen met de cure
- Op wijkniveau problematiek in kaart brengen en meedenken over preventieve maatregelen
- Signalen ontvangen vanuit zowel huisartsenpraktijk als sociaal domein
- Gericht casefinding op basis van risico-kenmerken
- Zoekt/werkt in samenwerking met het sociaal domein
- Contactpersoon voor (kwetsbare) oudere
- Bevordert signalering door, en werkt samen met niet-zorgpartijen, zoals woningcorporaties, verenigingen

Rollen stap 2 Gesprek met oudere en/of mantelzorger

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

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

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

Rollen stap 3 In kaart brengen kwetsbaarheid

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

Rollen stap 4 Bespreking bevindingen brede domeinanalyse met direct betrokken professionals

- Lid van multidisciplinair team
- Binnen het multidisciplinair team bevorderen van 'één taal' voor brede domeinanalyse en zorg/leefplan
- Afhankelijk van complexiteit overige professionals voorzieningen en/of sociaal netwerk inschakelen in samenspraak met de ouderen/mantelzorger

⁴ Beroepsgroepen in het verpleegkundig domein zijn op verschillende plekken werkzaam in de zorg rond ouderen.

Rollen stap 5 Breed multidisciplinair overleg

- Multidisciplinaire afstemming
- Kan multidisciplinair team bijeenroepen

Rollen stap 6 Bespreken, uitvoeren en evalueren

- Coördinatie van de verpleegkundige zorg
- Als aanspreekpunt, het coördineren van het IZP
- Optimaliseren van de rollen en inzet en samenwerking van zorgverleners

Rollen stap 1 Signalering

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

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

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

Rollen stap 2 Gesprek met oudere en/of mantelzorger

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

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

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

Rollen stap 3 In kaart brengen kwetsbaarheid

- Ondersteunt bij brede domeinanalyse door het in beeld brengen van kwetsbaarheid op het gebied van bewegen en lichamelijk functioneren

Rollen stap 4 Bespreking bevindingen brede domeinanalyse met direct betrokken professionals

- Aansluiting bij het multidisciplinair team bij complexe problematiek rondom het lichamelijk functioneren en valproblematiek
- De (geriatric) fysiotherapeut kan specifieke expertise hebben voor bepaalde ziektebeelden, bijv. Parkinson



Rollen stap 5 Breed multidisciplinair overleg

- (Geriatric) fysiotherapeut geeft een terugkoppeling aan de regiebehandelaar en de medisch inhoudelijk verantwoordelijke

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

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

Rollen stap 6 Bespreken, uitvoeren en evalueren

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

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- Monitoren van beweegniveau met e-health toepassingen

Rollen stap 1 Signalering

- Signaleert wanneer een kwetsbare ouderen in de praktijk komt via directe toegankelijkheid ergotherapie
- Maakt een inschatting van kwetsbaarheden op het gebied van cognitie, mobiliteit tijdens dagelijkse activiteiten zowel in als buitenshuis

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

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

Rollen stap 2 Gesprek met oudere en/of mantelzorger

- Gaat het gesprek aan met oudere en eventuele mantelzorger met betrekking tot een veilig en zo zelfstandig mogelijke uitvoering van dagelijkse activiteiten
- Gaat in op de specifieke wensen op het gebied van uitvoering dagelijkse activiteiten participatie en stelt behandel doelstellingen op

Rollen stap 3 In kaart brengen kwetsbaarheid

- Ondersteunt bij multidomeinanalyse door het in kaart brengen van kwetsbaarheid op het gebied van participatie, uitvoering dagelijkse activiteiten

Rollen stap 4 Bespreking bevindingen brede domeinanalyse met direct betrokken professionals

- Aansluiten bij het kernteam bij complexe problematiek rondom het cognitief functioneren en de uitvoer van dagelijkse activiteiten

Rollen stap 5 Breed multidisciplinair overleg

- (ouderen) Ergotherapeut geeft een terugkoppeling aan regiebehandelaar en medisch inhoudelijk verantwoordelijke

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

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

Rollen stap 6 Bespreken, uitvoeren en evalueren

- Ergotherapeut coördineert en evalueert het ergotherapeutische behandelplan op het gebied van participatie in het dagelijkse leven, cognitief functioneren en de uitvoer van dagelijkse activiteiten welke van belang zijn voor de kwetsbare ouderen en/of mantelzorger
- Neemt input van bijvoorbeeld huisarts en andere hulpverleners mee

Rollen stap 1 Signalering

- Signaleert (direct in de praktijk of indirect via verwijzing) voedingsproblematiek bij kwetsbare ouderen
- Geeft voorlichting over voeding status en risico op ondervoeding aan eerstelijns collegae
- Geeft groepsvoorlichting aan ouderen over risico op ondervoeding
- Maakt een inschatting van kwetsbaarheden rondom het lichamelijk functioneren (heeft patiënt goed passend gebit, verloopt de passage van voeding door het lichaam normatief), beperkingen in zelfredzaamheid bij het eten of drinken, of het verkrijgen van eten en drinken (is patiënt in staat om boodschappen te doen/bestellen, kan maaltijd nog bereid worden, kan patiënt zelf inschatten wat er nodig is om een optimale voedingsstatus te bereiken behorende bij de fysieke situatie)

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

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

Rollen stap 2 Gesprek met oudere en/of mantelzorger

- Gaat het gesprek aan met oudere en eventuele mantelzorger met betrekking tot een veilig, maar optimaal en zo volwaardig mogelijk eetpatroon, passend bij de fase waarin patiënt zich bevindt
- Gaat in op de specifieke wensen op het gebied van lichamelijk functioneren en participatie en stelt bij gesignaleerde stoornissen van het lichamelijk functioneren of beperkingen in participatie wensen, behandeldoelstellingen op

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- Gaat in op leefstijl-/risico-factoren zoals sedentair gedrag, roken, drinken, bewegen (specifiek op vallen) en een ongezond/onvolwaardig eetpatroon
- Acteert op basis van gezamenlijke besluitvorming
- Diëtist koppelt terug naar de huisarts en wijkverpleegkundige en mantelzorger en heeft waar nodig contact met de medisch specialist of andere relevante (paramedische) hulpverleners betrokken bij de behandeling

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

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

Rollen stap 3 In kaart brengen kwetsbaarheid

- Ondersteunt bij brede domeinanalyse door het in beeld brengen van kwetsbaarheid op gebied van voedingstatus/voedingszorg

Rollen stap 4 Bespreking bevindingen brede domeinanalyse met direct betrokken professionals

- Aansluiting bij het multidisciplinair team bij complexe problematiek rondom voedingszorg gericht op de aandoening, bij ondervoeding, valproblematiek

Rollen stap 5 Breed multidisciplinair overleg

- Diëtist koppelt terug naar de huisarts, wijkverpleegkundige en heeft waar nodig contact met de medisch specialist of andere relevante hulpverleners betrokken bij de behandeling

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

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

Rollen stap 6 Bespreken, uitvoeren en evalueren

- Diëtist coördineert en evalueert het behandelplan op het gebied van de voedingsstatus (voedingszorg) en neemt input van huisarts en andere hulpverleners en labuitslagen mee
- Verwerkt eventuele multidisciplinaire doelen in het IZP
- Geeft een terugkoppeling aan regiebehandelaar en medisch inhoudelijk verantwoordelijke

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- Monitoren van voedingsinname vanuit een hybride zorgpad met digitale zorg toepassingen



Rollen stap 1 Signalering

- Signaleert proactief kwetsbare ouderen in de thuissituatie, bij ontslag geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf hoogcomplexiteit zorg

Rollen stap 2 Gesprek met oudere en/of mantelzorger

Rollen stap 3 In kaart brengen kwetsbaarheid

- Specialist ouderengeneeskunde voert geriatrisch assessment uit om kwetsbaarheid op verschillende domeinen vast te stellen
- Voert gesprek(ken) met oudere en mantelzorger over proactieve zorgplanning
- Voert medicatiebeoordeling uit

Rollen stap 4 Bespreking bevindingen brede domeinanalyse met direct betrokken professionals

- Stelt op basis van uitkomsten geriatrisch assessment vast welke zorgprofessionals betrokken moeten worden bij de zorg, behandeling en ondersteuning bij kwetsbare oudere thuis
- De specialist ouderengeneeskunde kan op consultatieve basis worden ingezet om benodigde expertise in te brengen
- De specialist ouderengeneeskunde kan (tijdelijk) regiebehandelaarschap overnemen
- De regiebehandelaar/medebehandelaar stelt in samenspraak met oudere/mantelzorger en het multidisciplinaire team het individuele behandelplan op
- De specialist ouderengeneeskunde is een medisch behandelaar en levert medische behandeling; waaronder voorschrijven van medicatie en huisbezoeken

Rollen stap 5 Breed multidisciplinair overleg

- De specialist ouderengeneeskunde stemt de medische behandeling af met betrokken zorgprofessionals
- De specialist ouderengeneeskunde voert regie over het multidisciplinaire overleg (MDO) als deze regiebehandelaar is

Rollen stap 6 Bespreken, uitvoeren en evalueren

- Specialist ouderengeneeskunde is verantwoordelijk voor medisch inhoudelijke taken daar waar overgenomen
- Voert regie over het multidisciplinaire behandelplan, evalueert deze en past indien nodig aan
- Voert gesprek(ken) met oudere en mantelzorger over medische behandeling
- Voert tussentijds overleg met betrokken zorgprofessionals over de behandeling
- Bij (tijdelijke) overname van regiebehandeling van de huisarts, koppelt de specialist ouderengeneeskunde terug naar de huisarts en zorgt voor een overdracht

De specialist ouderengeneeskunde als regiebehandelaar van kwetsbare ouderen met complexe multidomeinproblematiek in de eerstelijnszorg

De specialist ouderengeneeskunde is vanuit de eigen expertise toegankelijk voor thuiswonende kwetsbare ouderen na verwijzing van de huisarts. De specialist ouderengeneeskunde werkt in overleg met de huisarts.

De specialist ouderengeneeskunde kan bij een zorgvraag een assessment of screening uitvoeren (in consult worden gevraagd) of werken als medebehandelaar naast de huisarts. De specialist ouderengeneeskunde kan ook het regiebehandelaarschap (tijdelijk) van de huisarts overnemen.

In onderstaande tekst wordt in meer detail beschreven hoe dit regiebehandelaarschap er uit ziet in de eerstelijnszorg. De focus ligt daarbij op: 1. doelgroep, 2. werkzaamheden en 3. regiebehandelaarschap van de specialist ouderengeneeskunde.

1. Doelgroep van de specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijnszorg

De specialist ouderengeneeskunde biedt behandeling aan kwetsbare patiënten met complexe multidomeinproblematiek. Daarbij kan sprake zijn van enkelvoudige of een opeenstapeling van fysieke aandoeningen en/of toenemend regieverlies. Of een patiënt behoort tot de doelgroep van de specialist ouderengeneeskunde wordt niet bepaald door de woonvorm, maar door de zorgvraag van de patiënt.

Het doel van het specialisme ouderengeneeskunde is medische zorg verlenen bij complexe geriatrische

problemen, waarbij de nadruk ligt op het versterken van de functionele autonomie en kwaliteit van leven van de patiënt.⁵

2. De werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde is een arts. Hij of zij levert de medische behandeling, coördineert deze en stemt de medische behandeling af met betrokken disciplines. Het geriatrisch assessment, proactieve zorgplanning (ACP) en behandelplan vormen integraal onderdeel van de werkzaamheden. De specialist ouderengeneeskunde richt zich op de medisch inhoudelijke problematiek in de volgende domeinen:

- secundaire en tertiaire preventie
- chronische ziekten
- herstel en revalidatie
- acute/spoedeisende zorg
- palliatieve en terminale zorg

De specialist ouderengeneeskunde werkt proactief en in nauw overleg met de patiënt en zijn/haar naasten.

3. De specialist ouderengeneeskunde als regiebehandelaar in de eerstelijnszorg

De specialist ouderengeneeskunde als regiebehandelaar:

- bewaakt de continuïteit en samenhang van de behandeling,
- zorgt voor voldoende overleg en afstemming tussen betrokken zorgprofessionals en ziet erop toe dat er één vast aanspreekpunt is voor de patiënt en zijn naasten.

Het regiebehandelaarschap van de specialist ouderengeneeskunde is daarbij gekoppeld aan de behandelverantwoordelijkheid en (medisch) inhoudelijke verantwoordelijkheid zoals een arts deze biedt.⁶

Hierbij zijn de volgende uitgangspunten van belang:

- Het overdrachtsmoment van het regiebehandelaarschap voor een individuele patiënt is niet vast te definiëren, kan variëren en in de tijd veranderen. Het is in de eerste plaats afhankelijk van de complexiteit van de zorgvraag van de individuele patiënt. De overdracht is afhankelijk van de aard en complexiteit van de behandeling en de situatie van een patiënt, zoals het sociaal netwerk.
- Wanneer de specialist ouderengeneeskunde het regiebehandelaarschap (tijdelijk) overneemt van de huisarts, blijft de kwetsbare oudere ingeschreven in de huisartsenpraktijk zodat de patiënt gebruik kan blijven maken van ANW-diensten en eventuele ondersteuning van andere zorgprofessionals in de huisartsenpraktijk.
- De specialist ouderengeneeskunde is als regiebehandelaar bereikbaar en beschikbaar tijdens ANW-diensten.
- Het eventueel overnemen van de poortfunctie wordt in overleg tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde afgestemd, aansluitend bij de voorkeur van de kwetsbare oudere.

Bij de overdracht van regiebehandelaarschap tussen artsen zullen de volgende onderwerpen in acht worden genomen:

- a. Een overdracht van taken en verantwoordelijkheden moet expliciet plaatsvinden en met de patiënt en naasten besproken worden.
- b. Een overdracht dient zowel inhoudelijk als organisatorisch goed geregeld te worden en is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de betrokken artsen.⁷

⁵ Landelijk Opleidingsplan Specialist Ouderengeneeskunde, april 2024.

⁶ Deze beschrijving sluit aan bij de definitie van de KNMG2 en de medische inhoudelijke behandelverantwoordelijkheid van de arts in de Medisch Generalistische Zorg.

⁷ Convenant MGZ.

Rollen stap 1 Signalering

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- Levert een bijdrage aan de deskundigheidsbevordering in de regio, bijvoorbeeld om betrokken disciplines beter en tijdig te laten signaleren op emotionele, cognitieve en psycho-(sociale) problematiek
- Participeert in samenwerkingsverbanden en kent de sociale kaart wat betreft psychologische hulpverlening

Rollen stap 2 Gesprek met oudere en/of mantelzorger

- Het signaleren van betrokken partijen kan leiden tot een verwijzing van de huisarts naar de gz-psycholoog. De huisarts schakelt de gz-psycholoog (GZSP, basis GGZ, specialistische GGZ) in zodra er vermoedens zijn van cognitieve of psychosociale problemen die van invloed zijn op iemands functioneren en/of welbevinden als de oudere hiermee instemt. Juist dan kan de gz-psycholoog nog veel betekenen, bijvoorbeeld in het verwerken van een diagnose of leren omgaan met beperkingen.
Denk bij de GZSP aan: (het vermoeden van) een chronische en/ of complexe aandoening met gevolgen voor het psychisch en cognitief functioneren (dementie, MS, Parkinson, VB, NAH enz.), of multiple problematiek (hoge ouderdom met stapeling van somatische klachten en bijvoorbeeld zingevingproblematiek), vaak degeneratief en progressief van aard. Bij behandeling middels de GZSP is herstel of genezing niet altijd het uitgangspunt, het gaat vaak om zo lang mogelijk met optimale kwaliteit van leven thuis blijven wonen

Rollen stap 3 In kaart brengen kwetsbaarheid

- Wordt betrokken bij meervoudige problematiek die multidisciplinair bekeken dient te worden
- Brengt het psychologisch domein in beeld door onder andere gesprek met de oudere en omgeving
- Biedt extramurale psychologische diagnostiek en behandeling aan specifieke, kwetsbare cliëntengroepen die thuis wonen. De gz-psycholoog kan naast ook behandeling bieden met het oog op het goed langer thuis wonen van de kwetsbare oudere
- Heeft zicht op de mogelijkheden wat betreft behandeling van de kwetsbare oudere en/of diens naaste(n) gericht op kwaliteit van leven
- Neemt de context mee in diens analyse. De belastbaarheid en mogelijkheden van het systeem worden bijvoorbeeld meegenomen
- Is in staat een individuele behandeling ook mediatief vorm te geven
- Biedt extramurale zorg aan kwetsbare cliëntengroepen die thuis wonen. Deze bestaan uit: psychologische diagnostiek, indicatiestelling, de relatie met (lichamelijke) achteruitgang inschatten, een verklaringsmodel opstellen en behandelen
- De gz-psycholoog kan mantelzorgers en/of andere naastbetrokkenen ook behandeling bieden met het oog op het goed langer thuis wonen van de kwetsbare oudere



Rollen stap 4 Bespreking bevindingen brede domeinanalyse met direct betrokken professionals

- Neemt deel aan het MDO indien betrokken bij oudere
- Stemt de psychologische behandeling af met de andere zorgverleners
- Werkt interdisciplinair/interprofessioneel samen met andere zorgverleners
- Indien de gz-psycholoog nog niet betrokken is, wordt deze ingeschakeld bij meervoudige problematiek die multidisciplinair bekeken dient te worden

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- De gz-psycholoog kan specifieke expertise hebben voor bepaalde ziektebeelden, bijvoorbeeld bij het in kaart brengen van het cognitief functioneren bij MS, behandeling bieden voor apathie bij mensen met de ziekte van Parkinson, het geven van traumabehandeling (EMDR) bij dementie of het omgaan met probleemgedrag bij NAH

Rollen stap 5 Breed multidisciplinair overleg

- Neemt deel aan het MDO indien betrokken bij oudere
- Stemt de psychologische behandeling af met de andere zorgverleners
- Werkt interdisciplinair/interprofessioneel samen met andere zorgverleners

Rollen stap 6 Bespreken, uitvoeren en evalueren

- Evalueert (een deel van het) behandelplan met oudere
- Actualiseert het monodisciplinaire deel van het behandelplan
- Het uitvoeren van geïndiceerde behandelingen



Rollen stap 1 Signalering

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

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- Systematisch en proactief ouderen bezoeken ('huisbezoeken' waar mogelijk)

Rollen stap 2 Gesprek met oudere en/of mantelzorger

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

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

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

Rollen stap 3 In kaart brengen kwetsbaarheid

Rollen stap 4 Bespreking bevindingen brede domeinanalyse met direct betrokken professionals

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- Als direct betrokken professional in overleg betrekken

Rollen stap 5 Breed multidisciplinair overleg

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- Betrekken bij de MDO's



Rollen stap 6 Bespreken, uitvoeren en evalueren

- Coördinatie op sociale problemen

Kansen, uitdagingen en aanvullend aanbod

- Sociaal werker en/of wijkteammedewerker kan een brugfunctie hebben richting de bredere sociale basis. Dit is afhankelijk van casus, beleid en lokale afspraken

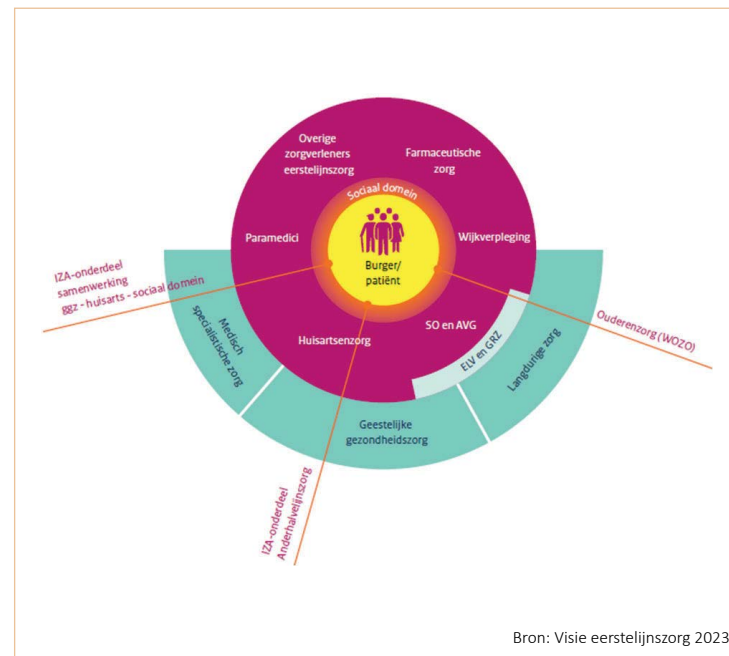
Context

Het aantal ouderen in Nederland stijgt de komende jaren explosief. In 2040 is de demografische groei op zijn hoogtepunt van de vergrijzing en telt Nederland naar verwachting meer dan een kwart 65-plussers (CBS, 2022). De eerstelijnszorg in Nederland beantwoordt verreweg het grootste deel van de zorgvragen van ouderen. Psychosociale problematiek zoals eenzaamheid, stress en armoede leiden tot een verdere stijging van de zorgvraag. Hiervoor is de samenwerking tussen het sociaal domein en zorg nodig. De zorg en ondersteuning van onder meer huisartsen, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen, verzorgenden, apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten, specialisten ouderengeneeskunde en professionals uit het sociaal domein, waaronder sociaal werkers is van groot belang. De Handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk aan kwetsbare ouderen thuis⁸ wil handvatten bieden om op individueel niveau de zorg en ondersteuning vorm te bieden. Een aantal ontwikkelingen, die we hier beschrijven, zijn aanleiding voor de herijkte en geactualiseerde versie van de handreiking.

De (eerstelijns)zorg en ondersteuning staat onder druk. Om de gezondheidszorg toegankelijk te houden is de afgelopen jaren een aantal belangrijke beleidskaders ontwikkeld, die relevant zijn voor de kwetsbare ouderen in een complexe zorgsituatie en een belangrijke aanleiding zijn voor deze herijkte en geactualiseerde handreiking. We benoemen hier kort het Integraal Zorg Akkoord (IZA, 2022), de visie eerstelijnszorg 2030 en het programma Wonen, Zorg en Ondersteuning voor Ouderen (WOZO) en de ontwikkeling naar een convenant Medisch Generalistische Zorg (MGZ).

De Visie eerstelijnszorg 2030 (2024) vloeit voort uit het IZA, beschrijft de toekomstige organisatie van de eerstelijnszorg en vormt daarmee het kader voor de behandeling, zorg, begeleiding en ondersteuning aan kwetsbare ouderen thuis.

In de Visie eerstelijnszorg 2030 is vastgelegd dat op lokaal niveau wordt toegewerkt naar herkenbare en aanspreekbare teams ('hechte wijkverbanden'). In de wijken bestaat het hecht wijkverband uit één of enkele afgevaardigde aanspreekpunten van de huisartsenzorg, wijkverpleging, apothekers en het sociaal domein, waaronder sociaal werk. Afhankelijk van de context in de wijk en de samenstelling van het wijkverband kunnen ook andere disciplines aansluiten. Bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde bij doelgroepen zoals kwetsbare ouderen in de wijk. De handreiking biedt een handvat om rond de doelgroep kwetsbare ouderen in een complexe zorgsituatie thuis de samenwerking in de wijk vorm te geven. De handreiking beschrijft de elementen waarover op individueel niveau afspraken in zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen in een complexe zorgsituatie zouden moeten worden gemaakt. De oudere staat daarbij centraal.



⁸ De kern van de handreiking, het 6-stappenplan, vindt zijn oorsprong in de 'Handreiking Kwetsbare Ouderen' van Vilans uit 2014, die in 2019 is geactualiseerd en uitgebreid met cruciale elementen van integrale zorg als de regie van oudere en mantelzorger, de samenwerking met bredere eerstelijnszorg en het sociaal domein. In 2021 is de handreiking geactualiseerd.

Het **Programma Wonen, Zorg, Ondersteuning voor Ouderen** (WOZO, 2022) benoemt de rol die de handreiking kan spelen in het organiseren van de behandeling, zorg en ondersteuning aan kwetsbare ouderen in een complexe zorgsituatie thuis. De vervolimplementatie van de handreiking is een actiepunt in dit programma. Was de term ‘thuis’ qua financiering eerder direct verbonden aan de Zvw, meer en meer wordt er ook Wlz-zorg geboden in de thuissituatie. Daarbij wordt het steeds belangrijker goede afspraken te maken over de medisch generalistische zorg (MGZ). Voor de behandeling en ondersteuning aan mensen met een Wlz-indicatie (kwetsbare ouderen, gehandicapten) is het **Convenant Samenwerking MGZ** opgesteld.

Naast de genoemde beleidsontwikkelingen is er een aantal redenen te noemen voor de herijking:

- Er is een aantal partijen toegetreden die nog geen plek hadden in de handreiking (Verenso, NIP, NVD/PPN);
- Uit analyses⁹ van de NZa¹⁰ en van Bureau HHM¹¹ kwam naar voren dat er regionaal veel variatie is in de wijze waarop elementen uit de handreiking worden gebruikt in zorgprogramma's.



⁹ Op verzoek van VWS heeft Zorginstituut Nederland in 2021 de proactieve, persoonsgerichte en samenhangende zorg zoals beschreven in de handreiking verduidelijkt: welke zorg activiteiten vallen onder deze proactieve samenhangende zorg en wat is de doelgroep.

¹⁰ Nza (2023) 'Bekostiging afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis'.

¹¹ HHM (2022) Plan van aanpak en vervolimplementatie handreiking kwetsbare ouderen thuis.

Uitgangspunten bij deze handreiking

De volgende uitgangspunten (gebaseerd op de Visie eerstelijnszorg 2030, eerdere versies Handreiking kwetsbare ouderen thuis en LESA 2017) staan centraal in deze handreiking.

- **Vroegsignalering en preventie**
- **Passende zorg**
- **Focus op gezondheid en kwaliteit van leven**
- **Samen beslissen**
- **Eigen regie, zelfmanagementondersteuning en herstelgerichte zorg (reablement)**
- **Proactieve zorgplanning**
- **Multidisciplinaire samenwerking, verbinding met sociaal domein en bredere eerstelijnszorg**



Vroegsignalering en preventie

Tijdig goede zorg en ondersteuning (proactief) bieden aan kwetsbare ouderen kan leed voor ouderen en mantelzorg voorkomen en crisissituaties voorkomen. Het is dus belangrijk te signaleren, en ervoor te zorgen dat er iets wordt gedaan met die signalen, dit betekent proactief handelen. Er kan door verschillende partijen worden gesignaleerd dat er iets aan de hand is dat duidt op (vergrote) kwetsbaarheid van een oudere. In de eerste plaats in de directe omgeving van de oudere: door mantelzorgers, familie, de huishoudelijke hulp, burens, vrijwilligers van verenigingen en of de kerk, woningbouwcoöperatie of welzijnsorganisatie bijvoorbeeld. Maar ook door andere eerstelijns disciplines. Meer informatie in het hoofdstuk **Vroegsignalering**.

Passende zorg

Passende zorg vloeit voort uit ontwikkelingen die de afgelopen jaren al zijn ingezet. Denk bijvoorbeeld aan waardegedreven zorg en uitkomstgerichte zorg, samen beslissen en de juiste zorg op de juiste plek.

Passende zorg gaat uit van 4 basisprincipes:^{12, 13}

- Draagt bij aan het functioneren van mensen en de kwaliteit van leven.
- Gaat niet alleen over ziekte, maar vooral ook over gezondheid; kijken naar wat iemand nog wél kan. Inzetten op preventie en vernieuwing.
- Komt samen met de patiënt tot stand. Zorgprofessional en patiënt beslissen samen over best passende behandeling.
- Is de juiste zorg op de juiste plek. Dichtbij waar het kan, op afstand als het moet bijvoorbeeld door het inzetten van digitale zorg.

Focus op gezondheid en kwaliteit van leven

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

Samen beslissen

Zorgprofessionals en ouderen met hun sociale netwerk beslissen samen over mogelijkheden van ondersteuning, zorg en behandeling.

Eigen regie, zelfmanagement-ondersteuning, herstelgerichte zorg (reablement)

Eigen regie

De laatste jaren zijn er methoden ontwikkeld om daadwerkelijk invulling te geven aan de regie van de oudere zelf (zoals positieve gezondheid, [Mijnkwaliteitvanleven.nl](https://mijnkwaliteitvanleven.nl), zelfmanagementondersteuning, reablement). Het is daarbij belangrijk aandacht te hebben voor kwetsbare ouderen met beperkte gezondheidsvaardigheden en regiemogelijkheden: zij hebben eventueel hulp nodig bij het invulling geven aan hun regiefunctie.

Zelfmanagementondersteuning

Zelfmanagement is het vermogen van mensen om hun ziekte, aandoening of beperking optimaal te kunnen inpassen in hun leven. Ondersteunen bij het zelfmanagement van mensen die langdurig zorg nodig hebben, is essentieel voor hun kwaliteit van leven. Een kwetsbare oudere die beter in staat is tot zelfmanagement, is ook beter in staat om de taken en vaardigheden uit te voeren die nodig zijn om voor zichzelf te zorgen. Ook is deze kwetsbare oudere beter in staat de regie over het leven in eigen hand te houden en mede richting te geven aan de manier waarop beschikbare zorg wordt ingezet. Deze kwetsbare oudere kan ook vragen om (of regelen van) ondersteuning bij het leven met zijn aandoening. Bij zelfmanagementondersteuning staat het leven centraal en niet de ziekte, aandoening of beperking¹⁴.

Herstelgerichte zorg (reablement)

Herstelgerichte zorg (reablement) is een manier van werken waarmee zorgverleners mensen helpen hun eigen leven te leiden, zoals ze dat zelf willen. Dit vraagt een andere houding van iedereen rondom de oudere: mantelzorgers, burens en vrijwilligers, maar ook in zorgomgevingen zoals huisartsenpraktijk of het ziekenhuis. Het vraagt om goed te luisteren, waarbij je de vraag ziet door de ogen van de oudere. En dat je iemand 'her-stelt': iemand helpt zijn eigen leven te leiden. Dat betekent dat je niet overneemt wat mensen zelf kunnen, dat je helpt mensen weer te leren te doen wat ze niet meer kunnen maar ook dat je samen zorgt voor een oplossing voor dat wat overblijft, wat echt niet meer lukt.

¹² NZa: passende zorg.

¹³ Zorginstituut Nederland: passende zorgpraktijken.

¹⁴ Bron: SKLZ Zelfmanagementondersteuning / meerwaarde

Proactieve zorgplanning

Mensen met een complexe zorgvraag die langdurige zorg ontvangen krijgen vaak te maken met achteruitgang op lichamelijk, psychisch, sociaal en/of communicatief gebied. Dit kan hun functioneren en kwaliteit van leven negatief beïnvloeden. Bij deze mensen ligt er een uitdagende taak voor zorgverleners en professionals uit het sociaal domein om behandeling, zorg, begeleiding en ondersteuning te bieden die recht doet aan wat voor de mens en zijn of haar kwaliteit van leven belangrijk is. Proactieve zorgplanning kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren¹⁵. Proactieve zorgplanning is het proces van in gesprek gaan, vooruitdenken, plannen en organiseren van gewenste passende zorg en welke behandeling, zorg en ondersteuning daar nu en in de toekomst bij past.

Multidisciplinaire samenwerking, verbinding met sociaal domein¹⁶ en bredere eerstelijnszorg

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

Regiebehandelaar

Deze ziet er in elk geval op toe dat:

- de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de cliënt wordt bewaakt en waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
- er adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen bij de behandeling betrokken zorgverleners;
- er één aanspreekpunt is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling van de cliënt of diens naaste betrekking(en).

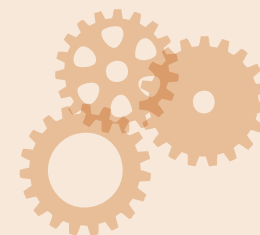
(KNMG richtlijn)

Individueel zorgplan

- Een dynamische set van afspraken van de patiënt en de zorgverlener(s) over zorg en zelfmanagement.
- Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van patiënt.

Multidisciplinair plan

In een multidisciplinair plan (MDP) worden afspraken gemaakt en de taakverdeling tussen professionals vastgelegd.



¹⁵ Bron: SKLZ Proactieve-zorgplanning / overwegingen.

¹⁶ Sociaal domein betreft alles wat er vanuit het gemeentelijk domein (Wmo) uitgevoerd en gefinancierd wordt: van toegang tot de maatschappelijke ondersteuning, sociaal wijkteam, sociaal werk, wijkvoorzieningen, hulp bij het huishouden, begeleiding, dagbesteding, mantelzorgondersteuning, etc.

Vroegsignalering in de thuissituatie

In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan vroegsignalering. Proactieve zorg houdt in het vroegtijdig signaleren van ‘problemen’ om latere escalatie te voorkomen. Verschillende beroepsgroepen in het medische, zorg en sociale domein hebben tools ontwikkeld om eerste signalen op te merken. Geïntegreerde proactieve zorg vergt een samenbrengen van signalen vanuit verschillende betrokkenen, en dus samenwerking tussen alle betrokkenen in de wijk/regio.

Wat vinden ouderen zelf

In het toetsingskader van de ouderen van BeterOud is omschreven waar de signalering zich volgens ouderen op moet richten, en hoe de signalering er uit moet zien. De stappen Vroegsignalering en het gesprek met de oudere, stap 1 en stap 2 zijn opgesteld in de geest van de in het kwaliteitskader genoemde aandachtspunten.

Bekijk het artikel ‘Toetsingskader’.

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

De zes aandachtspunten van de ouderen van BeterOud

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

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

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

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

3. Beschrijf op welke wijze wordt gesignaleerd.

Zowel digitaal als via huisbezoek kan worden gesignaleerd: beschrijf waarom je voor een manier kiest. Heb je veel mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden in je populatie, kies dan niet voor digitaal.

4. Kies een benadering die past bij de doelgroep.

Een goede introductie is belangrijk: iemand voelt zich misschien nog niet kwetsbaar, of is dat nog niet. De oudere moet dan nee kunnen zeggen. Belangrijk om informatie schriftelijk aan de oudere te verstrekken.

5. Maak gebruik van vertrouwde personen om met ouderen in contact te komen.

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

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

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

> Bekijk voorbeelden van regionale netwerken met ouderendelegaties.

Signalen oudere en diens sociale omgeving

Als eigen regie een centraal uitgangspunt is, is het belangrijk dat ouderen gestimuleerd worden om na te denken over wat voor hen belangrijk is, en dat er geen drempel is voor ouderen om aan te geven (aan mantelzorgers, betrokken hulpverleners) wat zij nodig hebben. Dit vergt een open, luisterende houding van betrokkenen.

Stimuleer ouderen om na te denken wat voor hen belangrijk is

De vragenlijst van [Mijnkwaliteitvanleven.nl](https://mijnkwaliteitvanleven.nl) helpt ouderen en mantelzorgers om stap voor stap na te denken wat voor hen belangrijk is. Na het invullen ontvangt de oudere een persoonlijk overzicht. Zo is de oudere goed voorbereid om in gesprek te gaan met familie, zorgverleners of de gemeente.

Niet pluis gevoel

Vroegsignalering door sociaal netwerk, vrijwilligers en zorg- en hulpverleners wordt steeds belangrijker. Ouderen wonen immers steeds langer thuis. Dan liggen gevaren als eenzaamheid, depressie, dementie, ondervoeding, overmatig alcoholgebruik, valproblematiek en zelfs ouderenmishandeling op de loer. Is er sprake van ontspoorde mantelzorg? Vaak zijn het vrijwilligers of zorg- en hulpverleners die als eerste hun vermoedens hebben. Maar ook kan de oudere zelf aangeven dat hij of zij ondersteuning nodig heeft. Het kan moeilijk zijn om deze Niet Pluis gevoelens om te zetten in actie, waardoor ouderen geen passende zorg of ondersteuning krijgen. Er bestaan inmiddels effectieve methoden om vrijwilligers

en medewerkers van welzijnsorganisaties en/of sociale wijkteams te scholen in het signaleren van niet-pluis gevoelens, deze te bespreken met de oudere en zo nodig door te leiden naar een centraal punt, zoals bijv. het sociaal wijkteam, de wijkverpleegkundige of de huisartsenpraktijk.

Burgerinitiatieven, gericht op wonen, zorg en welzijn, zijn in opkomst. De **NLZVE (Nederland zorgt voor elkaar)** telde in 2021 meer dan 1500 initiatieven zoals dorps- en zorgcoöperaties verspreid over het land. Deze initiatieven, die zich richten op het 'voorveld' van zorg en welzijn door bijvoorbeeld de inzet van een dorpsondersteuner, kunnen een belangrijke rol spelen in vroegsignalering van kwetsbaarheid. Ook kunnen deze initiatieven een belangrijke rol spelen in het verminderen van de druk op de eerstelijnszorg (**doel 1. Visie eerstelijnszorg**¹⁷).

Signalen professionals

1e lijn

Paramedische beroepsbeoefenaren en andere zorg en welzijn professionals in de 1e lijn signaleren veranderingen in het functioneren van ouderen: in de mobiliteit, gewicht en voeding, in de gebitstoestand, in de voor de oudere belangrijke dagelijkse activiteiten en in medicatiegebruik. Verschillende beroepsgroepen hebben ook protocollen ontwikkeld om toenemende kwetsbaarheid vroegtijdig op te sporen.

Wijkverpleging Thuiszorg

Huishoudelijke helpenden (van de thuiszorg), verzorgenden en verpleegkundigen (van het team wijkverpleging) die in de thuissituatie komen signaleren vaak al vormen van

kwetsbaarheid (niet pluisgevoel). Het is belangrijk dit te bespreken met de oudere en mantelzorger maar ook de aanspreekpunt of coördinerend wijkverpleegkundige. Er zijn verschillende signaleringsinstrumenten beschikbaar voor de thuiszorg. Deze zijn bijvoorbeeld opgenomen in de **V&VN Toolbox** indicatieproces en het **kennisplatform V&VN**.

Apotheek

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

Mondzorg

Om de mondzorg van kwetsbare ouderen te verbeteren is eind 2023 '**Mondzorg voor kwetsbare ouderen thuis - Plan van aanpak 2023-2026**' vastgesteld. De praktijkwijzer '**Zorg aan kwetsbare ouderen in de mondzorgpraktijk**' ondersteunt mondzorgverleners in de (algemene) mondzorgpraktijk bij het zo adequaat mogelijk organiseren van de zorgverlening. De praktijkwijzer is bedoeld voor

¹⁷ Visie eerstelijnszorg 2030.

tandartsen, mondhygiënist, tandprotheticus en voor het ondersteunende team. In de praktijkwijzer wordt uitleg gegeven over het waarom van de zorg voor kwetsbare ouderen en staan aanbevelingen en adviezen over alle niet-klinische aspecten van de continuïteit van zorg aan kwetsbare ouderen.

(Geriatric) Fysiotherapie

De Paramedische richtlijn Kwetsbare ouderen (2024) geeft aanbevelingen over de screening van ouderen op kwetsbaarheid, communicatie en samen beslissen en afstemming met andere zorgverleners. Om alle paramedische professionals hierbij te ondersteunen staan in de richtlijn bijvoorbeeld een meetinstrument en diverse tips. De NVFG heeft diverse flowchart en factsheets ontworpen. De (geriatric)fysiotherapeut maakt een inschatting van de kwetsbaarheid, van het valrisico en van de te verwachten toekomstige achteruitgang in ADL, zelfredzaamheid en zelfstandigheid.

Ergotherapie

Ergotherapie stelt het dagelijks functioneren van de kwetsbare oudere (en mantelzorger) centraal. Bij kwetsbare ouderen is het in kaart brengen van symptomen van ziekte, coping, fysiek functioneren en houding en cognitief functioneren belangrijk. Het EDOMAH programma is een bewezen effectief programma voor ouderen met dementie en hun mantelzorger aan huis.

Diëtiek

Signalering van ondervoeding vindt vaak plaats door de huisarts/praktijkondersteuner/verpleegkundige. Deze schakelt vervolgens de diëtist in. Het is ook mogelijk dat een kwetsbare oudere direct via een diëtist wordt

geïdentificeerd, waarna met toestemming van de oudere aan de huisarts wordt teruggekoppeld.

Specialist ouderengeneeskunde

Signaleren van kwetsbaarheid vindt na ontslag uit het eerstelijnsverblijf (ELV) of revalidatiecentrum (GRZ) vaak plaats door de specialist ouderengeneeskunde.

Sociaal domein

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

Samenwerking zorg en sociaal domein

Wat is nodig voor een goede samenwerking tussen eerstelijnszorg en sociaal wijkteam / sociaal werk in de wijk? Zie infographic 'De juiste professional op het juiste moment'.

- Eerste voorwaarde is dat je elkaar kent en weet waarvoor je elkaar kunt betrekken, daarna pas komt een samenwerking tot stand.
- Maak duidelijke werkafspraken, zodat ook voor de huisarts duidelijk is wanneer hij contact met het wijkteam kan opnemen en andersom. Communicatie is hierbij het toverwoord.
- Koppel terug na een verwijzing of contact. De huisarts wil graag weten hoe het gaat met 'zijn' patiënt na een interventie, welke zorg is ingezet en hoe het verloopt, en vice versa.
- Zorg voor een vaste contactpersoon in het wijkteam voor de huisarts, zodat hij weet wie van het wijkteam hij kan benaderen. Uiteraard kan er op casusniveau contact zijn met een ander wijkteamlid.

- Maak ook fysiek korte lijnen. Lokaliseer het wijkteam en/of de sociaal werk professional in of nabij een eerstelijnspraktijk of gezondheidscentrum. Korte lijnen maken het voor zowel huisarts als wijkteam gemakkelijker, maar ook voor de inwoner is het prettig als de overgang naar een andere zorgverlener gemakkelijk en laagdrempelig verloopt.

Er zijn inmiddels verschillende modellen ontwikkeld. In genoemde publicatie staan verschillende voorbeelden, bijv. het model Utrecht, Eindhoven, Haarlem, Walcheren.

Meer informatie over domein overstijgend samenwerken in netwerken is te vinden op de [Vilans themapagina persoonsgerichte zorg](#).

Wanneer verwijzen naar sociaal domein **Integraal werken in de wijk.**

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

- In grote lijnen geldt dat als de gezondheidsklachten niet voornamelijk door medische problemen veroorzaakt lijken te worden en bij klachten die niet bij een psycholoog of psychiater passen, toeleiding naar het

sociale domein op zijn plek kan zijn. Daarbij is het de kunst om goed aan te voelen en na te gaan of iemand verwezen wil worden en waar de drempels liggen.

- De kans op een succesvolle verwijzing is het grootst als er ‘warm verwezen’ wordt: de eerstelijns-zorgverlener vraagt dan aan de oudere of het goed is als hij of zij de contactgegevens doorgeeft aan een sociaal werker. De sociaal werker neemt vervolgens contact op met de oudere en wacht niet totdat deze zich meldt.

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

De afgelopen jaren heeft Movisie (vaak met partners) een aantal praktische tools en andere informatiemiddelen ontwikkeld voor het bereiken en betrekken van ouderen bij (lokale) initiatieven en beleid. Ouderen zelf en lokale organisaties werden actief betrokken bij de ontwikkeling hiervan. In deze [overzichtskaart](#) vind je alle tools bij elkaar.

Keten aanpak valpreventie

Gemeenten hebben vanuit het IZA en [GALA](#)¹⁸ de taak gekregen om de Ketenaanpak Valpreventie in te richten voor haar inwoners van 65 jaar en ouder met een valrisico. De [Handreiking ketenaanpak Valpreventie](#) helpt gemeenten op weg.

In dit hoofdstuk is bijeengebracht wat bekend is rond vroegsignalering in algemeen en rond kwetsbare ouderen

in het bijzonder. In het 6-stappenplan wordt invulling gegeven aan een proactieve geïntegreerde aanpak van de zorg en ondersteuning aan kwetsbare ouderen. Het beginpunt daarin is dat signalen terechtkomen in het sociaal wijkteam, bij de wijkverpleegkundige of in de huisartsenpraktijk, afhankelijk van de aard van de problematiek.

Vroegsignalering - RIVM

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

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

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

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



¹⁸ GALA: Gezond en Actief Leven akkoord 2023.

Bijlagen

Aan de slag

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

Algemene kennissites

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

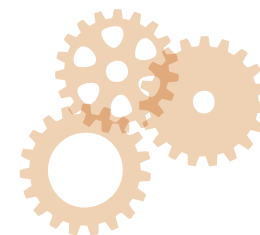
Beroepsgroep sites

- **Actiz** Thema zorg en ondersteuning.
- **InEen** Thema's multidisciplinaire zorg, persoonsgerichte zorg, wijkmanagement.
- **KNGF - NVFG** Themapagina kennisplein o.a. beweeginterventies, programma kwetsbare ouderen.

- **KNMP** Themapagina kwetsbare oudere.
- **Laego** Landelijke adviesgroep eerstelijns geneeskunde voor ouderen.
- **LHV** Thema's aanbod: ouderen, samenwerking.
- **NHG** Thema dossier ouderenzorg.
- **NIP** Sectie ouderenpsychologie met
- **Patiëntenfederatie Nederland** Thema's samen beslissen, zorg thuis en langer thuis, kwaliteit van leven, proactieve zorgplanning
- **Sociaal Werk Nederland** Thema's een sterke sociale basis in wijken en buurten, ouderen en mantelzorg.
- **Verenso** Thema samenwerking.
- **VNG** Thema sociaal domein.
- **V&VN** Thema wijkverpleging. Kennisplatform V&VN.
- **ZN** Thema Eerstelijns.

Thema sites

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



Colofon

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

De volgende partijen zijn hierbij betrokken

LHV, V&VN, InEen, NHG, KNGF-NVFG, KNMP, Laego, Patiëntenfederatie Nederland, ZN, VWS, Sociaal Werk Nederland, de VNG, Actiz, Verenso, NIP, PPN, NVD en Ergotherapie Nederland.

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

© juni 2025





Kwetsbare ouderen thuis

handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk