Werkwijze Ouderenzorg GezondVeluwe

Leidraad voor de gemeenten Ermelo, Harderwijk, Nunspeet, Putten en Zeewolde



Opgesteld door: Expertgroep Ouderenzorg en Palliatieve zorg GezondVeluwe
Beheer inhoud: Anouk Bettman, kaderhuisarts ouderengeneeskunde Medicamus; Hannie Olthuis, POH-ouderenzorg en kwaliteitsmedewerker Medicamus/ ouderenzorg.

Versie:	Status	Datum
5.6	Definitief	Juni 2026

INHOUDSOPGAVE

1.	**Inleiding**	3
2.	**Missie en Visie**	5
3.	**Organisatie, afstemming en monitoring**	7
4.	**Samenwerking**	10
4.1.	Uitgangspunten	10
4.2.	Lokale samenwerking in multidisciplinaire ouderenteams	11
4.3.	Multidisciplinair overleg	12
4.4.	OZO-verbindzorg – communicatieplatform	13
5.	**Praktische werkwijze betrokken zorgverleners**	16
5.1.	Werkwijze Huisartsenpraktijk	16
5.2.	Werkwijze Specialist Ouderengeneeskunde	21
5.3.	Werkwijze klinisch geriater	23
5.4.	Werkwijze Apotheek	26
5.5.	Werkwijze Wijkverpleging	27
5.6.	Werkwijze Ouderenadviseurs	28
5.7.	Werkwijze mantelzorgondersteuning	28
5.8.	Werkwijze Geriatriefysiotherapeut	28
5.9.	Werkwijze casemanager dementie en Netwerk Dementie	29
5.10.	Werkwijze netwerk palliatieve zorg	32
5.11.	Werkwijze Veluws Ouderen Servicepunt	34
Bijlage A.	Samenstelling Expertgroep en Kerngroep	36
Bijlage B	Aanbevelingen ter optimalisatie van de medicatieveiligheid bij Kwetsbare ouderen met polyfarmacie	37
Bijlage C.	Organisatie MDO en aanmelden via OZO	39
Bijlage D.	Stroomschema verwijsroute diagnostiek dementie	40
Bijlage E.	Werkwijze tok	41
Bijlage F.	Begrippen- en afkortingenlijst	42

1. INLEIDING

De Werkwijze Ouderenzorg GezondVeluwe is een praktisch document waarin we beschrijven hoe wij in onze regio de ouderenzorg georganiseerd hebben, hoe we samenwerken, welke projecten er lopen en welke doelen en idealen wij nastreven. Het is een document waar de zorgprofessional en geïnteresseerde lezer kan vinden welke werkafspraken er per werkgebied gemaakt zijn. Het is een levend document, het wordt jaarlijks bijgewerkt en nieuwe initiatieven en projecten worden in de werkwijze opgenomen.

Door de dubbele vergrijzing zal het aantal ouderen in onze regio toenemen. Dat betekent dat het aantal mensen ouder dan 65 jaar zal stijgen en dat binnen deze groep het aandeel mensen ouder dan 80 jaar groter zal worden. Daarnaast zijn in de afgelopen jaren de verzorgingshuizen grotendeels gesloten en komen mensen pas bij een zeer complexe zorgvraag in aanmerking voor opname in het verpleeghuis. Dit zal leiden tot een toenemende formele en informele zorgvraag en stijgende zorgkosten. Ook hebben we te maken met een veranderd zorgaanbod, naast de reguliere verpleeghuizen zien we steeds meer kleinschalige particuliere instellingen en meer ouderen met een PGB of VPT thuis (hierbij ontvangt men de verpleeghuiszorg thuis). Daarnaast hebben we toenemend te kampen met personeelstekorten. Door het streven naar zo lang mogelijk thuis wonen is aanpassing van de ketensamenwerking nodig met aandacht voor preventie. Ook technologische ontwikkelingen zullen van invloed zijn. Nieuwe mogelijkheden scheppen immers nieuwe zorgvragen, maar ook nieuwe kansen, bijvoorbeeld E-health toepassingen.
De ziekte dementie verdient daarnaast bijzondere aandacht. Veel hulp aan mensen met dementie wordt verleend door familieleden. Er wordt dus (nog) geen maximaal beroep gedaan op formele zorg. Het is de vraag of in de toekomst voldoende informele zorg beschikbaar zal zijn om aan de toenemende vraag te voldoen.
Al deze ontwikkelingen vragen om een structurele samenwerking tussen alle betrokken partijen, vanuit een gedeelde visie. Het streven zal zijn: passende en integrale zorg, aansluitend bij de wensen en mogelijkheden van de oudere inwoners van onze regio. De zorg van de komende jaren zal geleverd worden in een netwerk. Het is onze taak dit netwerk goed te ontwikkelen. In 2023 is het Integraal Zorg Akkoord (IZA) getekend. Dit Integraal Zorgakkoord, in combinatie met het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en de programma's Wonen, Ondersteuning en Zorg Ouderen (WOZO) en Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (TAZ) sluiten aan bij deze ontwikkeling.
In 2024 werd in het kader van het IZA een Visie Eerstelijnszorg 2030 ontwikkeld, als gevolg waarvan het project Regionale EerstelijnsSamenwerkingsVerband (RESV); werd gestart in heel Nederland. Ook in de Medicamus regio is dit van start gegaan en zal dit naar verwachting ook een onderdeel ‘kwetsbare ouderenzorgplanning ’omvatten. In september 2024 is het **Convenant Medisch Generalistische Zorg (MGZ)** vastgesteld, waarbij
LHV, InEen, ActiZ, NVAVG, Verenso, VGN en ZN hebben geformuleerd hoe
zij invulling geven aan hun gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de medische zorg
aan de patiënt met een WLZ (Wet langdurige zorg) -indicatie; ook in dit kader onderzoeken we sinds 2025 in onze regio of er aanvullingen op de Werkwijze mogelijk zijn.
Streven is het geven van de juiste zorg op de juiste plek, in de buurt van de oudere, het vermijden van onnodige zorg, aansluiten bij de wensen van de oudere inwoners. Samenwerken tussen partijen, over de grenzen van de domeinen heen om zorg te verplaatsen, vervangen of te voorkomen is nodig om de zorg toekomstbestendig te maken.

In de afgelopen jaren is in onze regio al veel bereikt:

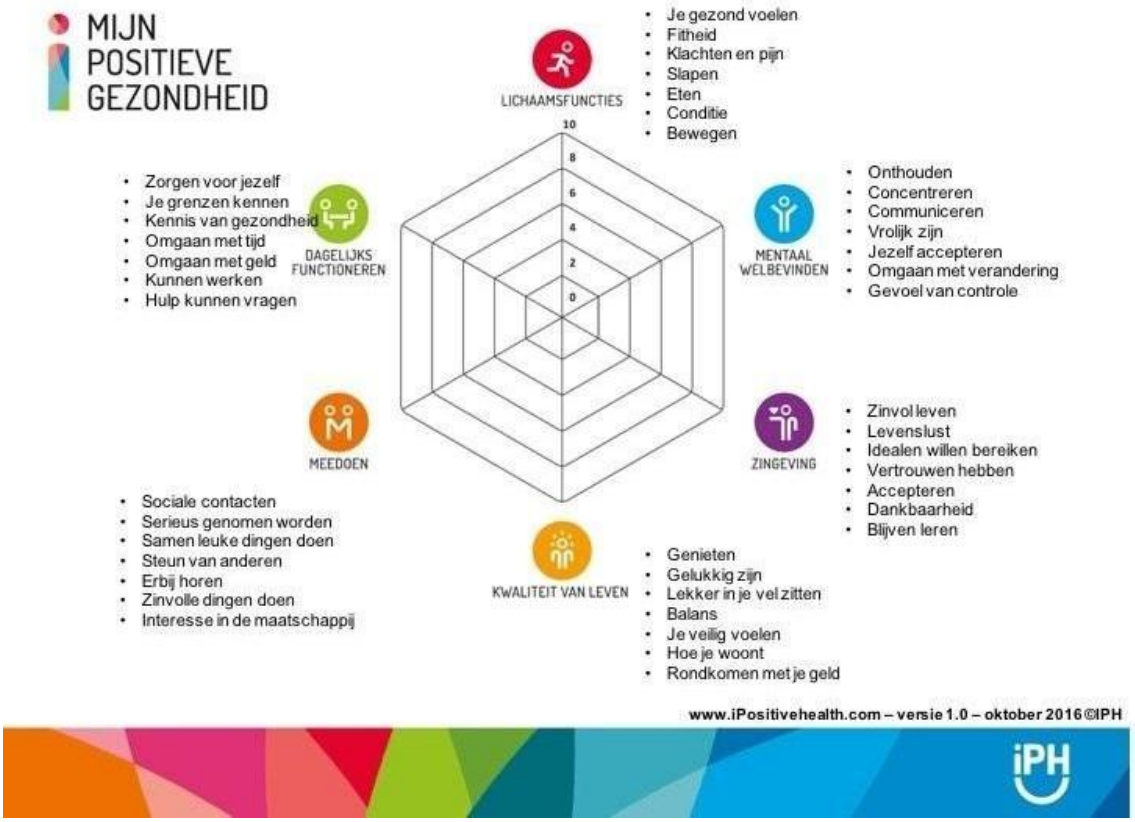
- In alle huisartspraktijken in de Medicamusregio zijn POH’s ouderenzorg aangesteld.
- 2016-2018: Uitrol van het project Implementatie werkwijze Ouderenteams en OZO-verbindzorg. Er is gestart met het werken in ouderenteams, uitwisseling en overleg vindt plaats middels het multidisciplinair overleg (MDO) en OZO-verbindzorg.

- 2018-2020: Verdere uitrol OZO-verbindzorg, onder andere zijn aangesloten het St Jansdal Ziekenhuis, apotheken, dagopvanglocaties, eerstelijnszorgverleners. De betrokken disciplines hebben samenwerkingsafspraken ontwikkeld. Er hebben dialoogtafels met oudere inwoners plaatsgevonden, de resultaten hiervan zijn meegenomen in de opstelling van de uitvoeringsagenda's voor het gezondheidsbeleid in de gemeenten Noordwest-Veluwe.
- Het Veluws Ouderen Servicepunt (VOS) is opgericht. Het VOS helpt de zorgverleners een passende opnameplek te vinden voor ouderen uit onze regio. Dit kan gaan om kortdurend verblijf of definitieve verpleeghuisopname.
- De netwerken Dementie NWV en Palliatieve zorg NWV hebben een overeenkomst getekend voor duurzame samenwerking. Beide netwerken zijn ondergebracht bij GezondVeluwe.
- Weet u wat u wilt avonden georganiseerd in alle gemeentes vanuit het netwerk Palliatieve Zorg en huisartsen.
  Tijdens deze bijeenkomsten werd er gesproken wat voor u belangrijk is als uw gezondheid achteruitgaat. Weten uw naasten wat u wilt als u achteruitgaat. Heeft u uw wensen al besproken met uw huisarts en vastgelegd.

2. MISSIE EN VISIE

Onze missie

Ouderen in onze regio ervaren optimale kwaliteit van leven. Daartoe hebben zij, indien nodig, toegang tot goede zorg en ondersteuning dichtbij, waarbij zorgaanbieders, informele zorgverleners en de gemeenten nauw samenwerken, de zorg doelmatig, efficiënt en kosteneffectief is ingericht, de wensen van ouderen gehoord worden en de zorgverleners met veel plezier (samen)werken. In onze werkwijze gaan we uit van **Positieve gezondheid**. Kwaliteit van leven is voor elke persoon en in elke levensfase verschillend en wordt niet alleen bepaald door ziekte, maar ook door zelfstandigheid, zelfredzaamheid en sociale contacten. Het is een brede benadering, niet gericht op de aandoening, maar op het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan. Voor het concept van **Positieve gezondheid** zie ook het 'spinnenweb' hieronder.



Onze visie

De volgende kernbegrippen zijn voor ons belangrijk in de zorg voor ouderen in een kwetsbare positie:

- *Aandacht*; voldoende tijd voor het verlenen van passende zorg.
- *Zelfredzaamheid*; behoud van autonomie en vitaliteit en het zo veel mogelijk voorkómen van vermijdbaar functieverlies en sociaal isolement.
- *Zeggenschap*; eigen regie kunnen voeren, ondersteund door begrijpelijke en toegankelijke informatie; met zorg die zoveel mogelijk aansluit bij de wensen van ouderen en hun naasten.
- *Samenwerking*; tussen zorgverleners, welzijn, ouderen en hun naasten, met een duidelijke regievoering, adequate informatieoverdracht en een zorgketen zonder schotten.
- *Kwalitatief hoogwaardige, doelmatige en zinnige zorg met scherp oog voor betaalbaarheid* en *voldoende menskracht* om die zorg te leveren, waarbij welbevinden en leefplezier voorop staan.

Definiëring en afbakening doelgroep
De werkwijze Ouderenzorg GezondVeluwe is gericht op thuiswonende ouderen van 75 jaar en ouder. Wat we verstaan onder kwetsbare ouderen (en mate van kwetsbaarheid) duiden we als volgt (bron: Protocollaire ouderenzorg, NHG, juni 2015):

'Kwetsbaarheid is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (Sociaal Cultureel Planbureau). Er is sprake van verminderde veerkracht en compensatievermogen naast bestaande beperkingen in verschillende domeinen (somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch, communicatief). Er is een wankel evenwicht waardoor de oudere door een klein gebeuren een relatief grote sprong achteruit kan maken.'

De overgang van vitaal naar kwetsbaar kan soms snel gaan. Een brede blik is het uitgangspunt. Binnen het multidisciplinaire ouderenteam hebben we zowel aandacht voor de (complex) kwetsbare ouderen als voor de groep vitale ouderen.
We kunnen alle 75-plussers op basis van screening globaal in drie groepen indelen, namelijk vitale ouderen, kwetsbare ouderen en complex kwetsbare ouderen:

- **Vitale ouderen** ervaren weinig gevolgen van het ouder worden. Ze zijn meestal actief, maatschappelijk betrokken en zelden ziek.
- **Kwetsbare ouderen** krijgen in toenemende mate te maken met de gevolgen van het ouder worden. Ze zijn vaak minder mobiel, gevoeliger voor gezondheidsklachten en in toenemende mate afhankelijk van hulpmiddelen en hulp van anderen.
- **Complex kwetsbare ouderen** hebben meestal te maken met multimorbiditeit, gebruiken meestal meerdere geneesmiddelen en zijn vaak afhankelijk van hulpverleners en/of mantelzorgers en hulpmiddelen.

Voor de drie groepen ouderen is een verschillende zorg- en/of ondersteuningsintensiteit nodig, uiteindelijk gaat het om maatwerk per individuele oudere. Er is sprake van een dynamisch proces, ouderen kunnen bijvoorbeeld door veroudering of ziekte meer kwetsbaar worden of, door interventies, juist minder kwetsbaar.

3. ORGANISATIE, AFSTEMMING EN MONITORING

Expertgroep Ouderenzorg en Palliatieve zorg GezondVeluwe
Doel: in de Expertgroep zijn alle, bij ouderenzorg betrokken disciplines, vertegenwoordigd. De Expertgroep signaleert knelpunten, maakt plannen om de samenwerking te verbeteren en initieert nieuwe projecten.

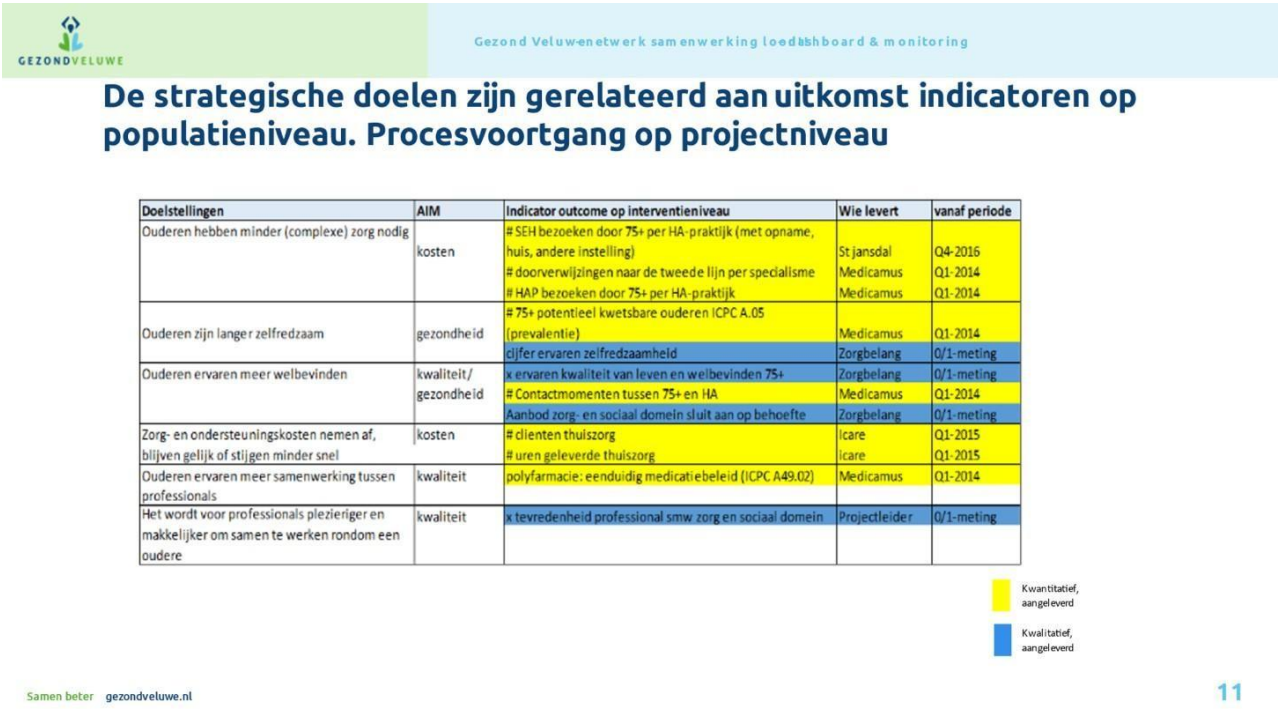
Samenstelling Expertgroep: (Zie bijlage A)
- Huisarts en kaderhuisarts ouderengeneeskunde Medicamus en voorzitter Expertgroep
- POH-ouderenzorg/ kwaliteitsmedewerker Medicamus
- Project assistent (Medicamus)
- Mantelzorgconsulent (ZorgDat/Welzijn Ermelo/Harderwijk)
- Welzijnsconsulent/ouderenadviseur (Het Venster)
- Wijkverpleegkundige (Coloriet)
- Specialist ouderengeneeskunde/kaderarts eerste lijn (ZNWV)
- Klinisch geriater (St. Jansdal Ziekenhuis)
- Netwerkregisseur dementie NW Veluwe
- Projectleider OZO-verbindzorg
- Wijkmanager Medicamus
- Apotheker (Service Apotheek-Ermel)
- Vertegenwoordiger van Zorggroep FleGel
- Senior-adviseur sociaal domein gemeenten Noord-Veluwe en Zeewolde
- Netwerkcoördinator palliatieve zorg NWV

Kerngroep Ouderenzorg en Palliatieve zorg GezondVeluwe:
In de kerngroep zijn de managers van de betrokken organisaties vertegenwoordigd. De Kerngroep neemt besluiten over projecten op management/bestuurlijk niveau en creëert de randvoorwaarden. Strategische besluiten worden genomen door het Bestuurlijk Platform van GezondVeluwe.

Samenstelling Kerngroep:
- Vertegenwoordiger namens 7 deelnemende gemeenten
- Ziekenhuis Sint Jansdal
- Zorggroep Noordwest Veluwe
- Icare
- Medicamus
- Zorgbelang Inclusief
- Paramedische Zorggroep FleGel
- Coöperatieve Apotheken Noordwest Veluwe
- Vertegenwoordiger namens Welzijnsorganisaties regio
- Zilveren Kruis

Begeleiding door senior-adviseur Raedelijn
De Expertgroep rapporteert aan de Kerngroep en stemt– waar nodig – met hen af.

Meten doelen en indicatoren
Om te volgen of de doelstellingen daadwerkelijk worden bereikt maken wij gebruik van een interactief dashboard Gezond Veluwe. In dit dashboard zorgen wij voor een actueel gedeeld beeld van de ouderenpopulatie en monitoren wij integraal op populatieniveau de uitkomsten op kwaliteit, gezondheid, kosten en werkplezier professionals (‘Quadruple Aim’) met behulp van een beperkte indicatoren set (zie tabel 1 hieronder)



Voor de onderliggende projecten monitoren wij de procesvoortgang. Verder voeren we gesprekken met patiënten en professionals, soms sturen we hiervoor (korte) vragenlijsten uit of werken wij met panelgroepen om ervaringen van burgers en professionals op te halen.

Op basis van de vastgestelde set van uitkomstindicatoren monitoren wij per kwartaal de beweging en bespreken deze minimaal 2x per jaar in de expert- en kerngroep:

- Vanuit het perspectief van de ouderen zelf: ervaren welbevinden/kwaliteit van leven, de zelfredzaamheid en de ervaren samenwerking tussen de professionals;
- Vanuit het perspectief van de professionals: ervaren samenwerking (werkplezier) en de rol van de oudere/mantelzorger daarin.

Daarnaast monitoren wij de voortgang van de implementatie van OZO-verbindzorg aan de hand van een aantal proces indicatoren.

Uitgangspunt is dat de indicatoren die meegenomen worden in het dashboard beschikbaar zijn zonder extra registratielast van de professionals. Indicatoren worden derhalve uit bestaande bronnen van de partners opgehaald en in het dashboard Gezond Veluwe verwerkt. Het dashboard is online beschikbaar en met wachtwoord toegankelijk voor expert- en kerngroep. Er is een dataprotocol vastgesteld over de wijze waarop de partijen van het netwerk GezondVeluwe omgaan met de data.

Zie: https://diadashboard.nl/nwv/programma-noord-west-veluwe
Beheer dashboard: Mark Callaars, senior-adviseur Raedelijn/informatiemanager GezondVeluwe.

Registratie en ICPC-codes in de huisartspraktijken

Om goed inzicht te krijgen op de omvang van de groep kwetsbare ouderen en de effecten van de samenwerking, is adequate en uniforme ICPC-codering in het HIS een voorwaarde. Om deze reden vragen wij de huisartsenpraktijken de ICPC-codes die betrekking hebben op ouderenzorg goed in te zetten en waar nodig deze aan te passen. De POH's ouderenzorg ontvangen hierover instructie. Wij volgen hierbij de richtlijnen ICPC-codering van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Monitoring OZOverbindzorg (deze versie gebruiken)
De voortgang van OZOverbindzorg monitoren wij per kwartaal via een aantal procesindicatoren en informatie vanuit de projectleider over de inhoud van deze samenwerking:

- Aantal cliënten Gezond Veluwe breed en per gemeente.
- Aantal cliënten en mantelzorgers in netwerk per gemeente.
- Gemiddeld aantal activiteit per cliënt per gemeente.
- Gebruik van de verschillende modules binnen OZO, zoals dagcurve.

OZO rapporteert in afstemming met de informatiemanager van GezondVeluwe aan de partners, onder meer in de expertgroep ouderen. De gemeenten ontvangen vanuit OZO een halfjaarrapportage en jaarrapportage waarin het gebruik per gemeente beschreven staat.

Financiering en voorwaarden
Huisartsen
Huisartsen kunnen bij zorgverzekering Zilveren Kruis de *Prestatie Samenwerking rondom Kwetsbare Ouderen* afsluiten. Hier is een aantal voorwaarden aan verbonden:

- Er wordt een structurele vorm van samenwerking rondom de kwetsbare oudere opgezet. In deze samenwerking wordt gewerkt aan het identificeren van kwetsbare ouderen, het bespreken van individuele casuïstiek en het bepalen van een gezamenlijke aanpak met duidelijke rolverdeling. Zo nodig wordt een individueel zorgplan opgesteld. In deze samenwerking zijn minimaal de SO en de wijkverpleegkundige betrokken.
- Partijen maken afspraken over een efficiënte en volledige informatie-uitwisseling ten behoeve van de zorg voor de kwetsbare ouderen.
- De huisartspraktijk is aangesloten bij een digitaal informatie uitwisselingsplatform.

De werkwijze multidisciplinaire ouderenzorg met ouderenteams en OZO-verbindzorg sluit aan bij deze gestelde voorwaarden.

Consultatie Specialist Ouderengeneeskunde
Sinds 1 januari 2020 wordt consultatie/assessment/diagnostiek/(mede)behandeling zoals de specialisten ouderengeneeskunde (of artsen verstandelijk gehandicapten) deze plegen te bieden, in overleg met huisartsen/andere hoofdbehandelaars, in de eerste lijn aan ouderen ***zonder*** *'WLZ indicatie met behandeling'* vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet (GZSP – geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen- Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-22135 - Nederlandse Zorgautoriteit). Sinds 2021 werd ook de eerstelijnszorg van bijvoorbeeld een gedragswetenschapper (consultatie/diagnostiek/ afgrensbare behandeling) of dagbehandeling na verwijzing door de huisarts naar de GZSP overgeheveld. Kenmerkend van deze geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) is het multidisciplinaire karakter waarin er vanuit een behandelplan door meerdere professionals gewerkt kan worden.
Ook het onderzoek (door een SO, na verwijzing door huisarts/hoofdbehandelaar) in de eerste lijn *voor toegang tot geriatrische revalidatiezorg kan via de GZSP worden gedeclareerd.* Zorg tijdens GRZ-verblijf of ELV verblijft valt hier niet onder.
Let op: inzet SO/AVG/gedragswetenschapper/dagbehandeling vanuit GZSP/Zorgwet gaat ten koste van het eigen risico.
Voor ouderen ***met*** *WLZ-indicatie inclusief 'functie behandeling'* is de SO-behandeling via de WLZ vergoed (zorgaanbieder organiseert dit).

OZO-verbindzorg

De implementatie, de verdere uitrol en de support bij het gebruik van OZO-verbindzorg binnen Gezond Veluwe wordt gefinancierd door Medicamus (vanuit hierboven genoemde prestatie) en de deelnemende gemeenten: Ermelo, Harderwijk Nunspeet, Putten, Zeewolde, Elspeet, Garderen, Uddel, Elburg en Oldebroek.

4. SAMENWERKING

4.1. Uitgangspunten

Afgelopen jaren hebben we ingezet op de ontwikkeling van een structurele vorm van samenwerking tussen alle hulpverleners die bij thuiswonende kwetsbare ouderen met al dan niet complexe problematiek betrokken zijn. Dit zijn in het bijzonder de huisarts, POH-ouderenzorg, wijkverpleegkundige, ouderenadviseur (welzijn), apotheken, fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist, casemanager dementie, klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde, psychologen, gedragswetenschappers. De focus ligt op het realiseren van proactieve, preventieve en samenhangende zorg en ondersteuning waarbij de oudere centraal staat. We zetten dit komende jaren voort.

Kern in de samenwerking is zorg en ondersteuning laten aansluiten bij dat wat ouderen en mantelzorgers werkelijk nodig hebben. Voorkomen dat ouderen onnodig kwetsbaarder worden en intensievere hulp en ondersteuning nodig hebben. En tot slot, de zorg en ondersteuning dichtbij de oudere organiseren zodat deze zo lang mogelijk zelfredzaam blijft.

Om dit samen te bereiken delen de deelnemers van het ouderenteam en overige betrokken professionals in het netwerk rond de oudere de volgende **uitgangspunten**[1]:

- Kwaliteit van leven – mensgerichte zorg. In de geboden zorg en ondersteuning staat kwaliteit van leven centraal, interventies die een mogelijk negatieve invloed op de kwaliteit van leven hebben, worden vermeden. Kwaliteit van leven is voor elke persoon verschillend en kan, in verschillende levensfasen, ook anders ervaren worden. Kwaliteit van leven wordt zeker niet alleen bepaald door ziekte, ook zelfstandigheid, zelfredzaamheid en sociale contacten spelen hierin een belangrijke rol. Het is een brede benadering, niet gericht op de aandoening, maar op het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan. We werken vanuit het concept Positieve Gezondheid.
- Eigen regie. We sluiten zo veel mogelijk aan bij de wensen, verwachtingen en behoeften van de oudere. De oudere houdt de regie. Indien dit niet mogelijk is, draagt de (vertegenwoordigende) mantelzorger hier zorg voor[2].
- Participatie in de samenleving. Participatie en sociaal contact zijn belangrijk voor het welbevinden, een tekort hieraan geeft een grotere kans op gezondheidsproblemen.
- Teamwerk. Taken en verantwoordelijkheden zijn duidelijk verdeeld. Het is voor de oudere en/of mantelzorger duidelijk wie aanspreekpunt is. Er is aandacht voor communicatie en het nastreven van een open, prettig contact en samenwerking.

[1] Gebaseerd op: LESA Ouderenzorg, juni 2017

[2] In medisch inhoudelijke relaties geldt de WGBO; de (huis)arts is gebonden zaken die onder het beroepsgeheim vallen niet zonder toestemming van de patiënt of – bij wilsonbekwaamheid – diens wettelijk vertegenwoordiger met derden te delen.

4.2. Lokale samenwerking in multidisciplinaire ouderenteams

Vanuit het project Ouderenteams en OZO-verbindzorg en de Visie eerstelijnszorg 2030 is een regionale werkwijze ontwikkeld waarbij gewerkt wordt met ouderenteams gevormd rondom de (kwetsbare) ouderen en bestaande uit de huisarts, POH-ouderenzorg, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde, apotheker en ouderenadviseur. Zo nodig wordt het ouderenteam uitgebreid met andere professionals, zoals fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist, podotherapeut, SPV/GGZ, maatschappelijk werk, casemanager dementie, psycholoog/ gedragswetenschapper klinisch geriater of andere medisch specialist, POH-GGZ, POH-somatiek, geestelijk verzorger en dagopvang.

Deze multidisciplinaire teams zijn ingericht rondom één of meer huisartspraktijken[3]. De teams bieden passende zorg en ondersteuning voor de ouderen, zodat zij zo lang mogelijk zelf de regie op het leven kunnen houden en zelfredzaam blijven. De focus ligt op het realiseren van proactieve, preventieve en samenhangende zorg, uitgaande van de behoeften en mogelijkheden van de oudere zelf. De mantelzorger speelt naast de oudere een centrale rol.

We houden rekening met alle aspecten van het functioneren en eventuele beperkingen in relatie tot de omgevingsfactoren. De wijkverpleegkundige, POH-ouderenzorg of ouderenadviseur navigeert in de rol van *zorgcoördinator* de oudere op de meest efficiënte, effectieve en acceptabele wijze door de complexe processen en organiseert passende zorg en ondersteuning. Samen met de oudere (en mantelzorger, indien van toepassing) stelt de zorgcoördinator, zo nodig, een zorgplan op.

De huisarts/ POH-ouderenzorg, de SO, klinisch geriater en apotheker richten hun aandacht vooral op de ouderen met medische vragen, multimorbiditeit, respectievelijk complexe problematiek. Extra aandacht gaat daarbij uit naar polyfarmacie, zelfmanagement vermogen, preventie, leefstijl, toekomstverwachtingen (inclusief woon-leefsituatie) en afspraken/wensen rondom de laatste levensfase van de oudere.

Over zorgverlening, ondersteuning en de invulling van de zorgcoördinatie (soms ook casemanagement genoemd) maken de deelnemers van het ouderenteam afspraken op basis van kwaliteit en doelmatigheid.
De zorgcoördinatie van complex kwetsbare ouderen kan vallen onder regie van de POH-ouderenzorg, wijkverpleegkundige of casemanager. Voor de kwetsbare ouderen kan dit de POH-ouderenzorg, wijkverpleegkundige, casemanager of de ouderenadviseur zijn. Het is van belang dat te allen tijde bekend is wie de zorgcoördinator is. Dat kan in verschillende fasen een andere professional zijn.
Voor de groep vitale ouderen zetten we in op preventie. Het gaat hier om preventie in brede zin, om ouderen niet alleen fysiek, maar zeker ook sociaal en mentaal vitaal te (helpen) houden. Deze vitale groep ouderen kan zelfstandig gebruik maken van het welzijnsaanbod dat gericht is op behoud van mentale, lichamelijke en sociale gezondheid en welbevinden. Dat gebeurt echter niet altijd. De sociale omgeving speelt in dit stadium een belangrijke rol.
Aandachtspunt voor komende jaren is dat professionals in zorg en welzijn elkaar steeds beter vinden in de zorg en ondersteuning voor ouderen, of het nu gaat om vitale ouderen of (complex) kwetsbare ouderen. Preventie betekent ook continu alert blijven op wat iemand echt nodig heeft.

[3] Op één locatie

4.3. Multidisciplinair overleg (MDO)

Het MDO is onderdeel van een cyclisch proces van hulpverlening, waarbij, uitgaande van de actuele problemen en wensen van de oudere, de betrokken hulpverleners samen de bijpassende zorgdoelen formuleren en interventies afspreken en evalueren.
Het MDO heeft als doel:

- Komen tot een gezamenlijk gedragen beleid om de geboden zorg en ondersteuning af te stemmen.
- Anticiperen op mogelijke problemen en ten behoeve van het welbevinden van de oudere.

De deelnemers van het MDO bestaan idealiter uit de leden van het Ouderenteam: de huisarts, POH-ouderenzorg, wijkverpleegkundige, apotheker, SO en, desgewenst, de ouderenadviseur. Afhankelijk van de te bespreken problematiek kunnen aansluiten: fysiotherapeut, ergotherapeut, podotherapeut, maatschappelijk werk, SPV/GGZ, diëtist, klinisch geriater of andere specialist uit de tweede lijn, psycholoog/ gedragswetenschapper en casemanager dementie. In bepaalde situaties kan het wenselijk zijn de oudere en mantelzorger bij het MDO uit te nodigen. Het ouderenteam bepaalt zelf de frequentie van de MDO's. Het is raadzaam in de eerste periode na de start regelmatig bijeen te komen. Daarna kan overleg ook via OZO-verbindzorg plaatsvinden. Deze digitale werkwijze blijkt effectiever te zijn als de leden van het ouderenteam elkaar en elkaars werkwijze kennen.

Inmiddels is het ook mogelijk om een volledig digitaal MDO te organiseren met behulp van OZO-verbindzorg.
Ook is er een digitaal MDO ontwikkeld, het Transmuraal Overleg Kwetsbare Ouderen (TOK), met aansluiting van de geriater, specialist ouderengeneeskunde en ziekenhuisapotheker, aan te vragen via Zorgdomein. Dit MDO is zeer geschikt om ouderen die niet meer naar het ziekenhuis kunnen of willen toch met de geriater en SO te bespreken en voor ouderen met polyfarmacie (zie ook 6.3 Werkwijze klinisch geriater).

Voor de organisatie van het MDO zie bijlage C.
Voor de organisatie van TOK zie bijlage E.

4.4. OZOverbindzorg – communicatieplatform voor domeinoverstijgende samenwerking

Met OZO verbind je snel en veilig alle betrokkenen rondom een client. OZO is een netwerkorganisatie met een online platform waar je communiceert met het volledige zorgnetwerk. Familie, mantelzorgers, welzijnsmedewerkers, vrijwilligers, (zorg)professionals en andere betrokkene kunnen via OZO domeinoverstijgend samenwerken. De cliënt bepaalt (samen met zijn/haar mantelzorger) wie toegang krijgt en heeft daarmee de regie in handen. OZO wil iedereen in het zorgnetwerk verbinden en ontlasten om de totale zorg simpeler, efficiënter en toekomstbestendiger te maken**.**

Binnen het zorgnetwerk kunnen de deelnemers vragen aan elkaar stellen en signalen over de cliënt delen. Hierdoor kunnen zorgverleners op tijd bijsturen, en zo verergering van klachten en kostbare complicaties (zoals ziekenhuisopnames) voorkomen. OZO draagt bij aan preventie, korte lijnen en efficiëntere manier van werken. Op deze manier blijft iedereen in het zorgnetwerk op de hoogte, ook de cliënt zelf. De mantelzorger wordt actief betrokken.

Voordelen van het gebruik van OZO:

- Alle betrokkenen in het zorgnetwerk inzichtelijk via OZO.
- Communiceren wanneer het jou uitkomt, minder telefoontjes en iedereen in een keer op de hoogte kunnen brengen.
- Er zijn modules in OZO om bijvoorbeeld apotheekbestellingen te doen, proactief zorgplan te delen en dagcurves door te geven.
- Cliënt en mantelzorger(s) hebben actieve rol in OZO.
- Via de datumprikker in OZO kan eenvoudig een MDO worden ingepland en (digitaal) gehouden.
- Intercollegiaal overleg met andere disciplines is mogelijk binnen OZO.
- Koppelingen met andere systemen, waardoor inloggen en communiceren vanuit je eigen (cliënt)dossier makkelijker wordt. Dagcurves/thuismetingen kunnen automatisch naar het HIS worden verstuurd.

Implementatie
OZO ondersteunt alle gebruikers (cliënten, mantelzorgers en professionals) op verschillende manieren. Zo is er een kennisbank waar allerlei artikelen in staan over het platform. Ook worden er (fysieke) scholingen en netwerkbijeenkomsten aangeboden waarin de functionaliteiten worden toegelicht en de samenwerkingsafspraken worden doorgenomen. Voor directe vragen van alle gebruikers is er bovendien vijf dagen per week een helpdesk beschikbaar.

Zorgecosysteem
OZO werkt aan een volledig verbonden zorgecosysteem. We gaan voor domeinoverstijgende netwerkzorg waarin mensen en technologie samenwerken. Dit zodat 100% netwerkzorg mogelijk wordt voor iedereen die zorg geeft en ontvangt. Via open standaarden kan OZO moeiteloos communiceren met verschillende systemen zodat jij makkelijker kan communiceren vanuit je eigen cliëntdossier naar andere partijen. We zijn met verschillende systemen in gesprek om tot integratie te komen. Zo lopen er ook gesprekken met Health Connected en Zorgdomein (Boards



Vanuit de ervaringen van professionals komen steeds meer vragen om de doelgroep die gebruik kan maken van OZO-verbindzorg verder uit te breiden. Zo nemen ook ouderen deel die in andere woonvormen wonen, waarbij de huisarts hoofdbehandelaar is en cliënten in de palliatieve fase. In OZO-verbindzorg zit een zorgcategorie palliatief. Hier kan een proactief palliatief zorgplan worden ingevuld door de cliënt in samenwerking met de huisarts en wijkverpleegkundige.

Overzicht lopende projecten:
Project Transmurale behandelgrenzen/ Advance care planning
Het doel van dit project is dat zorgverleners tijdig met patiënten en hun naasten in gesprek gaan over het levenseinde, waarbij huisartsen en specialisten samenwerken, het beleid afstemmen en de overdracht van behandelwensen –en grenzen wordt verbeterd. De betrokken zorgverleners worden geschoold in gespreksvoering betreffende advance care planning.

Projectleiding door Judith van Tuijn, geriater Jansdal Ziekenhuis.
Deelnemers: specialisten Jansdal Ziekenhuis, huisartsen Medicamus en Lelystadregio, Netwerk Dementie, Netwerk Palliatieve zorg, Specialisten Ouderengeneeskunde Zorggroep Noordwest-Veluwe.
Inmiddels is een groot aantal zorgverleners geschoold, er volgen nog meer scholingen. Verder is er een Toolkit foldermateriaal Advance Care planning en pro-actieve zorgplanning ontwikkeld waarin we hebben vastgelegd welk foldermateriaal we gebruiken en naar welke informatiebronnen we verwijzen.
Ook is er een Transmurale gedragscode Bespreken en overdragen behandelbeperkingen/ ACP ontwikkeld, hierin hebben de medisch specialisten en huisartsen vastgelegd hoe behandelbeperkingen worden besproken, vastgelegd in de medische dossiers en hoe ze worden overgedragen.

Transmuraal Overleg Kwetsbare Ouderen (TOK): zie Werkwijze Geriatrie
Dit is een digitaal MDO waarbij naast huisarts en evt. POH-ouderen, wijkverpleegkundige of casemanager, de klinisch geriater en apotheker vanuit het ziekenhuis en SO vanuit zorginstelling aansluiten.

Het TOK is geschikt voor die patiënten, voor wie verwijzing net niet nodig is (of patiënten willen niet) en er is wel een behandelvraag -of dilemma. Door dit multidisciplinair te bespreken kan de huisarts ondersteund worden bij de soms zeer ingewikkelde problematiek van de thuiswonende kwetsbare oudere. Zie ook 6.3 Werkwijze klinisch geriater.

Project Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverband (RESV) is in de Medicamus regio in 2025 van start gegaan. Doel is de samenwerking tussen eerstelijnszorgverleners in de regio te organiseren en versterken. Hierdoor de toegankelijkheid verbeteren, het aanpakken van capaciteitsproblemen en het maken van gezamenlijke afspraken met zorgverzekeraars over multidisciplinaire zorg.

Het **Convenant Medisch Generalistische Zorg (MGZ)** hierin hebben LHV, InEen, ActiZ, NVAVG, Verenso, VGN en ZN gezamenlijk geformuleerd hoe zij invulling geven aan hun gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de medische zorg aan de patiënt met een Wlz -indicatie; ook in dit kader wordt sinds 2025 in onze regio onderzocht of er aanvullingen op de Werkwijze kunnen worden gedaan.

Project Verwijsketen kwetsbare ouderen en Spoedstraat
Om voor de zorgverleners inzichtelijk te maken welke verwijsmogelijkheden er zijn en welke route in verwijzing het beste bewandeld kan worden hebben we met een multidisciplinaire groep een verwijsschema opgesteld. Ook hoe en wanneer verwijzen naar de Spoedstraat is hierin opgenomen.
Verwijsafspraken ouderen - herziene versie 17 december 2025.pdf

Palliatieve kit
Het Netwerk palliatieve zorg heeft samen met de regionale apothekers de palliatieve kit ontwikkeld. Deze afgesloten box bevat medicatie en benodigdheden om in de palliatieve fase direct te kunnen handelen. Dit voorkomt regelwerk, ook in avond en nacht, en geeft rust in deze fase.

Welzijn op Recept
Vanuit de huisartsenpraktijk worden patiënten verwezen naar de Welzijnscoach. Deze coach kijkt samen met de patiënt wat passende activiteiten zouden kunnen zijn om het welzijn en kwaliteit van leven te verbeteren.

Spreekuur SO in de huisartsenpraktijk

Door het toenemend aantal kwetsbare thuiswonende ouderen en thuiswonende ouderen met een verpleeghuisindicatie (VPT) neemt de druk op de huisartsenpraktijken toe. De samenwerking met de Specialist Ouderengeneeskunde is hierin essentieel. Het is mogelijk de SO in consult te vragen voor een huisbezoek. In deze pilot onderzoeken we de meerwaarde van spreekuren van de SO in de huisartsenpraktijk. De eerste ervaringen zijn erg positief.

5. PRAKTISCHE WERKWIJZE BETROKKEN ZORGVERLENERS

5.1. Werkwijze Huisartsenpraktijk

Screening:
Screening van ouderen vindt plaats door casefinding in de huisartspraktijk, apotheek, door de wijkverpleegkundige/ thuiszorg, signalen vanuit de omgeving of familie van de oudere of screening op leeftijd (75+) door de POH-ouderenzorg. Uit literatuur blijkt dat casefinding meer effect sorteert dan periodieke screening op kwetsbaarheid.
In onderling overleg brengen de POH-ouderenzorg of wijkverpleegkundige de problemen verder in kaart en delen de oudere in een passend risicoprofiel in. Zij gebruiken hiervoor de binnen de beroepsgroep gebruikte screeningsinstrumenten, zoals de Groninger Frailty Indicator (GFI)[4], een gevalideerde korte vragenlijst.

Werkwijze van POH-ouderen:
- Volg de beslisboom op pagina 17.
- Maak een uitdraai van de 75-plussers, 75 is geen harde grens, het is zinvol elke 1-2 jaar deze uitdraai te maken.
- Screening middels casefinding.
- Ook een oudere jonger dan 75 jaar kan kwetsbaar zijn, overleg zo nodig met de huisarts.
- Overleg met de huisarts wie hoge prioriteit heeft.
- Plan een visite.
- Gebruik de verkorte GFI met score, voor de vragenlijst.
- Gebruik zo nodig de MMSE en klokkentest.
- Zet naar aanleiding van de visite acties uit: zoals bijvoorbeeld maaltijden, thuiszorg, vrijwilliger, baxter, huishoudelijke hulp.
- Bespreek het opstarten van OZO-verbindzorg.
- N.a.v. huisbezoek en GFI-vragenlijst: geheel uitwerken in HIS.

Geef de volgende ICPC-codes in het HIS:
- ICPC code A49.01: Vitale oudere.
- ICPC-code A05: Kwetsbare oudere/ Complex kwetsbare oudere.

Geef evt. andere ICPC-code als dit wenselijk is bv: levenseinde, polyfarmacie, incontinentie, als deze nog niet in His zijn aangemaakt.

- Vul onder protocol Ouderenzorg in het HIS in wat wenselijk is.
- Bij afnemen van MMSE/ klokkentest deze verwerken protocol Ouderenzorg.

Overige ICPC-codes ouderenzorg:
A20 Gesprek levenseinde; (niet)reanimeer wens, wilsverklaring, niet behandelverklaring, euthanasie

[4] ©Joris Slaets et all, Academisch Ziekenhuis Groningen

A49.02	Polyfarmacie
A69	Palliatieve Kit
A80	Vallen
L49.01	Valpreventie/ fractuurpreventie
P70	Dementie
T05	Voedingsproblemen
U04	Urine-incontinentie
Z04.3	Eenzaamheid
Z14	Mantelzorger
Z25	Ouderenmishandeling

Wanneer is een oudere vitaal, kwetsbaar of complex kwetsbaar:
Kwetsbaarheid is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten. Er is sprake van verminderde veerkracht en compensatievermogen naast bestaande beperkingen in verschillende domeinen (somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch, communicatief). Er is een wankel evenwicht waardoor de oudere door een klein gebeuren een relatief grote sprong achteruit kan gaan. **Vitale ouderen** ervaren weinig gevolgen van het ouder worden. Ze zijn meestal actief, maatschappelijk betrokken en zelden ziek. **Kwetsbare ouderen** krijgen in toenemende mate te maken met de gevolgen van het ouder worden. Ze zijn vaak minder mobiel, gevoeliger voor gezondheidsklachten en in toenemende mate afhankelijk van hulpmiddelen en hulp van anderen. **Complex kwetsbare ouderen** hebben meestal te maken met multimorbiditeit, gebruiken meestal meerdere geneesmiddelen en zijn vaak afhankelijk van hulpverleners en/of mantelzorgers en hulpmiddelen.

- Plan een vervolg visite.
- Alle kwetsbare ouderen komen in aanmerking voor Polyfarmacie overleg onafhankelijk van hoeveel medicijnen worden gebruikt (zie hieronder en onder 6. Apotheek).

Vervolg visite:
- Evalueer de acties naar aanleiding van het eerste gesprek, zet zo nodig nieuwe acties uit.
- Beoordeel hoe vaak een visite wenselijk en noodzakelijk is.

Bespreek met regelmaat met de huisarts wat je bevindingen zijn naar aanleiding van een visite. Overweeg na een visite, in overleg met de oudere, een terugkoppeling te geven via OZO naar andere betrokken zorgverleners en mantelzorger of kinderen. Geef via OZO de GFI-score door aan de betrokken Thuiszorg.

Niet-reanimeer beleid
In de praktijk blijkt dat het niet altijd duidelijk is of een doorgegeven niet-reanimerenbeleid (NR-beleid) daadwerkelijk is verwerkt in het patiëntendossier. Dit kan risico's geven in acute situaties. Daarom is het belangrijk om dit proces te verduidelijken.
Het vastleggen van een niet-reanimerenbeleid vraagt om zorgvuldigheid.
De thuiszorg of casemanager is regelmatig betrokken bij patiënten. Tijdens de intake wordt het niet-reanimerenbeleid (NR-beleid) besproken.
Wanneer er sprake is van een NR-beleid, wordt dit via OZO doorgegeven aan de huisartsenpraktijk. In de praktijk blijkt echter dat dit niet altijd voldoende is.
Als de wijkverpleging of casemanager een NR-beleid via OZO doorgeeft aan de huisartsenpraktijk, is het belangrijk dat dit bericht wordt beantwoord met een bevestiging dat het beleid is verwerkt in het patiëntendossier.
Verzoek aan thuiszorg en casemanagers:

Wanneer een NR-formulier via OZO wordt verstuurd naar de huisartsenpraktijk, verzoeken wij om in het bericht expliciet te vragen om een bevestiging van ontvangst en verwerking van het NR-beleid.
Op deze manier kan met zekerheid worden vastgesteld dat er een NR-beleid is en dat dit correct is vastgelegd in het patiëntendossier.

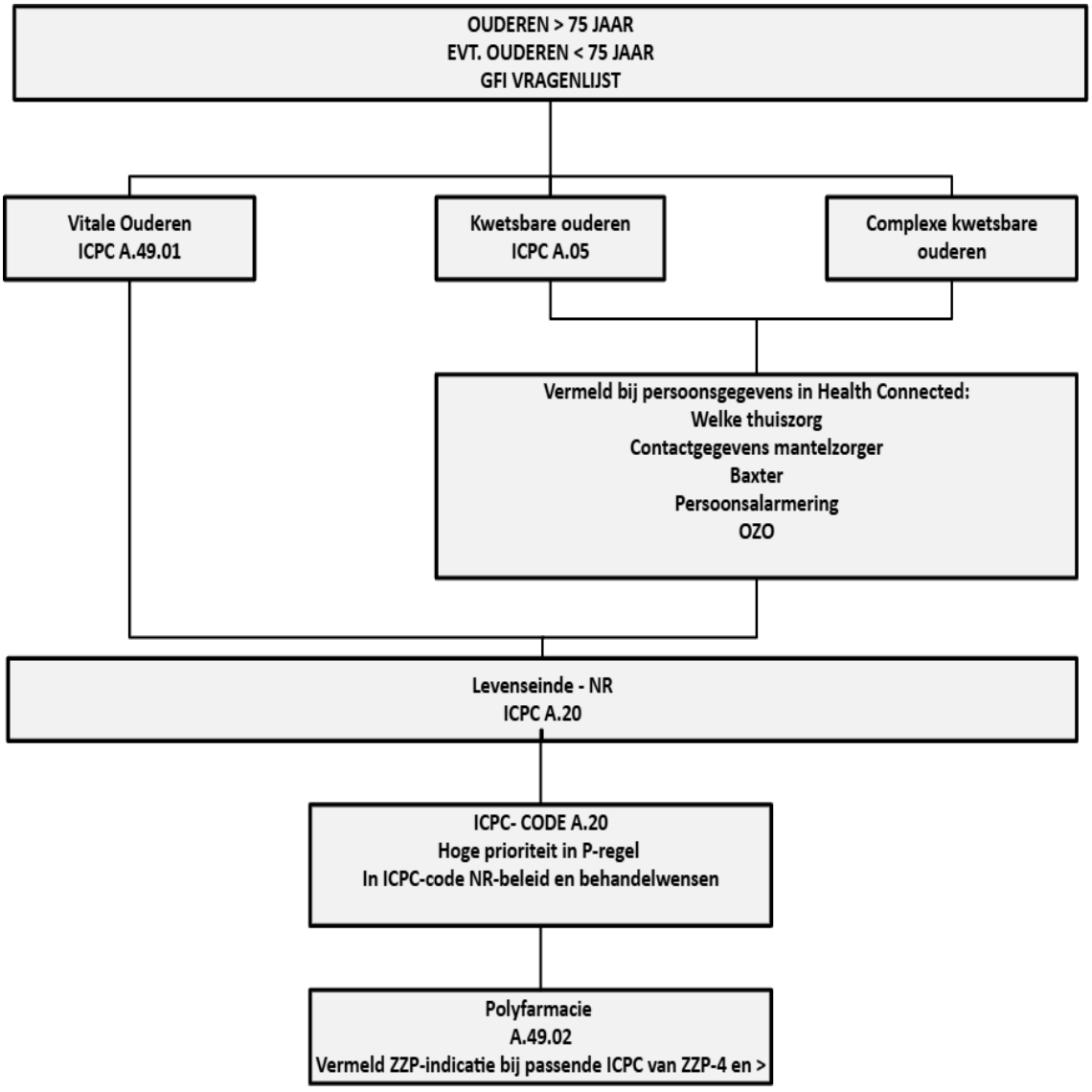
Inzet Specialist Ouderengeneeskunde en/of klinisch geriater:
Overweeg bij gedragsproblemen of onbegrepen gedrag een verwijzing naar de Specialist Ouderengeneeskunde of gedragsdeskundige (GZ-psycholoog eerste lijn) of klinisch geriater (zie bijlagen). Ook is het te overwegen een TOK (digitaal transmuraal overleg kwetsbare ouderen) aan te vragen (bijlage E). Ook een telefonisch consult (na verwijzing met relevante gegevens) is vaak mogelijk. Daarnaast kunnen deze collega's meedenken bij somatische/functionele multimorbiditeit/complexiteit en zorgen over tekort aan/ in toekomst benodigde zorg, met of zonder verblijf.

MDO (multidisciplinair overleg):
Organiseer een MDO bij gedragsproblemen of onbegrepen gedrag, complexe zorg, wanneer veel hulpverleners betrokken zijn, wanneer er veel vragen of onrust zijn, bij een dreigende crisis. Overweeg ook de SO uit te nodigen, ook als deze (nog) niet betrokken is. Zie bijlage C organisatie MDO. Voor complex kwetsbare bewoners van het verzorgingshuis biedt ZNWV sinds medio 2022 de mogelijkheid van een intercollegiaal consult SO aan huisarts en contactverzorgende (verwijzing via Zorgdomein.

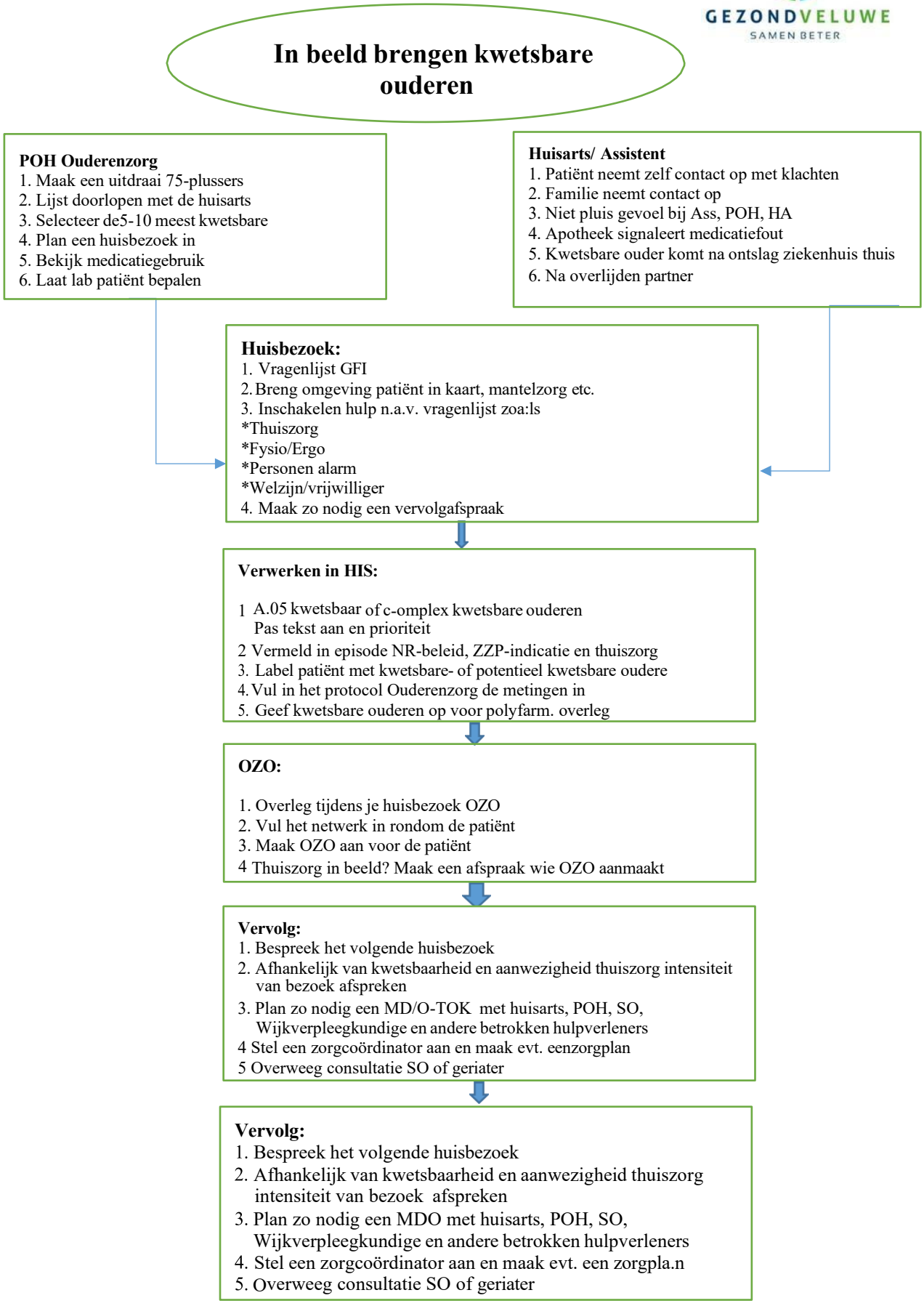
Vitale ouderen:
Vitale ouderen kunnen in de loop van de tijd kwetsbaar worden. Het is goed om jaarlijks een uitdraai te maken van de 75+ en de vitale ouderen te bekijken. Een overlijden van een partner of een accident zoals ziekenhuisopname kan ze zo kwetsbaar maken.

Polyfarmacie kwetsbare ouderen
Elke kwetsbare oudere komt in aanmerking voor een medicatiebeoordeling, onafhankelijk van het aantal gebruikte medicijnen. De polyfarmaciebesprekingen worden voorbereid en gevoerd aan de hand van de
Handreiking Medicatiebeoordeling Medicamus
In 2014 is het Convenant Medicatieproces Midden Nederland van kracht gegaan. Dit Convenant bevat de regionale werkafspraken tussen huisarts, apotheker en thuiszorgorganisatie betreffende het medicatieproces van de thuiswonende patiënt met de huisarts als hoofdbehandelaar. Hierin zijn een aantal zaken rondom medicatie duidelijk geregeld. Het Convenant is in januari 2021 herzien. In bijlage B: Aanbevelingen ter optimalisatie van de medicatieveiligheid bij kwetsbare ouderen met polyfarmacie zijn de belangrijkste afspraken weergegeven.

Figuur 1 Stappen in de huisartsenpraktijk door POH-O en ICPC-codering



Figuur 2 Stroomschema van werkwijze en rolverdeling multidisciplinair ouderenteam



5.2. Werkwijze Specialist Ouderengeneeskunde

Deze afspraken zijn van toepassing op de specialisten ouderengeneeskunde van de Zorggroep Noordwest-Veluwe (ZNWV), Zorgverlening het Baken, Coloriet en Norschoten (alleen Barneveld). Ze zijn in lijn met het convenant dat de LHV en Verenso in 2014 tekenden[5].

Consultatieafspraken specialist ouderengeneeskunde (SO)
Bij kwetsbare thuiswonende ouderen met complexe problematiek kan het een overweging zijn de specialist ouderengeneeskunde in consult te vragen. Dit kan bij alle ouderen, onafhankelijk van het hebben of de hoogte van een zorgzwaarte-indicatie. Bekostiging voor patiënten zonder 'WLZ-indicatie met functie behandeling' gaat via de Zorgverzekeringsweg (GZSP) (prestatie S335. Let op: verwijzing naar de SO gaat van het eigen ZVW-risico van de patiënt af. Belangrijk dit met de betreffende oudere te bespreken!). Degenen met WLZ-indicatie inclusief functie behandeling (en waarvoor de huisarts regiebehandelaar is, die i.h.a. niet zijn opgenomen in een 'publiek verpleeghuis') hebben sowieso recht op SO zorg (prestatie H335, behandelaanbod dient door zorgorganisatie voorzien te worden). De huisarts blijft de regie houden voor degenen waar hij/zij de regie al voor had.
De SO combineert generalistische met specialistische geriatrische expertise. Verwijzing is eenvoudig. De SO kan veel werk uit handen nemen. Door de SO in te schakelen kan een bezoek aan een medisch specialist vaak voorkomen worden. Naast een consult 'aan huis' is ook een telefonisch consult vaak mogelijk.

Lijst onderwerpen waarvoor de SO geconsulteerd kan worden (telefonisch, digitaal, meekijk, huisbezoek, TOK, intercollegiaal consult):

Vragen om telefonisch of meekijkconsult (diagnostiek, behandeladvies, omgangsadvies, prognostiek), geriatrisch assessment, polyfarmaciebeoordeling en/of medebehandeling bij complexe problemen die een of meer van onderstaande onderwerpen betreffen:

- Probleemanalyse bij multimorbiditeit
- Mobiliteitsproblemen en verminderde zelfredzaamheid, vallen (en gevolgen)
- Dementie, geheugenproblemen, onbegrepen gedrag –agitatie-achterdocht-afwerend gedrag
- Psychiatrische aandoeningen en delier (angst, wanen, hallucinaties en verwardheid)
- Apathie en depressie, stemmingsstoornissen in het algemeen
- Late gevolgen van het CVA (waaronder de 'onzichtbare' gevolgen)
- Chronische progressieve neurologische aandoeningen (MS, M. Parkinson)
- Palliatieve/terminale zorg
- Advies over medisch beleid en over intentie van behandeling en medicatiebeleid
- Vragen over medische beslissingen bij wils- onbekwaamheid of verminderd ziekte-inzicht
- Advies over zorg of opname of verwijzing naar bijvoorbeeld paramedici
- Advies over somatische of psychogeriatrische indicatie
- Polyfarmacie

[5] Nader uitgewerkt in "Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, Samenhangende geneeskundige zorg voor patiënten met een complexe zorgbehoefte", LHV/Verenso, 2016

- Complexiteit door maatschappelijke, woon-/leef en/of mantelzorgsituatie
- Specifieke beoordelingen: geneeskundige verklaringen m.b.t. Wilsbekwaamheid, Rechterlijke Machtiging (RM) of Inbewaringstelling (IBS) voor mensen met een dementieel syndroom (of gelijkgestelde aandoening).

Verwijsprocedure:
De huisarts en/of POH-Ouderenzorg (in opdracht van de huisarts) verwijst via ZorgDomein (indien betreffende zorgaanbieder is aangesloten; zoeken via 'Specialist ouderengeneeskunde') of anderszins via een veilig contact met het secretariaat van de zorgverlener (overzicht van aanbieders hieronder), bijvoorbeeld telefonisch, via beveiligde e-mail (-zorgmail). Bij spoed verdient het aanbeveling (ook) even telefonisch contact op te nemen.

Het secretariaat van de zorgverlener of de SO bevestigt de ontvangst van de verwijzing.

De SO streeft er bij een meekijk/huisbezoekconsult naar de patiënt binnen 2 weken te bezoeken en binnen 2 weken na het consult een schriftelijke terugrapportage naar de huisarts/POH te sturen. Eventueel voorafgegaan door een korte telefonische melding met de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen.
Bij een verzoek om telefonische consultatie streeft de SO naar een afspraak binnen een week na bevestiging van ontvangst aanvraag.

Contactgegevens voor de verwijzing:
Ermelo, Harderwijk, Hierden, Putten: Zorggroep Noordwest-Veluwe
E-mail: medisch.secretariaat@znwv.nl
Zorgmail: medischsecretariaatZNWV@zorgmail.nl
Telefoonnummer: 088 056 3401
Verwijzing komt via Zorgdomein binnen.
Janneke de Wal, kaderarts eerste lijnsgeneeskunde, en collega SO's zijn betrokken in de 1e lijn.

Elspeet, Nunspeet: Zorgverlening Het Baken
Telefoonnummer 088-2581011
E-mail medischsecretariaat@zorgverlening-hetbaken.nl.
Verwijzing komt via Zorgdomein binnen.
Anne Jan Barkema, SO, en collega SO's zijn betrokken in de 1e lijn.

Zeewolde, Lelystad, Dronten: Coloriet
Telefoonnummer Secretariaat Behandeling 0320 401 680.
Email MedischSecretariaat@coloriet.nl
Doorverwijzing naar een specialist ouderengeneeskunde gaat via aanmelden bij Zorgdomein.
Jacqueline Dekker en Sigrid Oude Vrielink zijn de betrokken SO's: eerstgenoemde is ook kaderarts eerstelijnsgeneeskunde.

Garderen, Uddel: Norschoten
Telefoonnummer 0342 - 787 181.
E-mail medischsecretariaat@norschoten.nl
Zorgmail: norschotenmedischsecretariaat@zorgmail.nl
Verwijzing komt via Zorgdomein binnen.
Jamila Sayed en Cynthia Koornneef zijn de betrokken SO's.

Negen redenen om de SO in te schakelen:

1. De SO heeft uren beschikbaar voor consultatie en er zijn voor huisarts en patiënt geen kosten aan verbonden (behalve het eigen risico).
2. Het is gemakkelijk de SO in te schakelen, een Zorgdomeinverwijzing of telefoontje met aanvraag is voldoende.
3. De SO heeft veel kennis van en ervaring met ouderdomsziekten en bijbehorende medicatie.
4. De SO past zich aan uw behoefte aan, van telefonisch advies tot een diagnose en behandelplan.
5. De SO kan de patiënt thuis bezoeken.
6. De SO heeft een brede blik en kijkt naar het functioneren van de patiënt in fysiek, psychisch, cognitief, sociaal en communicatief opzicht.
7. De SO zoekt oplossingen in de omgeving van de patiënt en betrekt zo nodig familie en andere zorgverleners.
8. De SO neemt werk uit handen, maar neemt niet de regie over.
9. Consultatie kan in de thuissituatie en voorkomt vaak een bezoek aan de specialist, waardoor onnodige kosten en inspanning worden voorkomen en 'zorgmijders' soms toch beter in beeld kunnen komen.

5.3. Werkwijze klinisch geriater

VERWIJZEN NAAR DE KLINISCH GERIATER in het St. Jansdal Ziekenhuis

Wat is klinische geriatrie?
De klinische geriatrie is het medisch specialisme voor de kwetsbare oudere patiënt. De geriatrie legt zich toe op patiënten met meerdere aandoeningen tegelijk (vaak een combinatie van lichamelijk, psychische en sociale problemen) en werkt multidisciplinair. De nadruk ligt op herstel en behoud van zelfredzaamheid, waarbij centraal staat wat voor de oudere patiënt zélf van belang is.

Wat doet de klinisch geriater?
De klinisch geriater voert het Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) uit. Dit is een uitgebreid klinisch geriatrisch onderzoek, gedefinieerd als een multidisciplinair onderzoek dat de multipele problemen van een oudere zo veel mogelijk opspoort, beschrijft en verklaart en de capaciteiten en de zorgbehoeften van de persoon onderzoekt, om zo te komen tot een gecoördineerd en integraal zorgplan voor het individu.

Er zijn 3 opties voor verwijzing

1. Dagkliniek geriatrie
2. Transmuraal overleg kwetsbare ouderen (TOK)
3. Meedenkconsult

1. De dagkliniek geriatrie in het St Jansdal

Dit is een poliklinische voorziening, afgestemd op de oudere patiënt. Door onderzoeken en polibezoeken aan andere specialisten te coördineren wordt de belasting voor patiënten zo veel mogelijk beperkt. Onderzoeken vinden zo mogelijk op de dagkliniek zelf plaats. Tussendoor zijn rustmomenten ingebouwd. Het onderzoek duurt gemiddeld ruim een halve dag. Het streven is om na dit eerste onderzoek een afgerond behandelplan te hebben. Herhaalbezoeken worden zo veel mogelijk beperkt. Afhankelijk van de verwijsvraag worden andere behandelaars betrokken bij het onderzoek.

Waarom verwijzen naar de dagkliniek van de klinisch geriater in het ziekenhuis?

De voornaamste redenen waarom patiënten verwezen worden zijn:

- Onbegrepen achteruitgang in de gezondheid
- Verwardheid of vergeetachtigheid
- Somberheid
- Afwijkend gedrag
- Loopproblemen en de neiging tot vallen
- Toenemende hulpbehoevendheid
- Polyfarmacie
- Combinaties van deze problemen.

Het voordeel voor de huisarts is de totaalblik op de patiënt met een afgerond behandelplan.

Afhankelijk van de verwijsvraag zijn er verschillende verwijsmogelijkheden.

De geheugenpolikliniek

Deze bestaat uit een bezoek aan de dagkliniek geriatrie gecombineerd met een onderzoek door de neuroloog en een bespreking in het multidisciplinaire geheugenteam, waarbij naast neurologen, klinisch geriaters en psychologen ook behandelaars van GGZ Centraal betrokken zijn. De geheugenpoli sluit aan bij het Netwerk dementie in de regio.

De algemene dagkliniek.

Hier worden de oudere patiënten onderzocht bij wie de onderliggende problemen niet direct duidelijk zijn of de complexiteit groot is.

De valpolikliniek

Deze bestaat uit een bezoek aan de dagkliniek geriatrie waarbij de oudere patiënt door de klinisch geriater, verpleegkundige geriatrie en de fysiotherapeut onderzocht wordt.

Semi-spoed afspraak

Dit is een snelle afspraak mogelijkheid, wanneer de huisarts binnen een week een geriatrische analyse wil hebben.

Preoperatieve spreekuur/Samen Beslissen

Dit is een afspraak waarbij de geriater vanuit het perspectief van haalbaarheid, wenselijkheid, kwetsbaarheid en kwaliteit van leven mee kan denken over ingewikkelde behandelbeslissingen. (Binnen het ziekenhuis bestaan daarvoor ook vaste samenwerkingsafspraken met alle snijdende specialisten) Denk hierbij aan:
-indicatie voor operatie
-indicatie voor gewrichtsvervanging

-indicatie voor oncologische behandeling
-indicatie voor dialyse
-advies bij multimorbiditeit/beperkte levensverwachting

De verwijsoptie migrantenpolikiniek:
Deze polikliniek is bedoeld ter cognitieve diagnostiek bij patiënten met een migratieachtergrond en taalbarrière. Er wordt gebruik gemaakt van professionele tolken en klinimetrie die gevalideerd is voor anderstaligen en mensen met een laag opleidingsniveau. Ook Nederlandse analfabeten zijn hier welkom. In de verwijsbrief graag de precieze taal en opleidingsniveau vermelden.

Wanneer naar de geheugenpoli en wanneer naar de algemene dagkliniek?
In het algemeen worden vooral de 'oudere ouderen' (80+) die ook veel lichamelijke klachten hebben en bij wie een dementie vermoed wordt, op de algemene dagkliniek gezien.

Hoe verloopt de verwijzing?
Dit gaat via ZorgDomein. In deze verwijzing stuurt de huisarts standaard eventuele behandelbeperkingen en contactgegevens thuiszorg en mantelzorg mee. Iedere verwijzing wordt beoordeeld door een klinisch geriater zodat eventueel van tevoren bepaalde onderzoeken al kunnen worden ingepland. De huisarts kan bij twijfel altijd telefonisch overleggen.

Dagkliniek combinatie afspraak: Geheugenpoli
De Geheugenpoli is een samenwerkingsverband tussen GGZ centraal en Ziekenhuis St. Jansdal

Verwijscriteria:
- Geheugenstoornissen
- Vermoeden van dementie

Voorbereidingen door de verwijzer
- Het is noodzakelijk dat de patiënt een begeleider meeneemt naar de afspraak.
- In de verwijsbrief (of intercollegiaal consult) vermelden: hoofd- en bijkomende problemen, telefoonnummer patiënt, naam en telefoonnummer contactpersonen.
- Via **Zorgdomein** of via intern postvaknummer **25.**

Traject in het ziekenhuis:
Beoordeling via de dagkliniek door een klinisch geriater en een neuroloog met aanvullende onderzoeken (lab, ECG, psychologische testen, scan, MRI, EEG, etc.). Bespreking in multidisciplinair team met een advies voor patiënt, familie en huisarts. Zo nodig verder onderzoek via psychiater of neuropsycholoog. Telefoonnummer polikliniek Geriatrie/**Geheugenpoli**: 0341-46 3945.
Desgewenst kan de klinisch geriater deelnemen aan zowel het MDO als OZO-verbindzorg.

2. Transmuraal overleg kwetsbare ouderen (TOK)
Dit is een digitaal transmuraal overleg waarbij naast huisarts en evt. POH-ouderen, wijkverpleegkundige of casemanager, de klinisch geriater en apotheker vanuit het ziekenhuis en de SO vanuit de eerste lijn aansluiten.
Het TOK is geschikt voor die patiënten, voor wie verwijzing net niet nodig is (of patiënten willen niet) en er is wel een behandelvraag -of dilemma. Door dit multidisciplinair te bespreken kan de huisarts ondersteund worden bij de soms zeer ingewikkelde problematiek van de thuiswonende kwetsbare oudere
Wat zijn mogelijke verwijsvragen voor TOK?
- Afstemmen beleid verschillende specialisten van het ziekenhuis.

- Polyfarmacie.
- Wel of niet verwijzen en naar wie?
- Advies over opname of indicatiestelling.
- Complexe problemen bij thuiswonende met WLZ-indicatie.
- Vragen rond behandelopties, levenseinde, wilsbekwaamheid, palliatie.
- Zorgmijders en mensen die niet verwezen willen worden.

Verwijzing vindt plaats via Zorgdomein

3. Meedenkconsult met klinisch geriater

Dit betreft een hulpvraag vanuit de huisarts, die schriftelijk door de geriater wordt beantwoord zonder contact met de patiënt. Het dient te gaan om een probleem waarvoor een patiënt nog niet op de polikliniek bekend is (indien dit wel het geval is, graag telefonisch overleg met desbetreffende geriater).

5.4. Werkwijze Apotheek

Alle apotheken in de regio zijn lid van coöperatie apotheken Noordwest-Veluwe.
Patiënt heeft vaak intensief contact met de apotheek. Bij het ter hand stellen van medicatie wordt uitgelegd waar het medicijn voor gebruikt wordt, hoe het werkt, hoe het gebruikt moet en wat de eventuele bijwerkingen zijn. Apotheker is altijd bereikbaar voor patiënt en diens zorgverleners om te helpen bij vragen over medicijnen.
Belangrijke rol van de apotheek is het borgen van medicatieveiligheid (bij kwetsbare oudere). En hierbij het signaleren en vermijden van potentiële geneesmiddel gerelateerde problemen en risico's bij kwetsbare ouderen. En als vervolg daarop zorgen voor het minimaliseren van deze geneesmiddel gerelateerde problemen (denk aan interacties/contra-indicaties/bijwerkingen) evt. in overleg met voorschrijver.

Alle apotheken bieden een gratis bezorgservice aan om ook de medicatie bij niet mobiele patiënten te leveren.

Bij diverse contacten met patiënt of dienst mantelzorg let de apotheek op therapietrouw, ordeningsproblemen, warrigheid, ondervoeding en eenzaamheid. Zo nodig wordt patiënt via de geïndividualiseerde distributievorm (baxter of automatische herhaalservice) ondersteund. Waar nodig koppelt de apotheek opgespoorde problemen terug aan de huisarts en/of mantelverzorger.

In samenwerking met de fysiotherapeuten is er een valpreventie traject opgestart. De rol van de apotheek is hierin het identificeren en waar mogelijk deprescriben van valgevaarlijke geneesmiddelen, in overleg met voorschrijver en patiënt.

Daarnaast heeft de apotheek een intensieve rol in de laatste levensfase van de (kwetsbare) oudere. We zorgen voor gepaste medicatie leveringen en hebben intensief contact met thuiszorg voor het maken van een toedienlijst, die digitaal via eTDR-app (elektronische toedienregistratie app) kan worden afgetekend.
Indien gewenst heeft de patiënt in de apotheek de mogelijkheid tot een vast aanspreekpunt, een zogenaamde farmabuddy (zie ook paragraaf 5.10). De patiënt of diens mantelzorger heeft contact met 1 of 2 vaste medewerkers van de apotheek die goed op de hoogte zijn van de (medische) situatie. Zo kan snel op diverse vraagstukken rondom medicatie in de laatste levensfase worden ingespeeld.
Daarnaast leveren we op verzoek van de huisarts een palliatieve kit. Dit is een box die middelen bevat om snel te kunnen handelen als palliatieve patiënten in de terminale fase komen.

Een vertegenwoordiger van de Cooperatie Apothekers Noord-West Veluwe denkt mee in het dementienetwerk.

Ook in het multidisciplinair overleg en de medicatiebeoordeling van deze patiënten is de apotheker een van de verantwoordelijke zorgverleners. De medicatiebeoordeling wordt door de apotheker voorbereid. Zo nodig worden er in overleg met de voorschrijver en patiënt of dienst mantelzorg aanpassingen doorgevoerd in de medicatie. Evaluatie op de aanpassingen wordt voor een deel door de apotheker gedaan.

5.5. Werkwijze Wijkverpleging

Wijkverpleging bestaat uit álle zorg die nodig is om mensen zo goed mogelijk thuis te laten wonen. In de praktijk gaat het om het verrichten van verzorgende (bijvoorbeeld wassen en aankleden) en verpleegkundige handelingen (bijvoorbeeld stomazorg, katheterisatie, infuustherapie ect.) voor individuele patiënten. Maar ook om bredere (vaak niet-cliëntgebonden) activiteiten, die men schaart onder de noemer 'wijkgericht werken'. Bijvoorbeeld het uitvoeren van preventieve taken, het actief opsporen van probleemsituaties en het indiceren, organiseren en coördineren van de zorg in de wijk. Samen met de cliënt en de eerstelijns keten is de wijkverpleging erop gericht mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, ondanks ouderdom, ziekte of beperking. Het handelen van de wijkverpleging is gebaseerd op het besef dat 'gezondheid voor mensen geen doel op zich is, maar een middel om te kunnen (blijven) doen wat belangrijk voor hen is'. Het achterhalen van wat belangrijk is voor mensen, weten welke belemmeringen zij daarbij ondervinden en op basis van veerkracht en eigen regie samen op zoek gaan naar oplossingen, vormen de centrale pijlers van de wijkverpleging.
Wanneer we spreken over wijkverpleging gaat het om zorg aan huis of in de wijk, geleverd door een verzorgende of verpleegkundige en gefinancierd vanuit de basisverzekering via de Zorgverzekeringswet (Zvw-wijkverpleging). Echter, er wordt ook toenemend WLZ zorg thuis geleverd, in de vorm van een VPT- MPT- of PGB pakket.
Wijkzorg wordt ingezet wanneer er geen andere passende mogelijkheden zijn, waarbij eerst wordt beoordeeld of het eigen netwerk kan worden geactiveerd en zorgtechnologie kan worden ingezet

Wie maakt gebruik van wijkverpleging?
Belangrijke cliëntgroepen van de wijkverpleging zijn:

- Ouderen.
- Chronisch zieken.
- Mensen met een lichamelijke beperking.
- Mensen in hun laatste levensfase.
- Mensen met psychiatrische problematiek.
- Mensen met een tijdelijke behoefte aan verzorging en verpleging, bijvoorbeeld bij thuiskomst na een ziekenhuisopname of bij specifieke behandeling thuis.

De wijkverpleegkundige geeft via OZO door aan de doktersassistente of de POH wie in zorg komt; dit wordt verwerkt in HealthConnected. Daarnaast informeert de wijkverpleegkundige via OZO ook de apotheek.

5.6. Werkwijze Ouderenadviseurs

De ouderenadviseur richt zich op hulp en ondersteuning op het gebied van welzijn, wonen en zorg. De ouderenadviseur biedt onafhankelijke cliëntondersteuning. Elke oudere, zijn of haar netwerk, zorgprofessional, Wmo-consulent, woning coöperatie, etc. kan de ouderenadviseur inschakelen. Er is geen indicatie of verwijzing nodig. De ouderenadviseur bezoekt de oudere op afspraak of legt outreachende huisbezoeken af. Doorgaans krijgen ouderen van 75 jaar en ouder één keer per vijf jaar een preventief huisbezoek om vroegtijdig knelpunten op verschillende levensgebieden te signaleren. Deze bezoeken kunnen ook door vrijwilligers worden uitgevoerd. Tijdens deze gesprekken worden de volgende levensgebieden langsgelopen:

- Wonen
- Netwerk
- Zingeving
- Gezondheid en bewegen
- Daginvulling
- Financiën

Mocht uit het bezoek blijken dat er hulp nodig is op één of meerdere gebieden, dan zal de ouderenadviseur de cliënt leiden naar de (informele) zorg. De ouderenadviseur kan hierbij ook een beroep doen op de inzet van vrijwilligers. Het doel van de hulpverlening is om de cliënt zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen, evt. met ondersteuning van netwerk, vrijwilligers of zorg. Daarnaast kan de ouderenadviseur meedenken op het gebied van woningaanpassingen, dag invulling, netwerkversterking of –uitbreiding, financiën, een gezonde leefstijl en voorzieningen of regelingen. De ouderenadviseur loopt soms tijdelijk en soms wat langduriger met iemand op.

5.7. Werkwijze mantelzorgondersteuning

Mantelzorgondersteuning is bestemd voor mensen die zorg, hulp en/of begeleiding geven aan een naaste met lichamelijke of psychische problemen.
De ondersteuning houdt in:

Informatie en advies over:
-Professionele zorg (huishoudelijke hulp, thuiszorg, dagopvang, opname verpleeghuis - Respijtzorg
-Persoonsgebonden budget
-Eigen bijdrage
-Vakantiemogelijkheden met zorg.
-Alles wat met de zorg te maken heeft
Praktische hulp bij het invullen van zorg-gerelateerde formulieren

Gericht op de mantelzorger zelf:
-Gesprek over rol als mantelzorger
-Emotionele steun
-Balans en overbelasting
-Netwerk in kaart brengen, bemiddelen bij inzet vrijwilliger
-Combineren werk en mantelzorg

Groepsondersteuning:
Bijeenkomsten of trainingen voor mantelzorgers:
-Gekoppeld aan een ziektebeeld (bv hoe ga je om met een partner met dementie?)
-Informatieve bijeenkomsten
-Gericht op je rol als mantelzorger (grenzen stellen, schuldgevoel e.d.)
-Lotgenotengroepen: herkenning en erkenning vinden bij elkaar

5.8. Werkwijze Geriatriefysiotherapeut

Geriatriefysiotherapie is een door medische en paramedische partners en door zorgverzekeraars erkende specialisatie.
Geriatriefysiotherapeuten behandelen, indien nodig, aan huis. Zo zijn zij goed op de hoogte van de omstandigheden en de sociale context van de kwetsbare oudere. De geriatriefysiotherapeut gaat uit van de hulpvraag van de oudere patiënt. Vanuit zingeving wordt de oudere patiënt door de geriatriefysiotherapeut gestimuleerd en gecoacht om aan de eigen (of door mantelzorg/thuiszorg) gestelde doelen te werken. De geriatriefysiotherapeut geeft advies aan de oudere patiënt maar vooral ook aan zijn zorgnetwerk. De geriatriefysiotherapeut stemt de behandeling af met andere zorgverleners en mantelzorgers en zorgt zo voor gecoördineerde, samenhangende en dus doelmatige zorg rond de kwetsbare oudere. Dit garandeert de zo noodzakelijke continuïteit en kwaliteit van zorg. De geriatriefysiotherapeut kan een sparringpartner zijn voor de huisarts en de praktijkondersteuner ouderenzorg in complexe casuïstiek.

De Geriatriefysiotherapeut

- Brengt de hulpvraag en de omgeving van kwetsbare ouderen gestructureerd in kaart;
- Houdt de kwetsbare oudere patiënt in beweging en op de been;
- Leert de oudere patiënt (en de mantelzorgers) omgaan met beperkingen;
- Verbetert lichamelijk functioneren en het meedoen aan voor de patiënt relevante activiteiten (zelfredzaamheid);
- Probeert verdere achteruitgang te vertragen of te voorkomen;
- Stelt ouderen in staat zo lang mogelijk zelfstandig te functioneren (zelfstandigheid);
- Bewaakt de continuïteit in de vaak complexe zorg voor ouderen samen met andere disciplines (multidisciplinair);
- Houdt rekening met en is gespecialiseerd in fysiotherapie bij multi-morbiditeit: zoals hartfalen, COPD, Parkinson/parkinsonisme, dementie, sarcopenie en artrose;
- Valscreening en/of inzetten van effectieve valpreventie interventies.

Beweegprogramma Vitaal Veluwe
Vitaal Veluwe is een beweegprogramma gericht op ouderen en geïnspireerd op een project van Wageningen UR Food & Biobased Research en Academische werkplaats AGORA (GGD Noord- en Oost-Gelderland en Wageningen Universiteit).
In het programma wordt krachttraining gecombineerd met verhoogde eiwitinname via gezonde voeding. Veluwe Vitaal is bedoeld voor kwetsbare thuiswonende ouderen die fysieke fragiliteit ervaren. In het programma, dat 12 weken duurt, volgen deelnemers in groepjes twee keer per week progressieve krachttraining. Dit houdt in dat gedurende de 12 weken het programma geleidelijk aan wordt verzwaard. De trainingen worden begeleid door een fysiotherapeut. De focus tijdens de training ligt op het verbeteren van spierkracht in de beenspieren, maar ook de rest van de spieren in het lijf en de conditie wordt meegenomen. Daarnaast krijgen de deelnemers, indien nodig, advies van een diëtist over verhoogde inname van eiwitrijke producten in aanvulling op hun dagelijkse voeding. Het doel van het traject is het doorbreken van de neerwaartse spiraal van verlies van spiermassa, spierkracht en spierfunctie die met veroudering gepaard gaat. Toename van kracht in de beenspieren vermindert de kans op vallen en zorgt voor het beter kunnen uitvoeren van activiteiten als wandelen, traplopen, tillen en fietsen.
Aangeboden door regionale fysiotherapiepraktijken.

Programma Valpreventie

Een programma met als primair doel het verminderen van het aantal valincidenten bij thuiswonende ouderen met een verhoogd valrisico op basis van mobiliteitsproblemen, valhistorie of valangst. Ontwikkeld in samenwerking met FleGel, aangeboden door regionale fysiotherapiepraktijken.

5.9. Werkwijze casemanager dementie en Netwerk Dementie

Het Netwerk Dementie Noordwest-Veluwe
In 2008 is het Netwerk Dementie Noordwest-Veluwe opgericht. De netwerkregio Noordwest-Veluwe omvat de gemeenten: Elburg, Ermelo, Harderwijk, Nunspeet, Oldebroek, Putten en Zeewolde.

In 2025 wonen er 2750 mensen met dementie thuis in de netwerkregio. Zo'n 1000 mensen met dementie wonen er nu in een woonzorglocatie in onze netwerkregio.
In 2030 wonen er 3300 mensen met dementie thuis en in 2040 zijn dat er 4500.

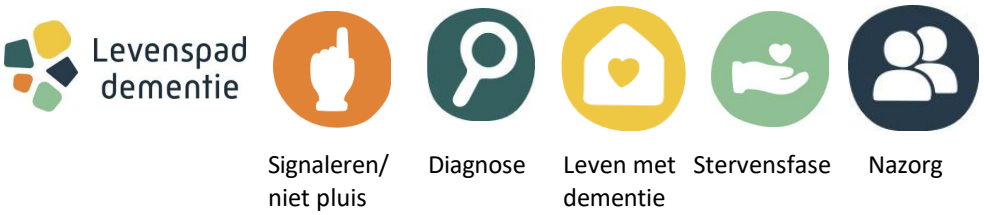
Per 1-1-2026 wordt samengewerkt door 32 organisaties: de zeven gemeenten, de acht welzijnsorganisaties, de acht VVT-organisaties die casemanagement dementie aanbieden, de huisartsen van Medicamus, de huisartsen in Elburg en Oldebroek, het St. Jansdal Ziekenhuis, Alzheimer Nederland afdeling Noordwest-Veluwe, GGz Centraal, de apothekers (CAN), Espria Ledenvereniging, Het Baken, Dovida en Odense Huis Harderwijk.

In oktober 2025 hebben de leden van het netwerk een nieuwe samenwerkingsovereenkomst getekend.
De partners verklaren samen te werken rondom het meedoen aan het dagelijks leven voor mensen met dementie en hun naasten. Uitgangspunten hierbij zijn:
- de ondersteuning en zorg voor mensen met dementie en hun naasten in de regio Noordwest-Veluwe is optimaal toegankelijk
- mensen met dementie kunnen hierdoor zo lang mogelijk vitaal en zelfstandig mee doen aan het dagelijks leven
- voldoen aan de aanbevelingen van de actuele landelijke Zorgstandaard Dementie.

De ambitie van het netwerk dementie is:

De inwoners met dementie en hun naasten in de netwerkregio Noordwest-Veluwe kunnen volop meedoen aan het dagelijks leven. Zij voelen zich gesteund vanuit de samenwerking tussen de leden van het netwerk. Als netwerk brengen we kennis en expertise samen en delen dit met de regio.

Het netwerk dementie maakt gezamenlijk regionaal beleid en plannen voor de ondersteuning van mensen met dementie, mantelzorgers en hun naasten. Het beleid en de plannen zijn gebaseerd op landelijke, regionale en lokale ontwikkelingen en wensen. Samen borgen we uniforme kwaliteit van casemanagement dementie en zorgen we voor goede kennisdeling (scholing).
Het netwerk dementie maakt sinds 2018 deel uit van het netwerk Gezond Veluwe.



De casemanager dementie / casemanagement dementie
De casemanager dementie (CMD) is de centrale coördinerende professional voor de begeleiding/coaching van, en voor de hulp en zorg aan de persoon met dementie en de mantelzorgers en naasten. Die coördinerende rol heeft de CMD in alle fasen van het levenspad dementie. De CMD is een HBO opgeleide verpleegkundige of social worker met een gespecialiseerde opleiding casemanagement dementie.

In het expertiseprofiel casemanager dementie van 2025 worden de taken van de CMD aangegeven. Naast o.a. coördineren, begeleiden en kennis delen zijn ook delegeren, regisseren en coachen van belang. Dit betekent dat onderdelen van het casemanagement in samenspraak met de casemanager dementie vanuit de gedachten van stepped care of integrale zorg door andere professionals kunnen worden uitgevoerd.

Uit de Businesscase CMD van 2023 blijkt dat zo vroeg mogelijke inzet van de CMD kan leiden tot 6 maanden langer thuis wonen van de inwoner met dementie. Inzet van een CMD bespaart meer dan € 8.600 per jaar per client aan zorgkosten. Juist de beginfase van dementie is intensief en complex en ‘daar is expertise nodig om op het juiste spoor van de cliëntreis te komen en niet onnodig te ontsporen met alle gevolgen van dien’ (quote Amnon Weinberg, Specialist Ouderengeneeskunde - erelid Verenso). In het netwerk dementie NW-Veluwe hebben rond de 55% van de thuiswonende mensen met dementie géén casemanager dementie. Dat betreft ongeveer 1.500 inwoners en hun mantelzorgers en naasten.

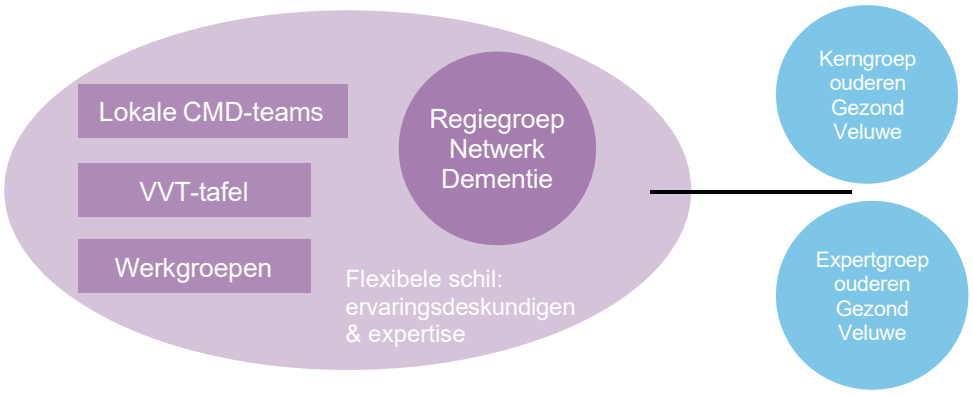
Op de website van het netwerk dementie kunnen de casemanagers per gemeente worden gevonden. Aanmelding voor casemanagement dementie door huisarts, geriater of andere specialist gaat via Zorgdomein of het aanmeldformulier van het netwerk dementie. Casemanagement dementie valt onder de basisverzekering en casemanagers mogen en kunnen zelf de indicatie stellen. Een inwoner of mantelzorger kan zichzelf dus ook aanmelden. Als een inwoner een casemanager krijgt meldt de casemanager zich binnen een week bij de huisarts en na toestemming van de cliënt binnen OZO. Eventueel wachtlijstbeheer vindt plaats op het niveau van het netwerk dementie en niet bij de VVT-organisaties.

De groepen casemanagers werken per gemeente met elkaar en met andere lokale professionals samen. Lokaal is er frequent overleg. Één van de casemanagers dementie is (roulerend) voorzitter van het casemanagersoverleg (CMO). Er zijn dus zeven CMO’s in ons netwerk dementie.

Structuur van het netwerk dementie Noordwest-Veluwe
Het netwerk dementie is eigenstandig en kent een eigen financiering. Er is overleg en zo nauw mogelijke samenwerking met de andere netwerken en overige gremia binnen Gezond Veluwe en in de netwerkregio.

De Regiegroep van het netwerk heeft zeven leden plus de netwerkregisseur.
De Regiegroep bewaakt de overstijgende ambitie en doelen, bespreekt en neemt besluiten over plannen en financiën en evalueert de resultaten. Kassier van het netwerk is de Zorggroep NW-Veluwe.
Aan de VVT-tafel nemen alle leidinggevenden van de casemanagers dementie deel. Doel is afstemming van de CMD-capaciteit van het netwerk en de invulling van de onderlinge samenwerking.

Taken van de netwerkregisseur zijn o.a.:
- Regisseren, coördineren en doorontwikkelen van het netwerk en het zijn van netwerkverbinder
- Uitdragen van de visie en ambitie van het netwerk en datagedreven organiseren
- Het bijhouden en doorvertalen van regionale en landelijke ontwikkelingen
- Realisatie van scholingsaanbod, informatievoorziening aan inwoners en professionals en lokale en regionale bijeenkomsten.



De netwerkregisseur presenteert 1 á 2 keer per jaar de stand van zaken van het netwerk aan de Kerngroep Ouderen en Chronische aandoeningen van Gezond Veluwe. Het netwerk neemt met een casemanager dementie en de netwerkregisseur deel aan de Expertgroep Ouderen van Gezond Veluwe.

5.10 Werkwijze netwerk palliatieve zorg

Uitgangspunt en organisatie
De palliatieve zorg in de regio Noordwest-Veluwe is georganiseerd binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Noordwest-Veluwe en maakt onderdeel uit van de kerngroep ouderen van GezondVeluwe. Zorgorganisaties in de regio werken hierin samen om de palliatieve zorg te verbeteren via regionale afspraken, werkgroepen en projecten.

Levenspad palliatieve zorg
De palliatieve zorg is ingericht volgens het levenspad palliatieve zorg. Dit levenspad ondersteunt patiënten, naasten en zorgverleners bij het herkennen van de palliatieve fase en het organiseren van passende zorg. Het sluit ook aan bij het landelijke thema “Leven tot het laatst”
Het online levenspad bevat de werkwijze en regionale afspraken en is beschikbaar via de website van het netwerk palliatieve zorg.

Signaleren en markeren

Vroegtijdige signalering en markering van een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid draagt bij aan de kwaliteit van leven van patiënt en naasten. Binnen de regio worden hierbij de volgende afspraken en hulpmiddelen gebruikt:

- Gedragscode behandelgrenzen.
- Toolkit met materialen gebruik in de regio
- Spreek tijdig over het levenseinde folder is te bestellen bij het netwerk
- Bewustwordingsbijeenkomst "Weet u wat u wilt" in de regio. Contactpersoon Leendert Braal. L.braal@willemholtrophospice.nl

Palliatieve fase

In de palliatieve fase vindt zorg plaats binnen een multidisciplinair netwerk. Regionaal zijn PaTz-groepen actief in Nijkerk, Putten, Nunspeet, Elburg en Harderwijk. PaTz groep
Voor communicatie en afstemming wordt OZO-verbindzorg gebruikt als communicatieplatform. Daarnaast kan het wensenboekje worden ingezet. Wensenboekje

Casemanager palliatieve zorg

De Casemanager Palliatieve Zorg (NPZ Noordwest Veluwe) kan worden ingezet als vast aanspreekpunt voor patiënt en naasten. De casemanager ondersteunt bij afstemming, coördinatie en continuïteit van zorg in de palliatieve fase. Casemanager Palliatieve Zorg - NPZ Noordwest Veluwe

- Specifiek voor palliatieve zorg is het palliatieve consultteam bereikbaar op **088-6051444**, hier wordt gevraagd naar de postcode palliatief consultteam
- Begeleiding thuis door geestelijk verzorgers centrum voor levensvragen
- PaTz groepen neem contact op met Gerry Beers, kaderarts en ambassadeur PaTz
- Farmabuddy, vast aanspreekpunt voor palliatieve patiënt in de apotheek Farmabuddy van start in alle apotheken van de Noordwest Veluwe en Zeewolde - NPZ Noordwest Veluwe

Terminale fase

In de terminale fase ligt de focus op comfort en kwaliteit van leven. Regionale afspraken zijn:

- Terminale zorg thuis is de palliatieve kit in te zetten ICPC-code A69
- Inzet vrijwilligers thuis
- Hospice zorg en samenwerkende hospices met gezamenlijke folder
- Beschikbare plaatsen palliatieve zorg - NPZ Noordwest Veluwe (palliaweb.nl)
- Transmurale afspraken van ziekenhuis naar thuis/hospice. Altijd consult en advies palliatief team voor behandelaar. Handige documenten - NPZ Noordwest-Veluwe (palliaweb.nl)
- In HIS via zorgdomein mogelijkheid tot palliatieve overdracht voor HAP
- Communicatie HA en Thuiszorg via OZO

De evaluatie en coördinatie van de palliatieve kit ligt bij Willemien Schep (w.schep@willemholtrophospice.nl).

Nazorg

Na het overlijden is er aandacht voor nazorg, waaronder begeleiding door geestelijk verzorgers van het Centrum voor Levensvragen en ondersteuning van na-mantelzorg.

- Begeleiding thuis door geestelijk verzorgers centrum voor levensvragen
- Leven na mantelzorg

Visueel overzicht – Levenspad palliatieve zorg

https://palliaweb.nl/levenspad-noordwestveluwe/zorgprofessional-vrijwilliger



Bij elke fase zijn regionale afspraken vastgelegd en is samenwerking binnen het netwerk.

Het netwerk:
Het netwerk palliatieve zorg is onderdeel van de kerngroep ouderen en bestuurlijk verankerd onder Gezond Veluwe.
Zorgorganisaties in de regio Noordwest Veluwe zijn lid van het netwerk palliatieve zorg en werken samen om de palliatieve zorg in de regio te verbeteren. Dit doen ze via werkgroepen en projecten volgens de thema's: Is onderdeel van Consortium Septet

- Samenwerking & Toegankelijkheid,
- Innovatie & Kwaliteit,
- Deskundigheidsbevordering & Bewustwording

Contactpersonen Netwerk palliatieve zorg zijn: Willemien Schep
w.schep@willemholtrophospice.nl 0636183680.
Netwerk ondersteuning: L.braal@willemholtrophospice.nl
In de Monitor van Gezond Veluwe is ook de palliatieve zorg opgenomen Ouderenzorg • Monitoring Noordwes.. • Dialogic (diadashboard.nl)

5.11 Werkwijze Veluws Ouderen Servicepunt

Het Veluws Ouderen Servicepunt (VOS) is in 2019 ontstaan uit een denkrichting binnen de Kerngroep Ouderenzorg van GezondVeluwe.

Het VOS is vanaf 2020 een regionaal Coördinatiepunt Tijdelijk
Verblijf.
24/7 bereikbaar, tussen 8.30-22.00 uur bereikbaar via 088-0564444.

Het VOS is het centrale aanmeldpunt voor alle huisartsen in de regio, HAP, het ziekenhuis en SEH voor cliënten die kortdurend verblijf nodig hebben zoals crisis en spoed (WLZ), eerstelijnsverblijf (Zvw), respijtzorg (WMO) en verzorgt de triage en plaatsing van alle cliënten. Nota bene: een spoedplek kan worden aangemeld via het VOS, maar de plek wordt gezocht door de dossierhouder. Herstelzorg VV9B en palliatieve zorg gaan nu (nog) niet via het VOS.
Omdat het VOS regiobreed zicht heeft op alle verschillende bedden en lege plekken van alle locaties, organisaties en voor alle vormen van zorg, kan het VOS de juiste zorg op de juiste plek regelen. Met deze dienstverlening ontzorgt het VOS de verwijzers met als doel:
EXCELLENTE ZORG VOOR OUDEREN IN DE REGIO

Op dit moment is Het VOS vooral een Coördinatiepunt Tijdelijk Verblijf, maar Het VOS wil steeds meer richting de ontwikkeling van een servicepunt waar ook ouderen uit onze regio met al hun vragen rondom wonen, zorg en welzijn terecht kunnen.
Het VOS wil antwoord kunnen geven op alle vragen die mensen hebben rond de WLZ, Zvw, WMO, aanpassingen thuis, hulpmiddelen, welzijn enz.

PROCES:
Huisarts/HAP/SEH belt:

1. Triageformulier wordt ingevuld
2. Samenvatting medisch dossier + verwijzing via Zorgdomein van huisarts/HAP/SEH
3. Zorgplan wordt bij de thuiszorg opgevraagd
4. Indien nodig is er contact met de cliënt/ familie/ 1e contactpersoon

De klantadviseur gaat niet op huisbezoek, ook niet bij twijfel, maar gaat uit van de informatie die door de verwijzer (en zorgvrager) wordt aangeleverd.
Er wordt niet gevraagd naar een voorkeursplek, omdat het een 'noodsituatie' betreft.

Bij welke organisatie is (een geschikte) plek?

- Het VOS weet waar beschikbare en passende plekken zijn en of de benodigde zorg daar kan worden geleverd.
- Het VOS neemt contact op met de passende organisatie en legt via Zorgdomein of telefonisch de casus voor.
- Als de organisatie aangeeft, de casus te kunnen en willen beoordelen, wordt alle informatie via beveiligde systemen doorgezet en wordt er gewacht op terugkoppeling.
- Wanneer dit wat langer duurt, houdt het VOS contact met de verwijzer.
- Wanneer er akkoord wordt gegeven, koppelt het VOS de plek terug aan de verwijzer en geeft de naam van de zorginstelling, de afdeling en het adres door.
- De organisatie neemt dan zelf contact op met cliënt/familie om datum en tijd enz. af te spreken.

Lange termijn doelstellingen VOS ('2.0'):

- Capaciteit van de diverse zorgsoorten (crisis, spoed, ELV, respijt, e.a.) voor de hele regio in beeld brengen en beschikbaar stellen via een digitaal portaal 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid van het VOS;
- Onderbrengen van inzet Thuiszorg bij VOS.
- Ondersteunen van nieuwe en bestaande klanten van zorgaanbieders in de hele regio, zodat cliënten (met hulp) in de regie kunnen blijven en de zorgketen goed functioneert;
- Vervullen van een gidsrol waardoor klanten op het juiste moment, op de juiste plaats (locatie of thuis) de juiste zorg kunnen ontvangen (voorkomen mismatch);
- Vervullen van een rol op het gebied van preventie en overbruggingszorg;
- Proactief zicht krijgen op de zorg/leefbehoeften van klanten op de Veluwe;
- Waar nodig, ondersteuning bieden bij mantelzorgers om overbelasting te voorkomen;
- Zicht krijgen op zorgmijders;
- Door beter inzicht in de vraag, het aanbod van de partners van GezondVeluwe in samenhang beter afstemmen op de vraag/zorgbehoefte van klanten.

BIJLAGE A SAMENSTELLING EXPERTGROEP EN KERNGROEP

Samenstelling Expertgroep:

- Astrid de Vet, huisarts en kaderhuisarts ouderengeneeskunde Medicamus en voorzitter Expertgroep.
- Anouk Bettman huisarts en kaderhuisarts ouderengeneeskunde Medicamus.
- Hannie Olthuis, POH-ouderenzorg/ kwaliteitsmedewerker Medicamus.
- Monique van Luenen, Verpleegkundig specialist/ kwaliteitsmedewerker Medicamus
- Jacoline van Beek, project assistent (Medicamus)
- Martine Parre, welzijnsconsulent/ouderenadviseur (Het Venster)
- Andrea Meerse, wijkverpleegkundige (Coloriet)
- Janneke de Wal, specialist ouderengeneeskunde/kaderarts eerste lijn (Zorggroep Noordwest-Veluwe)
- Marika Overdijk, klinisch geriater (Sint Jansdal Ziekenhuis)
- Alexandra Kaal, netwerkregisseur dementie Noordwest-Veluwe
- Arianne Heideman, projectleider OZO-verbindzorg
- Engelien Bosman, wijkmanager Medicamus
- Lonneke Aakster, CAN (De Coöperatieve Apotheken Noordwest-Veluwe)
- Niels de Bolster, vertegenwoordiger van Zorggroep FleGel
- Alma van Maanen, Senior-adviseur sociaal domein gemeenten Noord-Veluwe en Zeewolde
- Willemien Schep, netwerkcoördinator palliatieve zorg Noordwest-Veluwe

Samenstelling Kerngroep Ouderen & Chronische Aandoeningen:

- Alma van Maanen en Annet Prinsen, namens de 7 gemeenten binnen GezondVeluwe
- Bart Valkema en Mirjan van Gelder, St Jansdal Ziekenhuis
- Annemieke Zandbergen, ZNWV (VVT intramuraal)
- Imka Jonker, Icare (VVT extramuraal)
- Engelien Bosman, Medicamus
- Maaike van den Brink, Zorgbelang Inclusief
- Anton van Veenhuisen, Paramedische Zorggroep FleGel
- Laleh Rahmani, Coöperatieve Apotheken Noordwest Veluwe
- Arie Vorstelman, namens Welzijnsorganisaties in regio GezondVeluwe; achterwacht Astrid Schrama
- Esther van Hooren, Zilveren Kruis
- Begeleiding door Edith de la Fuente en Maureen Witjes, Raedelijn

BIJLAGE B. AANBEVELINGEN TER OPTIMALISATIE VAN DE MEDICATIEVEILIGHEID BIJ KWETSBARE OUDEREN MET POLYFARMACIE

Vraagstelling:
Welke knelpunten ervaren we in onze regio betreffende polyfarmacie bij kwetsbare ouderen zowel vanuit de patiënt als vanuit de huisarts, apotheek en thuiszorg en hoe komen we tot een werkbare oplossing?

Achtergrond:
Door demografische en politieke ontwikkelingen neemt het aantal kwetsbare thuiswonende ouderen met een complexe zorgvraag toe. Bij deze groep ouderen is er vaak sprake van polyfarmacie (chronisch gebruik van 5 of meer geneesmiddelen).

Polyfarmacie geeft een verhoogd risico op verkeerd medicijngebruik, bijwerkingen en interacties. Gevolgen hiervan zijn een verminderde kwaliteit van leven, toename van het aantal valincidenten en meer geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames.

Om de risico's bij kwetsbare ouderen met polyfarmacie te reduceren heeft de NHG, in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie en de Orde van Medisch Specialisten, de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen opgesteld.

Het doel van deze richtlijn is een veilige en effectieve farmacotherapeutische zorg door een multidisciplinair afgestemde behandeling en begeleiding van ouderen met polyfarmacie. Een jaarlijkse medicatiebeoordeling – aan de hand van de KNMP Richtlijn Medicatiebeoordeling en de module minderen en stoppen met medicatie – moet voorkomen dat deze kwetsbare patiëntengroep ongewenste medicatie gebruikt.

Daarnaast is in juni 2014 het Convenant Medicatieproces Midden Nederland van kracht gegaan. Dit Convenant bevat regionale werkafspraken tussen huisarts, apotheker en thuiszorgorganisatie betreffende het medicatieproces van de thuiswonende patiënt met de huisarts als hoofdbehandelaar. Hierin zijn een aantal zaken rondom medicatie duidelijk geregeld.

Ervaren knelpunten:
De huisartsen en apothekers gaven als ervaren knelpunten aan tijdgebrek en bij een aantal zorgverzekeraarss is nog steeds onvoldoende financiering. De Thuiszorgmedewerkers signaleren met name problemen rondom inname van medicatie en gebruik van de Baxter en ervaren onduidelijkheid over hoe en wanneer te communiceren met huisarts en apotheek.

Aanbevelingen:
In onderstaand document doen wij een aantal aanbevelingen om het medicatieproces bij de kwetsbare oudere in de huisartspraktijk, de apotheek en bij de oudere thuis goed te laten verlopen. De Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen en het Convenant Medicatieproces Midden Nederland en de KNMP Richtlijn Medicatiebeoordeling zijn hierbij leidend.

Aanbevelingen aan de huisartsenpraktijk over medicatieproces bij kwetsbare ouderen

☐ Doe bij elke geselecteerde kwetsbare oudere (GFI ≥ 4) met polyfarmacie (≥ 5 geneesmiddelen) een **medicatiebeoordeling** volgens de richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/polyfarmacie_bij_ouderen.pdf Let op: de Inspectie voor de Gezondheidszorg gaat vanaf juli 2015 controleren op naleving van deze richtlijn.
Medicatiebeoordeling door huisarts, apotheker, POH
Bestaat uit:

- Farmacotherapeutische anamnese: apotheek of POH
- Farmacotherapeutische analyse: apotheker
- Opstellen farmacotherapeutisch behandelplan: huisarts en apotheker
- Terugkoppeling naar patiënt: huisarts
- Follow-up: huisarts en apotheker. Bij polyfarmacie jaarlijks

Maak bij de medicatiebeoordeling gebruik van de **START- en STOPP- criteria,** de criteria zijn herzien in april 2015, Ned Tijdschr Geneeskunde 2015; 159: A8904.
https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/start_en_stop_criteria_bij_ouderen.pdf
Noteer in dossier **ICPC A49.02** polyfarmacie.

☐ Ga na welke **Thuiszorgorganisatie** betrokken is en noteer dit in het dossier.Vermeld in de episode het NR-beleid, ZZP-indicatie etc.

Het **Convenant Medicatieproces in Midden-Nederland,** te vinden op Convenant-Medicatieproces-Midden-Nederland.pdf bevat de regionale werkafspraken tussen huisarts, apotheker en thuiszorgorganisatie betreffende het medicatieproces van de thuiswonende patiënt met de huisarts als hoofdbehandelaar. Hierin is een aantal zaken rondom medicatie duidelijk geregeld.

De belangrijkste punten:

☐ Geef **medicatiewijzigingen** direct door aan de apotheek. Denk ook aan de Stop-recepten. Geef urgente medicatiewijzigingen ook door aan de Thuiszorg.
Bij gebruik van een Baxter gaat de wijziging in bij aflevering van de volgende Baxterrol, indien de wijziging direct dient plaats te vinden: overleg met apotheek!

☐ Indien een patiënt zelf zijn/haar medicatie niet (meer) kan beheren: verzoek de Thuiszorgorganisatie het beheer over te nemen, leg dit vast onder **ICPC Z 69** en geef de wijziging schriftelijk door aan de apotheek. De Thuiszorg is nu verantwoordelijk voor correct gebruik van de medicatie. Ook kan de Thuiszorg zelf het initiatief nemen beheer van medicatie over te nemen.

☐ Bij overname medicatiebeheer door Thuiszorg zal de Thuiszorg dit melden middels OZO. In deze situatie zal de Thuiszorg meestentijds om een Baxter vragen.

☐ Indien Thuiszorg de medicatie toedient: vermeld op recept uitgeschreven op de Huisartsenpost:
THUISZORG. De Thuiszorg heeft alleen dan mandaat deze medicatie toe te dienen!

☐ Indien de apotheek een **Baxter** verstrekt aan de patiënt: leg vast in het HIS onder **ICPC Z 69**.

☐ Geef ziekenhuisopname of overlijden van de patiënt door aan de apotheek.

☐ Via OZO aan apotheek doorgeven dat de thuiszorg verantwoordelijk is.

BIJLAGE C. ORGANISATIE MDO EN AANMELDEN VIA OZO

Het MDO is onderdeel van een cyclisch proces van hulpverlening, waarbij, uitgaande van de actuele problemen en wensen van de oudere, de betrokken hulpverleners samen de bijpassende zorgdoelen formuleren en interventies afspreken en evalueren. Het MDO kan fysiek of digitaal plaatsvinden. Het MDO heeft als doel: Komen tot een gezamenlijk gedragen beleid om de geboden zorg en ondersteuning af te stemmen en te anticiperen op mogelijke problemen ten behoeve van het welbevinden van de oudere.

Deelnemers MDO:
Aan het MDO nemen deel idealiter de leden Ouderenteam: huisarts, POH-O, wijkverpleegkundige, SO en ouderenadviseur.
Afhankelijk van de te bespreken problematiek kunnen aansluiten: fysiotherapeut, ergotherapeut, podotherapeut, maatschappelijk werk, SPV/GGZ, apotheker, diëtist, klinisch geriater of andere specialist uit de tweede lijn, casemanager dementie, oudere of mantelzorger.

Planning MDO door POH-O:

- Maak liefst een jaarplanning, waarbij MDO's voor meerdere cliënten geclusterd worden - plan het MDO op een vaste dag en tijd fysiek of digitaal.
- Leg dit vast in de agenda van de huisarts en andere betrokkenen, met name vanwege een tekort aan SO's zijn tijdige afspraken vooraf van belang
- Inventariseer de binnengekomen problemen/vragen
- Verstuur de uitnodigingen voor het MDO 2 weken tevoren bij voorkeur via OZO-verbindzorg naar de deelnemers. Voeg het aanmeldformulier MDO met de probleemstelling/ vraag per cliënt toe.
- Stuur de SO via een verwijzing via Zorgdomein met verzoek deelname MDO.

Overige rollen:

- Voorzitter: POH-O of huisarts
- Verslag MDO: zorgcoördinator. De ZC vraagt vooraf toestemming aan de patiënt voor bespreking in het MDO en informeert na afloop de patiënt/ mantelzorger over het MDO. Verder zorgt de ZC dat de patiënt opnieuw ingepland wordt. In ieder geval één keer per jaar, zo nodig vaker.

Uitvoering MDO:
Vanwege de beperkte tijd per patiënt is het aan te raden een vaste vergaderstructuur aan te houden.

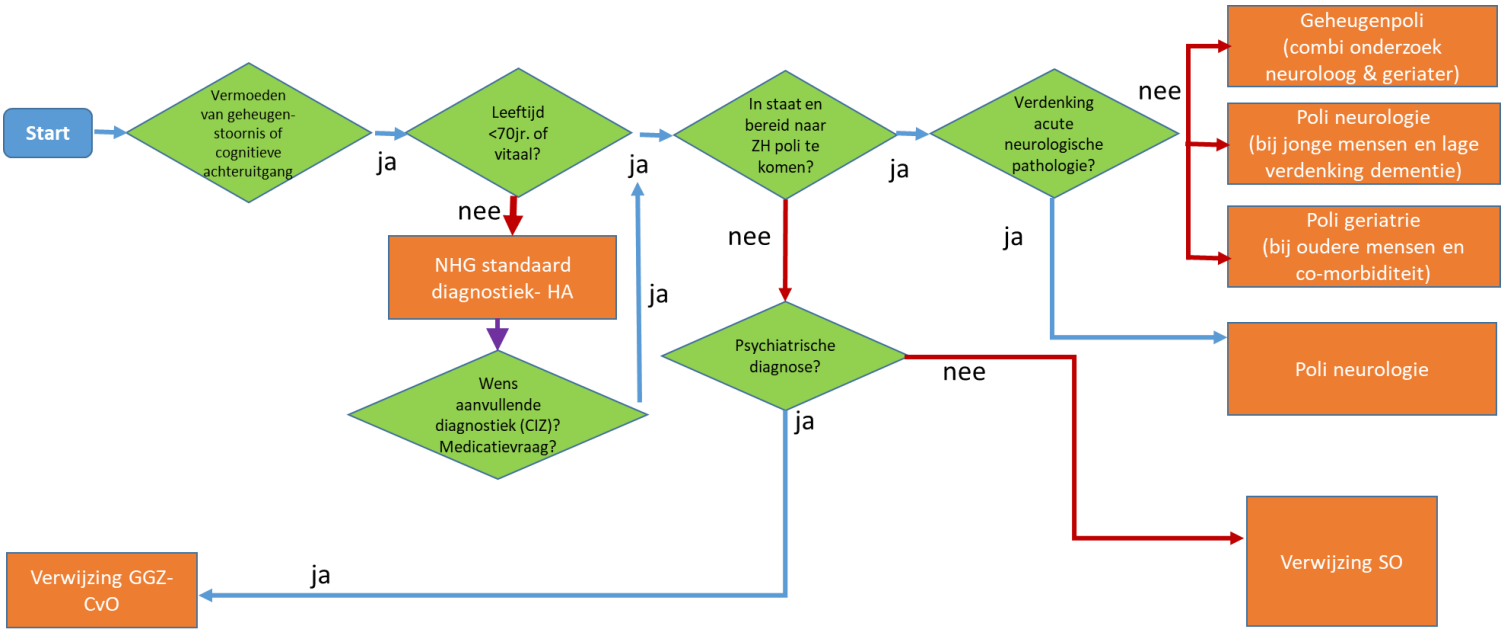
1. Welkom [voorzitter]
2. Per patiënt:
   - Probleeminventarisatie en geformuleerde vragen inbrengen [zorgcoördinator/inbrenger] - aanstellen zorgcoördinator [allen]
   - Afstemming [allen]
   - Levenseinde/ levensverwachting/ afspraken NR [allen]
   - Herstel functioneren/ behoud functioneren/ acceptatie achteruitgang [allen]
   - Zo nodig: medicatie, mantelzorg, voeding [allen]
   - Doelen, afspraken formuleren, samenvatten [voorzitter]
3. Afsluiting, datum volgend MDO [voorzitter]

Duur

Het MDO duurt 1 uur. Per patiënt 15 min, ook kan bij ingewikkelde problematiek gekozen worden voor 30 minuten.

BIJLAGE D STROOMSCHEMA VERWIJSROUTE DIAGNOSTIEK DEMENTIE

Hieronder geven we de diagnostische route voor huisartsen voor mensen met een vermoeden van dementie.



Legenda: CIZ:centrum indicatiestelling zorg GGZ-CvO = Centrum voor ouderenzorg van de GGZ HA= huisarts (POH) NHG=Nederlands huisartsengenootschap SO= Specialist ouderengeneeskunde, werkzaam in eerste lijn ZH=ziekenhuis (St Jansdal)

BIJLAGE E WERKWIJZE TOK
Aan huisartsen en POH-ouderen

Betreft: TOK, een digitaal multidisciplinair overleg voor thuiswonende kwetsbare oudere

Geachte collega,

Vanaf 1 oktober 2021 zijn wij gestart met het Transmuraal Overleg Kwetsbare Ouderen (TOK). In deze brief willen wij u vertellen wat dit inhoudt en u uitnodigen van deze nieuwe werkwijze gebruik te maken.

Wat is het TOK?
Dit is een digitaal transmuraal multidisciplinair overleg, over een thuiswonende kwetsbare oudere**.** https://medicamus.corpio.nl/documents/list?categoryId=10202

Waarom?
Dit initiatief komt voort uit de Expertgroep Kwetsbare Ouderen, die opereert onder de vlag van Gezond Veluwe. Het idee is geboren in de praktijk, omdat wij denken dat er een hiaat is tussen verwijzing van een kwetsbare oudere door de huisarts naar de klinisch geriater/SO, en een kort telefonisch collegiaal overleg**.**

Doel van het TOK
Optimalisatie en afstemming van het (medisch) beleid rond een thuiswonende kwetsbare oudere en verbeteren van de samenwerking tussen eerste en tweede lijn, met als uiteindelijke doel dat iemand zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen en dat onnodige (ziekenhuis)opnames /polikliniekbezoek of andere interventies zoveel mogelijk voorkomen worden. Subdoelen: tijdig spreken over behandelgrenzen, rationeel medicatie gebruik en afstemming van beleid tussen meerdere medisch specialisten en de huisarts.

BIJLAGE F BEGRIPPEN- EN AFKORTINGENLIJST

CAN	Coöperatie Apothekers Noord West Veluwe
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
ELV	Eerstelijnsverblijf
GFI	Groninger Frailty Indicator, meetinstrument kwetsbaarheid ouderen, ©J. Slaets et all.
GRZ	Geriatrische revalidatiezorg
HAP	Huisartsenpost
HO	Huishoudelijke ondersteuning
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
MDO	Multidisciplinair overleg
POH-ouderen	Praktijkondersteuner huisarts voor ouderen
SFPMC	Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch en Communicatief
SNV	Samenwerking Noord-Veluwe
SO	Specialist ouderengeneeskunde
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wuwuw	Weet u wat u wilt
ZNWV	Zorggroep Noordwest-Veluwe
Zvw	Zorgverzekeringswet

OZO-verbindzorg	Netwerkorganisatie met online communicatieplatform OZO Verbindzorg | Platform voor slimme zorgcommunicatie
Polyfarmacie	Het chronisch gebruik van 5 of meer geneesmiddelen
Triple Aim	Een 3-tal doelstellingen: verbeteren van ervaren kwaliteit van zorg, verbeteren van de gezondheid van inwoners en stabilisatie of vermindering van de kosten

Zorgcoördinator	Degene in het netwerk van de oudere – een mantelzorger of zorgprofessional - die de zorg en ondersteuning voor deze oudere coördineert
Zorgmail	Communicatie via beveiligde mail, conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) 2018
Zorg Domein	Digitaal platform waarmee zorgverleners zorgvragen, zorg aanbieden en op een snelle, veilige manier patiëntinformatie kunnen uitwisselen; het biedt oplossingen voor het online verwijzen van patiënten, voor het aanvragen van diagnostiek en voor tel consultatie.