

Handboek Proactieve Integrale Ouderenzorg Utrecht - Om U 3.0



Inhoudsopgave

Samenvatting

pag. 3

1. **Waarom proactieve integrale ouderenzorg** pag. 4
 - [1.1. Wat is proactieve ouderenzorg Om U 3.0](#)
 - [1.2. Waarom dit handboek](#)
 - [1.3. Voor wie is dit handboek](#)
2. **Visie op gezondheid** pag. 8
 - [2.1. Doelgroep kwetsbare ouderen thuis](#)
 - [2.2. Aantal ouderen in Utrecht](#)
 - [2.3. Gedeelde visie op kwetsbaarheid](#)
3. **Integrale samenwerking** pag. 11
 - [3.1. Integrale samenwerking in samenhang met informele zorg](#)
 - [3.2. Hoe wordt informele zorg vorm gegeven in Utrecht](#)
 - [3.3. Samen in de Stad](#)
4. **Werkwijze proactieve ouderenzorg OM U 3.0 in de praktijk** pag. 17
 - [4.1. Starten met Om U 3.0 in de wijk](#)
 - [4.2a. Vroegsignalering en case-finding](#)
 - [4.2b. Kwetsbaarheid vaststellen](#)
 - [4.2c. Inventarisatie zorg- en ondersteuningsbehoefte bij de oudere thuis](#)
 - [4.2d. Opstellen en uitvoeren zorg- en ondersteuningsplan](#)
 - [4.2e. Uitvoering en monitoren zorg- en ondersteuningsplan](#)
5. **Evaluatie van het proactieve ouderenzorgprogramma** pag. 30
 - [5.1. Beoogde resultaten van proactieve integrale ouderenzorg](#)
 - [5.2. Hoe weten we of proactieve integrale ouderenzorg om U 3.0 meerwaarde heeft?](#)
6. **Overige aandachtspunten** pag. 31
 - [6.1. Uitgangspunten proactieve ouderenzorg](#)
 - [6.2. Lokale netwerken en lokale accenten](#)
 - [6.3. Rapportage en ICT](#)
 - [6.4. Samenwerking Specialist Ouderengeneeskunde \(SO\)](#)
 - [6.5. Transmurale Zorg](#)
 - [6.6. Aandacht voor migranten ouderen](#)

Bijlagen

pag. 33

Bijlagen voor professionals

1. [Handige links](#)
2. [Samenwerkingsmeter](#)
3. [Bijlage 3. Uitgangspunten samenwerking medisch en sociaal domein ouderenzorg in Utrecht](#)
4. [Bijlage 4. Samenwerking in preventie en vroegsignalering Samen in de Stad en HUS](#)
5. [Bijlage 5. Uniforme registratie en rapporteren Ouderenzorg in het Huisartsen Informatie Systeem \(HIS\)](#)
6. [Bijlage 6: 4D signaalkaart kwetsbare ouderen voor huishoudelijke hulp medewerkers](#)
7. [Bijlage 7. Groningen Frailty Indicator \(GFI\) Vragenlijst*](#)
8. [Bijlage 8: Inventarisatie **zorg- en ondersteuningsbehoefte**](#)
9. [Bijlage 9. Het 4Domeinen model](#)
10. [Bijlage 10. Risicoanalyse Zorg Thuis](#)
11. [Bijlage 11a. Risicoscorelijst decubitus](#)
12. [Bijlage 12. Gestructureerd Periodiek Overleg \(GPO\)](#)
13. [Bijlage 13. VIPLive rapportages \(kwetsbare\) ouderen](#)

Bijlagen voor ouderen

1. [Is alles besproken](#)

2. [Weet u wat u slikt?](#)
3. [Is uw mond gezond?](#)

[Link naar folder mantelzorger](#)

Samenvatting

“Ouderen die veel zorg nodig hebben kunnen dankzij goede ondersteuning en zorg aan huis, langer zelfstandig thuis blijven wonen”. Dat is de gezamenlijke doelstelling van alle betrokken partners in medisch en sociaal domein evenals de ouderen, gemeente en zorgverzekeraar. Welbevinden en eigen regie van de oudere staan hierin centraal. Om dit te realiseren, zijn de huisartsenpraktijken, ouderen en organisaties uit het medisch en het sociaal domein in de regio Utrecht tot één integraal ouderenzorgmodel gekomen: Proactieve Integrale Ouderenzorg, oftewel Om U 3.0. Dit is het vervolg op Om U 1.0 en 2.0. waarbij de samenwerking tussen huisartsenpraktijk en praktijk-/wijkverpleegkundige werd gerealiseerd en een proactief zorgprogramma is ontwikkeld om kwetsbare ouderen eerder op te sporen en de zorg aan deze groep ouderen te verbeteren. Om U 3.0 voegt daar de samenwerking aan toe met het sociaal domein, waardoor geïntegreerde zorg en ondersteuning in de wijk vanuit de medisch sociale driehoek rondom de oudere mogelijk wordt. Centraal staat het optimaal samenwerken en borgen van de “diamant” (vijfhoek) oudere, huisarts(enpraktijk)/praktijkverpleegkundige, wijkverpleegkundige, buurtteam en informele zorg. Om U 3.0 sluit aan op de gezamenlijke visie en uitgangspunten van de gemeente Utrecht en Zilveren Kruis zoals beschreven in [het rapport Stedelijk Agenda Ouderen 2016-2018](#). Bovendien wordt het zorgprogramma ondersteund door ouderen en verschillende grote zorgaanbieders in de regio Utrecht. Dit handboek beschrijft de kernelementen van Om U 3.0 en geeft richting aan de invulling van Om U 3.0 in de wijk. De invulling kan op wijkniveau verschillen. Dit handboek bevat praktische hulpmiddelen voor professionals uit de verschillende domeinen en ouderen. Het handboek is ontwikkeld door betrokken professionals uit de praktijk. Het handboek is geen statisch document maar wordt aangevuld op basis van kennis en ervaring.

1. Waarom Proactieve Integrale Ouderenzorg?

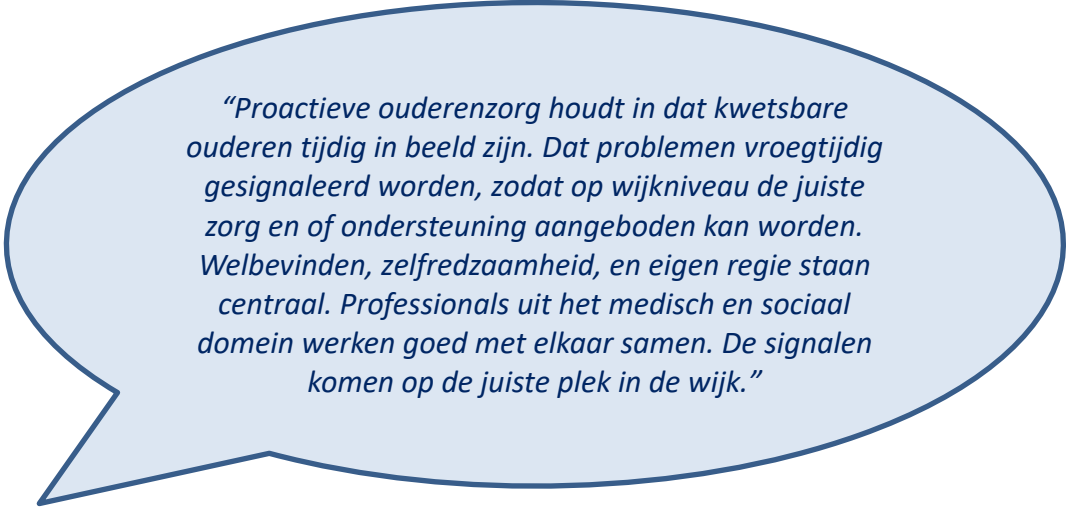
Nederland vergrijst. Het aantal 80-plussers verdubbelt in de aankomende jaren. Ook het aantal kwetsbare ouderen neemt toe. Mensen blijven langer zelfstandig thuis wonen, ook de overheid zet hierop in. Tegelijkertijd neemt de complexiteit van de zorgvraag toe, mede doordat ouderen korter in het ziekenhuis verblijven en eerder weer thuiskomen na een opname. Om te voorkomen dat ouderen onnodig acuut worden opgenomen in het ziekenhuis of op de spoedeisende hulp is het noodzakelijk dat de zorg thuis goed is geregeld. Dat mogelijke problemen en ontsporingen tijdig worden gesignaleerd, en dat de signalen op de juiste plek terecht komen. Proactieve ouderenzorg draagt hier aan bij.

Zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen, 'iemand die met mij mee denkt' en zorg en ondersteuning op maat, zijn voor de meeste ouderen belangrijke wensen. Het is belangrijk dat professionals hier gehoor aan geven door goede zorg en ondersteuning te bieden aan deze ouderen en hun naasten. Uitgangspunten van zorg en ondersteuning is het behoud van zelfredzaamheid en het dagelijks functioneren met optimale kwaliteit van leven. Een samenhangend zorg- en ondersteuningsaanbod is daarom belangrijk. Aangezien bij de zorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen vaak veel verschillende disciplines betrokken zijn, is het cruciaal dat zij goed met elkaar samenwerken.

Om dit te realiseren, zijn de organisaties uit het medisch en het sociaal domein samen met ouderen in de regio Utrecht tot één integraal ouderenzorgmodel gekomen waarbij de oudere ('U') centraal staat: Proactieve Integrale Ouderenzorg, oftewel Om U 3.0. Dit is het vervolg op eerdere Om U trajecten gericht op betere zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen doormiddel van vroeg-opsporing gevolgd door een proactief zorgprogramma uitgevoerd door de praktijkverpleegkundige (Bleijenberg et al, 2016). Het Om U programma is grootschalig onderzocht in een gerandomiseerde trial. Na één jaar bleken ouderen die proactieve zorg ontvingen minder achteruit te gaan in dagelijks functioneren ten opzichte van ouderen die dit niet ontvingen. Ouderen waren positief over de nieuwe manier van proactief werken. Huisartsen en praktijkverpleegkundigen gaven aan dat kwetsbare ouderen beter in beeld waren. Echter, het vraagt wel een omslag in denken en handelen, en dat kost tijd.

Proactieve ouderenzorg 'Om U 3.0' voegt daar de samenwerking aan toe met de wijkverpleging en het sociaal domein inclusief informele zorg. Een multidisciplinaire domein overstijgende samenwerking is een voorwaarde om samenhangende, integrale zorg te verlenen. Aandacht voor welbevinden, zelfredzaamheid en eigen regie staan hierbij centraal. Het idee is dat door optimale samenwerking en afstemming er minder acute ontsporingen ontstaan.

1.1. Wat is proactieve ouderenzorg Om U 3.0



“Proactieve ouderenzorg houdt in dat kwetsbare ouderen tijdig in beeld zijn. Dat problemen vroegtijdig gesignaleerd worden, zodat op wijkniveau de juiste zorg en of ondersteuning aangeboden kan worden. Welbevinden, zelfredzaamheid, en eigen regie staan centraal. Professionals uit het medisch en sociaal domein werken goed met elkaar samen. De signalen komen op de juiste plek in de wijk.”

In Om U 3.0 worden ouderen met een verhoogd risico op kwetsbaarheid vroegtijdig en gestructureerd in kaart gebracht (vroegsignalering). Kwetsbaarheid wordt gezien als een toename van afhankelijkheid en verminderde grip op het eigen leven vanuit verschillende domeinen: lichamelijk, geestelijk, sociaal en maatschappelijk. Vroegsignalering is niet alleen een taak van alle professionals in de eerste lijn, maar van de gehele samenleving. Signalen van kwetsbaarheid komen immers in allerlei situaties naar boven. Het is dan zaak om deze op te pakken en te delen met professionals. Na de vroegsignalering van kwetsbaarheid, inventariseren de professionals de wensen en behoeften van de oudere en zijn of haar omgeving. De centrale vraag hierbij is: wat moet er gebeuren zodat de oudere in staat is om, gezien de situatie en omstandigheden, zo goed mogelijk te functioneren en zoveel mogelijk regie te hebben op het eigen leven? En hoe kunnen de mogelijkheden van de oudere en zijn / haar netwerk hierbij zo goed mogelijk worden benut? Het antwoord op deze vraag verschilt niet alleen per oudere, maar ook in de tijd.

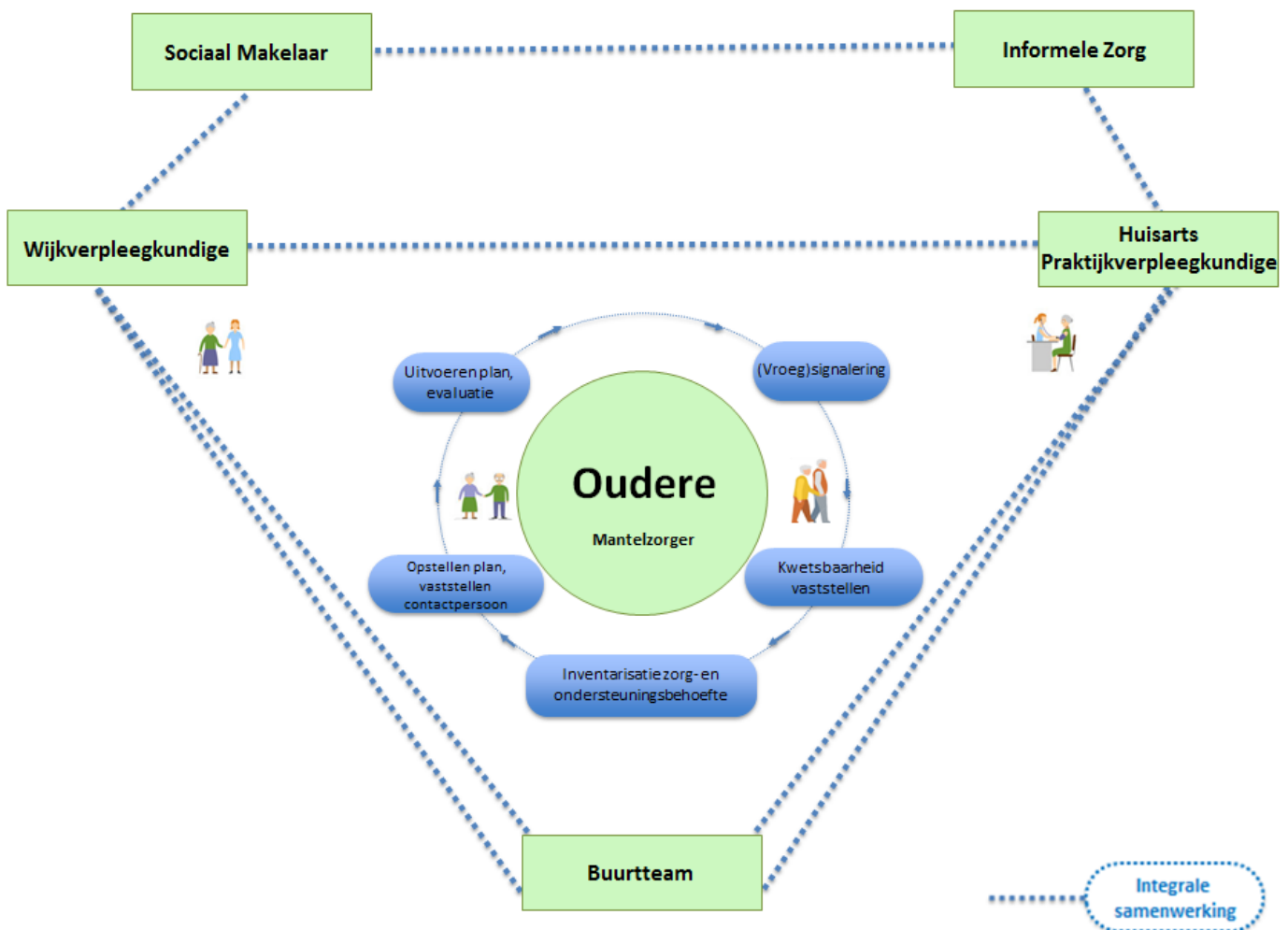
Op basis van het gesprek met de oudere en diens netwerk wordt een zorg- en ondersteuningsplan op maat gemaakt, waarin beschreven wordt wat voor deze oudere belangrijk is en wat ieders bijdrage daaraan is. Hierbij wordt naar de verschillende levensdomeinen gekeken en is er regelmatig afstemming met de oudere of om te kijken of ‘we op de goede weg zitten’. Het plan is dynamisch en biedt houvast voor de oudere en diens netwerk en voor de onderlinge samenwerking tussen de professionals.

De oudere krijgt één aanspreekpunt: de coördinator. Dit is degene die gezien de zorg- en of ondersteuningsbehoefte het meest betrokken is bij de oudere en wordt gekozen op basis van de wens van de oudere. In de meeste gevallen is dit de verpleegkundige (wijk of praktijkverpleegkundige). Afhankelijk van de casus en zorgbehoefte van de oudere kan deze rol ingevuld worden door eventueel de mantelzorger, casemanager dementie, iemand van het buurtteam, specialist ouderengeneeskunde(SO), verpleegkundig specialist of informele zorg.

Medische en sociale zorg- en ondersteuning wordt in samenhang en vanuit een gedeelde visie op ouderenzorg geboden. De betrokkenen stemmen goed met elkaar én met de oudere af. Ook betrekken zij zoveel mogelijk het netwerk rondom de oudere. De behoeften en de wensen van de

oudere zijn leidend. Het behouden of waar mogelijk vergroten van de eigen regie en zelfredzaamheid van de oudere is een belangrijk onderdeel van de houding en werkwijze van professionals. Zorgverleners kennen elkaars expertise, hebben kennis van de sociale kaart en maken op wijkniveau afspraken over de samenwerking, consultatie en (veilige) communicatie. De invulling kan per wijk verschillen en sluit aan op wat er mogelijk is in de wijk.

Om U 3.0 bestaat uit een aantal *basiselementen* om te komen tot proactieve integrale ouderenzorg (Figuur 1). Belangrijk is dat de zorg en ondersteuning op de juiste plek op het juiste moment en door de juiste persoon wordt geleverd. Dit kan alleen wanneer er goede afstemming is tussen de verschillende professionals vanuit de verschillen domeinen. Wijkgerichte aanpak is hierbij noodzakelijk. In juni 2017 is [de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken \(LESA\) 'Zorg voor Kwetsbare Ouderen'](#) samenwerking rondom kwetsbare ouderen uitgekomen. De inhoud van de LESA sluit aan bij de visie van Om U 3.0.



Figuur 1: diamant proactieve integrale ouderenzorg Om U 3.0

1.2. Waarom dit handboek

In dit handboek staan de elementen van Om U 3.0 beschreven. Daarnaast wordt beschreven hoe professionals vanuit de verschillende domeinen invulling kunnen geven aan de uitvoering van proactieve ouderenzorg. De exacte invulling van de elementen wordt op wijkniveau vormgegeven en kan daarom dus op wijkniveau verschillen. Verder zijn in dit handboek praktische hulpmiddelen, instrumenten en documenten toegevoegd voor professionals en ouderen ter bevordering van de integrale aanpak van de zorg en ondersteuning aan kwetsbare ouderen.

1.3 Voor wie is dit handboek

Dit handboek is voor alle professionals uit het medisch en sociaal domein die zorg en of ondersteuning bieden aan kwetsbare ouderen thuis. Ook professionals en partners vanuit informele zorg spelen een belangrijke rol in de ondersteuning aan kwetsbare ouderen thuis. Daarom zijn ook zij in dit handboek opgenomen als belangrijke stakeholder.

Medisch domein:

- Huisartsen, kaderhuisartsen, praktijkverpleegkundigen, Verpleegkundig Specialist 1^e lijn, POH-GGZ
- Wijkverpleegkundigen
- Specialist Ouderengeneeskunde (SO)
- Casemanager dementie/Mobiel Geriatrisch Team
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige

Sociaal domein

- Medewerkers Buurtteam
- Sociaal makelaar (verbinden van actieve bewoners aan vragen in de wijk, of verbinden actieve bewoners onderling)

Informele zorg

- Ambassadeur informele zorg (aanspreekpunt voor alle vragen over –inzet van – informele zorg)
- U-Centraal, Netwerk Informele Zorg (NIZU)
- Mantelzorg, Steunpunt Mantelzorg

2. Visie op gezondheid

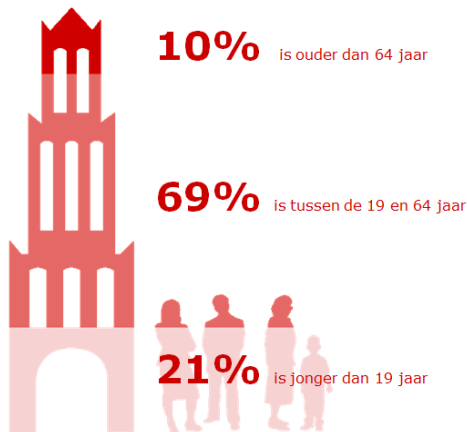
In de proactieve benadering waarin vroegsignalering en preventie van centraal staan, wordt vooral gekeken naar wat de oudere nog wél kan. De wensen en behoeften staan centraal en eigen regie wordt, waar mogelijk, gestimuleerd. Het dagelijks functioneren is hierin een belangrijke uitkomstmaat voor ouderen. Dit sluit aan bij het nieuwe denken over gezondheid waarbij gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekten en aandoeningen. In [de nieuwe definitie van gezondheid](#) staat veerkracht en het vermogen dat mensen hebben om zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven centraal (Huber et al, 2011). Kwaliteit van leven, het functioneren van personen op fysiek, psychisch en sociaal gebied en de subjectieve evaluatie daarvan, sluit daar goed op aan.

De nieuwste term voor gezondheidstoestand is dan ook gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven (health Related Quality of Life HR-QoL). Kwaliteit van leven bestaat uit meerdere dimensies of domeinen. Globaal zijn deze onder te verdelen in het lichamelijke, het psychische en het sociale domein. Het lichamelijke domein beperkt zich meer tot onze oude definitie van gezondheid; het medisch domein. Het psychische domein omvat naast psychische klachten ook bijvoorbeeld welbevinden. Het sociale domein omvat o.a. de kwaliteit en kwantiteit van de sociale contacten.

2.1 Doelgroep kwetsbare ouderen thuis

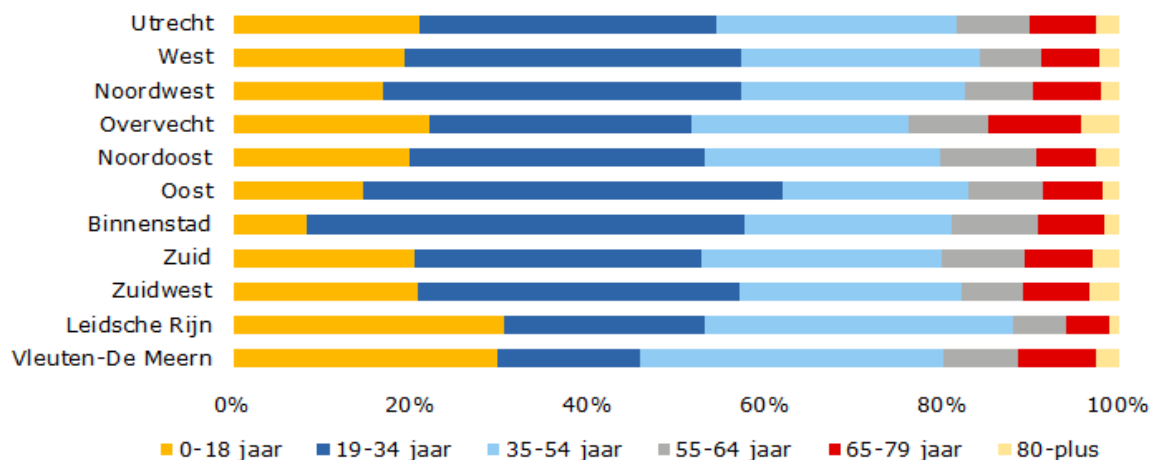
De komende jaren wordt een toename van het aantal (oudste) ouderen verwacht. Daarmee zal ook het aantal kwetsbare ouderen toenemen. Kwetsbaarheid is een lastig uit te leggen begrip, maar over het algemeen wordt er een wankel evenwicht mee bedoeld op verschillende domeinen: lichamenlijk, psychisch, sociaal, en cognitief functioneren. Het ontstaat geleidelijk. Kwetsbaarheid hangt samen met verminderde kwaliteit van leven, verhoogd risico verminderd functioneren, hogere zorgconsumptie en mortaliteit (Clegg et al, 2013). Een (kleine) gebeurtenis (event) kan grote impact en gevolgen hebben. Denk hierbij aan bijvoorbeeld een blaasontsteking bij ouderen waardoor mensen vallen en hierdoor in het ziekenhuis of uiteindelijk in een verpleeghuis belanden. Migranten en mensen in achterstandswijken lopen een verhoogd risico op kwetsbaarheid op relatief jongere leeftijd in vergelijking met autochtonen en mensen in een hogere welstandsklasse (Denktas, 2007).

2.2. Aantal ouderen in Utrecht



Momenteel is één op de tien burgers in Utrecht 65 jaar of ouder.

In 2030 zullen er ondanks de achterblijvende vergrijzing in Utrecht toch 40% meer ouderen wonen dan nu. Op dit moment wonen met name in de wijken Overvecht en Vleuten-De Meern relatief veel ouderen (65+), terwijl in de wijken Leidsche Rijn en Binnenstad minder ouderen wonen. Onderstaand figuur geeft de leeftijdsopbouw per wijk weer (bron: volksgezondheidmonitor).



Bron: www.utrecht.buurtmonitor.nl

Oud worden gaat meestal samen met een oplopende behoefte aan (medische) zorg, verzorging en ondersteuning. Op 85-jarige leeftijd heeft maar liefst 90% van de ouderen te maken met fysieke of mentale problemen. Twee op de drie 65-plussers in Utrecht ervaren hun gezondheid als goed. Van de 65- tot 79-jarigen geeft 70% aan dat zij een goede gezondheid hebben. Onder 80-plussers is dit lager, namelijk 50%. Meer dan driekwart van de ouderen in Utrecht met een middelbaar of hoger opleidingsniveau voelt zich gezond. Onder ouderen die alleen basisonderwijs gevolgd hebben, is dit 42%. Ervaren gezondheid verschilt per wijk. In de wijken Kanaleneiland, Ondiep, Overvecht, Zuilen-Oost en in de Bokkenbuurt (Nieuw-Hoograven) heeft gemiddeld 59% van de ouderen een goede gezondheid. Dit is lager dan het Utrechtse gemiddelde (70%).

2.3. Gedeelde visie op kwetsbaarheid

Voor een goede samenwerking rondom kwetsbare ouderen tussen de verschillende professionals werkzaam in het medisch en sociaal domein is het belangrijk een gedeelde visie op kwetsbaarheid te formuleren. Beide domeinen hebben een brede, integrale kijk op kwetsbaarheid.

- Brede benadering op de gebieden lichamelijk, psychisch, cognitief, sociaal, maatschappelijk functioneren. Verlies op deze domeinen leidt tot kwetsbaarheid.
- Kwetsbaarheid gaat vaak over een wankel systeem wat kan omvallen; sociale steun en omgeving van zijn belang.
- Verminderde grip op het eigen leven, eigen keuzes, verlies van overzicht, toename van afhankelijkheid, minder een beroep kunnen doen op de hulpbronnen die je in principe ter beschikking staan.
- Geen zin meer zien in het leven, verlies van veerkracht, verminderd zelfvertrouwen. 'Psychologisch kapitaalverlies'.

In het medisch domein worden verschillen instrumenten gebruikt om kwetsbaarheid te meten. Verderop in het document worden deze beschreven.

3. Integrale samenwerking

Het is belangrijk dat de professionals rondom de kwetsbare ouderen kennis hebben van de sociale kaart om op wijkniveau integrale zorg te kunnen leveren. Een mooi hulpmiddel om de partijen op wijkniveau in kaart te brengen komt van de website www.beteroud.nl (zie plaatje). Het invullen van dit format helpt bij het zichtbaar maken van de sociale kaart. Er is een invuldocument beschikbaar via de volgende [deze website](#). In een wijk in Utrecht hebben alle professionals hun telefoonnummers en email adressen op dit formulier ingevuld zodat iedereen elkaar weet te vinden. Klik [hier](#) voor dit overzicht.



Om een goed beeld te krijgen van de integrale samenwerking binnen de 5-hoek en met als doel deze vervolgens te verbeteren, wordt deze gemeten d.m.v. de Samenwerkingsmeter. Naar aanleiding hiervan kan er gebruikt gemaakt worden van tools of een cursus om deze te verbeteren.

- Meten van de samenwerking

De samenwerkingsmeter ([bijlage 2](#)) is opgesteld aan de hand van de Teamthermometer. Deze [Teamthermometer](#) is ontwikkeld door hogeschool Windesheim, lectoraat Innoveren met Ouderen en lectoraat Sociale Innovatie, binnen het project 'Professioneel Samenwerken in de Wijk'. Het maakt zichtbaar waar de 5-hoek tevreden over is en waar kansen liggen voor verbetering. De teamthermometer is gebaseerd op wetenschappelijke inzichten over integraal samenwerken voor professionals in de sector zorg en welzijn en meet factoren, zoals taakverdeling, gedeelde visie, vertrouwen in elkaar en omgaan met ethische dilemma's, die de kwaliteit van deze samenwerking bepalen.

De, door de 5-hoek, ingevulde samenwerkingsmeter gebruiken we om de integrale samenwerking te verbeteren. Ook kunnen we wanneer aan het einde van het implementeren van Om U 3.0 de

samenwerkingsmeter weer ingevuld wordt, zien of de samenwerking na het implementeren van de Om U 3.0 verbeterd is.

– **Het verbeteren van de samenwerking**

Wanneer een bepaalde factor, bijvoorbeeld vertrouwen in elkaar, in de samenwerkingsmeter door de professionals als onvoldoende wordt gescoord, kunnen zij via [de tool/werkvorm van de Teamthermometer](#) de integrale samenwerking op dit punt verbeteren.

Naast de tool Teamthermometer, zijn er ook nog andere mogelijkheden die aangeboden kunnen worden. Door middel van interprofessionele training voor professionals die werken met thuiswonende ouderen kan samenwerking verbeterd worden. Adequate training is voor alle professionals cruciaal om hoogwaardige geïntegreerde zorg te leveren aan kwetsbare ouderen. Het vraagt een andere aanpak: van vraaggerichte zorg naar een proactieve functionele benadering van de kwetsbare waarin de domeinen medisch en sociaal elkaar overlappen. Er is een interprofessionele training voor professionals in de wijk om de integrale samenwerking te verbeteren. De training richt zich specifiek op de thema's rolidentiteit, samenwerken en communicatie en is ontwikkeld door de Hogeschool Utrecht en Stichting Volte. Meer informatie over de training staat op www.nuzo-utrecht.nl.

– **Digitale overlegtafel**

Voor integrale ouderenzorg is intensieve samenwerking tussen alle partners van belang. Om naar behoren samen te kunnen werken, is op zijn minst een overlegplatform nodig, waarbij een digitale overlegtafel de voorkeur heeft ([bron: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017](#)). Na het kiezen van een geschikt overlegplatform, krijgt de samenwerking gestalte, kunnen samenwerkingsafspraken gemaakt worden over wat er gedeeld wordt op dit overlegplatform en met wie. Altijd pas na goedkeuring van de oudere zelf, mag informatie gedeeld over deze oudere. Kies samen met alle samenwerkingspartners binnen de vijfhoek voor één overlegplatform en zorg ervoor dat alle samenwerkingspartners zich in zowel de werkwijze als het gebruik van de tafel kunnen vinden en zich hieraan verbinden. Meer informatie over digitale overlegtafels is te vinden in het implementatiedraaiboek.

– **Samenwerkingsafspraken**

Daarnaast is er een samenwerkingskaartje (zie Bijlage 3. Uitgangspunten samenwerking medisch en sociaal domein ouderenzorg in Utrecht) gemaakt voor het buurtteam, huisarts, wijkverpleging en informele zorg. Dit kaartje is gebaseerd op het document 'Samenwerken in de basiszorg medisch en sociaal' uit 2015.

In dit handboek worden op een later moment 'customer journeys' toegevoegd. Dit zijn beschrijvingen van casuïstiek waarin de integrale samenwerking tussen de disciplines rondom de oudere wordt vormgegeven.

3.1. Integrale samenwerking in samenhang met informele zorg

Onder professionals uit het medisch domein is niet altijd helder wanneer en bij welke vragen informele zorg ingeschakeld kan worden. Omdat informele zorg een belangrijke rol kan spelen in de ondersteuning bij kwetsbare ouderen, wordt hieronder een toelichting gegeven wat informele zorg is en hoe zij te werk gaan. Informele zorg bestaat naast de formele zorg en kan de druk op de formele zorg verlichten en andersom.

Onder informele zorg valt ook de mantelzorg en de inzet van vrijwilligers. Er bestaat 'ongeorganiseerde' en 'georganiseerde' informele zorg. De ongeorganiseerde informele zorg ontstaat spontaan, vaak in de wijk, via app of facebookgroepen of via zogenaamde buurtnetwerken. De georganiseerde informele zorg vindt via organisaties plaats zoals U-Centraal, Welzaam, Doenja etc. Daarnaast hebben we het soms over generalistische Informele Zorg en specialistische informele zorg. De generalistische informele zorg vindt vaak 'ongeorganiseerd' plaats en gaat vaak om allerlei 'hand- en spandiensten' in de wijk. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld vuilnis buiten zetten, tuintje opknappen of een bezoekje aan een medewijkbewoner. Specialistische informele zorg vindt vaak 'georganiseerd' plaats. Vrijwilligers worden opgeleid voor het vrijwilligerswerk dat ze doen en van hen wordt ook vaak een Verklaring Omtrent Gedrag gevraagd.

3.2 Hoe wordt informele zorg vorm gegeven in Utrecht?

De informele zorg organisaties in Utrecht werken nauw samen via het Netwerk Informele Zorg Utrecht (NiZu). Samen staan zij voor een kleurrijk palet aan ondersteuningsmogelijkheden (ook) voor ouderen. Op (vrijwel) alle levensgebieden is informele ondersteuning mogelijk, waarbij je kunt denken aan:

- Praktische hulp (klussen in en om huis, hulp bij administratie en/of financiën) bij het dagelijks functioneren;
- Vervoer of samen wandelen/winkelen bij verminderde mobiliteit;
- Bezoek bij eenzaamheidsgevoelens, coaching om je netwerk uit te breiden, vriendschapsbemiddeling;
- Gespreksmaatjes bij zingevingsvragen;
- Begeleid een dagje uit, aanschuiven bij iemand die voor je kookt, verbinden aan activiteiten;
- En heel belangrijk: ondersteuning voor mantelzorgers, mantelzorgcoaches, en Mantelzorgmaatjes voor mantelzorgers van mensen met dementie.

De kracht van informele zorg is dat er voor elke vraag een antwoord is, een antwoord dat past bij de vrager (maatwerk) deze kracht maakt echter wel dat het voor de vrager niet altijd eenvoudig is om aan te kloppen op de juiste plaats. Daarom neemt U Centraal op dit moment, samen met het NiZu, het initiatief om per wijk een ambassadeur Informele Zorg in te zetten. Iemand bij wie je met al je vragen over informele zorg terecht kunt. Hieronder wordt een korte beschrijving gegeven van de taken en werkzaamheden van de ambassadeur Informele Zorg;

De Ambassadeur Informele Zorg is de professionele vertegenwoordiger van de stedelijke Informele Zorgpartijen voor samenwerkingspartners in de wijk. Zij onderhoudt contacten en werkt samen met o.a. buurtteammedewerkers, huisartsen, wijkverpleging, sociaal makelaars en buurtinitiatieven en probeert waar nodig verbindingen te leggen. De behoeften kunnen per wijk verschillen, waardoor op maat gekeken wordt naar wat er nodig is.

Kerntaken van de Ambassadeur Informele Zorg zijn:

- Neutrale vertegenwoordiging van het stedelijk aanbod Informele Zorg;
- Samenwerken met alle partijen in de wijk;
- Verbinden waar nodig;
- Signaleren van problemen en zorgen voor een goede afwikkeling;
- Leveren van maatwerk;
- Kennis delen;
- Deelnemen aan lokalen netwerken, overleggen en projecten;
- Informele Zorg een gezicht geven in de wijk.

Het matchen tussen vrijwilliger en klant gebeurt bij de desbetreffende vrijwilligersorganisatie, waarbij de Ambassadeur Informele Zorg zorgt voor een warme overdracht als daar behoefte aan is. Een verzoek tot match wordt bij de verantwoordelijke consulent van de vrijwilligersorganisatie neergelegd en deze zorgt voor een juiste afhandeling van de vraag. Als daar iets niet goed gaat, komt de Ambassadeur Informele Zorg weer in beeld.

Verdeling Ambassadeurs Informele zorg per wijk:

Wijk	IZ organisatie, namens het NIZU	Contactpersoon
Noordoost	U Centraal	Gonny Bruggenkamp Tel: 0610778446 g.bruggenkamp@u-centraal.nl
Zuilen	Al Amal	Caroline Sarolea Tel. 0641412389 (vervanging Housnia el Mimouni – zij is met verlof)
Overvecht	U Centraal	Gonny Bruggenkamp Tel: 0610778446 g.bruggenkamp@u-centraal.nl
Vleuten-de Meern	U Centraal	Diana Schnek Tel: 0610788870 d.schnek@u-centraal.nl
Lunetten/ Hoograven	Stichting HIP	Thea Kok Tel: 0620136091 info@leefmd.nl
Kanaleneiland Noord/Zuid	HandjeHelpen	Heleen Veenman Tel: 0628579048 hveenman@handjehelpen.nl

Zoals het overzicht laat zien is niet de hele stad gedekt.

Wilt u informatie over Informele Zorg in een wijk waar geen Ambassadeur is, neem dan contact op met het Infopunt Informele Zorg: 030 236 17 45 (op werkdagen van 9.00 - 13.00 uur)

Rol sociaal makelaar:

De rol van de sociaal makelaar wordt onder andere beschreven als: het verbinden van actieve bewoners aan vragen in de wijk, of verbinden actieve bewoners onderling. Één van de sociaal makelorganisaties in Utrecht is Wijk&co. Wijk&co is een jonge en eigenzinnige organisatie die sinds 2013 het sociaal makelaarschap in de gemeente Utrecht uitvoert. Zij geven hieronder een uitgebreide beschrijving van de, in hun ogen, rol van de sociaal makelaar:

We zien het als onze missie om mensen in Overvecht en Utrecht Noordoost te inspireren en te ondersteunen om, vanuit eigen willen en kunnen, hun talenten te ontwikkelen, zich te verbinden en samen te werken. Dat begint met oprechte aandacht voor elkaar. De kernopdracht van de sociaal makelaar bij Wijk&co is empoweren, verbinden en activeren. Wij geloven daarbij sterk in het ontwikkelen van eigenaarschap als manier om mensen sterker te maken, duurzame verbindingen te realiseren en te komen tot gedragen activiteit.

Sociaal makelaars werken preventief in het voorveld van zorg en hulpverlening. Via empowerment, verbinding en activering helpen we bewoners om meer eigenaarschap te ervaren over hun leven. We ondersteunen bewoners met het uitbreiden van hun netwerk, het leren van de Nederlandse taal en het actief deelnemen aan en zelf organiseren van activiteiten. We richten ons op de mensen die meer tijd nodig hebben voor empowerment en activering om tot verbinding te komen. Wij vinden het belangrijk dat alle bewoners de mogelijkheid hebben om mee te doen aan de samenleving. We hebben ook een signalerende rol als het gaat om de meest kwetsbare bewoners.

De deelactiviteit 'Samen in de Stad' is erop gericht om ouderen zo lang mogelijk met plezier zelfstandig thuis te laten wonen. Dit gaan we bereiken door in te zetten op het samenbrengen van vraag en aanbod rondom ouderen in Overvecht en Noordoost. Kernwoorden hierin zijn ontmoeting, participatie en ondersteuning.

Stedelijke samenwerkingspartners zijn: U-Centraal en AxionContinu en de andere SMO's die Samen in de stad uitvoeren. Wijk&co treedt op als netwerkondersteuner en stimuleert onderlinge verbindingen tussen de partners van Samen in de twee wijken.

Lokaal zetten we in op een goede samenwerking van partijen rondom ouderen. Belangrijkste partners hierin zijn: Buurteam, huisarts, thuiszorg en informele zorg

Wat kan er verwacht worden van de sociaal makelaar:

- Inventariseert (hulp) vraag en aanbod rondom langer zelfstandig thuis wonen;
- Kennis van het activiteitenaanbod voor ouderen in de wijk;
- Brengt partijen bij elkaar t.b.v. (vitale / kwetsbare) ouderen d.m.v. netwerkbijeenkomsten;
- Ondersteunt bewonersactiviteiten gericht op ouderen;
- Geven advies en verzamelen en delen kennis gericht op (vitale / kwetsbare) ouderen;
- Zet in op het activeren en empoweren van ouderen en zoekt hierin de samenwerking op met lokale partners;
- Hebben een signaleringsfunctie en zorgen dat deze signalen terecht komen bij partijen die deze signalen kunnen oppakken;
- Hebben een actieve rol in het verkrijgen van een betere samenwerking tussen verschillende partijen rondom ouderen.

3.3 Samen in de Stad

AxionContinu, U Centraal en de 5 sociaal makelorganisaties in de stad hebben in 2014 het initiatief genomen om samen te werken om ouderen beter toe te rusten voor een toekomst waarin ze langer zelfstandig zullen blijven wonen. Samen in de Stad zet zich in om wijkgericht sociale netwerken rondom ouderen te stimuleren. De netwerken hebben tot doel dat ouderen zo lang mogelijk prettig zelfstandig kunnen blijven wonen. Samen in de Stad maakt onderdeel uit van de informele zorg in de stad. Zie meer informatie op www.samenindestad.nl

Samen in de Stad benadert, bij voorkeur via de huisartsenpraktijken/Gezondheidscentra, de vitale (maar soms fragiele) 67+ ouderen. Dit heeft de voorkeur omdat (vrijwel) iedereen een huisarts heeft en omdat de ervaring leert dat deze wijze van benaderen een hogere respons (20-40%) oplevert dan andere wijzen van benaderen. Samen in de Stad geeft de respons terug aan de huisarts, waardoor deze zicht krijgt op de non respons. Op basis van de non respons kunnen huisartsen de noodzaak van contact met de non respons bepalen. Samen in de Stad benadert de jongere, gezonde ouderen (waaronder zich ook een fragiele groep bevindt) om hen te vragen of zij informatie nodig hebben, een huisbezoek wensen, deel uit willen maken van het (wijk)netwerk Samen in de Stad en om hen te activeren, immers langer actief is langer gezond (preventie).

Samen in de Stad en OM U 3.0

Om U 3.0 en Samen in de Stad vinden elkaar in de gezamenlijke doelstelling, namelijk: ouderen, vanuit verschillende domeinen, de mogelijkheid bieden zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven thuis wonen. Om dit te kunnen realiseren is het van belang om in de wijk nauw samen te werken, waarbij de oudere zelf centraal, in het middelpunt, staat. Gezamenlijk werken we aan preventie (Samen in de Stad) en vroegsignalering (Om U 3.0) en verbeteren/versterken we, indien nodig, de leefsituatie om meer/duurdere zorg te voorkomen. Binnen Samen in de Stad leidt een signaal van de oudere zelf of de bewoner die een huisbezoek bij de oudere aflegt tot een 'verdenking op kwetsbaarheid'.

Samen in de stad en Huisartsen Utrecht Stad hebben een document opgesteld, waarin gezamenlijke doelstellingen en afspraken omtrent de samenwerking met betrekking tot preventie en vroegsignalering zijn vastgelegd. Dit document is te vinden in Bijlage 4. Samenwerking in preventie en vroegsignalering Samen in de Stad en HUS.

4. Werkwijze proactieve ouderenzorg Om U 3.0 in de praktijk

4.1. Starten met Om U 3.0 in de wijk

Allereerst wordt in de wijk gestart met een kennismaking met de driehoek huisarts/wijkverpleging/buurtteam. Dit kan door aan te schuiven bij het driehoeksgesprek dat al plaats vindt, of door een dergelijk driehoeksgesprek te organiseren. Tijdens de Kennismaking wordt besloten hoe en op welke manier Om U 3.0 vorm te geven in de wijk.

Wanneer besloten wordt verder te gaan met Om U 3.0, is het zaak om de vertegenwoordigers van de vijfhoek (huisarts/wijkverpleging/buurtteam/informele zorg/oudere) plus de sociaal makelaars te vinden en te committeren aan in ieder geval deelname aan de samenwerkingsbijeenkomst met de andere vertegenwoordigers van de 5-hoek. De samenwerkingsbijeenkomst is een go/no go -moment van Om U 3.0 in de wijk, waarna draagvlak in de wijk opgehaald kan worden en het verdere proces gestart kan worden.

Een uitgebreide omschrijving van de implementatie van Om U 3.0 is te vinden in het Implementatiedraaiboek.

4.2a. Vroegsignalering en case-finding

Vroegsignalering is de meest cruciale stap in het verlenen van proactieve zorg en ondersteuning. Bij vroegsignalering gaat het erom dat de juiste signalen (ook wel: rode vlaggen genoemd) op de juiste plek terecht komen, zodat proactief actie ondernomen kan worden door de juiste professional op dat moment. Door middel van vroegsignalering, bijvoorbeeld door het tijdig herkennen van achteruitgang in geheugen (cognitie) of ondervoeding, kunnen mogelijk acute ontsporingen zoals een acute opname in het ziekenhuis worden voorkomen. Vroegsignalering is niet alleen een taak van professionals uit de verschillende domeinen, het is ook een taak van de individuele burger. Vroegsignalering is dus proactief werken en denken. Mogelijke signalen die op kunnen vallen bij ouderen zijn: zitten er vlekken op de kleding van een dame die altijd zo verzorgd eruit zag? Liggen er producten in de koelkast die over datum zijn? Hoe functioneert iemand? Is de woning geschikt? Wat valt op aan de manier van communiceren, reactievermogen en of planning en organisatie?

Case-finding is een niet gestructureerde methode van signalering waarmee kwetsbare ouderen in beeld kunnen komen. Bij case-finding kan een signaal vanuit de oudere zelf, zijn omgeving, het buurtteam, informele zorg of de wijkverpleegkundige komen, waarbij sprake is van een verdenking op kwetsbaarheid.

Tip: Vraag een oudere: “Hoe ziet een gewone dag er voor u uit, wat doet u zoal, wat lukt zelf en waar heeft u hulp en of ondersteuning bij nodig?” Ga na hoe iemand functioneert en welke zorg en of ondersteuning iemand nodig heeft (of krijgt iemand al) bij de volgende (instrumentele) activiteiten van het dagelijks leven (ook wel ADL/IADL) genoemd: wassen, aankleden, naar toilet gaan, boodschappen doen, lopen, financiën doen, medicijnen innemen, vervoer, etc.

Vroegsignalering vanuit de huisartsenpraktijk

Vroegsignalering vanuit de huisartsenpraktijk kan op verschillende manieren jaarlijks worden ingevuld. Een evidence-based methode is om potentieel kwetsbare ouderen te identificeren door gebruik te maken van bestaande routinezorgdata uit het huisartseninformatie systeem (HIS). Hiervoor is de Utrechtse Periodieke Risico Identificatie en Monitoring (U-PRIM) ontwikkeld. Dit instrument is gevalideerd in de huisartsenpraktijk (Drubbel et al, 2012)-en maakt een rapportage van mogelijk kwetsbare ouderen (60+) in de huisartsenpraktijk wanneer zij voldoen aan minstens één van de volgende criteria:

1. Multimorbiditeit, weergegeven met een zogeheten frailty index (Drubbel et al, 2013), die het aantal aanwezige deficits (klachten, aandoeningen geregistreerd in het HIS door middel van ICPC/ATC codes) optelt en deelt door het totaal aantal mogelijke deficits. Een hogere score betekent een hogere mate van kwetsbaarheid (Rockwood et al, 2007).
2. Polyfarmacie, gedefinieerd als het gebruik van 5 of meer klassen van medicijnen in chronisch gebruik.
3. Consultatie gap, is gedefinieerd als ouderen die langer dan drie jaar niet gezien zijn door de huisarts, met uitzondering van de griepvaccinatie.
4. Belangrijke geriatrische problematiek (geriatric giants) zoals vallen of incontinentie en of er sprake is van cognitieve achteruitgang.

Het U-PRIM instrument is een goede voorspeller van negatieve gezondheidsuitkomsten zoals opname in het verpleeghuis en mortaliteit. Ouderen die geïdentificeerd zijn als potentieel kwetsbaar krijgen in het HIS van de huisarts de code A49.01 (zie [Bijlage 5. Uniforme registratie en rapporteren Ouderenzorg in het Huisartsen Informatie Systeem \(HIS\)](#)). De specifieke algoritmes zijn vrij verkrijgbaar via het NUZO (secretariaatnuzo@umcutrecht.nl). Een andere mogelijkheid om vroegsignalering op te zetten op basis van routinezorg gegevens is d.m.v. het selecteren van ouderen boven een bepaalde leeftijd met bijvoorbeeld polyfarmacie of cognitieve problemen.

Vroegsignalering vanuit de wijkverpleging

Vanuit Om U 3.0 is de verbinding tussen de huisartsenpraktijk en wijkverpleging cruciaal. Wijkverpleegkundigen verlenen veelal geïndiceerde zorg. Proactieve zorg en vroegsignalering van mensen met een verhoogd risico op achteruitgang vereist een goede samenwerking tussen de huisarts, praktijkverpleegkundige en wijkverpleegkundige. Om tijdig potentieel kwetsbare patiënten in beeld te krijgen is de U-PRIM rapportage een goed hulpmiddel. De patiënten die uit de U-PRIM komen en die nog niet in kaart zijn gebracht door de huisartsenpraktijk worden door de wijkverpleegkundige in kaart gebracht. Afstemming over inzet en toegang tot het HIS systeem is dan noodzakelijk. Enkele huisartsenpraktijken hebben hier ervaring mee. Wijkverpleegkundigen werken dan op basis van detachering in het gezondheidscentrum (als verpleegkundige ouderenzorg) en hebben op die manier toegang tot het HIS.

Vroegsignalering vanuit de buurtteams

Het buurtteam ziet jaarlijks 6000 ouderen die een aanvraag doen voor hulp bij het huishouden (HBH). De buurtteammedewerker gaat bij deze ouderen thuis op gesprek. De buurtteammedewerker voert een uitgebreid gesprek waarbij breder wordt gekeken dan voor de voorziening HBH noodzakelijk is. Dat is ook uitdrukkelijk de opdracht. Voor de buurtteams is dit een zeer belangrijk instrument in het kader van vroegsignalering. De maatwerkvoorziening wordt voor onbepaalde tijd afgegeven, maar na 2 jaar vindt er een evaluatie gesprek plaats. Dit is een goede basis om de situatie te monitoren. Het buurtteam neemt nu deel aan een stedelijke werkgroep die de contacten tussen HBH aanbieders en de buurtteams verder vormgeeft. Vroegsignalering door HBH medewerkers is daar een gespreksonderwerp, omdat deze medewerkers veel signaleren en bij ouderen thuis komen vaak voordat er zorg is ingezet. U-Centraal heeft aangeboden scholing voor deze medewerkers te willen verzorgen. Ook buurtteammedewerkers zijn geschoold in vroegsignalering door middel van trainingen en cursussen, zoals 'omgaan met dementie/signalen van dementie'. In elk team zijn er werkers met een aandachtsgebied, waaronder een aandachtsgebied ouderen. Alle buurtteammedewerkers met aandachtsgebied ouderen zijn in 2016 geschoold over omgaan met dementie. Ook wordt er in elk team aandacht aan besteed door middel van overlegstructuren zoals; casuïstiek/maatjesoverleg. Sinds 2017 is er een nieuwe structuur, waarbij een aantal buurtteams zijn opgedeeld in de zorgzame wijk met ouderen als speerpunt. Daarbij zijn een aantal doelen gesteld waaronder optimale aansluiting en het verbeteren van de vroeg signalering binnen het netwerk. Alle opgedane kennis wordt buurtteambreed gedeeld. Daarnaast zijn vanuit andere perspectieven activiteiten in gang gezet die vroegtijdig kwetsbaarheid signaleren. Met de woningcorporaties als het gaat om huurachterstanden, en er is [een checklist](#), vanuit Veilig Thuis, voor signaleren huiselijk geweld/ouderen mishandeling Wanneer er een vermoeden is van huiselijk geweld/ouderen mishandeling kan de buurtteammedewerker bellen naar Veilig Thuis, en worden er vragen gesteld

om te screenen of het daadwerkelijk onder huiselijk geweld /ouderen mishandeling valt. Buurtteammedewerkers met als aandachtsgebied huiselijk geweld hebben zelf kennis van deze vragen en hoe deze geïnterpreteerd moeten worden. Zij dragen er aan bij om deze kennis breed over te dragen aan collega's. Stedelijk is er een medewerker speciaal aangesteld voor GIA(geweld in afhankelijkheids)zaken, zij is ook in bezit van die signaleringslijst, de buurtteamwerker kan haar ook raadplegen. Daarnaast zijn er op wijkniveau afspraken met de politie. Zij doen meldingen bij het buurtteam, waarna het buurtteam er op af gaat. In elk buurtteam is een collega die nauw contact heeft met de wijkagent. Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat de politie melding doet van een oudere dame die verward op straat loopt of verward thuis is aangetroffen na melding door de burens. De buurtteam werker gaat er dan outreachend op af en maakt contact/kennis met de mevrouw en zoekt uit wie al betrokken is in de casus of wie betrokken zou moeten worden. Vervolgens wordt dit uitgezet en een ondersteuningsplan gemaakt. Ook melden buurtbewoners op het moment dat zij vermoeden dat er iets niet in de haak is. Voor het overige worden in diverse wijken op locatie spreekuren gehouden (dichtbij ouderen vindplaatsen) die de toegankelijkheid van het buurtteam vergroten. Qua instrumenten betreft het dus vooral outreachende aanpak, checklisten en meldingen.

Aandachtspunt is nog wel hoe de Buurtteams op wijkniveau goede afspraken kunnen maken over hoe de verschillende bronnen van de signalen samen worden gevoegd en gegevensuitwisseling kan plaatsvinden. Uit samenwerkingsgesprekken in de wijken is dit dan ook een knelpunt dat terugkerend naar voren komt. Vanuit verschillende hoeken komt namelijk naar voren dat de terugkoppeling vanuit het buurtteam, voornamelijk naar huisarts, beter kan. Echter is dit niet altijd gemakkelijk gezien privacy regels en de visie van het buurtteam waarin de oudere zelf de regie heeft. Hoe gegevensuitwisseling en terugkoppeling vanuit het buurtteam op een juiste manier verbeterd kan worden is een vraagstuk waar het Buurtteam de komende tijd over gaat buigen. In de praktijk zien we al wel dat gegevens die bij het buurtteam bekend zijn worden teruggekoppeld en teruggelegd worden in het integraal overleg.

Ook het intake gesprek bij aanmelding bij het buurtteam is een moment waarop het buurtteam vroegtijdig kan signaleren. Het buurtteam hanteert een integrale aanpak bij het uitvragen van de problemen. Wanneer zij zaken signaleren dan worden die opgepakt.

Als preventieve maatregel zal het buurtteam ouderen zoveel mogelijk naar algemene voorzieningen toe te leiden. Kennis van de algemene voorzieningen is er bij buurtteammedewerkers, zoals wijk safari's om bekend te raken met de voorzieningen. Daarnaast is er oog voor belangrijke life events; ouderen die net met pensioen zijn worden gewezen op groepsaanbod dat hierop inspeelt en dergelijke. Een ander aandachtspunt onder BT-medewerkers is de achteruitgang van mensen die gebruik maken van voorzieningen (dagbegeleiding). Deze voorziening kan duiden op een signaal van kwetsbaarheid op een bepaald gebied.

Vroegsignalering vanuit informele zorg

U-Centraal: Veel ouderen melden zich bij U-Centraal als zij ondersteuning van informele zorg (een vrijwilliger) nodig hebben. Ook worden ouderen via verwijzers bij U-Centraal aangemeld voor informele zorg ondersteuning. De groep verwijzers bestaat uit een diverse groep professionals, waaronder huisartsen, verpleegkundigen, buurtteammedewerkers etc. Alle vrijwilligers binnen U-centraal volgen een introductie cursus en daarna worden ze, indien nodig, themagericht geschoold.

Verder maakt U-Centraal gebruik van een groot aantal factsheets voor vrijwilligers. “Signaleren” is daar één van, “Signaleren van eenzaamheid” is er ook één (www.u-centraal.nl)

Vroegsignalering vanuit huishoudelijke hulp

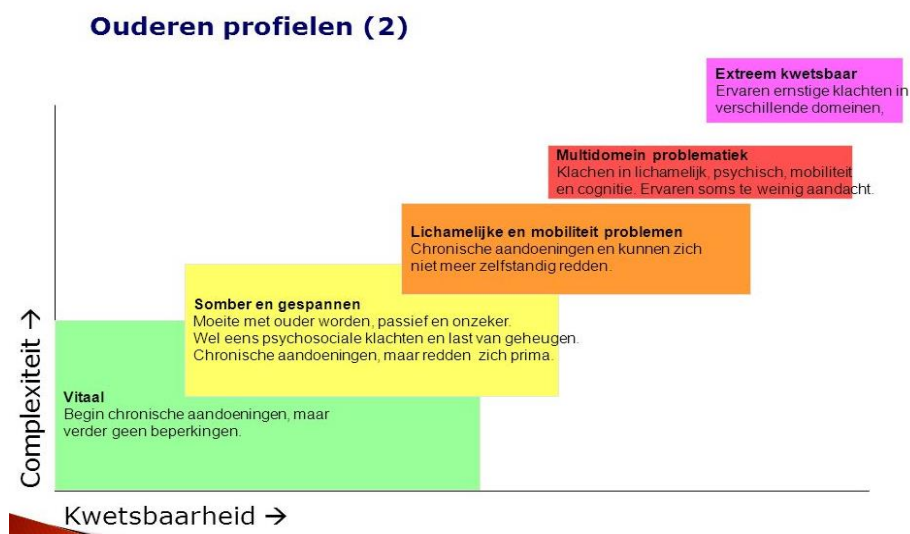
Niet alleen professionals en vrijwilligers hebben een rol in vroegsignalering, ook de huishoudelijke hulp kan een bijdrage leveren aan de vroegsignalering van kwetsbare ouderen. In Utrecht worden zo’n 500-550 huishoudelijk hulpen van T-zorg getraind op het gebied van het signaleren van kwetsbaarheid bij cliënten, het doorgeven van deze signalen en ook op het gebied van grenzen stellen. Vervolgens kunnen zij in de praktijk met behulp van de 4D signaleringskaart (zie Bijlage 6: 4D signaalkaart kwetsbare ouderen voor huishoudelijke hulp medewerkers) makkelijker signalen van kwetsbaarheid herkennen om deze vervolgens door te geven aan hun coördinator. De coördinator schat vervolgens in welke professional geïnformeerd wordt, nadat de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven en de mantelzorger op de hoogte is.

Welk resultaat levert vroegsignalering op in de praktijk?

- In de huisartsenpraktijk is er een instrument of methode beschikbaar om kwetsbare ouderen vroegtijdig op te sporen. Dit instrument of deze methode, bij voorkeur de UPRIM, wordt ook gebruikt.
- Het buurtteam en informele zorg hebben een outreachende aanpak om kwetsbare ouderen te signaleren. Deze wordt ingezet en de bevindingen worden teruggekoppeld, na toestemming van de oudere, aan de juiste professional uit het medisch en sociaal domein (bijvoorbeeld aan de huisarts, of wijkverpleegkundige)
- De wijkverpleegkundige geeft signalen van kwetsbaarheid of achteruitgang in het dagelijks functioneren door aan de huisarts, praktijkverpleegkundige of, na toestemming van de patiënt, aan het buurtteam en informele zorg.
- Informele zorg, coördinatoren van huishoudelijke hulp medewerkers, en mantelzorgers geven signalen door aan een betrokken professional uit medisch/sociaal domein, bij voorkeur de huisarts, mits er toestemming is van de betreffende oudere. Deze signalen worden in het dossier van de huisarts en zo nodig in het zorg/ondersteuningsplan opgenomen.

4.2b. Kwetsbaarheid vaststellen

Kwetsbaarheid is een veel gebruikt begrip in de ouderenzorg. In de literatuur zijn verschillende definities van kwetsbaarheid. In Om U 3.0 wordt uitgegaan van een brede definitie van kwetsbaarheid die niet alleen naar het fysieke aspect kijkt, maar ook naar het psychisch, sociaal, maatschappelijk en cognitief functioneren. Kwetsbaarheid is niet een statisch iets. Kwetsbaarheid betekent dat ouderen een verhoogde kans hebben op negatieve gezondheidsuitkomsten zoals functionele beperkingen, ziekenhuisopnames of overlijden. Onderstaand figuur geeft verschillende profielen aan van kwetsbaarheid en complexiteit weer. Deze profielen kunnen bruikbaar zijn in de communicatie tussen professionals.



Op grond van de signalen dient te worden vastgesteld of er sprake is van kwetsbaarheid (Box 1). De methoden die daarvoor worden ingezet moeten op elkaar zijn afgestemd. Het is belangrijk dat op wijkniveau wordt afgesproken waar de signalen heen gaan om een inventarisatie van de zorg- en ondersteuningsbehoefte te kunnen maken, bijvoorbeeld het oudere plan en/of een digitale overlegtafel. Binnen de 5-hoek worden hier afspraken over gemaakt. De uitwisseling moet door de oudere zelf goedgekeurd worden. Deze goedkeuring moet zijn vastgelegd voor er informatie over de oudere gedeeld gaat worden.

Signalen / risicofactoren van kwetsbaarheid:

Leeftijd, geslacht, opleiding, sociaal economische status, alleenstaand, overlijden partner, chronische ziekten, veel verschillende soorten medicatie, beperkingen in dagelijks functioneren, cognitieve achteruitgang, opname ziekenhuis, opname spoedeisende hulp.

Box 1. Signalen, risicofactoren van kwetsbaarheid.

Kwetsbaarheid vaststellen vanuit de huisartsenpraktijk

Ouderen die als mogelijk kwetsbaar zijn geïdentificeerd uit het huisartseninformatie systeem ontvangen digitaal of per post een aanvullende vragenlijst om de mate van kwetsbaarheid vast te stellen. Verschillende instrumenten zijn ontwikkeld om kwetsbaarheid te meten. Een veel gebruikt instrument is de Groningen Frailty Indicator (GFI) (Steverink, 2001). Deze vragenlijst bestaat uit 15 vragen en gaat op zowel het lichamelijk, psychosociaal, en cognitief vlak na of de oudere kwetsbaar is. De score is tussen de 0-15 en een GFI van 4 of hoger betekent kwetsbaar. Een voorbeeld van de GFI is toegevoegd in Bijlage 7. Groningen Frailty Indicator (GFI) Vragenlijst* Een ander veel gebruikt instrument door verpleegkundigen is de TRAZAG. De TRAZAG bevat een start formulier en aanvullende assessments per probleemgebied.

Ouderen die kwetsbaar zijn op de GFI of ander instrument ontvangen thuis een uitgebreid geriatrisch assessment door de praktijk- of wijkverpleegkundige. Tijdens het huisbezoek wordt op verschillende gebieden een vervolg assessment gedaan om de ernst en omvang van een probleem in kaart te brengen. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat verminderde mobiliteit naar voren kwam uit de GFI vragenlijst en dat de verpleegkundige tijdens het huisbezoek een valrisico analyse uitvoert. [De Toolkit Kwetsbare ouderen](#) Bleijenberg 2015 en de TRAZAG bevatten aanvullende screeningsinstrumenten die de verpleegkundige kan gebruiken. Het voordeel van de Toolkit is dat er ook evidence-based interventies, adviezen en tips staan voor ouderen en verpleegkundigen.

Indien de oudere 5 of meer medicijnen gebruikt en/of een slechte nierfunctie heeft is het belangrijk een medicatiebeoordeling te doen samen met de apotheek. De verpleegkundige kan een gebruikersanalyse uitvoeren (bron: Toolkit Bleijenberg).

Kwetsbaarheid vaststellen vanuit de wijkverpleging

Wijkverpleegkundigen nemen risico screeningslijsten af op het gebied van o.a. (onder)voeding, depressie, vallen en decubitus. Ook kunnen wijkverpleegkundigen de GFI vragenlijst afnemen. De uitkomsten van de kwetsbaarheid meting worden teruggekoppeld aan de huisartsenpraktijk, waarna zo nodig actie wordt ondernomen.

Kwetsbaarheid vaststellen vanuit de buurtteams

Het gaat hier BTO om ouderen met niet/ of een zwak sociaal netwerk, geen stevige vangnet binnen de familie, vaak met extra psychische en gezondheidsbeperkingen waarbij de mantelzorg extra onder de druk komt te staan. Ook waar de oudere zijn/haar eigen leefsituatie zelf erg slecht beleeft (zingevingsvragen, armoede, veiligheid). Hiervoor gebruiken we ook het 4domeinen model om alle domeinen goed in kaart te brengen. Daarnaast kijken de buurtteams naar de gemeentelijke cijfers (monitor). Ouderen worden gevraagd om een cijfer te geven voor de kwaliteit van leven. De buurtteams kijken vooral naar de mogelijkheden van ouderen. Dit past ook bij de het concept positieve gezondheid van Machteld Huber (2011). Kwetsbaarheid wordt niet als zodanig geregistreerd in het systeem. Sociale kwetsbaarheid wordt meegenomen in de registratie

Welk resultaat levert kwetsbaarheid vaststellen op in de praktijk:

- Iedere huisartsenpraktijk heeft een lijst met (potentieel) kwetsbare ouderen in de praktijk. Deze lijst wordt minimaal ieder jaar opnieuw uitgedraaid en de nieuwe potentieel kwetsbare ouderen worden in beeld gebracht volgens de proactieve methode Om U 3.0.
- De mate van kwetsbaarheid is op verschillende domeinen vastgesteld door de wijkverpleegkundige of praktijkverpleegkundige en deze is vastgelegd in het dossier middels een uniforme ICPC code A49.01 van de huisarts (HIS).
- Het buurtteam brengt kwetsbaarheid in kaart met het 4D model. Kijkt vooral naar de mogelijkheden van ouderen en vraagt kwaliteit van leven na.
- De betrokken professionals uit het medisch en sociaal domein hebben een integrale kijk op kwetsbaarheid en weten hoe verschillende professionals kijken naar kwetsbaarheid.

4.2c. Inventarisatie zorg- en ondersteuningsbehoeften bij de oudere thuis

Belangrijk is om na te gaan wat de oudere zelf nog kan en wil. In welke mate kan iemand nog eigen regie voeren (al dan niet met hulp en ondersteuning van naasten). Wanneer is iemand hier niet meer toe in staat en moet het overgenomen worden. Het rapport van de patiënten federatie (NPCF) (2016) beschrijft wat mensen belangrijk vinden in de zorgverlening: vaste gezichten, zo lang mogelijk alles zelf blijven doen, iemand moet kennis van zaken hebben, de juiste zorg en ondersteuning op het juiste moment bieden, zelfredzaamheid en tijdige signalering is belangrijk. Dit blijken ook cruciale wensen en eisen van de oudere naar aanleiding van de interviews die zijn afgenomen door Implementation IQ bij de verschillende stakeholders voorafgaand aan Om U 3.0.

TIP: Stem in de 5-hoek en in de wijk af hoe de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de ouderen geïnterviewd gaan worden en welke hulpmiddelen daarbij gebruikt worden om onnodig dubbel werk te voorkomen.

Inventarisatie zorg- en ondersteuningsbehoefte vanuit de huisartsenpraktijk

Het geriatrisch assessment bij de oudere thuis vindt plaats nadat de patiënt kwetsbaar is gebleken op bijvoorbeeld de GFI. Daarnaast kan het zijn dat een patiënt op basis van casefinding in beeld komt. In beide gevallen voert de wijkverpleegkundige (of praktijkverpleegkundige) het geriatrisch assessment uit. De sociale component wordt daarin volwaardig meegenomen. Vervolgens wordt de zorg- en ondersteuningsbehoefte systematisch in kaart gebracht op verschillende domeinen: lichamelijk, psychisch, sociaal en cognitief (zie [Bijlage 8: Inventarisatie zorg- en ondersteuningsbehoefte](#)). De focus ligt op de mogelijkheden, niet op de beperkingen.

Hulpmiddelen hierbij zijn het 4Domeinen model (zie [Bijlage 9. Het 4Domeinen model](#)) dat wordt gebruikt door het buurtteam, huisartsen, praktijk- en wijkverpleegkundigen en het SFMPC model (door huisartsen, praktijk- en wijkverpleegkundigen). Het is belangrijk tijdens dit bezoek de rode vlaggen (gezondheidsrisico's) en wensen en behoefte van de oudere scherp te krijgen en vast te stellen of, en op welke gebieden sprake is van kwetsbaarheid.

Inventarisatie vanuit de wijkverpleging

De wijkverpleegkundige gebruikt risicoanalyse vragenlijsten voor de inventarisatie van de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de oudere. Eén keer per zes maanden moet de Risicoanalyse Zorg Thuis worden ingevuld door de eerst verantwoordelijke zorgmedewerker (zie [Bijlage 10. Risicoanalyse Zorg Thuis](#)). Indien de cliënt op een van de items een verhoogd risico heeft, wordt het vervolformulier ingevuld en worden het probleem en de acties, in overleg met de wijkverpleegkundige, opgenomen in het zorgplan. Vervolgformulieren zijn er voor de volgende items: decubitus, depressie, incontinentie, medicatie, vallen en ondervoeding (zie [Bijlage 11a. Risicoscorelijst decubitus](#)). De ernst en omvang van het probleem wordt in kaart gebracht.

Inventarisatie vanuit het Buurtteam

De zorg- en ondersteuningsbehoeften worden geïnterviewd bij de oudere thuis. Het 4D model wordt ingezet als hulpmiddel. Ook wordt de LAVA Tool gebruikt om de vraag achter de vraag te leren kennen en optimaal te kunnen aansluiten bij de wensen en behoeften van ouderen. Voor meer informatie over de LAVA tool klik [hier](#) of bekijk [het filmpje](#). Voorkeur heeft daarbij een magere rol

wanneer een oudere voor een kortdurende/ praktische vraag binnen loopt. Ook hulp bij het huishouden is een nieuwe toegang naar ouderen voor het verdere inventarissen van de behoeftes.

Welk resultaat levert inventarisatie op in de praktijk:

- De professionals hebben inzichtelijk wat de zorg- en ondersteuningsbehoefte is van de oudere. De wensen en doelen zijn besproken
- De resultaten van de inventarisatie van de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de kwetsbare oudere zijn gerapporteerd in het HIS van de huisarts. Hierin staat vermeld of de oudere kwetsbaar is en of er al dan niet een plan wordt opgesteld.
- De inventarisatie beschrijft op de volgende domeinen de zorg- en/of ondersteuningsbehoefte: 4D model. Of lichamelijk functioneren, psychisch, sociaal, cognitief, welbevinden.

4.2d. Opstellen en uitvoeren zorg- en ondersteuningsplan

Voor iedere kwetsbare oudere met een zorg en of ondersteuningsbehoefte wordt een plan op maat opgesteld in overleg met de patiënt en eventueel de mantelzorg. Verbeteren en of behoud van zelfredzaamheid en welbevinden staan hierbij centraal. Een plan kan zijn: een zorgplan, ondersteuningsplan of actieplan. Doel van dit plan is dat de wensen, doelen en interventies/acties staan beschreven zodat de voortgang kan worden gemonitord en dat er continuïteit is. Streefdoelen worden zo geformuleerd deze passen bij de behoeften en wensen van de oudere. De uitkomsten van het geriatrisch assessment geeft belangrijke informatie over de ernst en omvang het de problematiek, echter de wensen en behoeften van de ouderen staan centraal.

Iedere kwetsbare oudere waarvoor een zorg- en ondersteuningsplan is geschreven, krijgt een coördinator toegekend die ervoor zorgt dat de oudere optimaal geholpen wordt. In de meeste gevallen is dit de verpleegkundige (wijk of praktijkverpleegkundige). Afhankelijk van de casus en zorgbehoefte van de oudere kan deze rol ingevuld worden door eventueel de mantelzorg, casemanager dementie, iemand van het buurtteam, specialist ouderengeneeskunde(SO), verpleegkundig specialist of informele zorg. Het toekennen van coördinatoren die de uitvoering van de zorg- en ondersteuningsplan gaan regelen en het feitelijke gaan uitvoeren, wordt door de 5-hoek besproken en zorg- en ondersteuningsplannen worden aangevuld, geëvalueerd en verbeterd. Het plan bevat naast de wensen, doelen en interventies/acties ook een noodplan. Het opstellen van een noodplan is veelal een taak van de huisarts, praktijk- of wijkverpleegkundige.

Het streven is één plan waar zowel de oudere, mantelzorg als alle professionals in kunnen. De praktijk leert dat dit nu nog niet overal haalbaar is. Het streven is dat alle betrokken professionals op de hoogte zijn van het plan, de doelen en acties en met elkaar het proces afstemmen. Gebruik waar nodig de VICTOR bij het vaststellen van een coördinator die overzicht voor de professionals kan bewaren, klik [hier](#) voor meer informatie over de VICTOR.

Een voorbeeld van een zorg- en ondersteuningsplan staat hieronder.

ZORGBEHANDELPLAN

Het zorgbehandelplan brengt samenhang in de zorg en is een middel voor regievoering. U of uw praktijkondersteuner stelt het op in overleg met de oudere patiënt en diens familie, in samenwerking met verzorging/verpleging en betrokken paramedici. U formuleert eerst een hoofddoel: gaat het om herstel of behoud van functioneren of is achteruitgang onvermijdelijk (symptoombehandeling)? De problemen zet u op volgorde van urgentie en u formuleert per probleem een haalbaar doel, de gewenste interventie en evaluatiedatum. Genoteerd wordt ook wie wat doet en wie de zorgcoördinator is.

Zorgbehandelplan van de heer/mevrouw

Hoofddoel:

Casemanager: Zorgcoördinator:

PROBLEEM	DOEL	ACTIE HUISARTSENZORG (WAT, WIE)	ACTIE KETENPARTNERS (WAT, WIE)	EVALUATIEDATUM

FRADIE

Als acroniem bij de te nemen stappen voor pro-actieve zorg bij ouderen met complexe problematiek kunt u FRADIE hanteren: **F**unctioneren inventariseren (SFMP), **R**isico's inschatten, **A**fstemmen met de patiënt, **D**oelen formuleren (algemeen en specifiek), **I**nterventies plannen en uitvoeren en **E**valueren.

NHG format zorgplan, SFMPC. Dit wordt gebruikt in de huisartsenpraktijk.

Ondersteuningsplan / Actie plan

Naam (de heer of mevrouw)

- Hoofddoel
- Coördinator:
- Betrokken hulp en zorgverleners:
- Mantelzorger:

Aandachtsgebied	Doel	Actie (wie, wat)	Evaluatie datum

Naar mate meer ervaring wordt opgedaan, kunnen de zorg- en ondersteuningsplannen op verschillende aspecten beter worden: zowel inhoudelijk (zorg en ondersteuning), organisatorisch (wie doet wat met maximum rendement) als in termen van efficiëntie van de plannen zelf (maximale meerwaarde met minimale inspanning).

Opstellen en uitvoeren zorg- en ondersteuningsplan vanuit Huisartsenpraktijk

Wanneer een verpleegkundige het plan opstelt dan wordt dit gedaan in overleg met de huisarts, buurtteam, mantelzorger en andere disciplines. Hierbij wordt ook expliciet aandacht besteed aan de benodigde ondersteuning en begeleiding van de mantelzorger indien aanwezig. De coördinator stemt het plan af met huisarts en andere betrokken disciplines uit de verschillende domeinen, coördineert de zorg- en of ondersteuning en zorgt voor follow-up. Ieder kwartaal vindt (zo nodig) een evaluatie van het plan plaats met de oudere (evt. mantelzorger). Een cyclische evaluatie van het zorgplan vindt één keer per jaar plaats en wordt bij veranderingen in problematiek en behandeling van patiënt bijgewerkt. In de LESA (Landelijke Eerstelijns Samenwerking Afspraken) wordt gesproken van een Gestructureerd Periodiek Overleg (GPO) (zie Bijlage 12. Gestructureerd Periodiek Overleg (GPO)).

Het advies voor verpleegkundigen en huisartsen is om voor alle kwetsbare ouderen een **noodplan** op te stellen. Hierin staat wie gewaarschuwd moet worden bij calamiteiten en eventuele afspraken rondom behandelbeperkingen. De verpleegkundige of huisarts bespreekt eventuele behandelbeperkingen met de oudere (denk aan bespreken van wensen omtrent reanimeren, beademen, opname intensive care of een behandelverbod). De afspraken worden vastgelegd in het zorgplan en ook in het huisartsen informatie systeem (HIS) van de huisarts. Zo nodig volgt ook een overdracht naar de huisartsenpost of ziekenhuis van relevante afspraken. In het NHG Handboek Protocollaire Ouderenzorg staat meer informatie over het noodplan.

Opstellen en uitvoeren zorg- en ondersteuningsplan vanuit de wijkverpleging

Voor alle cliënten in zorg stelt de wijkverpleegkundige na een intakegesprek een plan op vanwege de afstemming met de cliënt en de vergoeding van de zorg vanuit de ZVW of WLZ. Dit omvat een beschrijving van (een gedeelte van) de ervaren problemen, doelen en de desbetreffende interventies voor de wijkverpleging. In sommige situaties worden hierin ook de problemen en/of interventies van de mantelzorgers en andere disciplines/vrijwilligers in benoemd. Dit plan wordt voorgelegd aan cliënt of mantelzorger ter toestemming en ondertekening. Dit plan wordt bij geëvalueerd bij veranderingen in de cliënten situatie en minimaal 2 keer per jaar en zo nodig aangepast.

Opstellen en uitvoeren zorg- en ondersteuningsplan vanuit de buurtteams

De geïnventariseerde zorg- en ondersteuningsbehoeften van de ouderen door bijvoorbeeld de LAVA Tool worden besproken met de 5-hoek en geïntegreerd met het zorg- en ondersteuningsplan. Daarnaast wordt middels een keukentafelgesprek een ondersteuningsplan opgesteld en dat wordt samen gemaakt en besproken met de cliënt zelf en de naast betrokkene personen.

Welk resultaat levert het opstellen en uitvoeren van een zorg- en ondersteuningsplan op in de praktijk:

- Het streven is dat er voor iedere oudere één plan is. Indien niet haalbaar, dan is het plan voor alle betrokkenen op elk moment toegankelijk/ beschikbaar.
- Dit plan is bij de huisartsenpraktijk aanwezig en bij de oudere thuis.
- In het plan staan de doelen en wensen beschreven en wie de coördinator is en wie de contactpersonen.
- Eventuele behandelbeperkingen staan ook in het plan.

4.2e. Uitvoering en monitoren zorg- en ondersteuningsplan

Goede zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen vraagt om coördinatie en afstemming tussen de betrokken professionals. Het is belangrijk dat er één coördinator is die het overzicht heeft. Zowel de oudere als de betrokken professionals weten wie deze persoon is. De **coördinator** rol wordt in de meeste gevallen uitgevoerd door de verpleegkundige (wijk of praktijkverpleegkundige). Afhankelijk van de casus en zorgbehoefte van de oudere kan deze rol ingevuld worden door eventueel de mantelzorger, casemanager dementie, iemand van het buurtteam, specialist ouderengeneeskunde(SO), verpleegkundig specialist of informele zorg. Deze coördinator heeft een duidelijk beeld van wat het totaal aan zorg- en ondersteuning moet inhouden en geeft op basis daarvan aanwijzingen aan alle betrokken professionals. De coördinator ordent, stelt prioriteiten en bewaakt dat alle zorg op elkaar wordt afgestemd. De coördinator is tevens de eerste contactpersoon voor de oudere en de mantelzorgers. De coördinator heeft korte lijnen met de huisarts/praktijkverpleegkundige. De huisarts wordt ingeschakeld als de problematiek daarom vraagt en is medisch-inhoudelijk eindverantwoordelijk. Het buurtteam wordt ingeschakeld als de problematiek daarom vraagt en is sociaal-inhoudelijk eindverantwoordelijk.

Evalueren en verbeteren zorg- en ondersteuningsplannen

Indien mogelijk en wenselijk worden de zorg- en ondersteuningsplannen via de digitale overlegtafel gecommuniceerd aan de betrokken professionals die van de oudere toestemming hebben gekregen om het plan in te zien er mee te werken. Door feedback op de plannen, en dit mogelijk te maken in het samenwerkingsplatform, na verloop van tijd een evaluatiesessie (een fysieke sessie zijn, maar kan ook schriftelijk) wordt het zorg- en ondersteuningsplan door het Kernteam verbeterd.

Nu Om U 3.0 in de wijk draait, wordt periodiek geëvalueerd (vaak per 3 maanden) hoe het gaat en wat er verbeterd moet/kan worden.

Welk resultaat levert het evalueren en verbeteren van het zorg- en ondersteuningsplan op in de praktijk:

- Afspreken en vastleggen wie de coördinator is.
- De coördinator voert het plan uit i.s.m. de betrokken hulp- en zorgverleners. Er is inzichtelijk wie er komt, waarom (wat diegene doet) en hoe vaak.
- De coördinator bewaakt de voortgang, monitort ieder kwartaal de zorg en/of ondersteuning en noteert het resultaat hiervan in het plan.

5. Evaluatie van proactieve ouderenzorg

5.1. Beoogde resultaten van proactieve integrale ouderenzorg

Het proactieve ouderenzorgprogramma Om U 3.0 kent drie doelstellingen gelinkt aan Triple Aim*:

1. Het verbeteren of bestendigen van de kwaliteit en de samenhang van proactieve zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen van 60 jaar en ouder. Het primaire zorg- en ondersteuningsproces wordt verbeterd door een betere screening en case-finding uit zowel het medisch als sociaal domein. De inzet van één coördinator bevordert de kwaliteit van de zorg op individueel niveau.
2. Door de vroegtijdige signalering samenhangend met het goed in kaart brengen van de kwetsbaarheid wordt het risico verlaagd op acute ontsporingen en noodsituaties. De aanpak bevordert de zelfredzaamheid en welbevinden waardoor ouderen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen en een betere kwaliteit van leven ervaren.
3. Het proactieve integrale ouderenzorgprogramma hoopt bij te dragen aan het verlagen van de zorgkosten door het voorkomen van dubbelingen in de coördinatie en afstemming van de zorg en ondersteuning, substitutie uit tweede lijn, minder verpleeghuis opnames, vermindering van acute ontsporingen en vermindering van administratieve lasten.

** Triple Aim is een uit de Verenigde Staten afkomstig concept voor het duurzaam organiseren van zorg. Het staat voor het gelijktijdig realiseren van de volgende drieledige doelstelling: Het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg. Het verbeteren van de gezondheid van een populatie. Het verlagen van de kosten per hoofd van de bevolking (Bron: [Triple Aim](#)).*

5.2. Hoe weten we of Proactieve Integrale Ouderenzorg Om U 3.0 meerwaarde heeft?

Met elkaar willen we merkbare meerwaarde bereiken voor ouderen en de kwaliteit en effectiviteit van de ondersteuning. In het kader van een ZonMw project wordt deze aanpak geëvalueerd in de periode 2017-2018. Afdeling verplegingswetenschap van het Julius Centrum van het UMC Utrecht zal daarom de effecten van Om U 3.0 evalueren. Daartoe worden data, binnen de kaders van de privacywetgeving, vanuit het sociale en het medische domein naast elkaar gelegd en bestudeerd. Dit gebeurt geanonimiseerd buiten de praktijk vanuit bestaande databases van de huisarts en gemeente. Praktijken worden hier dus niet mee belast. Ook ouderen zelf worden zoveel mogelijk ontzien bij het vergaren van aanvullende data. Wel worden de ervaringen van zorgverleners en ouderen meegenomen in de evaluatie. Er wordt o.a. gekeken naar de volgende uitkomsten:

- Mate van zelfredzaamheid
- Mate van welbevinden/kwaliteit van leven
- Aantal spoedeisende hulp bezoeken en acute opnames
- Zorgconsumptie (opname verpleeghuis, ziekenhuis)
- Hulpmiddelengebruik en WMO voorzieningen

6. Overige aandachtspunten

6.1 Uitgangspunten proactieve ouderenzorg

- Aanpak is proactief, gestructureerd en evidence-based.
- Programma bestaat uit het opsporen van potentieel kwetsbare ouderen d.m.v. vroegsignalering op basis van HIS data en signalen van andere partners in de wijk, gevolgd door een interventie dat maatwerk is.
- Sluit aan bij behoefte van oudere, oudere staat centraal en is domein overstijgend.
- De oudere heeft 1 aanspreekpunt/coördinator.
- Verpleegkundige (wijk of praktijkverpleegkundige) heeft een HBO-Verpleegkunde diploma aangevuld met een opleiding ouderenzorg.
- Kennis van sociale kaart op wijkniveau door betrokken professionals essentieel.
- Centraal staat de samenwerking in de vijfhoek (diamant) oudere, huisarts/praktijkverpleegkundige, wijkverpleegkundige, buurtteam en informele zorg.
- Samenwerking zorg, medisch en sociaal domein essentieel voor succes.
- Proactieve ouderenzorg is géén 'project', het is géén protocol maar een zorgprogramma dat een structurele verandering is in de organisatie van zorg aan thuiswonende ouderen. Het is een integrale aanpak en domein overstijgend.

6.2 Lokale netwerken en lokale accenten

De samenwerking wordt op wijkniveau opgezet. Er wordt gekeken wat al goed gaat in de proactieve aanpak en wat extra aandacht behoef en wat er nodig is om daar te komen. Op lokaal niveau zal het integrale, proactieve zorgprogramma verder uitgewerkt moeten worden met de lokale netwerken en accenten. Lokale netwerken en samenwerkingsteams op wijkniveau zijn een absolute voorwaarde. Dat betekent dat ook met gemeenten en welzijnsorganisaties afspraken moeten worden gemaakt over afstemming van werkzaamheden, deelname aan wijkoverleg en dergelijke. Een constructieve samenwerking tussen buurtteam, huisartsenpraktijk, de thuiszorgorganisaties, de wijkverpleging, de informele zorg en het welzijnswerk is van groot belang om goede geïntegreerde zorg te kunnen leveren. Daarom wordt de samenwerking gemeten, worden er tools/werkvormen en een cursus aangeboden om de integrale samenwerking zo nodig te verbeteren.

6.3 Digitale rapportage

Rapportage en overlegmogelijkheden via een digitaal platform waar ouderen, mantelzorgers, zorgverleners en andere betrokken hulpverleners bij kunnen is essentieel. Het is ook van belang dat het individueel zorgplan voor alle betrokkenen toegankelijk is. De coördinator stemt met de patiënt af wie toegang mogen hebben tot het zorgplan en het overlegplatform. Op dit moment zijn er in het land verschillende digitale overlegsysteem. In Utrecht worden momenteel een aantal systemen getest. De bedoeling is om te zijner tijd in Utrecht één systeem te gaan gebruiken.

6.4 Samenwerking specialist ouderengeneeskunde (SO)

Steeds meer kwetsbare ouderen blijven de komende jaren thuis wonen. Dit betekent dat er meer gespecialiseerde medische zorg in de thuissituatie noodzakelijk is. Nieuwe afspraken over de invulling van deze zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen zullen gemaakt moeten worden. Huisartsen kunnen gebruik maken van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO); bijvoorbeeld voor overleg, advies maar ook voor een huisbezoek of tijdelijke medebehandeling. Het is van belang dat er op wijkniveau afspraken worden gemaakt met de specialist ouderengeneeskunde (SO). Klik [hier](#) voor de handreiking samenwerking huisarts en specialist.

6.5 Transmurale zorg

Kwetsbare ouderen hebben een verhoogd risico op ziekenhuisopnamen. Een ziekenhuisopname is voor ouderen een ingrijpende gebeurtenis en is geassocieerd met functieverlies, opname in een verpleeghuis en sterfte. Bij een acute opname is er sprake van multimorbiditeit (combinatie van verschillende chronische ziekten) bij 75 procent van de oudere patiënten en ongeveer 25 procent van deze ouderen komt binnen drie maanden na opname te overlijden. De transferzorg van deze kwetsbare patiënten vraagt daarom extra aandacht en tijd, om complicaties, functieverlies en medicatiefouten zoveel mogelijk te voorkomen. Dit geldt overigens niet alleen voor de acute opnames, maar ook voor de geplande opnames, waarbij eveneens (tijdelijke) achteruitgang in het functioneren eerder regel dan uitzondering is. In 2017 is de intentie overeenkomst bekrachtigd met de ziekenhuizen, wijkverpleging en apothekers in onze regio over transferzorg. Op dit moment zijn er intentieafspraken gemaakt met het Diaconessenhuis, het UMC en Antoniusziekenhuis. Binnen de ziekenhuizen zal een cultuuromslag moeten plaatsvinden, echter zorgverleners uit de eerstelijns zullen ook veel actiever bekende informatie moeten delen met de ziekenhuizen bij opname, zoals het zorgplan doorsturen. Ontslag van kwetsbare patiënten naar huis of elders zal beter voorbereid moeten worden, niet alleen door professionals maar ook door oudere en mantelzorger zelf (meer informatie is te vinden op: www.beteroud.nl)

6.6 Aandacht voor migranten ouderen

Aandacht voor de mensen met migrantenachtergrond is belangrijk. De taalbarrière is vaak groot en mensen zijn dikwijls analfabeet. Vaak wil de familie de zorg in eigen hand houden. Het komt soms voor dat mensen een PGB hebben zonder dat dit bij de huisarts bekend is. Zorgverleners komen daar soms per ongeluk achter. Wat doe je als de geboden zorg door de familie onvoldoende is? Of dat zaken niet bespreek zijn zoals dementie. Voorzieningen voor ouderen met een migrantenachtergrond zijn schaars. Zo is er geen dagbehandeling voor dementerende migranten, wel dagbestedingsprojecten. Echter, deze dragen niet voldoende bij in het trainen van lichaam en geest en zijn vaak enkel gericht op gezelligheid. Recent is een boek verschenen over de zorg voor migranten (B. Steunenbergh Zorg voor de oudere migrant, Bohn Stafleu van Loghum, 2017). Het boek is bedoeld voor studenten verpleegkunde; het geeft hen handvatten voor de verzorging en communicatie bij ouderen met een migratieachtergrond, met name voor veel voorkomende gezondheidsproblemen zoals dementie en de palliatieve zorg. Daarnaast biedt het veel achtergrondinformatie, ook interessant voor andere hulpverleners, en zet het aan tot nadenken over je eigen identiteit in relatie tot diversiteit in de samenleving.

Bijlagen voor professionals

Bijlage 1. Handige links

- [Filmpje Hoograven: Ouderen Centraal in Hoograven](#)
- [Filmpje Om U: Ervaringen praktijkverpleegkundigen, huisartsen, ouderen en mantelzorg met proactieve ouderenzorg.](#)
- <http://www.beteroud.nl/ouderen/nieuws-integrale-regionale-ouderenzorg.html>
- <http://www.beteroud.nl/ouderen/zorg-om-u-zorgplan.html>
- <http://www.beteroud.nl/ouderen/zorg-film-om-u.html>
- [RTA ouderenzorg regio Utrecht](#)
- [Transmurale Zorgbrug](#)
- [Zorg en verblijfsvormen kwetsbare ouderen eerstelij](#)
- [NHG protocollaire ouderenzorg, boek](#)
- [Toolkit Kwetsbare ouderen \(Bleijenberg, 2015\)](#)
- <http://www.ugids.nl/zorg/>
- <http://www.ugids.nl/vrijwilligerswerk/vrijwilliger-nodig/>
- www.U-centraal.nl
- [Informatie over het versterken van de samenwerking tussen cliënt, informele en professionele zorg.](#)
- Movisie heeft in [deze infographic](#) sociale factoren van gezondheid weergegeven.



Bijlage 2: Samenwerkingsmeter

Samenwerkingsmeter Professionals Onderling (PO) 3.0

Professioneel Samenwerken in de wijk; Korte versie-V3

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Hoe is het onderling vertrouwen tussen u en de andere betrokken zorg- en hulpverleners binnen het zorgproces rondom de (kwetsbare) oudere in uw wijk? Geef een cijfer (10 is veel vertrouwen).										
2	Hoe effectief is de taakverdeling onder de verschillende zorg- en hulpverleners binnen het zorgproces rondom de (kwetsbare) oudere in uw wijk? Geef een cijfer (10 is heel effectief)										
3	Hoe goed werkt u samen met professionals binnen uw eigen domein (zorg of welzijn) binnen het zorgproces rondom de (kwetsbare) oudere in uw wijk? Geef een cijfer (10 is heel goed)										
4	Hoe goed werkt u samen met professionals buiten uw eigen domein (zorg of welzijn) binnen het zorgproces rondom de (kwetsbare) oudere in uw wijk? Geef een cijfer (10 is heel goed)										
5	In welke mate zijn de zorg- en hulpverleners in uw wijk op de hoogte van elkaars taken, expertise en kwaliteiten? Geef een cijfer (10 is in sterke mate).										

6	Hoe tevreden bent u met de frequentie van contact met de andere betrokken zorg- en hulpverleners binnen het zorgproces rondom de (kwetsbare) oudere in uw wijk? Geef een cijfer (10 is heel tevreden).	
7	Hoe vaak zoekt u, indien nodig, buiten de overlegmomenten contact met de andere betrokken zorg- en hulpverleners binnen het zorgproces rondom de (kwetsbare) oudere in uw wijk? Geef een cijfer (10 heel vaak).	
8	Hoe goed wordt er door de zorg- en hulpverleners in uw wijk omgegaan met ethische kwesties, zoals privacy issues (denk aan gegevensuitwisseling tussen huisarts en buurtteam)? Geef een cijfer (10 is heel goed).	
9	In welke mate hebben de zorg- en hulpverleners in uw wijk schriftelijke afspraken over welke informatie rondom de (kwetsbare) oudere wel en niet gedeeld mag worden? Geef een cijfer (10 is in sterke mate).	
10	In hoeverre hebben de zorg- en hulpverleners in uw wijk een gedeelde visie met betrekking tot het zorgproces rondom een oudere? Geef een cijfer (10 is sterk gedeelde visie).	
11	In welke mate reflecteren de zorg- en hulpverleners in uw wijk op het functioneren van het algemene zorgproces rondom de oudere en de samenwerking tussen de betrokken zorg- en hulpverleners? Geef een cijfer (10 is in sterke mate).	

Bijlage 3. Uitgangspunten samenwerking medisch en sociaal domein ouderenzorg in Utrecht

Centrale boodschap die professionals uit medisch en sociaal domein uitdragen naar cliënt:

"In de zorg en ondersteuning voor ouderen werken wij als huisarts, praktijkondersteuner, buurtteam en wijkverpleging samen met u en uw naasten. Ook vrijwilligers of de huishoudelijke hulp kunnen deel uitmaken van uw netwerk. Wij overleggen met u en (als u daar toestemming voor geeft) met elkaar wie wat doet en wie de regie heeft."

Communicatieafspraken bij samenwerken tussen medisch en sociaal domein:

- Aan alle patiënten/cliënten wordt bij aanvang van de zorg en/of ondersteuning door de eerst betrokken zorgverlener (mondeling) gevraagd of huisarts en evt. andere betrokken zorgverleners geïnformeerd mogen worden dat patiënt in zorg is (zonder de reden te delen). De eerst betrokken zorgverlener overlegt met patiënt of deze dit zelf, of samen met zorgverlener doorgeeft aan huisarts of dat zorgverlener dit doet (bij bijvoorbeeld kwetsbare mensen). Toestemming wordt genoteerd in het dossier. Naam en bereikbaarheid van de eerst betrokken zorgverlener wordt doorgegeven aan huisarts en andere zorgverleners die betrokken zijn bij de patiënt.
- Als patiënt besproken wordt in een multidisciplinair overleg (MDO) is hij/zij en/of de mantelzorger daar bij voorkeur zelf bij aanwezig. Als dat niet mogelijk of wenselijk is, wordt door zorgverlener die de patiënt inbrengt aan patiënt toestemming gevraagd om besproken te worden. Daarbij wordt aangegeven over welk onderwerp gesproken wordt en wie daarbij aanwezig is. Toestemming wordt genoteerd in dossier.
- Van patiënten die verwezen zijn door de huisarts/andere zorgverlener vindt inhoudelijk terugkoppeling plaats door de zorgverlener naar de verwijzer. De zorgverlener vraagt hiervoor toestemming van de patiënt.
- Als er sprake is van (dreigend) gevaar (denk aan zelfverwaarlozing of huiselijk geweld) mag je zonder toestemming informatie uitwisselen. Dit is soms een moeilijke afweging. Vraag collega's uit de wijk om anoniem mee te denken als je er niet uit komt.
- Bij geen gevaar criterium én geen toestemming van patiënt om informatie te delen, benadrukt de zorgverlener nogmaals de centrale boodschap. Indien de patiënt vasthoudt aan haar/zijn besluit wordt dit door de zorgverlener gerespecteerd en genoteerd in het dossier.

Randvoorwaarden:

Professionals:

- ... herkennen en erkennen dat er tussen medisch en sociaal domein verschillen kunnen zijn in visie op informatie delen. Deze visieverschillen en belemmeringen of onduidelijkheden vanuit wetgeving kunnen besproken worden tijdens casuïstiek/leerbesprekingen in de driehoek (huisarts-POH/ buurtteam/ wijkverpleging).
- ... kunnen, als visieverschil in bepaalde casuïstiek blijft bestaan, escaleren naar de privacy ambassadeur van het buurtteam of een eigen leidinggevende.
- ... vullen kennis aan over wat mag en wat niet mag qua informatie delen, bijvoorbeeld door in gesprek te gaan met een privacy ambassadeur van het buurtteam.... gebruiken een digitaal, beveiligd communicatieplatform/beveiligde email voor schriftelijke privacygevoelige communicatie.
- ... streven met elkaar naar het spreken van dezelfde taal en het hanteren van dezelfde methodiek voor het bespreken van casuïstiek (bv 4-D model).
- ... spreken af, in overleg met patiënt/cliënt, wie de regievoerder is en noteren dat in het dossier.
- ... delen contactgegevens, wisselen uit hoe en wanneer ze bereikbaar zijn
- ... leren elkaar kennen, voelen zich gezamenlijk verantwoordelijk voor integrale zorg en geven elkaar feedback.
- ... stellen binnen hun team een aanspreekpunt aan voor professionele contacten met huisarts-POH, buurtteam, wijkverpleging en informele zorg. Deze perso(n)en bewaakt de samenwerking met (het team van) de ketenpartner (niet-patiëntgebonden).

Belang van delen van informatie

- Informatie van elkaar is nodig voor het medische-, zorg- en ondersteuningsbeleid.
- Informatie delen voorkomt dubbel werk van huisarts, buurtteam en wijkverpleging.
- De oudere ervaart continuïteit van zorg en ondersteuning, die aansluit op zijn/haar behoefte.

Bronnen

1. **Medisch en sociaal verbonden. J.W. van de Maat, februari 2016. Movisie**
[Klik hier](#)
2. **Samenwerken medisch en sociaal domein. HUS/GEZ/BTO 2015**
[Klik hier](#)
3. **Omgaan met beroepsgeheim en bescherming persoonsgegevens. Alies Struijs, oktober 2017.**
[Klik hier](#)
4. **Beroepsgeheim in de samenwerking tussen sociale - en zorgprofessionals, Resultaten van kwantitatief onderzoek onder verschillende groepen professionals. Yolanda Schothorst, oktober 2017**
[Klik hier](#)
5. **Samenwerking wijkteams en huisartsen. Gemeente Rotterdam, LHV en Zorgimpuls, december 2017**
[Klik hier](#)

Bijlage 4. Samenwerking in preventie en vroegsignalering Samen in de Stad en HUS



Samenwerking Huisartsen Utrecht Stad en Samen in de Stad in preventie en vroegsignalering

Aanleiding

Vanuit de “Stedelijke agenda ouderen 2016 - 2018” waarin de samenwerking tussen de gemeente Utrecht en het Zilveren Kruis is vastgelegd, hebben verschillende partijen de samenwerking versterkt. Zo is ook in de samenwerking tussen Huisartsen Stad Utrecht (HUS) en Samen in de Stad geïntensiveerd.

Samen in de Stad

Samen in de Stad richt zich op het activeren van ouderen (67+) die nog niet in beeld zijn bij de huisarts, omdat hier geen aanleiding voor is. (fite, gezonde ouderen). Samen in de Stad zet zich actief in om deze ouderen te stimuleren vanaf pensioengerechtigde leeftijd het eigen leven zodanig vorm te geven dat hierdoor het eigen sociale netwerk wordt versterkt. Hierbij wordt uitgegaan van het principe dat ouderen met een voor hen fijn sociaal leven zich gezonder en gelukkiger voelen, ook wanneer er gezondheidsklachten optreden.

Om U 3.0

In Om U 1.0 en 2.0 stond de samenwerking tussen huisartsen en praktijk/wijkverpleegkundigen centraal. In Om U 3.0 staat de samenwerking tussen huisartsen, praktijk/wijkverpleegkundigen, het sociale domein (de basiszorg, buurtteams. en de sociale basis, informele zorg) centraal.

In Om U 3.0 worden ouderen (65+) met een verhoogd risico op kwetsbaarheid vroegtijdig en gestructureerd in kaart gebracht. De wijk- of praktijkverpleegkundige inventariseert bij deze ouderen wensen, behoeften of problemen. Kwetsbare ouderen met een zorg- of ondersteuningsbehoefte krijgen een zorgplan op maat en begeleiding door een vaste casemanager/zorg coördinator. De zorg wordt in samenhang vanuit de medisch sociale samenwerking aangeboden, waarbij de behoefte van de oudere centraal staat. Waar mogelijk wordt de zelfredzaamheid van de oudere gestimuleerd.

Gezamenlijke doelstelling

Om U 3.0 en Samen in de Stad vinden elkaar in de gezamenlijke doelstelling: ouderen, vanuit verschillende domeinen, de mogelijkheid bieden zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen. Om dit te kunnen realiseren is het van belang om in de wijk nauw samen te werken, waarbij de oudere zelf centraal, in het middelpunt, staat.

Gezamenlijk werken we aan preventie (Samen in de Stad) en vroegsignalering (Om U 3.0) en verbeteren/versterken we indien nodig de leefsituatie om meer/duurdere zorg te voorkomen.

Voor huisartsen is het belangrijk dat er aandacht is voor ouderen voordat er medische inzet noodzakelijk is. Mogelijk kan zelfs deze inzet hierdoor in de toekomst vertraagd worden. Samenwerking met Samen in de Stad geeft huisartsen de mogelijkheid om beter zicht te krijgen op het eigen patiëntenbestand, waardoor de groep ouderen die niet in beeld is, substantieel gereduceerd kan worden.

Op stedelijk niveau zijn er tussen de HUS en Samen in de Stad samenwerkingsafspraken gemaakt die als richtlijn kunnen dienen in de samenwerking in de wijken.

Het bereiken van ouderen via de huisarts

Samen in de Stad, benadert, bij voorkeur via de huisartsenpraktijken/gezondheidscentra, de vitale en fragiele 67+ ouderen. (Soms benaderen we, op verzoek van huisartsen, een bredere en/of jongere doelgroep.) Dit heeft de voorkeur omdat (vrijwel) iedereen een huisarts heeft en omdat de ervaring leert dat deze wijze van benaderen een hogere respons (20-40%) oplevert dan andere wijzen van benaderen. Samen in de Stad geeft de respons terug aan de huisarts, waardoor deze zicht krijgt op de non-respons. Op basis van de non respons kunnen huisartsen de noodzaak van contact met de non respons bepalen.

Er is gekozen voor 67+ ouderen, omdat deze ouderen inmiddels het arbeidsproces hebben verlaten, in een nieuwe levensfase zijn gekomen en zich opnieuw moeten oriënteren op de toekomst. Bovendien is dit de groep, nu het arbeidsproces verlaten is, bij geen enkele instantie meer echt in beeld. Immers het inkomen is continu en er hoeft geen verantwoording gegeven te worden over inzet (zoals geldt voor een werkzoekende/bijstand).

Samen in de Stad kiest bewust voor de groep ouderen die zich nog fit en vitaal voelen en weinig tot geen contact met de huisarts hebben. Dit geldt ook voor de fragiele ouderen, zij voelen zich fit en vitaal ondanks de aanwezigheid van enkele medische klachten. Al deze ouderen hebben nog de gezondheid om zelf actief te blijven/worden.

Voorbeeldbrief en een voorbeeld responsformulier. Zie [bijlage 1](#)

In iedere wijk kan, op basis van wijkinzichten, de samenwerking op onderdelen een eigen invulling krijgen.

De wijze van benaderen is eerder omschreven in “samenwerkingsvoorstel Huisartsen”. Zie [bijlage 2](#)

Cijfers bereik Samen in de Stad t/m 2017. Zie [bijlage 3](#)

Terugkoppeling van Samen in de Stad naar Huisartsenpraktijk

Direct na de inventarisatie van de ontvangen brieven

Samen in de Stad deelt, van de ouderen die daarmee akkoord zijn, het responsformulier met de huisarts.

Wordt in een wijk gekozen om het formulier direct terug te sturen naar de huisarts, dan wordt op het responsformulier vermeld dat de informatie op dit formulier gedeeld wordt met Samen in de Stad.

Daarnaast geeft Samen in de Stad inzicht in:

- Aantal verzonden brieven via huisarts (met vermelding naam oudere);
- Aantal ontvangen brieven bij Samen in de Stad;
- Aantal gewenste huisbezoeken;
- Aantal mensen die iets willen doen in de wijk;
- Aantal informatieverzoeken;
- Aantal mensen dat alleen adresgegevens doorgeeft;
- Aantal mensen dat geen interesse heeft in Samen in de Stad;

Algemene vraagstukken/trends voor ouderen in de wijk

Samen in de Stad deelt met de huisartsen de eigen bevindingen t.a.v. niet persoonsgerichte algemene informatie per wijk. Hierbij kan gedacht worden aan:

- aantal doorverwijzingen: naar wijkverpleging, buurtteams en huisartsen en vice versa;
- thema's / aandachtsgebieden die van belang zijn voor ouderen in desbetreffende wijk.

Informatie op patiënt niveau

Samen in de Stad wil een signalerende functie vervullen t.a.v. de patiënten van een huisarts en, daar waar gewenst, hulp inschakelen van een professional.

Hoe wordt dit vormgegeven door Samen in de Stad?

- Uitsluitend na instemming van betrokken oudere;
- Bij heldere vraagstelling verwijzing naar deskundige professional. Wanneer dit een andere is dan de huisarts wordt deze ingelicht over de verwijzing (zonder informatie over de details rondom verwijzing);
- Bij een onduidelijke/complexe vraagstelling vindt verwijzing plaats naar de eigen huisarts.

Borgen vroegsignalering

Vele ouderen zijn inmiddels in samenwerking met de huisarts eenmalig aangeschreven. Om vroegsignalering te borgen is er echter meer nodig. HUS en Samen in de Stad hebben daarom afspraken gemaakt om dit te kunnen realiseren. Dit vergt een duurzame samenwerking. Dit kan nu gerealiseerd worden door dat recent de Gemeente Utrecht heeft aangegeven het programma van Samen in de Stad in de toekomst op te gaan nemen in de reguliere werkzaamheden van de sociaal makel organisaties.

Wat is al gerealiseerd?

- 2013-2017; in vele wijken is al een samenwerking met huisartsen tot stand gekomen en ouderen eenmalig benaderd. Alleen in de wijk Hoograven zijn ouderen in 2013 aangeschreven en recent alle ouderen, die sinds 2013 de gepensioneerde leeftijd hebben bereikt.

- 2015 In de wijken: Binnenstad, Lunetten, Oost, Vleuten, De Meern en West is motie: 80+ uitgevoerd in alle overige wijken heeft Samen in de Stad deze motie meegenomen.

Toekomst met ingang van 2018

- Jaar 1: Startjaar samenwerking huisartsen & Samen in de Stad: alle vitale en fragiele ouderen (67+) worden via huisarts benaderd. Exacte doelgroep wordt door huisarts vastgesteld
- Jaar 2: De non-respons van jaar 1 wordt nogmaals benaderd en alle nieuwe ouderen (67 jaar in dat kalenderjaar)
- Jaar 3 en volgende jaren:
 - o Alle nieuwe 67 jarigen
 - o Iedere 5 jaar ontvangen alle ouderen een uitnodiging
 - o Huisarts kan ieder jaar eigen gewenste patiënten (67+) toevoegen.

Voorbeeld:

Oudere “mevr. Jansen” wordt benaderd in het jaar dat “mevr. Jansen” 67 jaar oud wordt of is geworden.

Wanneer “mevr. Jansen” niet reageert (non-respons) zal op 68 jarige leeftijd opnieuw een brief verzonden worden.

Ongeacht de reactie op 68 jarige leeftijd, zal er in het jaar dat “mevr. Jansen” 72 jaar oud wordt, opnieuw een brief verzonden worden.

Conclusies

Huisartsen & OM U3.0 en Samen in de Stad hebben gezamenlijk veel te bieden aan ouderen in Utrecht.

- Preventie (waaronder activering) en vroegsignalering sluiten naadloos op elkaar aan
- Duurzame benadering van ouderen in de stad
- Samenwerking met Samen in de Stad geeft huisartsen de mogelijkheid om beter zicht te krijgen op het eigen patiëntenbestand, waardoor de groep ouderen die niet in beeld is, substantieel gereduceerd kan worden.
- In samenwerking kan tegemoet gekomen worden aan wensen, behoeften en problemen van ouderen
- Elkaars deskundigheid binnen handbereik binnen één samenwerkend team: Uit de rapportage Samen in de Stad 2016 blijkt dat aanpak van de thema's ‘eenzaamheid’, ‘kennis van de sociale kaart’, ‘Informatieoverdracht’ en ‘wonen’ van groot belang zijn voor ouderen en langer zelfstandig kunnen wonen. Professionals daarentegen hebben baat bij expertise op het gebied van het bereiken van migrantenouderen én bij een effectieve samenwerking in de wijk.

Bijlage 1: Voorbeeldbrief en voorbeeld responsformulier

Utrecht, **datum invullen**

Aan alle patiënten van **naam Gezondheidscentrum, Huisartsenpraktijk of huisarts invullen**

Graag willen wij u vragen mee te doen aan het programma Samenwijk invullen** in **Wijk invullen**. In deze brief vertellen wij u over Samen**wijk invullen** en geven aan wat het programma u te bieden heeft.**

Waarom krijgt u deze brief?

Ouderen blijven langer zelfstandig wonen in de wijk. Daarom is het belangrijk om ervoor te zorgen dat ouderen met plezier en met voldoende ondersteuning zelfstandig in **wijk invullen** kunnen blijven wonen.

Wat doet SamenWijk invullen**?**

Het programma **Samen**Wijk invullen**** helpt het langer zelfstandig wonen in de wijk mogelijk te maken. Om dit op een goede manier te kunnen doen, vragen wij of u ons wilt helpen. Zo krijgen wij zicht op wat ouderen nodig hebben om zelfstandig in **wijk invullen** te kunnen blijven wonen. Ook kunnen, als ouderen aangeven dat nodig te vinden, in **wijk invullen** nieuwe activiteiten mogelijk worden gemaakt. Het uiteindelijke doel is dat ouderen fijn én gezond zelfstandig kunnen wonen in de wijk!

Hoe kunt u meedoen?

Wij willen u vragen of u zich gezond voelt, of u prettig woont en leeft in de wijk en wat uw wensen zijn. Hiervoor komt een bewoner uit uw wijk bij u thuis langs. Deze bewoner kijkt samen met u naar uw wensen wat betreft veiligheid, gezondheid, leefplezier, activiteiten en dergelijke. De bewoner kan, als u dit wenst, met u meedenken. Aan het eind van het gesprek vult de bewoner dit in op een vragenlijst. De gesprekken zijn in de periode september-december 2015. Daarvoor wordt een afspraak met u gemaakt.

Formulier met vragen

Bij deze brief zit een formulier met een aantal vragen voor u om in te vullen. U kunt het formulier dan in de enveloppe aan ons terugsturen. Een postzegel is niet nodig.

Graag voor **datum invullen**.

Meer informatie

Als u vragen heeft, kunt u contact opnemen met **naam invullen**, contactpersoon **SamenWijk invullen**.

Telefoon: **Telefoonnummer invullen** (vragen naar **naam invullen**)

Mobiele telefoon: **Telefoonnummer invullen**

E-mail: **Emailadres invullen**

Adres: **Adres invullen**

Postcode en plaats: **Postcode invullen** UTRECHT

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet namens **SamenWijk invullen**,

Huisartsen van het Gezondheidscentrum, De Huisartsenpraktijk allemaal persoonlijk benoemen

FORMULIER SamenWijk invullen

- 0 Ja, ik doe graag mee aan dit programma, **SamenWijk invullen** kan contact met mij opnemen om een bezoek te plannen
- 0 Ja, ik doe graag mee aan dit programma, **SamenWijk invullen** kan mij bellen. Ik heb geen behoefte aan een bezoek
- 0 Ja, ik wil graag meedoen als vrijwilliger aan **SamenWijk invullen**
- 0 Nee, ik doe niet mee
- 0 Ik vind het goed dat de informatie op dit formulier gedeeld wordt met mijn huisarts

ADRESGEGEVENS

Naam:

Adres:

Postcode:

Plaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres (als u dat heeft):

Bijlage 2 : Samenwerkingsvoorstel huisartsen

Missie en Visie Samen in de Stad



Missie

Samen in de Stad heeft als doel dat ouderen op een prettige wijze zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen.

lang

Ouderen ervaren het zelfstandig wonen als fijn!

Om dit mogelijk te maken is het van belang dat kwetsbare ouderen beroep kunnen doen op een eigen sociaal netwerk, voor even een boodschapje, klein klusje of gewoon gezelligheid. Echter om dit mogelijk te maken is het van groot belang dat de oudere een sociaal netwerk heeft waarop een beroep gedaan kan worden. Binnen "Samen in de Stad" staat de volgende vraag centraal:

Hoe kunnen we zorgen dat de oudere een beroep kan doen op een sociaal netwerk?

Een sociaal netwerk speelt zich zowel intra- als intergenerationeel af. De steun welke ouderen kunnen en mogen verwachten vanuit de eigen generatie is beperkt. Voor ouderen is het daarom van groot belang om contacten op te bouwen met jongere generaties. Daarnaast is het van belang dat de sociale contacten van de oudere ook daadwerkelijk in staat zijn om hulp te bieden. Immers een dochter ver weg, kan wel heel betrokken zijn, maar kan weinig betekenen wat betreft (onverwachte) behoefte aan hulp. Samen in de stad zet daarom in op versterking van de sociale contacten (betrokkenheid/cohesie) op buurtniveau!

Uitgaande van het gegeven dat het vermogen om een eigen sociaal netwerk op te bouwen afneemt naarmate de kwetsbaarheid toeneemt, is het van groot belang ouderen te stimuleren om juist in de gezonde levensfase actief het eigen sociale netwerk te versterken.

Hoe bereiken we ouderen en vergroten we de betrokkenheid naar elkaar toe?

Deze betrokkenheid wordt vergroot in samenwerking met partners in de buurt/wijk, zoals, wijkverpleegkundigen, buurtteams, kerken/moskee, bibliotheek, etc. Maar ook door de plaatselijke initiatieven zoals kinderboerderij, sjoelclub, biljartclub etc. te betrekken. Op deze wijze kunnen we ouderen bereiken die in meer of mindere mate al enigszins in beeld zijn in de wijk.

Echter ook voor ouderen welke nog niet bekend zijn bij een van de betrokken partijen is het van groot belang dat zij uitgenodigd worden om actief het eigen sociale netwerk te vergroten. In samenwerking met de huisartsen willen we juist deze groep proberen te bereiken. Het gaat hierbij dus om de volgende groep ouderen:

- 67 jaar of ouder
- Nauwelijks/geen gezondheidsklachten (niet kwetsbaar) Concreet betekent dit: niet in beeld bij de huisarts omdat dit niet noodzakelijk is.

Mogelijke samenwerking met Huisartsen

Deze Samenwerking willen we graag vorm geven op basis van de samenwerking zoals ook in overige wijken al plaatsvond:

- Huisartsen worden verzocht mee te werken aan benaderen ouderen in een wijk.
- Na akkoord maakt Samen in de Stad een brief namens huisarts. Deze is getoetst op leesbaarheid voor laaggeletterden. Huisarts heeft de mogelijkheid me te denken over de inhoud en bij akkoord geven zij hun fiat. Brief kan per wijk aangepast worden..passend bij de wijk.
- Samen in de Stad print brief op papier van huisarts en gebruikt een enveloppe van de huisarts.
 - o In de enveloppe zitten uiteindelijk de brief een antwoordformulier (zie bijlage) met een antwoordenvolpette.
- Vrijwilligers/actieve wijkbewoners maken al deze brieven klaar (brief, antwoordformulier antwoordenvolpette in de brief)
- Huisarts zorgt vervolgens voor adresstickers op de brieven.
- Samen in de Stad organiseert de verspreiding.
- Retour enveloppes komen naar antwoordnr. van Samen in de Stad.

Daarnaast kunnen huisartsen/praktijkverpleegkundigen individuele patiënten in contact brengen met Samen in de Stad wanneer dit past bij de behoefte van de patiënt.

Hoe gaat samen in de Stad verder?

Samen in de stad gaat aan de slag gegaan met alle reacties van de brieven:

- Oudere wil een bezoek van een wijkbewoner
- Oudere wil zich inzetten voor andere ouderen uit de wijk
- Oudere wil/kan niet betrokken worden bij Samen in de Stad
- Oudere wil eerst meer informatie.

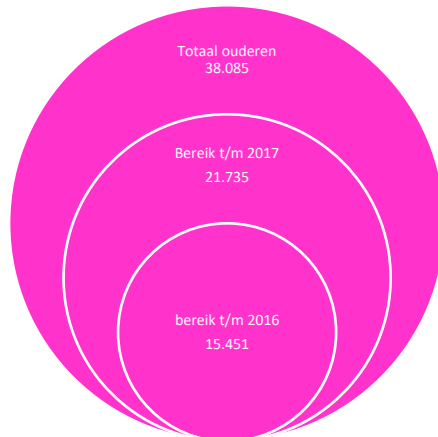
Ouderen welke bezocht willen worden door, krijgen bezoek van een buurt/wijkbewoner. (deze wijkbewoners krijgt vooraf wel een training t.a.v. brengen van een bezoek. De wijkbewoner heeft als doel tijdens het bezoek de vraag/behoefte van de oudere op te halen en door te geven aan Samen in de Stad, zodat ouderen ondersteuning krijgen om invulling aan hun wens te geven. Dit kan variëren van een vraag over voorzieningen/faciliteiten tot het creëren van een nieuw activiteit/initiatief in de wijk. Vraag en aanbod bij elkaar brengen). Het is dus niet de bedoeling dat de wijkbewoners een vragenlijst op de oudere afvuurt, maar in gesprek gaat over dat wat de oudere bezig houdt t.a.v. behoefte/wensen om fijn zelfstandig te kunnen blijven wonen. De wijkbewoner krijgt om het gesprek goed te kunnen aangaan een checklist mee. Hierin worden alle leefdomeinen benoemd. Daarnaast krijgt de wijkbewoners een "niet pluis lijst", checklist eenzaamheid, etc. en een mogelijkheid tot evaluatie. Door al deze inzet is de wijkbewoners voldoende toegerust voor het bezoek aan ouderen.

Daarnaast is de brief een mogelijkheid voor ouderen om zich als actieve wijkbewoners in te zetten voor de wijk...bijvoorbeeld ik houd van wandelen en ik neem graag een andere oudere mee.

Jenny Westrik en Ingrid Bulsink

April 2016

Bijlage 3 : Cijfers bereik Samen in de Stad t/m 2017



In bovenstaand figuur kunt u lezen dat Samen in de Stad, sinds haar start in 2015, 21.735 ouderen benaderde. Dat is 57% van de populatie van de ouderen in Utrecht (monitor 2016).

Het totaal aantal ouderen bestaat uit de 65+ ouderen in Utrecht, inclusief een populatie ouderen in één wijk, waar huisartsen besloten, ook ouderen van 55+ te benaderen.

11.523 ouderen werden benaderd via huisartsen en 10.212 ouderen werden op andere wijze benaderd.

In 2016 hebben we gekeken of de benaderingswijze verschil in respons laat zien. Het benaderen van ouderen via huisartsenpraktijken leverde gemiddeld een respons van 31%. De respons op de 'andere benaderingswijzen' (ook wel 'plannen B' genoemd) is niet altijd even goed te traceren, omdat het bereiken van ouderen steeds op een andere manier vorm krijgt.

De respons op het benaderen van alle 80+ ers in de wijk Noordoost, het in Noordoost uitgevoerde plan B, is vrijwel op dezelfde wijze vorm gegeven als de mailing via de huisartsen en dus ook goed inzichtelijk. De respons was daar 19%.

Het gaat niet aan een algehele vergelijking te maken tussen ouderen benaderen via huisartsen of via een 'Plan B', maar het valt wel op dat de respons via de huisartsen substantieel hoger ligt. Het verschil in aantal mensen dat graag een huisbezoek wil ontvangen of zich wil inzetten in de wijk is mogelijk doelgroep (binnen de groep ouderen) gerelateerd.

Bijlage 5. Uniforme registratie en rapporteren Ouderenzorg in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS)

Uniforme registratie is wenselijk zodat de data bijvoorbeeld uit het HIS eenvoudig geëvalueerd kan worden.

Algemeen /Intake:

S: Beschrijving van de bevindingen na aanleiding van eerste huisbezoek en uitgebreide anamnese onder deze episode onderbrengen. Hierdoor is snel en overzichtelijk de inventarisatie van dit huisbezoek voor iedereen terug te vinden. Situatie beschrijven, aanwezig zorg/ hulpverleners aangeven. Tevens vastgestelde problemen benoemen; bijvoorbeeld eenzaamheid, incontinentie, mobiliteitsstoornis.

E: **A49.01 Ouderenzorg + ICPC code aanvullende probleemgebieden (zie onder)**

P: Vervolgbeleid omschrijven (zorgplan)

Bij elke patiënt die bezocht wordt voor de ouderenzorg dient de **ICPC A49.01** aangemaakt te worden.

Vastgestelde problemen.

Het is van belang dat per vastgesteld probleem waarop interventie volgt gerapporteerd wordt volgens vaste ICPC codes. Op deze manier kan uniforme registratie gewaarborgd worden

Bijvoorbeeld

E: eenzaamheid (Z04.3)

P: Interventie: buurtzorg inschakelen

E: Incontinentie (U04.1)

P: interventies: blaastraining

Vervolg:

Acties bij de vastgestelde problemen worden dan per consult onder de bijbehorende episode gerapporteerd.

ICPC codes

Het blijkt lastig om geheel passende ICPC codes te kiezen bij de probleemgebieden vanuit de Toolkit Kwetsbare Ouderenzorg. Er is daarom gekozen voor de ICPC codes die het meeste de lading dekken. Om het precieze probleem te kunnen omschrijven is afgesproken om de werktitel in de episodelijst aan te passen. Ook hier is het van belang dit zo eenduidig mogelijk te doen. In onderstaand overzicht staan de ICPC codes beschreven, met daarbij de werktitels die de voorkeur genieten.

Voorbeeld: Patiënt heeft een verhoogd risico op vallen.

ICPC code: A80 Ongeval / Trauma

Werktitel: Valgevaar

Te gebruiken werktitels in episodelijst ICPC- Codes:

Probleem	ICPC	Omschrijving
Potentieel kwetsbare oudere	A 49.01	Intake ouderenzorg
	A 05	Kwetsbare oudere, algehele achteruitgang
Complexe oudere	P 05	zich oud voelen/gedragen
Polyfarmacie	A 49.02	
Incontinentie	U 04.1	Urine incontinentie
	U 04.1	Stress incontinentie
	U 04.2	Urge incontinentie
	U 04.3	Gemengde incontinentie
	D 17	Incontinentie van ontlasting
Stemming/Depressie	P 03	Down/depressief gevoel
Depressie	P 76	Depressie bij diagnose door huisarts
Eenzaamheid	Z 04.3	Eenzaamheid
Cognitieve stoornis	P 20	Geheugen/concentratie/oriëntatie stoornis
Cognitieve stoornis	P 70.1	Seniele Alzheimer na diagnose door huisarts/elders
	P70.2	Multi-infarct Dementie na diagnose door huisarts/elders
Vallen	A 80	Ongeval/trauma
Visus	F 05	Andere visus sympt/klacht
Horen	H 02	Gehoorklachten
Mantelzorg en Welzijn	Z 04	Probleem sociaal systeem
Functionaliteit	L 29	Beperkt bewegen
Voeding	T 05	Voedingsprobleem Volwassenen
Noodplan		
Reanimeren beleid		
bespreking levenseinde	A 20	tijdig bespreken levenseinde
Mantelzorg Ondersteuning	Z 04	Problemen sociale systeem

De volgende Z codes voor het HIS om de ouderenzorg te benoemen:

- onder code Z10 worden alle betrokken hulpverleners ingevoerd
- onder code Z28 wordt het zorgproces beschreven
- onder code Z29 de sociale problemen.

Bijlage 6: 4D signaalkaart kwetsbare ouderen voor huishoudelijke hulp medewerkers

Om U 3.0 signaalkaart kwetsbare ouderen

Lichamelijk

- Vlekken op kleding
- Spullen in koelkast zijn over de datum
- Afvallen/onvoldoende eten
- Boodschappen worden niet gehaald
- Veel alcohol nuttigen
- Minder goed lopen/bang om te vallen
- Te weinig beweging
- Vermoeidheid, verlies van energie

Maatschappelijk

- Enveloppen niet openmaken
- Betalingsachterstanden
- Stoppen met activiteiten
- Geen contact (meer) met hulpverleners
- Vraagt niet om hulp
- Rondslingerende medicatie of opstapeling ervan

Psychisch

- Vergeetachtig
- Herhalen van dezelfde dingen
- Plannen en organiseren wordt moeilijker
- Spullen worden op een onlogische plek neergelegd/raken kwijt
- Apparaten bedienen lukt niet meer
- Veranderd gedrag (achterdocht, verward, somber, paniek)
- Geen plezier in activiteiten/negatieve uitspraken

Sociaal

- Weinig sociale contacten of bezoek
 - Gevoelens van zinloosheid en uitzichtloosheid
 - Mensen op afstand houden of juist claimen
 - Mantelzorg is overbelast
 - Moeite met alleen thuis zijn
 - Geen dagbesteding
- Huiselijk geweld:**
- (Terugkerende) verwondingen
 - Angst voor aanraking of voor bepaalde personen, overdreven schrikreactie bij plotselinge geluiden
 - Waardevolle spullen verdwijnen
 - Je krijgt niet de kans om de oudere alleen te spreken

De huishoudelijke hulp geeft signalen altijd door aan de coördinator.
Behalve als er sprake is van acuut gevaar: direct de huisarts bellen!

De coördinator schat in welke hulpverlener geïnformeerd wordt. Dit gebeurt pas nadat de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven en de mantelzorger geïnformeerd is (door de hulp zelf of door de coördinator).

Het is belangrijk om te realiseren dat de signalen verschillende oorzaken kunnen hebben. Zo kan rondslingerende medicatie of een opstapeling van medicatie bij zorgmijdend gedrag horen, maar kan het ook een signaal zijn van cognitieve achteruitgang.



Bijlage 7. Groningen Frailty Indicator (GFI) Vragenlijst*

Naam:

Geboortedatum:

Deze vragen gaan over uw situatie van de afgelopen maand. Eventueel: de situatie voordat u (acuut) ziek werd. Kruis aan wat van toepassing is.

1. Kunt u geheel zelfstandig boodschappen doen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	
2. Kunt u geheel zelfstandig buitenshuis rondlopen (rondom huis of naar de bureu)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	
3. Kunt u zich geheel zelfstandig aan- en uitkleden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	
4. Kunt u geheel zelfstandig van en naar het toilet gaan? <i>Met zelfstandig bedoelen we: zonder enige vorm van hulp van iemand. Gebruik maken van hulpmiddelen als stok, rollator, rolstoel geldt als zelfstandig.</i>	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	
5. Als u een rapportcijfer zou moeten geven voor uw lichamelijke fitheid, wat zou dit cijfer dan zijn? (1 = slecht, 10 = uitstekend)		Cijfer:	
6. Ondervindt u problemen in het dagelijks leven doordat u slecht ziet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	
7. Ondervindt u problemen in het dagelijks leven doordat u slecht hoort?	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	
8. Bent u de afgelopen 6 maanden veel afgevallen zonder dat u dat wilde?	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	
9. Gebruikt u op dit moment 4 of meer verschillende soorten medicijnen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	
10. Heeft u klachten over uw geheugen?	Ja <input type="checkbox"/>	Soms <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
11. Ervaart u wel eens een leegte om u heen?	Ja <input type="checkbox"/>	Soms <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
12. Mist u wel eens mensen om u heen?	Ja <input type="checkbox"/>	Soms <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
13. Voelt u zich wel eens in de steek gelaten?	Ja <input type="checkbox"/>	Soms <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
14. Heeft u zich de laatste tijd somber of neerslachtig gevoeld?	Ja <input type="checkbox"/>	Soms <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
15. Heeft u zich de laatste tijd nerveus of angstig gevoeld?	Ja <input type="checkbox"/>	Soms <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>

*Steverink et al, 2001: http://www.nardisteverink.nl/materials/GFI_lijst.pdf

Bijlage 8: Inventarisatie zorg- en ondersteuningsbehoefte

Afnamedatum:

Naam patiënt, cliënt:

Geboortedatum:

Naam & telefoonnummer contactpersoon van de oudere:

Contactpersoon buurtteam:

Contactpersoon wijkverpleegkundige:

Contactpersoon huisartsenpraktijk:

Check: niet reanimatie beleid.

Welke doelen en wensen heeft de oudere?		
Wat vindt de oudere belangrijk?		
Waar beleeft de oudere plezier aan?		
Aandachtsgebied	Omschrijving probleem/ risico	Urgentie hoog/ laag
Functioneren ADL/ IADL	Geen probleem/ risico/ manifest probleem	
Mantelzorg ondersteuning	Geen probleem/ risico/ manifest probleem	
Mobiliteit/ vallen	Geen probleem/ risico/ manifest probleem	
Polyfarmacie	Geen probleem/ risico/ manifest probleem	
Cognitie	Geen probleem/ risico/ manifest probleem	
Stemming / depressie	Geen probleem/ risico/ manifest probleem	
Eenzaamheid	Geen probleem/ risico/ manifest probleem	
Visus en gehoor	Geen probleem/ risico/ manifest probleem	
Voeding	Geen probleem/ risico/ manifest probleem	

Incontinentie	Geen probleem/ risico/ manifest probleem	
Slapen	Geen probleem/ risico/ manifest probleem	
Pijn	Geen probleem/ risico/ manifest probleem	
Wonen / veiligheid/ voorzieningen	Geen probleem/ risico/ manifest probleem	
Alcohol;	Hoeveel alcoholhoudende consumpties gebruikt u gemiddeld per dag?	

Aanvullen uitkomsten 4D model

Afspraken maken advance care planning (zorg in de laatste levensfase)

Bijlage 9. Het 4Domeinen model



Meer informatie: <http://www.overvechtgezond.nl/files/Het%204D-model%20-%20Volte.pdf>

Bijlage 10. Risicoanalyse Zorg Thuis



Risicoanalyse Zorg Thuis - korte vragenlijst

Cliënt: _____ Datum: _____

Ingevuld door: _____ Datum vorige risicoanalyse: _____

*Indien er al een actie in het zorgleefplan op een risico is, sla de vragen over!
Er is sprake van verhoogd risico als één of meer keer met ja is beantwoord!*

s.v.p aankruisen:

1. Huidletsel	Ja	Nee
Observatie: Is de cliënt volledig immobiel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u vaak een vochtige huid door zweten/transpireren of incontinentie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observatie: Is de cliënt ondervoed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observatie: Heeft de cliënt mogelijk huidplooien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observatie: Heeft de cliënt grote moeite zelfstandig van houding te veranderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observatie: Reageert de cliënt niet op pijnprikkels (verlaagd bewustzijn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Vul bij verhoogd risico de risicoscorelijst decubitus in!
Let op: verhoogd risico op huidletsel geeft een extra risico op depressie.*

2. Ondervoeding	Ja	Nee
<i>Indien weegschaal aanwezig: gewicht cliënt in zorgdossier noteren</i>		
Bent u de laatste 6 maanden onbedoeld afgevallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als u het niet weet, zit uw kleding losser/moet de riem een gaatje strakker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u minder eetlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Vul bij verhoogd risico de SNAQ in!
Let op: verhoogd risico op ondervoeding geeft een extra risico op vallen en decubitus.*

3. Medicijngebruik	Ja	Nee
Bent u in de afgelopen maand wel eens vergeten uw medicijnen in te nemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt u ondersteuning nodig te hebben bij de medicatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u moeite met het doorslikken van medicijnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observatie: de cliënt weet niet hoeveel en welke medicijnen hij/zij dagelijks gebruikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observatie: de cliënt kan de etiketten op de verpakkingen van de medicatie niet meer lezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Vul bij verhoogd risico de risicoscorelijst Medicatie - Beoordeling eigen Medicatiebeheer (BEM) in!
Let op: verhoogd risico bij medicijngebruik geeft extra risico op vallen.*

4. Depressie	Ja	Nee
Voelt u zich verdrietig, neerslachtig of depressief?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelt u zich boos, rusteloos en/of angstig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trekt u zich de laatste maand vaker terug of heeft u minder interesse in uw omgeving?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observatie: Doet de cliënt vaak hele negatieve uitspraken? (bijvoorbeeld: was ik maar dood)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observatie: Huilt de cliënt snel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Vul bij verhoogd risico de risicoscorelijst depressie in!
Let op: verhoogd risico op depressie geeft een extra risico op ondervoeding en vallen.*

5. Incontinentie	Ja	Nee
Bent u bang om urine/ontlasting te verliezen wanneer u de deur uitgaat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereikt u soms de wc niet meer op tijd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u wel eens een blaasontsteking? Zo ja, heeft u die op dit moment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moet u overdag meer dan 10 keer naar het toilet om kleine beetjes te plassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observatie: ruikt de (kleding van de) cliënt of de omgeving naar urine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Vul bij verhoogd risico de risicoscorelijst incontinentie in!
Let op: verhoogd risico op incontinentie geeft extra risico op huidletsel en depressie.*

6. Vallen	Ja	Nee
Bent u de laatste tijd gevallen of struikelt u regelmatig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u bang om te vallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u meer moeite met lopen en/of opstaan uit uw stoel of bed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u moeite met het bewaren van uw evenwicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observatie: liggen er losse kledingstukken of snoeren in de kamer van de cliënt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observatie: is er sprake van slecht schoeisel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Voorbij verhoogd risico de risicoscorelijst vallen in: Let op: verhoogd risico op vallen geeft extra risico op huidletsel en depressie.</i>		<input type="checkbox"/>

7. Mondhygiëne	Ja	Nee
Is uw bezoek aan een tandarts langer dan 1,5 jaar geleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u problemen met het verzorgen van uw gebit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een (zeer) droge mond en lippen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u vaak pijn aan uw mond (bij eten/mondverzorging) en/of een slecht passende gebitsprothese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u moeite met slikken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observatie: De cliënt heeft een zeer slechte adem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bijlage 11a. Risicoscorelijst decubitus



GEREEDSCHAP



Risicoscorelijst decubitus ZT

Toelichting/ doel	Decubituspreventie
Referenties	Onderdeel van halfjaarlijkse risicoanalyse
Systeem	< benodigd(e) systeem / data >
Tips en aandachtspunten	<i>Totaalscore < 18 = verhoogd risico. Hoe lager de score, hoe groter de kans op decubitus! Actie: Formuleer doelen en interventies in het zorgleefplan</i>

Clïent: _____

Datum: _____

Ingevuld door: _____

Wordt ingevuld wanneer één of meer keer JA bij Risicoanalyse - korte vragenlijst

Waarneming van pijn en ongemak	Score	
1 = Totaal verstoord		
2 = Zeer verstoord		
3 = Licht verstoord		
4 = Niet verstoord		
Vochtigheid huid	Score	
1 = Altijd vochtig		
2 = Meestal vochtig		
3 = Soms vochtig		
4 = Zelden vochtig		
Activiteit	Score	
1 = Bedgebonden		
2 = Stoelgebonden		
3 = Loopt af en toe		
4 = Loopt vaak rond		
Mobiliteit	Score	
1 = Volledig immobiel		
2 = Zeer beperkt		
3 = Licht beperkt		
4 = Geen beperkingen		
Voeding	Score	
1 = Onvoldoende		
2 = Waarschijnlijk ontoereikend		
3 = Toereikend		
4 = Uitstekend		
Schuifkracht	Score	
1 = Actueel probleem		
2 = Mogelijk probleem		
3 = Geen zichtbaar probleem		
Totaalscore:		

Careyn GRZ, Extramuraal, Alle D/R/L	Versiedatum: 27-1-2017	C1536
Proceeseigenaar: PE Zorgbeleid extramuraal	Printdatum: 16-11-2017	Pagina 1 van 1

Bijlage 11b. Risicoscorelijst depressie



GEREEDSCHAP



Risicoscorelijst Depressie ZT

Toelichting/ doel	Preventie depressie
Referenties	Onderdeel halfjaarlijkse risicoanalyse
Systeem	< benodigd(e) systeem / data >
Tips en aandachtspunten	<i>Deze risicoscorelijst bevat vragen waarop met ja of nee geantwoord kan worden. Het is de bedoeling dat de cliënt de vragenlijst leest/hoort en bedenkt welk antwoord het best weergeeft hoe hij/zij zich de afgelopen week, met vandaag erbij, heeft gevoeld. Het gekozen antwoord wordt aangevinkt.</i>

Cliënt: _____

Datum: _____

Ingevuld door: _____

s. v. p. aankruisen:

	Ja	nee
1. Bent u innerlijk tevreden met uw leven?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Bent u met veel activiteiten en interesses opgehouden?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Verveelt u zich vaak?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hebt u meestal een goed humeur?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Bent u bang dat u iets naars zal overkomen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Voelt u zich meestal gelukkig?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Voelt u zich vaak hopeloos?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Blijft u liever thuis dan uit te gaan en nieuwe dingen te doen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hebt u het gevoel dat u meer moeite heeft met het geheugen dan anderen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vindt u het fijn om te leven?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. Voelt u zich nogal waardeloos op het ogenblik?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Voelt u zich energiek?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Denkt u dat de meeste mensen het beter hebben dan u?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Totaalscore

Voor elk antwoord dat scoort in een grijs vakje scoort u een punt. Een totaalscore van 6 of meer duidt op een mogelijke depressie.

Formuleer doelen en acties en noteer deze in het zorgleefplan!

< Invulling afhankelijk van soort gereedschap (bijvoorbeeld checklist of formulier) >

Careyn GRZ, Extramuraal, Alle D/R/L	Verziedatum: 18-12-2015	C5664
Processeigenaar: PE Zorgbeleid extramuraal	Printdatum: 16-11-2017	Pagina 1 van 1

Bijlage 11c. Risicoscorelijst incontinentie



GEREEDSCHAP



Risicoscorelijst Incontinentie ZT

Toelichting/ doel	Vroeg signalering incontinentie
Referenties	Onderdeel halfjaarlijkse risicoanalyse
Systeem	< benodigd(e) systeem / data >
Tips en aandachtspunten	<p>Score 1-7 <i>Klant ervaart (bijna) geen hinder door de incontinentie.</i></p> <p>Score 8-13 <i>Klant ervaart hinder door de incontinentie.</i></p> <p>Score 14-20 <i>Klant ervaart ernstig hinder in het dagelijks leven door de incontinentie.</i></p>

Clïent: _____

Datum: _____

Ingevuld door: _____

Wordt ingevuld wanneer één of meer keer JA bij Risicoanalyse - korte vragenlijst

Bescherming	Score	
1 = Ik gebruik nooit incontinentieverbandjes of inlegkruisjes		
2 = Af en toe gebruik ik verband of moet ik mijn ondergoed verschoonen		
3 = Als regel draag ik verband of verschoon ik mijn ondergoed meer malen per dag		
4 = Ik moet altijd verband gebruiken voor de incontinentie		
Hoeveelheid	Score	
1 = Het urine- en/of ontlastingsverlies is slechts een druppeltje/streepje		
2 = Ik verlies ook wel eens eenscheutje/meer dan een streepje ontlasting		
3 = Het urineverlies is zo groot dat het mijn verband en/of kleren flink nat/vies maakt		
4 = Het urine- en/of ontlastingsverlies is zo groot dat het verband doorweekt raakt en/of er doorheen lekt		
Frequentie: Onvrijwillig urine- of ontlastingsverlies treedt bij mij op:	Score	
1 = Eens per week of minder		
2 = Meer dan één maar minder dan drie keer per week		
3 = Meer dan drie keer per week, maar niet elke dag		
4 = Elke dag		
Activiteiten: Door mijn urine- ontlastingsverlies:	Score	
1 = Laat ik mij niet hinderen in mijn dagelijkse activiteiten		
2 = Ben ik gestopt met sommige activiteiten, zoals sport en andere zware lichamelijke activiteiten		
3 = Ben ik gestopt met de meeste lichamelijke activiteiten die onvrijwillig urine-ontlastingsverlies veroorzaken		
4 = Kom ik bijna de deur niet meer uit		
Lichaamsbeeld	Score	
1 = Mijn urine- ontlastingsverlies kan me eigenlijk nikschelen		
2 = Ik vind het vervelend en lastig maar zit er niet echt mee		
3 = Ik vind mijn urine- ontlastingsverlies vies		
4 = Ik walg van mezelf door het urine- ontlastingsverlies		
Totaalscore:		

Careyn Extramuraal, GRZ, Alle D/R/L	Versiedatum: 18-12-2015	C5665
Proceeseigenaar: PE Zorgbeleid extramuraal	Printdatum: 16-11-2017	Pagina 1 van 1

Bijlage 11d. Risicoscorelijst medicatie



Risicoscorelijst Medicatie Beoordeling eigen medicatiebeheer (BEM)

Cliënt: _____

Datum: _____

Ingevuld door: _____

De vragenlijst BEM bevat vragen waarop de cliënt met ja of nee kan antwoorden. Ook is er ruimte voor opmerkingen.

Zet een kruis door een vraag die niet van toepassing is voor je cliënt. Formuleer samen met de cliënt het definitieve antwoord. Ga niet in discussie als je van menig verschilt. Noteer het verschil van inzicht en bekijk hoe je extra informatie kunt krijgen over onduidelijkheden. In een later stadium kunt je daarop terugkomen.

Zorg dat de cliënt alle gebruikte medicijnen bij de hand heeft. Let op eventuele druppels, zalven, zelfzorg medicijnen en zo nodig medicijnen. Zo kan je ook instructies op het etiket nagaan en kan de cliënt bijvoorbeeld het gebruik demonstreren.



Beheer medicijnen

s.v.p aankruisen:

Ja Nee

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. De cliënt weet welke medicijnen hij/zij gebruikt voor welke aandoening.
<i>Vraag de cliënt de afzonderlijke medicijnen te laten zien en te vertellen hoe en voor welke aandoening de cliënt de medicijnen gebruikt. Denk ook aan zelfzorgmiddelen. Check of het actuele medicatieoverzicht overeenkomt met de informatie van de cliënt en noteer de verschillen. Denk aan alcoholgebruik.</i>
<i>Ruimte voor opmerkingen:</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. De cliënt weet de naam van de huisarts.
<i>Laat de cliënt de naam en het telefoonnummer van de huisarts noemen of opzoeken. Vraag of de cliënt alle medicijnen van dezelfde voorschrijver krijgt.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. De cliënt weet de naam van de apotheek.
<i>Laat de cliënt de naam en het telefoonnummer van de apotheek noemen of opzoeken. Vraag of de cliënt alle medicijnen van dezelfde apotheek krijgt.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. De cliënt kan de medicijnen bestellen en zorgen dat ze op tijd in huis zijn.
<i>Vraag de cliënt hoe hij/zij bijhoudt wanneer de medicijnen besteld moeten worden en wat hij/zij doet als ze niet op tijd in huis zijn. Let op grote voorraden.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. De cliënt kan de informatie van de apotheek op de verpakking goed lezen.
<i>Ga na of de cliënt slecht kan zien en ondemeem zo nodig actie (loep, etc.). Vraag door: begrijpt de cliënt de informatie op de verpakking ook goed?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. De cliënt belt de huisarts of apotheek als de medicijnen niet werken, bij bijwerkingen of als er iets niet klopt met de medicijnen.
<i>Vraag door: bij welke problemen belt de cliënt wel of niet? Bij welke bijwerkingen wel of niet?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Gebruik medicijnen

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 7. De cliënt kan de medicijnen zelf uit de verpakking krijgen.
<i>Denk daarbij aan uit de strip drukken, uit doosje of potje halen, zetpilverpakking of pleisterverpakking openmaken, enz. Laat de cliënt zo mogelijk voordoen (zie ook vraag 13 t/m 20).</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|



Risicoscorelijst Medicatie

Beoordeling eigen medicatiebeheer (BEM)

8. De cliënt neemt de medicijnen altijd op de juiste tijdstippen in.
Let daarbij op 'zo nodig' gebruik en niet-dagelijks gebruik. Liggen er losse medicijnen of 'oude' baxterzakjes? Wat doet de cliënt als hij/zij er achter komt dat medicijnen zijn vergeten?
-
9. De cliënt gebruikt alleen medicijnen die nog houdbaar zijn.
Kijk of de houdbaarheid van de medicijnen nog goed is. Denk ook aan houdbaarheid na openen (meeste druppels en dranken tot 1 maand na openen).
-
10. De cliënt volgt de gebruiksinstructies (op het etiket) op.
Vraag door: kent en begrijpt de cliënt de gebruiksinstructies goed? Let op adviezen over innemen met water / melk/ grapefruitsap en op bewaaradviezen (koelkast).
-
11. De cliënt kan de medicijnen goed doorslikken.
Geef de cliënt de tip om bij voorkeur de medicijnen in te nemen met de kin op de borst. Nooit tabletten of capsules malen zonder overleg met arts of apotheker.
-
12. De cliënt is in staat tabletten - waarvan een halve moet worden ingenomen - te halveren.
Adviseer eventueel een tabletplitter.
-
13. De cliënt kan van drankjes de juiste hoeveelheid inschenken.
Zet zo nodig met stift een streep op het maatbekertje.
-
14. De cliënt kan zelf de ogen of oren druppelen/oogzalf aanbrengen.
Denk daarbij aan openmaken flesje/tube, houdbaarheid na openen. Juiste oog/oor? Juiste hoeveelheid? Bewaaradvies (Koelkast).
-
15. De cliënt kan zelf insuline spuiten.
Denk daarbij aan penzelfstandig vullen, correct doseren, juist prikken, iedere keer nieuwe naald, juiste bloedsuikerwaarden.
-
16. De cliënt kan zelf de crème of zalf aanbrengen.
Denk daarbij aan tube of pot openmaken, aanbrengplek goed bereiken, juiste hoeveelheid aanbrengen.
-
17. De cliënt kan op de juiste manier inhaleren.
Let daarbij op goed gebruik apparaat, juiste aantal puffjes, mond spoelen indien nodig, juist gebruik voorzetkamer en reinigen apparaat.
-
18. De cliënt kan zelf zetpillen inbrengen.
Denk daarbij aan openmaken verpakking, goed bereiken van plaats van inbrengen.
-
19. De cliënt beheert en gebruikt de tabletten van de trombosedienst op de juiste manier.
Denk daarbij aan goed kunnen lezen en innemen volgens doseerkaart, contact opnemen met trombosedienst bij problemen, nakomen van controleafspraken.
-
20. De cliënt kan zelf medicijnpleisters aanbrengen.
Denk daarbij aan uit verpakking krijgen, juiste tijdstippen, niet doorknippenpleister, wisselen aanbrengplaats.



Algemene opmerkingen:

Als alle vragen met ja beantwoord zijn, dan zijn geen verdere acties nodig. Neem geen taken van de client over.

Bij vragen die niet beantwoord zijn, zijn een of meerdere acties nodig. Denk aan het inzetten van hulpmiddelen of (meer) mantelzorg. Als dit geen oplossing biedt, dan kan overname van taken in beheer en/of gebruik door Careyn nodig zijn.

Noteer de afspraken op het afsprakenformulier. Vul dit afsprakenformulier volledig in en neem het op in het zorgdossier en formuleer doelen en interventies in het zorgleefplan van de client.

Zo kan je in een later stadium samen met de client (en eventuele mantelzorger) evalueren of de geboden hulpmiddelen en/of hulp door mantelzorg of Careyn voldoen. Spreek een evaluatiedatum af met de client en eventuele mantelzorger. Zorg dat de arts en apotheker ook op de hoogte zijn van de gemaakte afspraken.



Cliënt gegevens		
Naam: Geboortedatum: Adres: Naam huisarts: Naam apotheek: Naam mantelzorg: BSN nummer:		
Cliënt maakt gebruik van medicijnrol	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Cliënt maakt gebruik van baxterol	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Cliënt maakt gebruik van weekdoos	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Datum:		
Naam medewerker:		
Kruis de categorie aan die van toepassing is op de cliënt na het maken van afspraken tijdens het medicijn gesprek met de BEM		
<input type="checkbox"/> categorie 1: de cliënt bestelt en gebruikt de medicatie volledig zelfstandig (eventueel met hulpmiddel of hulp van de mantelzorg). <input type="checkbox"/> categorie 2: de zorginstelling regelt het bestellen van medicatie voor de cliënt en de cliënt gebruikt de medicatie volledig zelfstandig (eventueel met hulpmiddel of hulp van de mantelzorg). <input type="checkbox"/> categorie 3: de cliënt bestelt de medicatie volledig zelfstandig (eventueel met hulp van de mantelzorg) en de zorginstelling biedt alleen hulp bij het gebruik/toedienen van (een deel van) de medicatie. <input type="checkbox"/> categorie 4: de zorginstelling regelt het bestellen van medicatie en biedt hulp bij het gebruik/toedienen van (een deel van) de medicatie.		
Afspraken over hulpmiddelen en hulp door mantelzorg		
Datum	Benodigde hulpmiddel of zorg door mantelzorg	Wie
Afspraken over hulp door zorgverleners		
Datum	Te leveren zorg door zorginstelling	Wie
Datum	Te leveren zorg door arts, apotheker e.d.	Wie
Actie	Datum	Akkoord
Arts is geïnformeerd.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.
Apotheker is geïnformeerd.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.
Afspraken zijn opgenomen in zorgleefplan		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.
Overeenkomst (gedeeltelijke) overname van zorg is opgesteld.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.

Bijlage 11e. Risicoscorelijst vallen



Risicoscorelijst vallen Zorg Thuis

Client: _____ Datum: _____

Ingevuld door: _____


Deze screeningslijst is een snelle en eenvoudige methode van beoordeling van het valrisico bij een klant. Geschat wordt dat het invullen minder dan 4 minuten zal duren. Het bestaat uit tien variabelen die snel en eenvoudig zijn te scoren


1. Valhistorie	Score
Bent u in de afgelopen drie maanden gevallen?	<input type="checkbox"/> Nee: 0 pt <input type="checkbox"/> Ja: 25 pt
2. Ziektebeelden	Score
Is er sprake van meer dan 1 ziektebeeld waar de diagnose bij gesteld is?	<input type="checkbox"/> Nee: 0 pt <input type="checkbox"/> Ja: 15 pt
<i>Bij ziektebeelden is te denken aan CVA, ziekte van Parkinson, diabetes, hartfalen, maar ook incontinentie.</i>	
3. Lopen	Score
Zelfstandig	<input type="checkbox"/> 0 pt
Met een hulpmiddel zoals kruk, rollator	<input type="checkbox"/> 15 pt
Klampt u zich tijdens het lopen vast aan meubels?	<input type="checkbox"/> 30 pt
<i>Bij zelfstandig wordt bedoeld dat de klant alles volledig zelf doet, maar ook de klant die in een rolstoel zit of bedlegerig is.</i>	
5. Looppatroon	Score
Normaal looppatroon	<input type="checkbox"/> 0 pt
<i>Een normaal looppatroon: lopen met het hoofd rechtop, armen zwaaiend vrij aan de zijkant en stappen zonder aarzelend.</i>	
Verminderd looppatroon	<input type="checkbox"/> 10 pt
<i>Een verminderd looppatroon: voorover gebogen lopen, maar is in staat om het hoofd te heffen tijdens het lopen zonder verlies van evenwicht. Stappen zijn kort en schuifelend.</i>	
Slecht/zwak looppatroon	<input type="checkbox"/> 20 pt
<i>Een slecht/zwak looppatroon: voorover gebogen lopen, kijkt naar de grond. Omdat het evenwicht slecht is, een loophulpmiddel gebruikt voor ondersteuning en kan niet lopen zonder deze steun. Stappen zijn kort en schuifelend.</i>	
6. Mentale status	Score
Zelfbeoordeling is normaal	<input type="checkbox"/> 0 pt
Zelfbeoordeling is verstoord en/of er is sprake van vergeetachtigheid	<input type="checkbox"/> 15 pt
7. Gezichtsvermogen	Score
Zijn er gezichtsbeperkingen?	<input type="checkbox"/> Nee: 0 pt <input type="checkbox"/> Ja: 10 pt
8. Bloeddruk	Score
Is er sprake van plotselinge bloeddrukdaling wanneer u opstaat, uit bed komt, snelle beweging maakt?	<input type="checkbox"/> Nee: 0 pt <input type="checkbox"/> Ja: 10 pt
9. Duizeligheid	Score
Is er sprake van duizeligheid wanneer u opstaat, uit bed komt, snelle beweging maakt?	<input type="checkbox"/> Nee: 0 pt <input type="checkbox"/> Ja: 10 pt
10. Toiletgang	Score
Moet u 's nachts regelmatig naar het toilet?	<input type="checkbox"/> Nee: 0 pt <input type="checkbox"/> Ja: 10 pt

Score: 0 - 44: geen risico, 45 - 70: laag risico, > 70: hoog risico

Totaalscore:

Bijlage 11f. Risicoscorelijst ondervoeding (SNAQ 65+)





Instructie Screeningslijst voeding en gewicht - Deel A (SNAQ65+)

Toelicht	< toelichting /doel >	
Referen	< bijbehorend(e) beleidsdocument(en) / procesbeschrijving(en) / werkinstructie(s) / gereedschap(pen) >	
Systeem	< benodigd(e) systeem / data >	
Tips en aandacht	Bepalen SNAQ65+ score. Loop met de cliënt de vragen van de SNAQ65+ door. Zie voor het berekenen van de BMI de instructie bij deze screeningslijst. Deel A is voldoende om te weten te komen of er risico is t.a.v. gewicht en voeding.	
Klant:	Ingevuld door:	Datum:

Vul hier de naam van de klant in

Vul hier je naam in als je de lijst

Datum moment van invullen

Deel A: Beslisboom SNAQ65+

Stap 1 Bent u de afgelopen 6 maanden onbedoeld afgevallen?

< 4 kg
≥ 4 kg

Stap 2 Bovenarmomtrek

≥ 25 cm
< 25 cm

Stap 3 Verminderde eetlust afgelopen week

nee
ja

ja
nee

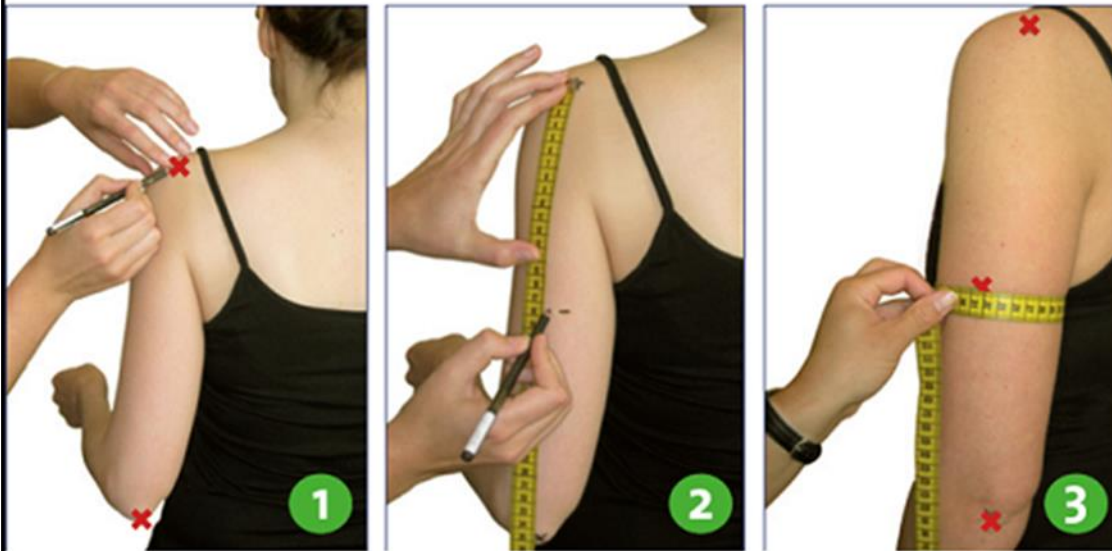
15 treden trap op en aflopen zonder te rusten

Stap 4 niet ondervoed risico op ondervoeding ondervoed

Omcirkel het antwoord en volgt de lijn voor de volgende vraag of conclusie.

Zie voor het bepalen van de bovenarmomtrek de procedure

Bepalen van de bovenarmomtrek



1. Zet een kruis op het uitsteeksel van de schouder en op de onderste punt van de elleboog. Laat de arm in een hoek van 90° slap langs het lichaam hangen.
2. Teken de helft tussen deze 2 punten af op de achterarm.
3. Meet vervolgens de armomtrek.

Bijlage 12. Gestructureerd Periodiek Overleg (GPO)

Wat is het?

Het is een overleg dat in het kader van eerstelijnszorg aan ouderen met complexe problematiek wordt ingezet voor het afstemmen van zorg met de verschillende betrokken hulpverleners en de oudere zelf en/of diens mantelzorger. Vanuit Laego en de visie op ouderenzorg wordt het gebruik van het GPO in de eerste lijn ondersteund en uitgedragen.

Inhoud GPO

Het GPO is onderdeel van een cyclisch proces van hulpverlening, waarbij steeds de problemen en wensen, maar ook (de)compensaties van de oudere gezocht en geïnventariseerd worden, de bijpassende zorgdoelen geformuleerd of bijgesteld worden en de aangewezen interventies afgesproken en geëvalueerd.

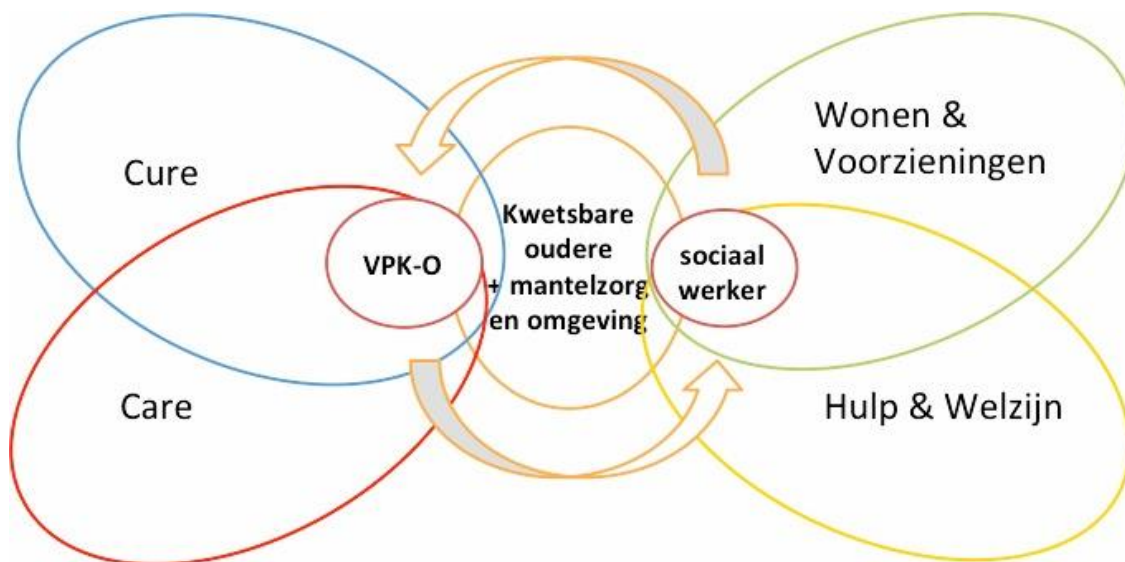
Het GPO bestaat uit de volgende onderdelen: Informatie-uitwisseling, het vaststellen van zorgdoelen, interventies afspreken en evalueren. Hierdoor ontstaat tevens algemene afstemming tussen hulpverleners, leert men van elkaar en verbetert de onderlinge samenwerking en communicatie. Het vaststellen van zorgdoelen is misschien wel het belangrijkste onderdeel. Hierdoor is voor alle hulpverleners, maar ook voor de oudere en diens familie, duidelijk wat haalbaar is. Het gaat allereerst om het algemene doel: 'herstel van functioneren', 'behoud van functioneren' of 'symptoombestrijding en acceptatie van achteruitgang'. Daarnaast gaat het per probleem om een specifiek en meetbaar geformuleerd subdoel.

Doelen GPO:

- Komen tot een gezamenlijk gedragen beleid om de zorg af te stemmen op de wensen van de oudere en deze waar nodig uit te breiden en waar mogelijk te verminderen. Het bieden van continuïteit van zorg. Waar tekortschietende continuïteit van zorg een probleem is kan het GPO een oplossing bieden.
- Het stimuleren van cliëntgerichtheid. Er is discussie over het al of niet aanwezig zijn van de oudere zelf. Het is efficiënter om het niet te doen, en de cliëntgerichtheid te waarborgen door een gesprek voor- en achteraf. Er zijn echter ook ervaringen dat met een goede instructie aan de oudere of diens mantelzorgers (m.b.t. de tijd, het doel en de inhoud) het wel in 10 -15 min per persoon kan.
- Uitwisselen en kennis en kunde tussen de verschillende disciplines die deelnemen aan het GPO. De samenwerking is de basis voor vertrouwen en inzicht in de gezamenlijk gedragen zorg. De een gaat over dit onderdeel en de ander over juist een ander aspect. Zo wordt voorkomen dat er zaken dubbel of juist niet gebeuren en vindt de juiste verantwoordelijkheidsverdeling plaats.
- Het waarborgen van proactieve samenhangende zorg. Alle deelnemers aan dit overleg denken op hun eigen gebied en met het algemene doel van de oudere in gedachten proactief met de oudere mee. Dit houdt in dat ze met vooruitziende blik en uitgaande van de wensen van de oudere in de gaten blijven houden welke stappen vereist zijn om het doel van de oudere te bereiken. (mogelijk nog iets te zeggen over het proces om elkaar aandachtig te houden)

Organisatie

Regisseur, zorgcoördinator dan wel casemanager en behandelaar spelen allen een rol. In plaats van de bevoegdheidsverdeling op basis van opleiding, wordt de meest bekwame persoon ingezet voor een specifiek probleem. Zie ook het vlindermodel hieronder. Het GPO wordt georganiseerd en gedragen door een kernteam, bestaande uit vertegenwoordigers van care, cure en welzijn. De onderliggende gedachte wordt weergegeven door het vlindermodel:



Deze twee of drie hulpverleners vormen een team met een verlengde arm in alle richtingen (andere hulpverleners) rond de kwetsbare oudere en mantelzorg en omgeving. Zo kan het kernteam in de wijk zicht hebben op mogelijkheden van zorg en welzijn en de oudere efficiënt verwijzen of ondersteunen als dat nodig is. Een GPO vindt bij voorkeur plaats in persoon. Voor een digitale GPO is het van belang dat de leden elkaar al kennen. Het GPO vindt, afhankelijk van het aantal te bespreken ouderen, 4 - 6 keer per jaar plaats, waarbij er ca. 6 ouderen besproken kunnen worden in 90 minuten (10-15 min per persoon). Eenzelfde oudere met complexe problematiek passeert minimaal 1x per jaar de revue.

Het GPO wordt bij voorkeur vanuit de huisartsvoorziening georganiseerd. De huisarts heeft het beste zicht op de kwetsbare ouderen in zijn/haar praktijk en kan de ondersteuning van het GPO bieden in de vorm van samenwerkingspartners in de wijk en vergader ruimte, vergadervoorziening. Maar nog belangrijker de registratie ten behoeve van het GPO kan via de huisartspraktijk (digitale) vorm krijgen (KIS, communicatie systeem). Het is belangrijk eerst de fysieke bijeenkomst vorm te geven alvorens er gestart wordt met een ondersteunend digitaal systeem voor de onderliggende communicatie. De rollen in het overleg moeten voor iedereen duidelijk zijn en de voorbereiding op het overleg in het algemeen en per kwetsbare oudere ook.

Omschrijving functies binnen GPO

- Voorzitter: willekeurig persoon die gesprek leidt en structuur bewaakt en de tijd in de gaten houdt.
- Planner: willekeurig persoon die data en agenda rondstuurt. Daarnaast verantwoordelijk is voor de vraagstelling per kwetsbare oudere en discussie ruimte in de agenda waarborgt. Het tweede gedeelte van deze functie kan door verschillende personen worden ingevuld/ ingebracht. Vaak wordt de planner functie door de praktijkassistentes in combinatie met de POH/ wijkverpleegkundige ingevuld.
- Mantelzorger: indien er een kwetsbare oudere en/of mantelzorger deelneemt aan het GPO is een specifieke voorbereiding aangewezen. Deze voorbereiding wordt ingevuld door het aanspreekpunt (zorgcoördinator) van de kwetsbare oudere in het GPO team.
- Notulist: bij voorkeur een andere deelnemer dan de planner/ voorzitter. Deze houdt de notulen bij en stuurt deze rond en maakt een actielijst van de besproken afspraken.

Starten met een gestructureerd periodiek overleg (GPO)

Belangrijke ingrediënten van een efficiënt GPO zijn:

- a. Goede planning en agendasetting (tijd en plaats)
- b. Goede voorbereiding door alle deelnemers
- c. Goede communicatie en vergaderdiscipline
- d. Interesse in en respect voor elkaars werkwijze
- e. Systematiek, zowel in de voorbereiding, als bij de uitvoering
- f. Heldere afspraken en goede verslaglegging
- g. Uitvoering en evaluatie conform de afspraken

Als men zich houdt aan bovengenoemde punten wordt het GPO een inspirerende bijeenkomst die energie oplevert, zeker als de gestelde doelen daadwerkelijk gehaald worden.

Hoe te starten?

- 1) overleg met de potentiële deelnemers:
 - is men het eens over de doelstelling van het GPO?
 - welke ouderen worden besproken, hoeveel zijn dat?
 - deze ouderen eens per jaar bespreken of vaker?
 - taakverdeling: planner, voorzitter, notulist
 - bespreek planning, tijdstip, locatie
 - samenstelling
 - opzet: hoeveel tijd, wat wordt voorbereid en door wie
- 2) voer de eerste GPO's (15 – 30 min per oudere)
- 3) evalueer het proces na 6 maanden: wat gaat goed, wat moet aangepast?

Vorbereiding GPO

	Actie	Wat	Wie
1	Planning overleg	Datum, tijd, plaats, Welke patiënten Welke deelnemers	Planner (teamleider, VPK)
2	Agenda sturen	Idem Tijdstip per patiënt aangeven	Planner
3	Probleeminventarisatie per patiënt	Adhv SFMPC-model	Zorgcoördinator (EVV of VPK)
4	Vorbereiding per patiënt	Eigen dossier doornemen Informatie selecteren Vragen formuleren	Allen
5	Delen informatie	Geselecteerde informatie en geformuleerde vragen rondsturen	Allen

Uitvoering GPO

	actie	wat	wie
1	Welkom	Evt. kort voorstelrondje Verslaglegging afspreken	Voorzitter
2	Per patiënt (tijdsbewaking!)	Probleeminventarisatie en geformuleerde vragen inbrengen	Zorgcoördinator (EVV of VPK)
3		Algemeen zorgdoel formuleren / checken	Voorzitter
4		Problemen kiezen ter bespreking a.d.h.v. wensen patiënt en risico analyse	Allen
5		Formuleren specifieke zorgdoelen per probleem	Allen

6		Interventies en evaluatie moment afspreken, inclusief 'wat als ...'	Allen
7		Keuzemogelijkheden en terugkoppeling naar de patiënt afspreken	Allen
8	Afsluiting	Afspraken verspreiding verslag en tussentijdse communicatie Dankwoord	Voorzitter

Na het GPO

	actie	wat	wie
1	Verslaglegging en actielijst	Algemene punten overleg	Notulist
2	Per patiënt	Concept aanpassing zorgbehandelplan	Zorgcoördinator
3		Afstemming met patiënt	Zorgcoördinator
4		Definitief zorgbehandelplan opstellen en rondsturen	Zorgcoördinator
5		Uitvoeren interventies	Allen
6		Monitoring uitvoering en effect	Zorgcoördinator
7		Aanleveren verslag en informatie effect interventies	Allen
8	Agenda volgend GPO		Planner

Literatuur GPO

Protocolaire Ouderenzorg, NTVG A8630, NTVG A1763, NTVG B12,

Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen (KNMG), Algemene competenties medisch specialist (KNMG)

¹ Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Wistow G. Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries. *Health Policy*. 2003 Sep;65(3):227-41

³ Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care*. 2005 Apr;17(2):141-6. Epub 2005 Jan 21.

⁴ Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*. 2000 Feb 26;320(7234):569-72.

⁵ Wind AW, Gussekloo J. Het zorgplan als methode en kompas. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2015;159;A8903

Bijlage 13. VIPLive rapportages (kwetsbare) ouderen

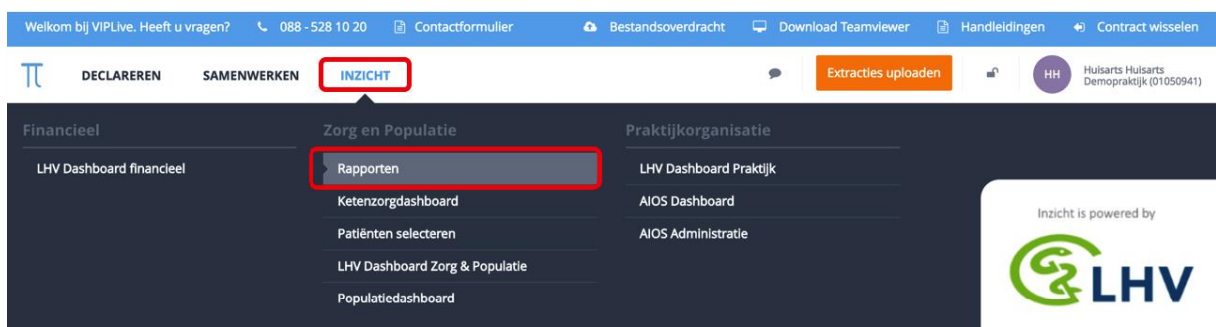
Inzicht – Zorg en populatie

VIPLive geeft u inzicht over de zorg en populatie van de huisartsenpraktijk. Via Inzicht – Zorg en populatie heeft u inzicht in het ketenzorgdashboard, rapportages, patiënt selecteren en het populatiedashboard.

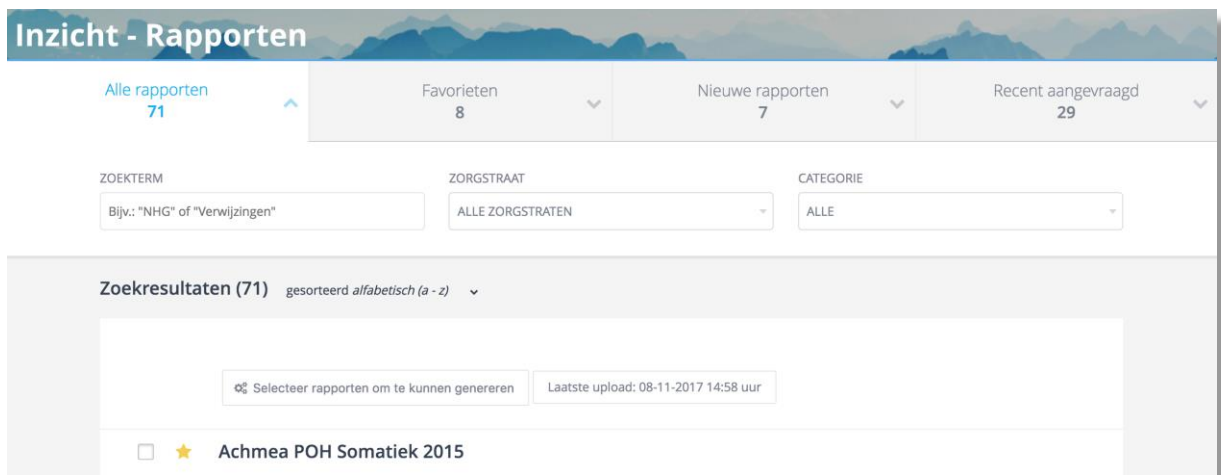
Rapporten

In VIPLive zijn verschillende rapporten beschikbaar. Om de rapporten te bekijken volgt u de volgende stappen:

1. Ga in de witte menubalk naar 'Inzicht' en vervolgens 'Rapporten'.



2. U komt op het rapportendashboard terecht, waar u standaard alle rapporten te zien krijgt.



3. Om een rapport op te zoeken kunt gebruik maken van een van de drie onderstaande filterfuncties:
 - a. Zoekterm: Vrij tekstveld waarin u de naam of een deel van de naam van het rapport invult, bijv. 'Jaar' voor het NHG Jaarverslag.
 - b. Zorgstraat: Hier kunt u filteren op de verschillende zorgstraten zoals 'DM' of 'CVRM'.
 - c. Categorie: Hier vindt u de verschillende categorieën die voor u beschikbaar zijn gesteld, bijv. categorie 'Ouderenrapport' of 'Oproepagenda'

ZOEKTERM
Bijv.: "NHG" of "Verwijzingen"

ZORGSTRAAT
ALLE ZORGSTRATEN

CATEGORIE
ALLE
LHV KMN BASISRAPPORTAGE
ZORGMANAGEMENT RAPPORTEN
NHG ACCREDITATIE RAPPORT
OUDERENRAPPORT
VOORSCHRIJFINDICATOREN
OPROEPAGENDA KETENZORG
INKAARTLIJSTEN

Zoekresultaten (71) gesorteerd *alfabetisch (a - z)*

Selecteer rapporten om te kunnen genereren Laatste upload: 08-11-2017 14:58 uur

4. Na het filteren krijgt u een overzicht van de rapporten die aan uw filteropdracht voldoen.

Zoekresultaten (2) gesorteerd *alfabetisch (a - z)*

Selecteer rapporten om te kunnen genereren Laatste upload: 08-11-2017 14:58 uur

<input type="checkbox"/>	☆ Kwetsbare ouderen	Ouderenzorg	Download rapport	Peildatum: 27-11-2017
<input type="checkbox"/>	☆ Ouderenzorg	Ouderenzorg	Download rapport	Peildatum: 27-11-2017

5. Om een van deze rapporten aan te vragen vinkt u het desbetreffende rapport aan, selecteert u bovenaan de pagina de gewenste peildatum en klikt u op 'rapport genereren'. U kunt meerdere rapporten tegelijkertijd aanvinken en aanvragen.

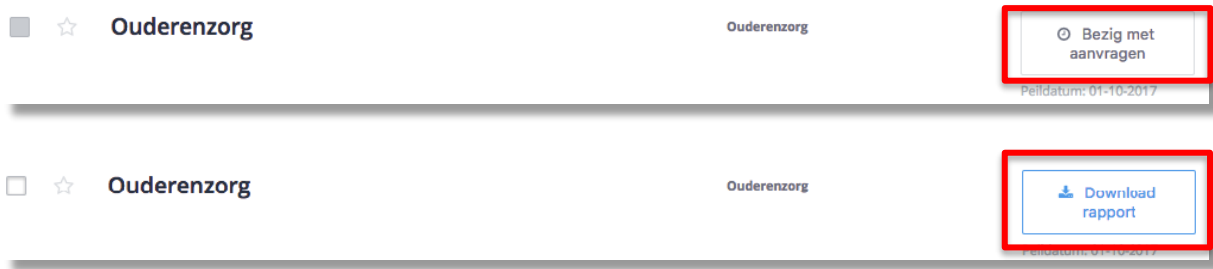
PEILDATUM
01-10-2017

1 rapport genereren

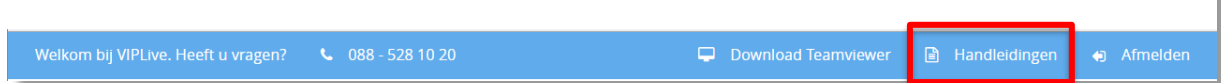
Laatste upload: 08-11-2017 14:58 uur

<input type="checkbox"/>	☆ Kwetsbare ouderen	Ouderenzorg	Download rapport	Peildatum: 27-11-2017
<input checked="" type="checkbox"/>	☆ Ouderenzorg	Ouderenzorg	Download rapport	Peildatum: 27-11-2017

6. Het aanvragen van een rapport duurt een enkele minuten. Zodra het rapport voor u klaarstaat, verschijnt de knop 'Download rapport', waarmee u het rapport kunt downloaden.



Inhoudelijke uitleg over rapportages kunt u via de 'Handleidingen' knop vinden. Deze knop vindt u in de bovenste menubalk in VIPLive.



Bijlagen voor ouderen

NUZO Folders

1. Is alles besproken: <http://www.netwerknoom.nl/media/FolderIABjan15.pdf>

2. Mondzorg: <http://www.beteroud.nl/docs/beteroud/projecten/nuzo-folder-mondzorg-ouderen.pdf>

De 10 grootste **misverstanden** over mondverzorging en mondgezondheid

- 1 Een **HARDE** tandenborstel is beter dan een **ZACHTE** tandenborstel.
FABEL, zachte tandenborstel maakt de tanden beter schoon dan de harde tandenborstel. Zacht poetsen met een zachte tandborstel is het advies.
- 2 Kunstgebit 's nachts in een glas water bewaren.
NEE, een kunstgebit moet droog in een afgesloten bakje worden bewaard. In het water gaan vele bacteriën en schimmels zich aan de prothese hechten.
- 3 Kunstgebit met tandpasta poetsen.
NEE, tandpasta kan kleine krasjes aan het prothese veroorzaken waardoor bacteriën en vuil makkelijk op de prothese kunnen hechten. Het kunstgebit kunt u het beste met groene zeep of afwasmiddel schoonmaken.
- 4 Als ik een kunstgebit heb hoef ik niet meer naar de tandarts.
NEE, het is toch nog noodzakelijk om minimaal eens per jaar voor een controle te komen zodat tandarts of mondhygiënist eventueel aanwezige mondziekten kan ontdekken. Een slecht zittende kunstgebit kan ook voor vele problemen zorgen.

HEEFT U VRAGEN OVER UW MONDGEZONDHEID? SCHRIJF ZE HIERONDER OP EN STEL ZE AAN UW TANDARTS, MONDHYGIËNIST OF UW ARTS.

IS MIJN MOND GEZOND?

Hoe herken ik een gezonde mond en is mijn mond gezond?
Hoe verzorg ik mijn tanden/kunstgebit?
Wist u dat ziekten zoals suikerziekte, reuma, hart en vaatziekten een relatie hebben met ziekten in de mond?

COLOFON
Dit is een uitgave van het NUZO (Netwerk Utrecht Zorg voor Ouderen) voor het project "Mondzorg Ouderen" en tot stand gekomen met medewerking van de Hogeschool Utrecht, najaar 2016/KJ



3. Weet u wat u slikt: <http://www.netwerknoom.nl/media/FolderWeetwatuslikt.pdf>

WEET WAT U SLIKT?!
Gebruikt u medicijnen? Doe dit dan goed en veilig. Zo kunt u uw aandoening onder controle houden of krijgen. In deze folder vindt u tips hoe u dit kunt doen.

- 1 **DIT KUNT U ZELF DOEN**
 - Volg het voorschrift op het etiket en lees de bijsluiter.
 - Zo weet u hoe u uw medicijn moet innemen, en van welke bijwerkingen u mogelijk last kunt krijgen.
 - Heeft u vragen of wilt u van het voorschrift afwijken? Overleg met uw arts of apotheker.
- 2 **ZELF STOPPEN MET MEDICIJNEN KAN NARE GEVOLGEN HEBBEN**
 - U heeft veel last van bijwerkingen? U voelt zich weer goed? U kunt uw medicijnen niet meer betalen?
 - Stop nooit zelf met uw medicijnen. Dat kan slecht zijn voor uw gezondheid.
 - Wilt u stoppen? Overleg dit altijd met uw arts of apotheker.
- 3 **GEBRUIK NOOIT MEDICIJNEN VAN EEN ANDER**
 - Medicijnen werken bij vrouwen anders dan bij mannen. En bij ouderen anders dan bij jongeren. De arts houdt daar rekening mee bij de dosering.
 - Gebruik daarom nooit medicijnen op recept van een ander.
- 4 **PASHIERMEE OP**
 - Grapefruit(sap) heeft een nadelige invloed op de werking van bepaalde medicijnen.
 - Ook geneeskrachtige kruiden, zoals sint-janskruid, en bepaalde theesoorten (kamille, sterrenmunt, zoethout, groene) kunnen de werking van uw medicijnen beïnvloeden.
 - Twijfelt u? Vraag uw apotheker om advies.
- 5 **LET EXTRA OP BIJ MEDICIJNEN ZONDER RECEPT**
 - Sommige medicijnen die u zonder recept koopt zorgen ervoor dat uw andere medicijnen minder goed of juist té goed werken. Pijnstillers bijvoorbeeld.
 - Dan helpen ze u niet, of u krijgt meer last van bijwerkingen.
 - Vertel daarom uw apotheker als u een medicijn zonder recept slikt.
- 6 **HOUD GOED OVERZICHT OVER UW MEDICIJNEN**
 - Als u verschillende medicijnen gebruikt, houd deze dan goed gescheiden. Zo voorkomt u dat u het verkeerde medicijn inneemt.
 - Een doseerdoos is handig als u veel medicijnen slikt.
 - Vraag uw apotheker om een actueel overzicht van uw medicijnen.
 - Neem dit overzicht altijd mee naar uw arts of specialist.
- 7 **VRAAG ADVIES BIJ BIJZONDERE SITUATIES**
 - Veel medicijnen moet u voor, tijdens of na de maaltijd innemen. Maar wat moet u doen als u bijvoorbeeld diarree hebt of moet overgeven? Of als moslim aan de ramadan meedoet?
 - Beslis nooit zelf om uw medicijnen niet in te nemen, maar vraag uw apotheker om advies.
- 8 **ANDERE VERPAKKING? SCHRIK NIET**
 - Het kan zijn dat uw zorgverzekeraar bepaalde medicijnen niet vergoedt. U krijgt dan van uw apotheker een ander medicijn.
 - Geen zorgen. Dit medicijn werkt hetzelfde, maar is van een andere fabrikant.





9 NEEM ALTIJD UW MEDICATIEOVERZICHT MEE NAAR UW ARTS

- ⊗ Als u naar de huisarts of het ziekenhuis gaat, neem dan een overzicht van uw medicijnen mee. U kunt dit bij uw apotheek opvragen.
- ⊗ De arts kan dan zien of het medicijn dat hij wil voorschrijven, samengaat met uw andere medicijnen.

10 GEEF TOESTEMMING VOOR INZAGE IN UW MEDISCH DOSSIER

- ⊗ Zeker in noodsituaties moet iedere zorgverlener snel uw medische gegevens weten. Zo kunnen zij u snel en veilig behandelen.
- ⊗ Alleen met uw toestemming mag de apotheker uw medicijngegevens met uw zorgverleners delen.
- ⊗ Geef daarom officieel uw toestemming aan uw apotheker of kijk op de website www.vvzv.nl hoe u dit kunt doen.

HEEFT U VRAGEN OVER UW MEDICIJNEN? SCHRIJF ZE HIERONDER OP EN STEL ZE AAN UW ARTS OF APOTHEKER

VOOR MEER INFORMATIE
Secretariaat NUZO
T: 088 7568122
E: SecretariaatNUZO@umcutrecht.nl
W: www.nuzo-utrecht.nl

COLOFON
Dit is een uitgave van het NUZO (Netwerk Utrecht Zorg voor Ouderen) voor het project 'Weet wat u slikt!' en tot stand gekomen met medewerking van de Apothekervereniging Midden-Nederland, Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM), Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) en Platform Mantelzorg provincie Utrecht.

Opmaak: DEEF idee + beeld
© NUZO, 2015



Platform Mantelzorg provincie Utrecht



NOOM
Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten

WEET WAT U SLIKT

Tips voor goed en veilig medicijngebruik

