

Onze ouderen



Kaderhuisarts ouderengeneeskunde Ümit Tas met de heer Marks

Inhoud

Onze ouderen

Voorwoord	3
Regiobeeld: Niet verrassend, wel zorgelijk	4
Een goed functionerend ouderenteam	6
Brede expertise in de vakgroep	10
Buurtzorgpension	13
Roadmap bij dementie	14
Belang van proactieve zorgplanning	18
Specialisten ouderengeneeskunde in de eerstelijns	20
Programma Ouderen Voorne	22
Clïëntondersteuner: Gids in het sociaal domein	26
Valpreventie voor 65-plussers	28

Colofon

©Cohaesie 2024. Niets uit deze uitgave mag zonder toestemming van Cohaesie gekopieerd of overgenomen worden.

Email redactie: s.karreman@cohaesie.nl

Redactie: Saskia Karreman (Cohaesie)

Tekst: Ester van den Akker (Dr. Tekst)

Concept en bladmanagement: Marja van Lieshout (Valisz)

Ontwerp en DTP: Katja Wevers (KWA Ontwerp)

Fotografie: Debra Brouwn (Debra fotografie)

Drukwerk: MM Printing

We hebben een vakgroep vol expertise bij elkaar gebracht



Dominiek Rutters

Marloes Tack

Maak gebruik van alle mogelijkheden

De zorg voor ouderen is een essentieel, mooi maar ook steeds zwaarder wordend onderdeel van het huisartsenvak. Door de vergrijzing en taakverschuiving neemt de zorgvraag van ouderen zowel in kwantiteit als in complexiteit toe. Aangezien het voor velen van ons toch al behoorlijk aanpoten is om de praktijk draaiende te houden en alle patiënten van de benodigde zorg te voorzien, is iedere ondersteuning die we hierbij kunnen krijgen meer dan welkom.

Vanuit onze regionale huisartsenorganisatie Cohaesie organiseren we verschillende vormen van ondersteuning bij de zorg aan ouderen. In dit magazine leest u welke expertise collega's in de regio hebben en hoe dit wordt ingezet in onder andere onze vakgroep ouderenzorg. U leest ook welke programma's, consultatiemogelijkheden, logistiek en hulpverlening u als huisarts kunt inzetten om de zorg voor ouderen nog verder te verbeteren en minder belastend te maken voor de praktijk. U leest over hoe u eenvoudig een specialist ouderengeneeskunde kunt consulteren, op incidentele basis of door deze specialist in te zetten bij een periodiek mdo. U wordt bijgepraat over proactieve zorgplanning en de voordelen daarvan. Het zorgpad dementie ondersteunt u bij de organisatie van zorg voor dementerende thuiswondende patiënten en de handreikingen gestructureerde ouderenzorg helpen u om kwetsbare ouderen te identificeren en te monitoren. We kunnen ondersteunen bij het eventueel opzetten van een MDO-ouderen in de praktijk.

Het Buurtzorgpension geeft u een kijkje in de keuken en u leest over de beoogde uitbreiding van het Regionaal Coördinatiepunt. Daarnaast werken we samen met de gemeenten om de rol van de oudere zelf in zijn of haar zorg te vergroten. De inzet van de onafhankelijk cliëntondersteuner is hier een mooi voorbeeld van.

Met Cohaesie hebben we een vakgroep vol expertise bij elkaar gebracht die zowel op beleidsniveau als in de praktijk tracht u zoveel mogelijk te ondersteunen in de zorg voor uw ouderen. Maak gebruik van de mogelijkheden die er zijn! Neem bij vragen contact op. En... wilt u bijdragen aan de vakgroep ouderenzorg of één van de andere vakgroepen, dan bent u meer dan welkom! (Ouderen)Zorg organiseren we samen, vanuit Cohaesie.

Marloes Tack
huisarts en voorzitter bestuur
Cohaesie

Dominiek Rutters
directeur-bestuurder
Cohaesie

Niet verrassend, wel zorgelijk

Mede op initiatief van Cohesie is een coalitie gevormd om de zorg op Voorne-Putten en Rozenburg en Goeree-Overflakkee (VPG) toegankelijk en beschikbaar te houden. We voelen allemaal de urgentie om grote veranderingen teweeg te gaan brengen. Voor het Integraal Zorg Akkoord (IZA) heeft verzekeraar CZ een regiobeeld laten samenstellen. De uitkomst is niet verrassend, wel zorgelijk.

De groep 65-plussers en ook de 80-plussers wordt groter. We zien in onze regio de gevolgen van deze dubbele vergrijzing. De toegankelijkheid van de zorg staat hierdoor erg onder druk.

De regio vergriest sneller en sterker dan de landelijke trend

- Aandeel tachtigplussers tot 2034 verdubbelt
- Aandeel volwassenen neemt af met 6%
- Sterke toename dementie en ouderdom gerelateerde aandoeningen
- Meer dan een halvering van het mantelzorg potentieel
- Tussen de subregio's zijn de verschillen groot

1

Er is een toename van ongezondheid en een afname van gezond gedrag

Zorgvraag van inwoners neemt toe en het aanbod (locaties van zorgaanbieders) ligt voor een deel van de zorg buiten onze regio zelf

- Er is een sterke toename van leefstijl gerelateerde en chronische aandoeningen
- 75% van de inwoners heeft (ernstig) overgewicht
- Inwoners bewegen steeds minder
- De beweegvriendelijkheid van de directe omgeving varieert sterk tussen gemeenten

2

Mentale gezondheid bij jeugd en volwassen staat onder druk

Psychische problematiek (jeugd) neemt toe

- Lokaal veel verschillen tussen stressgerelateerde klachten en mentale gezondheid ouderen vanaf 65+ ervaren veel stress
- De toegankelijkheid tot GGZ-zorg staat onder druk doordat meer mensen GGZ-zorg nodig hebben
- Het aantal jongeren met suïcidale gedachten varieert tussen 16% en 25%. Veel meer dan het landelijk gemiddelde

3

De arbeidsmarkt vergriest en arbeidspotentieel neemt af

Cumulatie van omstandigheden zet de arbeidsmarkt sterk onder druk en daarmee de toegankelijkheid tot zorg

- Er is een mismatch op specifieke functies als praktijkhoudende huisartsen
- Geïsoleerde geografische ligging van de gemeenten en slechte bereikbaarheid belemmeren de arbeidsmarkt
- De arbeidsmarkt vergriest en het arbeidspotentieel neemt af

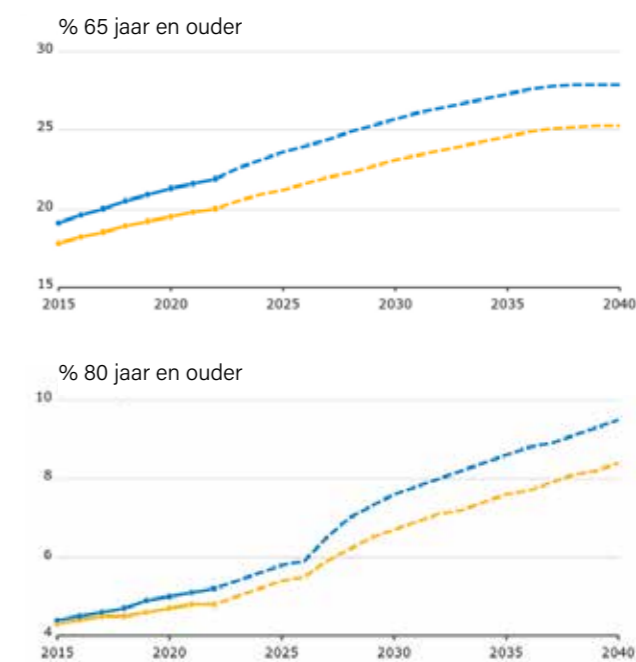
4



Scan de QR-code voor het Regioplan Zuid-Hollandse Eilanden



Sterke (dubbele) vergrijzing



— Zorgkantoorregio Zuid-Hollandse Eilanden
— Nederland

Bron: Bevolkingsstatistiek (CBS), Pirmos-prognose (AFB Research), bewerking RIVM

In de periode 2023 – 2040 neemt in de regio Zuid-Hollandse Eilanden het aandeel inwoners van 65-79 jaar toe van 17,3% naar 18,4% (NL: 17,6% → 20,0%) en het aandeel van de groep inwoners ouder dan 80 jaar stijgt van 5,4% naar 9,5% (NL: 4,8% → 8,0%).

+100%
80-ers tot 2034

-6%
Volwassenen

75%
Inwoners met (ernstig) overgewicht

-50%
Mantelzorgers



Leefstijl gerelateerde en chronische aandoeningen



Arbeidspotentieel zorgprofessionals



Stress bij ouderen

Onderscheid maken tussen
complexe en minder complexe
ouderen



Een goed functionerend ouderenteam kan de huisarts veel taken uit handen nemen

Steeds meer kwetsbare ouderen wonen langer thuis. Dat vraagt om nieuwe, efficiënte werkwijzen van zorg en ondersteuning. In de regio Voorne-Putten werken we daarom aan gestructureerde ouderenzorg. Het stroomlijnen van de zorg stimuleert en verbetert de samenwerking tussen zorgverleners. Cohaesie ondersteunt haar huisartspraktijken bij de opzet en doorontwikkeling van deze nieuwe manier van werken.

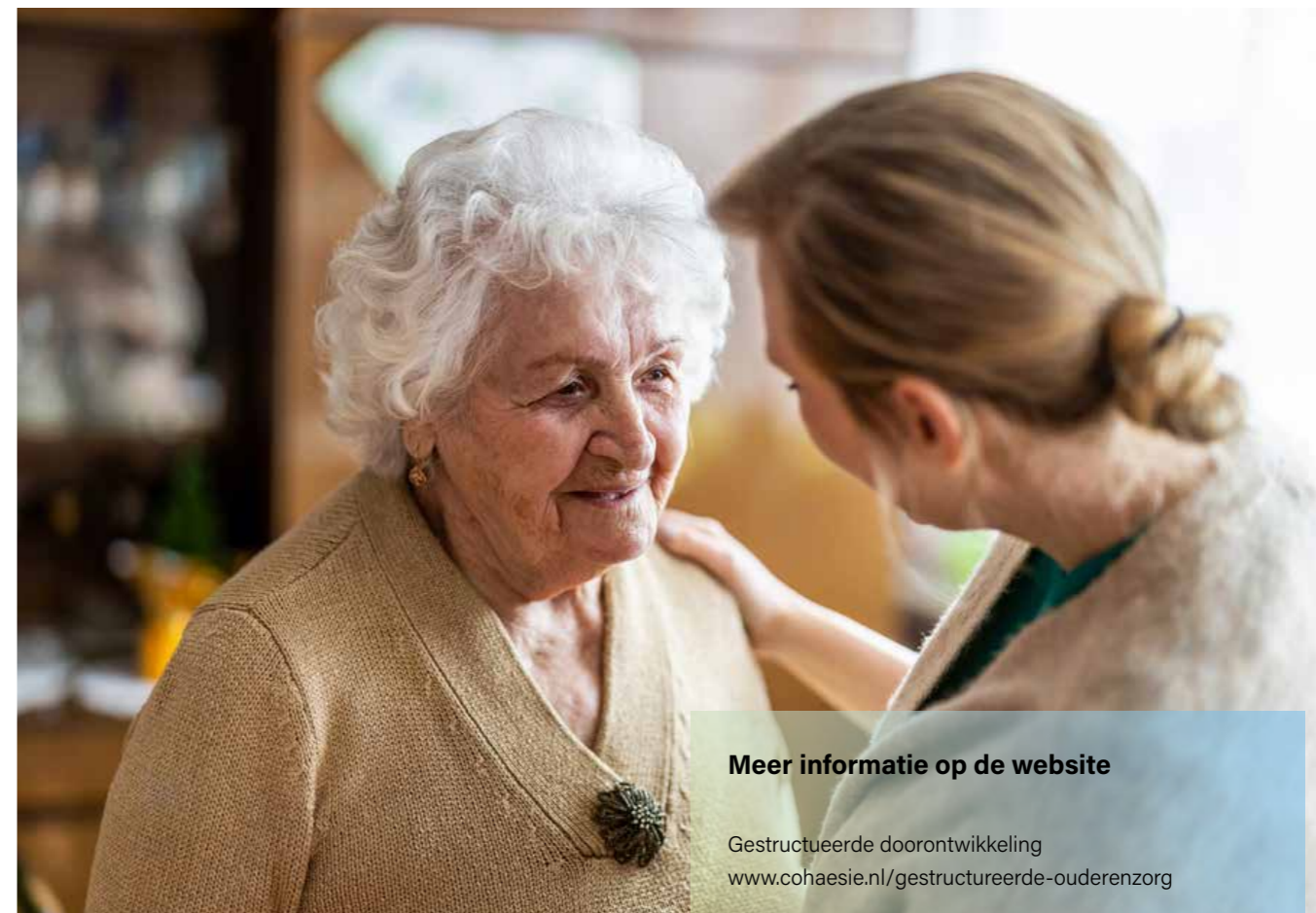
“Het is onmogelijk om alle ouderen in de regio proactief te volgen. Daarom moeten we goed in kaart brengen welke mensen we wél in beeld moeten houden.” Aan het woord is huisarts Chantal Labee, bestuurslid en dossierhouder ouderenzorg bij Cohaesie. Met het zorgprogramma ouderenzorg wil Cohaesie inzicht krijgen in de populatie kwetsbare ouderen en passende zorg inzetten. Zo wordt hopelijk voorkomen dat de gezondheid achteruit gaat en dat acute interventies nodig zijn. Chantal vervolgt: “Door structuur aan te brengen in onze ouderenzorg helpen we zorgverleners om onderscheid te maken tussen complexe en minder complexe ouderen.”

Verskillende onderdelen

Gestructureerde ouderenzorg richt zich op een aantal onderdelen. Allereerst op het signaleren van de kwetsbare oudere, waarna een probleemanalyse volgt. Vaste onderdelen zijn een medicatiereview en proactieve zorgplanning (voorheen advance care planning). Bij de kwetsbare oudere in een complexe situatie ligt de focus ook op een multidisciplinair zorgplan en overleg. De huisarts en de praktijkondersteuner verlenen de ouderenzorg in eerste instantie samen met het sociaal domein, de wijkverpleging, de specialist ouderengeneeskunde, de casemanager dementie en de apotheker.

De populatie in kaart brengen

Er zijn verschillende manieren om de ouderenzorg als praktijk te structureren. Chantal: “Je kunt de gehele populatie in kaart brengen, maar dat kost veel tijd. In mijn praktijk kiezen we voor casefinding; we komen in actie als we tijdens een visite of consult vermoeden dat iemand kwetsbaar is. Als iemand eenzaam is, in een vervuild huis woont of wel erg vaak in herhaling valt. Dan zetten we ons ouderenteam in. We gebruiken het model ‘SF MPC’ om de kwetsbaarheid in te schatten. Daarmee bepalen we bijvoorbeeld of er valgevaar is, of iemand eenzaam is, wat voor netwerk er is en welke medische problematiek. Daarna is het zaak om te monitoren.”



Meer informatie op de website

Gestructureerde doorontwikkeling
www.cohaesie.nl/gestructureerde-ouderenzorg

Multidisciplinair overleg (MDO)
www.cohaesie.nl/casuistiektafel

Hulptroepen

Als de kwetsbaarheid van de patiënt eenmaal duidelijk in kaart is gebracht is het vaak ook nodig om hulp bij te schakelen. Chantal: “Daar ligt voor mij echt de noodzaak van gestructureerde ouderenzorg. Er zijn ontzettend veel hulplijnen, van sociaal domein tot specialist ouderengeneeskunde.” Wie moeite heeft met het vinden van de juiste professional uit het sociale domein kan daarvoor ook aankloppen bij Cohaesie. Zij heeft en houdt alle organisaties en professionals goed in beeld. Er is ook ondersteuning mogelijk bij complexe medische vraagstukken. Chantal: “Er is een casuïstiektafel complexe ouderenzorg, waar huisartsen online een (hoog) complexe casus kunnen indienen. Deze casus wordt besproken in een team van huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en geriateren. De huisarts heeft ook de mogelijkheid om andere zorgprofessionals, zoals casemanagers, praktijkondersteuners of verpleegkundig specialisten uit het zorgnetwerk van de patiënt mee te nemen naar de casuïstiektafel. En een project waarbij de specialist ouderengeneeskunde drie maanden lang medebehandelaar in de praktijk is. Dit helpt bij ingewikkelde casussen waar je als huisarts op vastloopt.”

Taken uit handen

Chantal geeft toe dat het instellen van je praktijk op ouderenzorg een tijdrovend proces kan zijn. “Maar een ouderenteam kan veel taken uit handen nemen.” En er is hulp beschikbaar:

Cohaesie biedt ondersteuning bij de opzet en doorontwikkeling van gestructureerde ouderenzorg en bij het formeren van een kernteam. Daarnaast kan Cohaesie faciliteren bij de op- of doorstart van een multidisciplinair overleg (MDO) rondom de kwetsbare oudere. Chantal: “Bijvoorbeeld met instructiekaarten, hulpmiddelen en nascholingen. En er is ook een coach die kan helpen bij de opstart van gestructureerde ouderenzorg.”

Gouden ei

Is gestructureerde ouderenzorg het gouden ei? Chantal schudt haar hoofd. “Het is een hulpmiddel, de basis die helpt om je zorg zo goed mogelijk in te regelen. Crisisituaties blijven voorkomen. Maar je handelt veel efficiënter als je de patiënt al in kaart hebt gebracht. Als je proactieve zorgplanning hebt toegepast en weet wie de contactpersoon van de familie is, scheelt dat voor jezelf en je patiënt een heleboel stress. Je biedt echt betere kwaliteit van zorg.”



Huisartsen kunnen een casus
indienen om met specialisten te
bespreken

Chantal Labee

Huisarts, bestuurslid en dossierhouder ouderenzorg bij Cohaesie

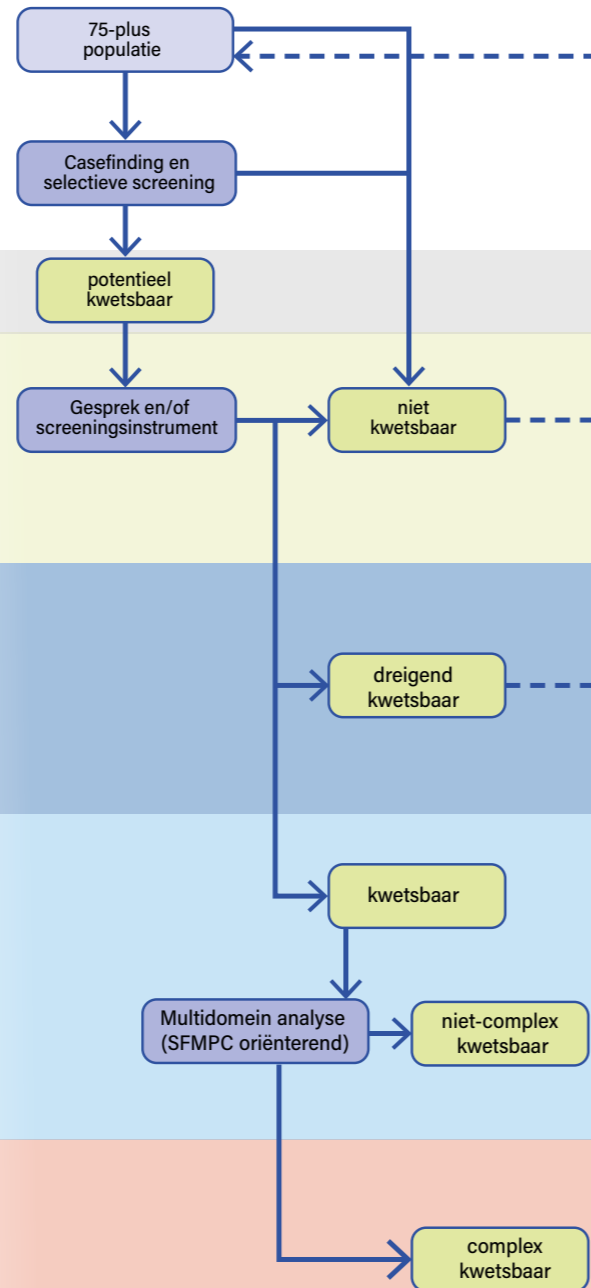
Gestructureerde ouderenzorg

Kwetsbaarheid, meetinstrument, actie en registratie



Cohaesie ontwikkelde deze instructiekaart, een hulpmiddel voor de huisartsenpraktijken om de ouderenzorg te beter structureren.

Het stroomlijnen van de zorg voor onze ouderen stimuleert en verbetert de samenwerking. We stimuleren het doorontwikkelen van deze nieuwe manier van werken.



Meetinstrument / bevinding

Actie

Registratie

Advies
 Periodiek lijst 75-plussers uitdraaien (zie gestippelde lijn), met aandacht voor:
 - Werkwijze casefinding
 - De 'nieuwe' 75-plussers
 - Degenen die eerder niet kwetsbaar bevonden zijn
 - Risicogroepen (via: ouderenzorgrapport VIPLive)

Basisregistratie voor alle 75-plussers
 S-regel (subjectief) Verhaal
 O-regel (objectief) Vragenlijst, gewicht
 E-regel (evaluatie) Werkdiagnose, symptoom
 P-regel (programma/plan) Actie
 Proactieve zorgplanning (ACP) A20, S- en P-regel, zo nodig O-regel, (evt. VIPLive)

Niet proactief opvolgen
 - Reguliere zorg aanbieden

Basisregistratie Ouderenzorgprotocol
 ICPC
 Meetinstrument
 Op aanvraag patiënt
 Aanwijzingen voor kwetsbaarheid (AWKW): 'nee'
 Niet gerelateerd aan ouderenzorg
 Score (indien aanwezig)

Niet - plus gevoel en/of Frailty Index ≥ 0.2
Score meetinstrument, bijvoorbeeld:
 - GFI < 4
 - TraZAG < 3
 - Easycare: indicatie trap 1
 - Prisma < 3
 - TFI < 5

Niet proactief opvolgen
 - Reguliere zorg aanbieden
 - Netwerk patiënt in kaart brengen
 - Toestemming vragen voor delen van informatie met andere zorgverlener(s)/LSP

Basisregistratie én:
 ICPC
 Meetinstrument
 O-regel (objectief)
 P-regel
 Contactgegevens
A49.01
 Score
 Vragenlijst, gewicht
 Plan, aanpak
 Netwerk patiënt

Score meetinstrument, bijvoorbeeld:
 - GFI ≥ 4
 - TraZAG ≥ 3
 - Easycare: indicatie trap 1
 - Prisma ≥ 3
 - TFI ≥ 5
 Cognitieve problemen
 Ontbreken van (mantel)zorg

Proactief opvolgen
 - Coördinator aanstellen
 - Multidomein analyse: SFMPc oriënterend
 - Medicatiereview overwegen
 - Netwerk patiënt in kaart brengen
 - Kernteam bespreking in de praktijk
 - Gesprek proactieve zorgplanning (ACP)
 - Terugkoppeling aan patiënt / mantelzorg
 - Toestemming vragen voor delen van informatie met andere zorgverlener(s)/LSP

Basisregistratie én:
 ICPC
 Medicatie review
 Meetinstrument
 O-regel (objectief)
 Hoofdbehandelaar
 Contactgegevens
A05 (vervang evt. A49.01)
A49.02 (bij polyfarmacie)
 Score
 Vragenlijst, gewicht
 Huisarts aanvinken
 Contactpersoon en netwerk

Patiënt is kwetsbaar én uit multidomein analyse blijkt:
 - Ongeplande zorg en/of
 - Geen eigen regie

Zie acties 'kwetsbare ouderen' én:
 - Hogere frequentie van opvolgen
 - Meer informanten (bijvoorbeeld mantelzorg)
 - SFMPc verdiepend, Gezondheidsplan
 - Patiënt gebonden overleg (breder dan kernteam praktijk):
 - Gestructureerd Periodiek Overleg (GPO)
 - Multidisciplinair Overleg (MDO)

Zie registratie 'kwetsbare oudere' én:
 Kwetsbaarheid met complexe zorg
 Proactieve zorgplanning (ACP)
 O-regel
 Aanvinken in ouderenzorgprotocol
A20, S- en P-regel, z.n.

Brede expertise in de vakgroep

Aan het fundament van onze gestructureerde ouderenzorg staat een team van professionals die allemaal hun eigen kennis en kunde meenemen. In de vakgroep ouderenzorg werken zij samen aan innovatie en verbetering van de zorg binnen onze regio. We stellen de leden aan je voor.



Ümit Tas

Kaderhuisarts ouderengeneeskunde

Rol in de vakgroep: medisch expert als kaderhuisarts ouderengeneeskunde

'Mijn deels Turkse achtergrond inspireerde mij al jong tot respect en barmhartigheid naar ouderen. Het maakte mij bewust van hun betekenisvolle plaats in de samenleving, ondanks hun toenemende beperkingen. Ik ervaar een intrigerende dubbele rol voor mij als persoon en professional wanneer ik geboeid raak door het (levens)verhaal van ouderen en tegelijkertijd probeer hen gepaste zorg te verlenen. Ook mijn vader, voorbij de tachtig, ontkomt niet aan de greep van de 'geriatric giants'. Dat geeft het respecteren, leren en zorgen een extra persoonlijke dimensie.'



Leendert Jongejan

Huisarts

Rol in de vakgroep: Huisarts en kaderhuisarts palliatieve zorg (i.o.). Opzetten PATZ en organiseren van FTO. Invulling geven aan ACP door onderwijs, info dagen en beleidsveranderingen.

"Ouderenzorg is geslaagd als de zorg gestandaardiseerd is net als bijvoorbeeld de CVRM of diabeteszorg. Als alle ouderen in beeld zijn bij de zorgverlening en de verschillende onderdelen van de zorgverlening met elkaar communiceren. Het mooiste is als er een evenwicht is tussen gestandaardiseerde zorg en persoonlijke geneeskunde met oog voor de wensen van de patiënt.



Chantal Labee

Praktijkhouder, bestuurslid Cohaesie en opleider en regiovertegenwoordiger bij de huisartsenpost

Rol in de vakgroep: dossierhouder ouderenzorg.

"Om de ouderenzorg te laten slagen zijn meerdere kernwaarden belangrijk; regie bij de patiënt, persoonsgerichte zorg, thuis wonen met voldoende zorg en aandacht, proactieve zorg en samenwerking tussen verschillende disciplines. Ook van belang is de juiste zorg op de juiste plek of de gewenste plek van de oudere patiënt; die moet niet onnodig op de SEH belanden, dan naar een verpleeghuis, terug naar huis, weer terug naar het verpleeghuis en dan overlijden."



Monica van Wijngaarden-van Eijk
Specialist ouderengeneeskunde, kaderarts geriatrische revalidatie en docent LUMC

Rol in de vakgroep: Medisch inhoudelijke adviserende rol.

"Naast mijn studie werkte ik in de thuiszorg, inspirerend voor mijn verdere carrière. Oudere mensen hebben veel te vertellen, ze bezitten veel wijsheden en zijn soms een enorme puzzel."



Petra Borsje
Specialist ouderengeneeskunde en kaderarts psychogeriatric

Rol in de vakgroep: Medisch inhoudelijke adviserende rol.

"We kunnen oudere patiënten niet altijd functioneel beter maken. We kunnen wel de mantelzorgers en hulpverleners toerusten voor hun zorgtaak. Als je het proces van ouder en kwetsbaar worden in samenspraak met de patiënt kunt begeleiden en crisissituaties kunt voorkomen, dan is de ouderenzorg geslaagd."



Carmen Borggreven
Casemanager dementie

Rol in de vakgroep: Externe samenwerkingspartner vanuit de functie casemanager dementie.

"Het feit dat zorg ontvangen niet meer vanzelfsprekend is, is iets waar wij nu al tegenaan lopen. Soms moeten mensen lang wachten op passende zorg. Problemen als eenzaamheid, overbelasting en uitval van mantelzorgers, tekort aan tijd voor de oudere cliënt, meer crisisopnames door het langer thuis wonen en zorgtekorten. Daar maak ik mij zorgen om, maar de vele initiatieven/ideeën om de ouderenzorg te verbeteren bieden wel veel perspectief."

Geboeid raken door het levensverhaal en tegelijkertijd gepaste zorg verlenen



Lia Schuit

Verpleegkundige en POH ouderenzorg

Rol in de vakgroep: Binnen de vakgroep werk ik mee aan ontwikkelingen met betrekking tot de ouderenzorg in algemene zin. Dit jaar specifiek voor proactieve zorgplanning.

"Ik heb verschillende situaties meegemaakt waarbij, door goed te screenen en de juiste interventies in te zetten, de oudere weer plezier kreeg in het leven." de ouderenzorg geslaagd."



Aryanti Mega Ugahary

Programmamanager Strategie en Zorg

Rol in de vakgroep: Faciliterend en coördinerend

"Een van de hoogtepunten van dit jaar is de positief geëvalueerde pilot waarbij een huisarts een zeer complexe casus kan bespreken met experts op het gebied van ouderenzorg. Het is essentieel dat mensen elkaar kennen, met elkaar in gesprek zijn en weten op welke manier ze samen iets voor de patiënt en elkaar kunnen betekenen."



Marielle Schouwink

POH-coach voor de POH-Somatiek

Rol in de vakgroep: Vertegenwoordiger van de POH's betrokken bij de gestructureerde ouderenzorg.

"Er valt veel winst te behalen op het gebied van communicatie en samenwerking met andere disciplines. Waarvan de grootste uitdaging is om te weten welke initiatieven er zijn binnen de wijk of omgeving van de patiënt."

Sophia Batenburg-van Vliet

Programmamanager Zorg & Welzijn

Rol in de vakgroep: Ondersteuning van de zorgprofessionals in de vakgroep.

"De afschaffing van de bejaardenhuizen was mijns inziens niet voor iedereen goed. Het kost een zorgverlener veel meer tijd om van huis tot huis te gaan. Daarnaast neemt de eenzaamheid toe. Zorg zou moeten aansluiten op de behoeften van alle mensen; of ze nu thuis of bij elkaar willen wonen."

We kunnen mantelzorgers en hulpverleners toerusten voor hun zorgtaak



Extra aandacht komt ten goede aan het herstel

Buurtzorgpension biedt fijne omgeving, net als thuis

Buurtzorgpension Spijkenisse biedt een oplossing voor kwetsbare mensen die tijdelijk meer zorg nodig hebben dan thuis geboden kan worden. Bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname. Of wanneer 24-uurs zorg nodig is, maar een ziekenhuisopname niet noodzakelijk is.

Mensen die het thuis even niet redden, kunnen sinds 2019 terecht in het Buurtzorgpension in Spijkenisse. Omdat ze na een ziekenhuisopname nog niet voldoende hersteld zijn om thuis te wonen, omdat een huisgenoot is opgenomen, omdat hun mantelzorger op vakantie is of omdat de zorg thuis tijdelijk ontoereikend is. De redenen zijn talrijk, zolang er maar een zorgindicatie is. Hoewel het concept van het Buurtzorgpension hetzelfde is gebleven, ziet coördinator Astrid Kruithof wel verandering in de patiënten. "In Spijkenisse wonen veel kwetsbare mensen. De kwetsbaarheid is toegenomen sinds mensen steeds langer thuis blijven wonen. Daarom was er ook grote behoefte aan een voorziening als deze."

Net een hotel

Het Buurtzorgpension is niet alleen een noodzakelijk, maar ook een prettig verblijf. De kamers zijn comfortabel ingericht, voorzien van TV, een douche en toilet. Gasten zijn dan ook erg tevreden over hun verblijf. Astrid: "We staan voor een hotelmatige sfeer. Omdat we naast de verpleegkundigen ook gastvrouwen in dienst hebben, is er tijd voor extra aandacht. Dat komt ten goede aan het herstel."

Korte lijnen

De teams op de werkvloer doen zelf de triage, zonder tussenkomst van een opnamebureau.

Daardoor zijn de lijnen kort. Astrid: "Je hoort direct of er een bed beschikbaar is." Daarbij gelden enkele exclusiecriteria. Patiënten met psychische stoornissen met storend gedrag, dementie met indicatie zorg & dwang en overbruggingszorg kunnen niet opgenomen worden in het Buurtzorgpension. Astrid: "We leggen daarbij de focus op wat we wel kunnen bieden. Zo hebben we bijvoorbeeld een welzijnsproject waar we mensen extra aandacht bieden door activiteiten. Daardoor kunnen mensen met lichte dementie wel bij ons terecht."

Harmonie

De afdelingen zijn zelfregelend, naast de triage bepalen ze samen met de gasten welke zorg wenselijk is. Daarbij blijft de huisarts hoofdbehandelaar. Voor gasten uit Voorne-Putten waarvan de huisarts buiten Spijkenisse praktijk houdt, zijn er vier waarnemers uit Spijkenisse die de zorg op zich nemen. Astrid: "Coördinatoren zorgen dat de randvoorwaarden goed geregeld zijn. Daardoor kunnen de teams zich volledig richten op de zorg. Het zijn verpleegkundigen van niveau 4 tot 6, die kunnen die verantwoordelijkheid prima aan. Er is een hoog deskundigheidsniveau en weinig hiërarchie. Die harmonie op de werkvloer is ook voelbaar voor een gast. Het zijn de ingrediënten die Buurtzorgpension Spijkenisse tot een succes maken."

Buurtzorgpensions in Nederland
Spijkenisse is de grootste

7

Kamers voor koppels



Bedden

38

Gemiddelde bedbezetting

87%

Opnames per maand

30/40

Dagen gemiddelde ligduur

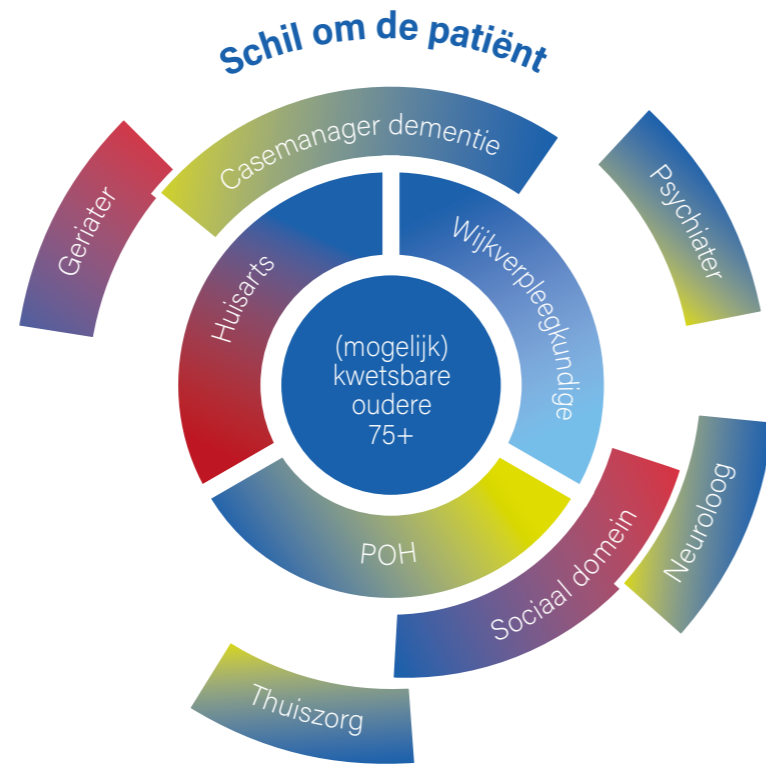
27

Door Cohaesie huisartsen, voor patiënten uit Voorne-Putten

Door Cohaesie huisartsen, voor De waarnemers voor Buurtzorgpension zijn: Boris Koerts, Eric Muris, Petra de Boks, Ümit Tas

Roadmap bij dementie

Als iemand dementie heeft, zijn naast de huisarts veel zorgverleners betrokken. Het zorgpad dementie geeft aan wanneer welke zorgverlener betrokken kan worden. Uniek is dat ook de tweedelij aangehaakt is.



Bij de zorg voor mensen met dementie kunnen allerlei zorg- en hulpverleners betrokken zijn. Het zorgpad dementie is opgezet om patiënten op Voorne-Putten en Rozenburg de juiste ondersteuning of zorg te geven op het juiste moment. "We hebben het zorgpad dementie van de eerstelijnszorg doorgetrokken naar de tweedelij. Dat is uniek in Nederland", zegt Sophia Batenburg, programmamanager zorg en welzijn van regionale huisartsenorganisatie Cohaesie.

In het zorgpad dementie, waarbij Cohaesie een initiërende en faciliterend rol heeft gespeeld, staan alle professionals die een patiënt met dementie omringen. Per zorgprofessional zijn de taken en verantwoordelijkheden beschreven. Een schema maakt duidelijk hoe het proces van diagnose tot ondersteuning verloopt. Het zorgpad biedt zo aan alle betrokken partijen duidelijkheid: wie doet wat en wanneer.

Zorg bijschakelen

Elaine van Halderen is casemanager dementie en stond aan de wieg van het zorgpad. Zij zocht in het kader van een afstudeeropdracht de disciplines bij elkaar die betrokken worden in geval van dementie. Elaine: "De casemanagers dementie worden pas ingeschakeld als de officiële diagnose dementie is gesteld. Bovendien hebben ze te maken met wachtlijsten. Door bij beginnende dementie al

zorgverleners in het zetten kunnen we mensen tijdig zorg leveren. Denk bijvoorbeeld aan de wijkverpleging en de POH. Zo kun je goed in de gaten houden of de patiënt zichzelf nog kan redden. Is meer zorg nodig, dan zijn de lijnen kort en kun je snel zorg bijschakelen."

Uniek zorgpad

Bij een vermoeden van dementie kan met hulp van het zorgpad dementie bepaald worden welke zorg ingeschakeld moet worden. Het zorgpad dementie bestaat uit twee zorgpaden. Zorgpad 1 is voor de fase van beginnende dementie. De ondersteuning is dan in handen van de wijkverpleging, de praktijkondersteuner, welzijn ouderen en soms de casemanager dementie. Is er kans op een crisis of is specialistische zorg nodig, dan schakelt de huisarts de casemanager dementie in en gaat zorgpad 2 in. Uniek aan het zorgpad dementie is dat ook de tweedelij is aangehaakt. De afdelingen geriatrie en neurologie van Spijkenisse Medisch Centrum dachten mee over de ontwikkeling van het pad. De link met de tweedelij is in beide zorgpaden opgenomen.

Begeleiding vanuit de wijk

Neline van Veen is wijkverpleegkundige en was ook betrokken bij de ontwikkeling van het zorgpad. Inmiddels wordt zij regelmatig ingezet als iemand beginnend dementerend is. "Bij de minder zware casussen kunnen wij de ondersteuning van een patiënt oppakken. Waar we voorheen vooral verantwoordelijk waren voor de verzorging van een patiënt, leveren we nu ook

begeleiding. Zien wij dat iemand achteruit gaat, dan zorgen we dat de casemanager wordt ingeschakeld." Het zorgpad is wat Neline betreft een goed middel om te zorgen dat patiënten de juiste zorg krijgen, maar het mag van haar nog meer ingezet worden: "Sommige huisartsen werken er al actief mee, maar dat kan beter. Het wordt nog niet actief geborgd."

Hulptroepen voor de huisarts

Kaderhuisarts ouderengeneeskunde Ümit Tas was betrokken bij het ontwikkelen van het zorgpad en noemt het een 'roadmap bij dementie'. Wat hem betreft was het van groot belang dat dit zorgpad er kwam: "Dementie is een ingrijpende aandoening in het leven van de patiënt en zijn omgeving. Die mensen wil je niet in de kou laten staan. Maar ook voor de huisarts is het een ingewikkeld proces. Vroeger stelde de specialist ouderengeneeskunde of de geriater de diagnose dementie. Tegenwoordig ligt dat bij de huisarts. Daarom is het belangrijk dat de huisarts weet welke hulptroepen er kunnen worden ingeschakeld."

Kennis van de levensloop

Ümit onderschrijft dat het voor huisartsen weer een nieuwe opgave is. "Maar we moeten dit probleem samen oplossen. Ook voor de patiënt zelf. Door op tijd zorg in te zetten, kan de patiënt meer eigen regie behouden." Hij geeft aan dat huisartsen door proactieve zorgplanning kunnen voorsorteren op dementie. "Iemand gaat niet direct van gezond naar dement. Kennis van

In Nederland:
290.000
mensen met dementie
in 2040
stijgt dit tot ruim **500.000**

Zorgpad 1	Zorgpad 2
Mild Cognitive Impairment (MCI) en/of niet pluis fase	Diagnose dementie
Beginnende of matige dementie	Beginnende, matige of gevorderde dementie
Stabiele situatie: <ul style="list-style-type: none"> • Patiëntstelsel heeft voldoende draagkracht • Sociaal netwerk voldoende aanwezig, geen overbelaste mantelzorger(s), familie communiceert onderling en stemt met zorgverlener(s) de inzet adequaat af • Betrokkenen weten op een natuurlijke manier met de dementie om te gaan • Er is bereidheid zorg te accepteren • Er is een beperkt aantal zorgverleners nodig 	Kwetsbaar evenwicht: <ul style="list-style-type: none"> • Patiënt met persoonlijkheidsproblematiek, vertoont gedragsproblemen • Mijden van zorg, afweren van hulp • Co morbiditeit • Systeemproblematiek. Kwaliteit sociaal netwerk: weinig tot geen contacten, of contacten ver weg, geringe draaglast mantelzorger/patiëntstelsel/sociaal netwerk; moeizame samenwerking binnen sociaal netwerk en tussen familie en zorgverleners • Veel betrokken zorgverleners/ instanties, evt. moeizame samenwerking



Kaderhuisarts ouderengeneeskunde Ümit Tas in gesprek met casemanager dementie Elaine van Halderen

Het Zorgpad dementie is in 2023 omarmd door het Netwerk Dementie. Alle deelnemers van dit netwerk onderschrijven de relevantie van dit zorgpad. In 2024 gaan we samen een IZA aanvraag indienen om het zorgpad breed te implementeren zodat alle betrokken professionals uit de brede eerste- en tweedelij, GGZ, welzijns- en vrijwilligersorganisaties en gemeenten het pad goed op hun netvlies hebben staan.

de levensloop is daarom belangrijk. Zodat je weet hoe iemand voorheen functioneerde." Ook Elaine merkt dat het voor de patiënt prettig is dat er vroegtijdig wordt geschakeld: "We kunnen ze rustig naar het moment van de diagnose toe leiden."

Snel doorpakken

Zowel bij zorgpad 1 als bij zorgpad 2 krijgen de zorg en ondersteuning vorm via een individueel zorgbehandelplan. Dit aan de hand van het cyclusplan (op te stellen in samenwerking met patiënt en mantelzorg): Do (uitvoeren interventies door hulpverleners), Check (monitoren interventies in multidisciplinair overleg) en Actualize (bijstellen behandelplan in samenwerking met patiënt en mantelzorg).

"Zo kun je goed in de gaten houden hoe de situatie zich ontwikkelt en of de patiënt nog voldoende zelfredzaam is. Door de goede communicatie kun je ook snel doorpakken als het nodig is. Het zorgpad dementie is één groot samenwerkingspad", aldus Elaine. "En het voorkomt dubbel werk", zegt Sophia.

Korte lijntjes

Wij hebben een zorgpad uitgetekend dat hier past. Uniek is bijvoorbeeld dat de casemanager dementie al sinds 2019 ook spreekuur houdt in Spijkenisse Medisch Centrum. Dat heeft geleid tot een uitstekende samenwerking met geriatrie en neurologie. Die afdelingen hebben meegedacht bij het opzetten van het zorgpad. Geriatrie en neurologie hebben de werkwijze geüniformeerd, waardoor Spijkenisse Medisch Centrum goed

aansluit op het zorgpad. Op die manier konden we het breder trekken en kan de patiënt ook vanuit Spijkenisse Medisch Centrum een doorverwijzing krijgen naar de casemanager dementie. De link met de tweedelij zit verweven in beide zorgpaden.

Het proces op weg naar een zorgpad dementie is in 2019 gestart met een pilot in Zuidland en Heenvliet. Een jaar later zou het uitrollen over de regio plaatsvinden, maar door corona is dat niet gelukt. De gemeente Nissewaard is er nauw bij betrokken en ook de gemeente Hellevoetsluis is er enthousiast over.

Verkorte procedure

Volgens Elaine is de pilot in Zuidland en Heenvliet goed uit de verf gekomen. "Soms is het wikkelen en wegen van een patiënt bij de praktijkondersteuner nog op de juiste plek is of naar de casemanager dementie zou moeten, maar ik heb duidelijk gemerkt dat de samenwerking veel sneller gaat en dat geldt ook voor doorverwijzingen naar het ziekenhuis. Casemanagers maken nu ook gebruik van VIPLive: het informatiesysteem dat de huisartsen en het ziekenhuis gebruiken."

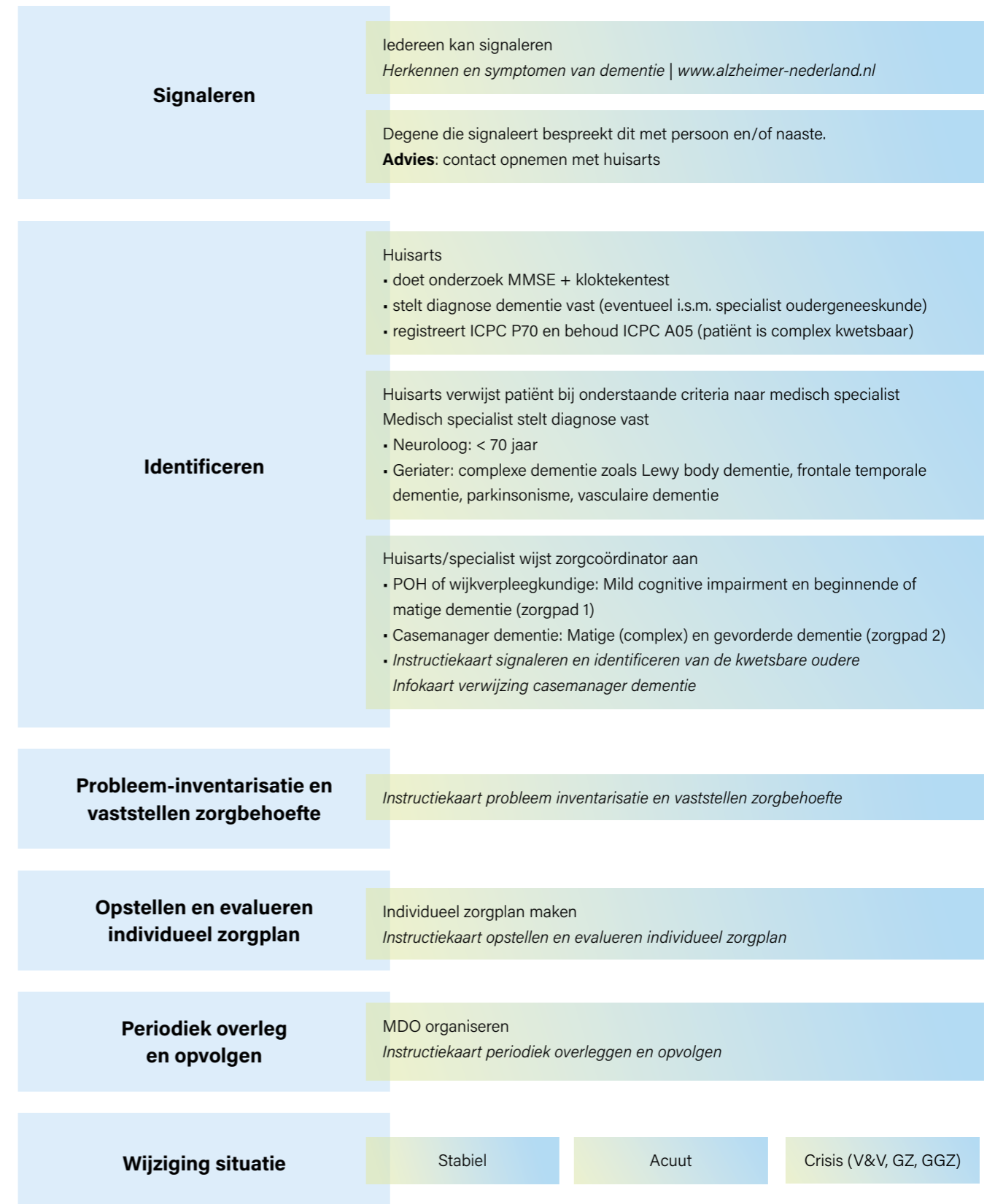
Sophia: "De lijnen zijn korter geworden. Als de casemanager dementie de aanvraag doet is er al een verkorte procedure voor de WMO-voorziening dagbesteding in de gemeente Nissewaard." Het streven is om dat ook in andere gemeenten mogelijk te maken. Overigens werken buiten de regio Voorne-Putten en Rozenburg de gemeenten Goeree-Overflakkee en Hoeksche Waard ook al met zo'n verkorte procedure.

Geen acute situaties

Het voordeel van het zorgpad dementie is verder dat je acute situaties voorkomt. Je bent voorbereid, iedereen is op de hoogte. Dan kan het niet gebeuren dat je bijvoorbeeld op vrijdagmiddag ineens wat moet regelen voor een patiënt. Je hebt eerder een beeld, ook van de zorg die nodig is. Met de voorinformatie kan de casemanager dementie dieper op de materie ingaan en is het

mogelijk om sneller in te springen. Voor de patiënt is dat ook fijn. Die kent de casemanager al en hoeft niet aan een nieuw gezicht te wennen als het proces van dementie verder gaat. Dat maakt het makkelijker en geeft de patiënt rust.

zorgpad dementie



Huisarts Leendert Jongejan

'Er ontstaan hele mooie gesprekken'



Huisarts Leendert Jongejan in gesprek met dochter van patiënt

Proactieve zorgplanning is een belangrijk onderdeel van gestructureerde ouderenzorg. Dat geldt niet alleen voor de huisarts, ook ketenpartners hebben baat bij een goed bijgehouden profiel met daarin de actuele wensen van de patiënt. Leendert Jongejan maakt zich in de regio hard voor proactieve zorgplanning: "de huisarts is degene die kan zorgen dat de mens voorop staat in het zorgproces."



Palliatieve zorg vindt hij het mooiste onderdeel van zijn werk. Leendert Jongejan is huisarts in Spijkenisse en volgt de opleiding tot kaderhuisarts palliatieve zorg. Daarnaast is hij lid van de projectgroep proactieve zorgplanning. Leendert: "Als mensen horen dat ze niet lang meer te leven hebben, kom je als huisarts heel dichtbij. Er ontstaan intieme gesprekken, over zingeving, gezin en spiritualiteit. Mensen krijgen een andere visie op wat hun leven zin geeft. Ik vind het heel mooi om dat samen te verkennen."

Natuurlijk proces

Proactieve zorgplanning is een dynamisch proces waarbij de huisarts en de patiënt met elkaar bespreken wat de wensen voor de laatste levensfase zijn. "Het levenseinde is een proces en proactieve zorgplanning daarmee ook", bevestigt Leendert. "Huisartsen voelen het nog wel eens als de zoveelste verplichting, mede omdat de wensen van een patiënt veranderlijk zijn. Maar het is feitelijk een profiel dat je maakt vanaf het moment dat iemand je patiënt wordt." En dat hoeft volgens hem niet zo veel tijd te kosten. "Neem tijdens elk consult twee minuten de tijd voor een persoonlijk gesprekje. Zo wordt het vullen van dat profiel een natuurlijk proces."

Neem tijdens elk consult de tijd voor een persoonlijk gesprekje

Voordeel voor ketenpartners

Proactieve zorgplanning verhoogt de eigen regie van de patiënt en draagt bij aan de juiste zorg op de juiste plek. Ook voor de tweedelij is een goed ingevuld zorgprofiel zinvol. Leendert: "Soms wil iemand misschien niet eens naar een ziekenhuis." Of wil een patiënt liever thuis sterven dan in een hospice. Met de juiste zorg is dat mogelijk. Maar dat moet wel besproken zijn. Als de eerstelijns zaken op orde heeft, hebben alle ketenpartners daar voordeel van."

Informatie delen

De projectgroep proactieve zorgplanning van Cohaesie wil het thema proactieve zorgplanning bij huisartsen meer onder de aandacht brengen. Deze projectgroep communiceert hoe dit gestructureerd is en biedt handvatten voor een centraal dossier. Hier hebben ook de HAP en de tweedelij inzicht in. Leendert: "Als een patiënt bijvoorbeeld bij de HAP terecht komt, kunnen zij wel het medisch dossier inzien. Maar daarmee kennen zij niet het profiel van de patiënt. De huisarts van de HAP moet dan eerst een half uur besteden aan het inschatten van de situatie en de wensen van de patiënt. Andersom is een bezoek aan de HAP voor de patiënt vaak ingrijpend, een kras op de plaat van de behandeling. Het is daarom ook voor de huisarts belangrijk dat we informatie delen."

PaTz

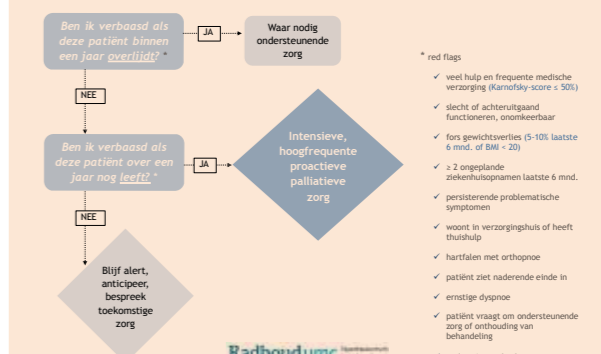
Een andere mogelijkheid om palliatieve zorg in de regio beter te organiseren is PaTz. Huisartsen, (wijk)verpleegkundigen en inhoudelijk deskundigen palliatieve zorg werken lokaal in een PaTz groep. Samen brengen ze vroegtijdig patiënten in beeld en anticiperen op de zorgbehoefte. Zo neemt de kwaliteit en deskundigheid in de palliatieve zorg thuis toe. Leendert

Tips voor een goed gesprek

- Geef ruimte voor het gesprek, wees niet bang voor stiltes.
- Verken met open vragen, vul niet in en vraag door. Leendert: "Het zet bovendien de patiënt aan het denken."
- Luister en probeer niet te sturen. Leendert: "dan kan de patiënt tegengas geven."
- Benoem de situatie
- Let op non verbale signalen en de persoonlijke omgeving, bijvoorbeeld een boeken- of platencollectie. Dat kan tot boeiende gesprekken leiden.
- Vat kritiek of emoties niet persoonlijk op
- Vraag wat jij kunt betekenen
- Inventariseer
- Terugvraagmethode/ drempelvraag
- Een handig hulpmiddel bij dit gesprek kan het Leefstijlroer van Arts & Leefstijl zijn.

organiseert een PaTz-groep in de regio Spijkenisse: "Tijdens die bijeenkomsten doen we aan kennisoverdracht of we laten een deskundige aan het woord." Deze bijeenkomsten zijn wat hem betreft een goed begin voor de huisarts die meer wil inzetten op proactieve zorgplanning, de perfecte plek om struikelblokken te bespreken. Hij sluit af met de wens dat de aandacht voor proactieve zorgplanning vruchten afwerpt: "Ik hoop dat het zich als een olievlek verspreidt. Het vraagt om een investering van jezelf, maar als je de verbinding met een patiënt weet te leggen, is dat echt heel waardevol!"

De kwadrantenkaart kan helpen om de situatie en wensen van een patiënt in kaart te brengen.



Informatie en tools over vroegtijdige zorgplanning op acptoolbox.nl



Samen met de huisarts complexe zaken **boven** **water** krijgen

Specialisten ouderengeneeskunde Petra Borsje en Monica van Eijk vertellen hoe zij, nu en straks, bijdragen aan de eerstelijns zorg voor ouderen. Ofwel, wat is de toegevoegde waarde van de specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijns?

Monica: "Nu komen veel ouderen bij de tweedelijns terecht omdat de huisarts geen oplossing weet. Maar in het ziekenhuis wordt veel diagnostiek gedaan. Bij ouderen is altijd wel een reden te vinden om ze op te nemen, maar dat is lang niet altijd wenselijk. Je kunt bijvoorbeeld een gebroken heup opereren bij iemand met dementie, maar zo'n grote interventie zorgt vaak alleen maar voor meer achteruitgang. Het is geen zinnige zorg. Daar kan de specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijns toegevoegde waarde leveren, bijvoorbeeld door een deel van de behandeling over te nemen van de huisarts."

Een SO is een deskundige op het gebied van cognitieve problematiek, klopt dat?

Monica: "We zien vaak probleemgedrag veroorzaakt door dementie. Mensen kunnen psychotisch worden, angstig of depressief zijn of zo agressief zijn dat er geen goede zorg geboden kan worden. Dat is niet het vakgebied van de huisarts, maar wel van ons."

Petra: "Omdat ik zelf naast SO ook kaderarts en docent psychogeriatric ben en promotie onderzoek heb gedaan op dit gebied, kan ik ook de meer complexe vragen op het gebied van diagnostiek, probleemgedrag en ouderenpsychiatrie beantwoorden."

Met de toenemende vergrijzing neemt ook de complexiteit van de zorgvraag toe. Omdat huisartsen regelmatig vastlopen op deze vraagstukken, wordt steeds vaker de specialist ouderengeneeskunde (SO) ingezet. Vanaf 2024 zal in Voorne-Putten elke huisartsenpraktijk verbonden zijn met een SO.

Weten de huisartsenpraktijken uit de regio de SO goed te vinden?

Petra: "Ik ben gevestigd in Spijkenisse en werk daar al langere tijd met enkele huisartsenpraktijken intensief samen. Door casefinding screenen zij de oudere patiënten en als nodig verwijzen ze dan naar mij voor diagnostiek of zorgvragen. Soms vragen de casemanager dementie of de wijkverpleging om naar mij te verwijzen. Ik verwacht dat de vraag naar onze ondersteuning zal toenemen en samenwerkingen zullen intensiveren."

Monica: "Niet elke praktijk weet ons al gestructureerd te vinden. Soms vinden ze ons uit noodzaak, omdat er een crisis is. Dat is voor niemand wenselijk. Beter is het om mensen op tijd in kaart te brengen en op tijd zaken in werking te stellen om ze te ondersteunen. Het is voor de patiënt ideaal om via de weg van de geleidelijkheid op de juiste plek terecht te komen. Overigens kunnen wij praktijken ook helpen om die structuur aan te brengen, daar kunnen zij ons voor benaderen."

Hoe vaak sluiten jullie aan bij een mdo, georganiseerd door de huisarts?

Petra: "Bij de meeste praktijken hebben we elke zes weken een mdo. Als het over een complexe zorgvraag gaat, dan is het goed om een patiënt twee keer per jaar te bespreken. Zelf probeer ik de vinger aan de pols te houden door contact te hebben met de POH."

Er loopt een project waarbij de specialist ouderengeneeskunde meewerkt aan een intensief zorgtraject, wat is daarin jullie meerwaarde?

Monica: "Als een patiënt steeds meer zorgproblemen heeft, loopt een huisarts tegen veel vragen aan. De kennis die hij nodig heeft, is versnipperd over veel zorgspecialisten. Het idee is daarom dat we met een kernteam werken met een duidelijke structuur. We maken een plan voor de patiënt waarbij ook het sociaal domein en specialismen als de fysio- of ergotherapeut en de geriater betrokken worden. Samen bekijken we alle mogelijkheden van een patiënt. Na een periode van intensieve zorg laten we de patiënt weer los. Die kan dan hopelijk zelfstandig blijven wonen."

Petra: "We willen een eerstelijnsbed bieden, maar dan thuis. Soms is de problematiek van een patiënt te complex voor tijdelijke opvang zoals het Buurtzorgpension. Bijvoorbeeld bij iemand met dementie. Of mensen zijn ziek en hebben daardoor tijdelijk veel meer valrisico. Met een team van zorgverleners kijken we dan of we thuis een stabiele situatie kunnen verkrijgen."

Ouderenpraktijk

Petra Borsje, Monica van Eijk en Martine Wetter werken als zelfstandige SO's samen in ouderenpraktijk GOUD. Dankzij een breed scala aan expertises kunnen zij continuïteit bieden. Martine is sterk in organisatie, beleid en kwaliteit, waaronder Wzd en vormt daarmee de verbindende schakel tussen het psychogeriatric domein van Petra en het somatische domein van Monica.

Specialisten ouderengeneeskunde Petra Borsje en Monica van Eijk

Een ander project is de casuïstiektafel waar huisartsen casussen kunnen bespreken, een samenwerking van Monica, kaderhuisarts ouderengeneeskunde Ümit Tas en de geriater. Welke vragen komen daar voorbij?

Monica: "De vragen zijn nog erg aftastend, het is nog niet duidelijk wie verantwoordelijk is voor welke zorg. Daar discussiëren we dan over. We worden zeer regelmatig gevraagd naar onze expertise over een dreigende spoedsituatie. Dat zou ik graag anders zien, ik wil liever eerder in het proces ingeschakeld worden. Maar na een jaar zien we langzaam maar zeker wel andere vragen voorbij komen. Wat het zal opleveren is nog niet duidelijk, maar we hebben in elk geval gesprekken met elkaar over zinnige zorg."

Petra: "Het is een middel om elkaar beter te leren kennen. Het grote verschil tussen de geriater en de specialist ouderengeneeskunde is dat wij bij mensen thuis komen. De geriater is bovendien meer gericht op lichamelijke problematiek en heeft meer mogelijkheden voor diagnostiek, zoals scans of een NPO. Wij kunnen samen met de huisarts al veel problemen boven water krijgen en soms is samenwerken met de geriater nodig. Wij zijn daarom met elkaar in gesprek over de rolverdeling. Sommige mensen die bij de geriater komen, zijn beter af als wij ze thuis bezoeken. En andersom zien wij patiënten die beter af zijn bij de geriater. Als we elkaar goed kennen, kunnen we dat afstemmen en laagdrempelig overleggen."

Verwijzing of consultatie VIPLive

Verwijzingen naar de SO's in de regio (GeriCare, Argos Zorggroep of ouderenpraktijk OUD), kunnen gedaan worden via VIPLive. Bij algemene vragen kan Petra Borsje via VIPLive geconsulteerd worden.

In de IZA-keten Acute Zorg worden twee projecten opgenomen, daarmee wordt de regionale samenwerking verder versterkt.

Iedereen heeft een rol, ook de inwoner zelf

Met het Programma Ouderen Voorne slaan gemeente, huisartsen en zorg- en welzijnsaanbieders de handen ineen. Het doel: een slimme regionale en integrale aanpak van de gezondheid van ouderen in Voorne aan Zee. Inmiddels is de tweede fase van dit programma in volle gang.

Gezondheid is een breed begrip, zeker voor oudere mensen. Psychische en sociale problemen hebben grote invloed op hun lichamelijke gesteldheid. Daarom is in het Programma Ouderen Voorne ook veel aandacht voor de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven van ouderen. Belangrijk is dat zij zelf zoveel mogelijk de regie houden. Op deze manier worden ouderen geholpen om met de uitdagingen van de derde levensfase om te gaan en zo zelfstandig mogelijk te blijven.

De twee hoofdthema's van het meerjarenplan zijn Langer Thuis en Positieve Gezondheid. Binnen deze thema's worden de projecten uitgevoerd.



Scan de QR code en ga naar de website van Ouderenzorg Voorne



Centraal meldpunt verbeteren en uitbreiden

Programmamanager Ouderen Voorne Marlène Balvert:

De basis is gelegd

Marlène noemt de eindevaluatie van de projecten uit de eerste fase een stevige fundering voor de tweede fase. "Er is een basis gelegd voor de domein overstijgende samenwerking in Voorne aan Zee. Mensen hebben elkaar leren kennen, veel met elkaar besproken waar de knelpunten zitten en wat de struikelblokken voor de toekomst zijn. Een aantal van de projecten lopen door in de tweede fase, zoals het regionaal coördinatiepunt. Dat gaan we nu door ontwikkelen." De tweede fase is niet voor niets een meerjarenplan, er zijn nog veel uitdagingen die bedwongen moeten worden. Marlène: "De grootste uitdaging is de transformatie van systemen en regelgeving. Dat vraagt tijd en biedt soms onzekerheid. Maar ook switchen van de focus op ziekte naar de focus op gezondheid is een grote overgang. Voor iedereen. Kijken wat je voor kunt zijn en bedenken dat een vraag om zorg niet altijd met zorg beantwoord hoeft te worden. Daar heeft iedereen een rol in, tot aan de inwoner zelf."

Partners Programma Ouderen Voorne

Huisartsenorganisaties

- Cohaesie
- Zorggroep Haringvliet

VVT-organisaties

- Careyn
- Catharina, thuis op Voorne
- CuraMara

Gemeente

- Voorne aan Zee

De doelstellingen van Programma Ouderen Voorne

Regie voeren

1. Inwoners bewust maken van de mogelijkheden en beperkingen van de gezondheidszorg. Duidelijkheid scheppen over wat de eigen verantwoordelijkheid is en zelf regie hebben over hun situatie.
2. Zoveel mogelijk meetbare resultaten behalen. Onder meer op het verbeteren van de ervaren gezondheid van de inwoners, het verminderen van wachttijden en het gebruik van zorg in de regio.
3. Behalen van de inhoudelijke doelstellingen van de 8 projecten op thema's Langer Thuis en Positieve Gezondheid.
4. Stimuleren van samenwerking met omliggende gemeenten.
5. Opgedane kennis over ouderen in de regio delen met omliggende regio's door bijvoorbeeld ontmoetings- en inspiratiebijeenkomsten te organiseren.



Het RCP ZHE (Regionaal Coördinatiepunt Zuid-Hollandse Eilanden) is een voorbeeld van een project dat wordt doorontwikkeld in de tweede fase van het Programma Ouderen Voorne. Dit project valt onder het thema Langer Thuis. Het RCP moet uiteindelijk het centrale meldpunt worden voor wijkverpleging, crisiszorg en verpleeghuiszorg (WLZ).

Het RCP ZHE werd in april 2020 operationeel. Tijdens de Covid-19 crisis bleek het nodig om het RCP versneld op te zetten. Deze eerste fase bestond uit de zorgbemiddeling van patiënten uit het ziekenhuis naar Covid-19 afdelingen (VVT) en eerstelijnsverblijf (ELV) plaatsen. Op dit moment regelt het RCP doorverwijzing voor patiënten met een acuut zorgprobleem. Huisartsen uit de regio's Voorne-Putten en Goeree-Overflakkee kunnen hier terecht. Het gaat daarbij om kortdurend verblijf. De medewerkers hebben realtime inzicht in de beschikbare bedden in de regio. Het is de bedoeling dat het RCP groeit naar een centraal meldpunt voor meer vormen van zorg. Bijvoorbeeld vormen van respijtzorg, wijkverpleging, reguliere opnames WLZ en crisisplaatsingen.

Het Regionaal Coördinatiepunt ZHE bemiddelt in de toekomst voor de volgende soorten zorg en ondersteuning:

- Opnames tijdelijk verblijf (ELV en GRZ)
- Crisisplaatsingen (WLZ)
- Wijkverpleging
- Logeeropvang (respijtzorg)
- Reguliere opnames WLZ



Han Gloudemans, directeur van Zorggroep Haringvliet en lid van de stuurgroep RCP-ZHE

Het RCP lost een groot probleem op

“Nu de kinderziekten zijn bedwongen, is het tijd om andere categorieën toe te voegen. Als we crisiszorg aan het systeem kunnen toevoegen, lossen we een groot probleem op. Dat is geen makkelijke weg, want we lopen tegen veel regelgeving op.” Van de aanvragen die tot nu toe werden gedaan bij het RCP, moest een deel worden afgewezen. De verwachtingen waren hoog, omdat artsen gewoon geholpen willen worden. Dat is niet in alle gevallen gelukt, ook omdat sommige aanvragen moesten worden afgewezen omdat er geen juiste indicatie was. Desalniettemin hebben we in de helft van de gevallen wél kunnen ondersteunen.”

Ook VVT-organisaties denken samen na over meer complexe opvang. Bijvoorbeeld voor dementerende mensen met gedragsproblematiek. Een mooie bijvangst dat deze concurrerende organisaties nu met elkaar in gesprek zijn, afspraken met elkaar maken en problemen oplossen.” Han is positief over de toekomst. Meerdere regio’s werken dan samen en er zijn verschillende soorten van zorg en ondersteuning toegevoegd (zie kader). “Ik hoop dat we dan alle bedden kunnen bemiddelen en dat we ook met het sociaal domein verbonden zijn. Dat is nu nog een utopie, maar één toegang voor alle vragen over zorg en welzijn is wel de wens.”

Nathalie Groenveld, Projectleider doorontwikkeling van het Regionaal Coördinatiepunt.

Dit vraagt veel overleg

Het is de taak van Nathalie om alle zorgproducten aan te haken op het RCP. “Verwijzers en op termijn inwoners hebben straks nog maar één telefoonnummer nodig voor een zorgvraag.” Maar zover is het nog niet: “Het ontbreekt nog aan allerlei randvoorwaarden om centraal te coördineren. Het vraagt om ICT systemen die goed op elkaar afgestemd zijn, inzichtelijk kunnen maken waar beschikbaarheid is in de regio en goed op elkaar afgestemde in- en exclusiecriteria. Het vereist hele goede werkafspraken in de regio. Dit vraagt heel veel overleg, communicatie en borging. Zowel regionaal als landelijk.”



Maatwerk voor zelfstandigheid

Ouderen weten vaak niet welke mogelijkheden er zijn op het gebied van zorg en welzijn. Vanuit het programma Ouderen Voorne zijn daarom signalerende huisbezoeken in het leven geroepen om ouderen hierover beter te informeren.

De huisbezoeken

Vanuit het sociaal domein bezoeken vrijwilligers pro-actief 75-plussers die nog zelfstandig wonen. Met behulp van een vragenlijst wordt duidelijk waar de ouderen behoefte aan hebben of ondersteuning bij kunnen gebruiken. De vragenlijst is gebaseerd op het model Positieve Gezondheid. De informatie wordt gedeeld met verschillende samenwerkingspartners en huisartsen. In de tweede en dus huidige fase van het programma wordt gewerkt aan digitalisering van de vragenlijst en aan geautomatiseerde doorverwijzing (huisarts, MEE, Wmo). Ook wordt gewerkt aan de data-ontvangst in de huisartsenpraktijk via VIPLive.



**Mevrouw Heijermans (91)
Elke week door de duinen fietsen**

“Ik woon nog zelfstandig en die zelfstandigheid wil ik bewaren. Ik heb net mijn rijbewijs voor vijf jaar verlengd maar gebruik de auto alleen voor korte afstanden. Ik heb een goed netwerk en familie die me regelmatig bezoekt. Met vriendinnen ga ik naar lezingen en concerten. Boodschappen doe ik zelf of laat ik bezorgen. Maar het wordt het elk jaar een beetje moeilijker, merk ik. Vorig jaar ontving ik een brief van de gemeente dat er iemand langs zou kunnen komen om te praten over mogelijkheden voor ouderen. Ook SBO benaderde mij met het aanbod van een onafhankelijke cliëntondersteuner. Prettig, want ik had een paar vragen en zij kon mij daar goed bij helpen. Bijvoorbeeld met de aanvraag voor huishoudelijke hulp. Van de Wmo kreeg ik een scootmobiel aangeboden. Ik wilde echter liever een driewielers. Ik ben graag buiten maar loop niet meer zo goed. Samen met de onafhankelijke cliëntondersteuner heb ik een motivatie opgesteld waarom ik liever een fiets wilde. Ik moest nog erg lang wachten op de fiets, dus toen ik zag dat de wethouder in de buurt was, ben ik met mijn paperassen op hem afgestapt. Binnen een week had ik toen mijn fiets. Nu fiets ik elke week door de duinen en daar geniet ik zo ontzettend van. De beweging doet me goed, mijn fysiotherapeut is zeer tevreden over mijn fitheid. Inmiddels weet ik de weg naar het SBO te vinden. Toen onlangs mijn deur klemde, werd dat snel in orde gemaakt door de klussendienst. Ik heb nog even gekeken of een appartement in een zorgcentrum beter voor mij zou zijn. Maar hoewel het misschien iets veiliger is, zag ik verder weinig voordelen. De zorg moet men ook daar zelf regelen met thuiszorg. Dus ik blijf dan liever zelfstandig wonen.”



**Mevrouw den Haring (92)
Heerlijk om onafhankelijk te zijn**

“Ik heb mijn leven lang gewerkt als lerares klassiek ballet en ik doe nog steeds elke dag mijn oefeningen. Daarom ben ik nog in staat om thuis te wonen, denk ik. Mijn dochter komt gemiddeld drie keer per week langs. Zij helpt me zoveel mogelijk en haalt ook de nodige boodschappen, want zelfstandig naar het dorp gaan dat lukt mij niet meer. Toch voelde ik me een beetje eenzaam, ik heb geen groot sociaal netwerk. Dankzij de mevrouw van het SBO komt er nu ook elke week iemand voor de gezelligheid. Een hele leuke, positieve mevrouw. We praten over de planten, de tuin en alledaagse zaken. Daarnaast komt er elke week een hulp die het huis schoonmaakt en heb ik een tuinman. Koken deed mijn man altijd voor mij, maar hij is in 2015 overleden. Nu verzorgt het SBO mijn warme maaltijden, die worden elke dag om klokslag twaalf uur bezorgd. Ik mag elke week een lijst invullen en kan dan kiezen uit drie gerechten per dag. En die zijn heel lekker. Alleen in het weekend wordt er geen eten bezorgd. Dan kookt mijn dochter voor mij. Thuis wonen wordt voor mij zo heel gemakkelijk. Ik zou voor geen goud in een tehuis willen wonen. Ik hou niet van dat gezelschapsgedoe. Ik vind het heerlijk om onafhankelijk te zijn, want dat ben ik altijd geweest. Ik heb echt een fijn leven.”

Voorne telt 73.238 inwoners waarvan 17.376 ouderen

24% van de inwoners van Voorne is 65+

Gids in het sociaal domein

Ouderen hebben vaak onvoldoende weet van de mogelijkheden en regels op het gebied van zorg, ondersteuning en participatie. En ook huisartsen weten vaak niet feilloos de weg in deze domeinen. Onafhankelijk cliëntondersteuners kunnen dan als gids fungeren, zowel in het sociaal domein als daarbuiten. De cliëntondersteuner gaat langs bij kwetsbare inwoners en bespreekt of zij ergens hulp bij nodig hebben. Zo kan achteruitgang voorkomen worden en neemt de kwaliteit van leven toe.

De zorgvraag van ouderen wordt steeds complexer. Dit zijn niet alleen medische vraagstukken, soms is ook sprake van problematiek uit andere domeinen. Zo kan de gezondheid anders beleefd worden als iemand zich eenzaam voelt. Ook zaken als financiële problemen kunnen zwaar drukken. Er zijn tal van mogelijkheden om kwetsbare ouderen te helpen. Als mensen tijdig geholpen worden met advies, een luisterend oor of praktische ondersteuning kan versnelde achteruitgang voorkomen worden.

*Ik fungeer als schakel,
Spreek de taal van betrokken
partijen*

Taal van de zorg

Elke gemeente is wettelijk verplicht om zorg te dragen voor de mogelijkheid tot onafhankelijk advies en ondersteuning.. De gemeente heeft dit in Voorne aan Zee ondergebracht bij het SBO en stichting MEE. Femke Veenstra is onafhankelijk cliëntondersteuner bij Service Bureau Ouderen (SBO): "In onze regio wordt cliëntondersteuning voor ouderen aangeboden door het Service Bureau Ouderen, stichting MEE richt zich meer op jongeren en zit in het gebiedsteam van de gemeente. We werken met drie cliëntondersteuners. Hoewel we in dienst zijn van welzijnsorganisatie SBO, zijn we volledig onafhankelijk. Daardoor kunnen wij naast de cliënt staan en objectief bekijken wat iemand nodig heeft. Ikzelf werkte voorheen als verpleegkundige en casemanager dementie. Ik spreek de taal van de zorg en ken de weg in het sociaal domein. Daardoor kan ik fungeren als een schakel, iemand die de taal van de verschillende betrokken partijen spreekt."

Spin in het web

In het Programma Ouderen Voorne is daarom het project Integrale Signalerende Huisbezoeken Ouderen opgenomen. Hierin speelt de onafhankelijke cliëntondersteuner een

Femke Veenstra
Onafhankelijk cliëntondersteuner bij
Service Bureau Ouderen (SBO)



"Vanuit de gemeente Nissewaard ondersteunen we onze inwoners door in te zetten op het sociaal domein. We ondersteunen inwoners nu en in de toekomst door te kijken naar wat iemand kan. Inwoners kunnen bijvoorbeeld naar verschillende organisaties voor aanspraak, er is hulp bij financiële problemen en we ondersteunen bij het organiseren van hulp thuis. Deze vorm van ondersteuning kan fysieke en psychische klachten verminderen of zelfs voorkomen.

Jeroen Postma

Wethouder gemeente Nissewaard sport, wijk- en kerngerichte aanpak, zorg en cultuur

voorkomen dat ze verzanden in problemen." Naast een grote kennis van het sociaal domein en andere netwerken, heeft de cliëntondersteuner een ander voordeel. Femke: "Het kost tijd om uit te zoeken wat iemand nodig heeft. Tijd die de huisarts niet heeft, maar wij wel."

Toenemende bekendheid

Huisartsen uit Voorne aan Zee weten de cliëntondersteuner steeds beter te vinden, merkt Femke: "De bekendheid van de cliëntondersteuner neemt toe, zowel bij de zorgverleners als de inwoner. Sommige huisartsenpraktijken sturen patiënten al direct aan ons door. De ervaring leert dat als praktijken eenmaal met ons samenwerken, ze graag gebruik van ons maken."

Contact

De cliëntondersteuners van het SBO zijn bereikbaar op werkdagen van 09.00 uur tot 13.00 uur via telefoon: 0181-322273 of e-mail: cliëntondersteuning@sbonu.nl. Doorverwijzen is direct mogelijk via VIPLive.

Fijn je te zien in Voorne aan Zee



Thuis in Nissewaard



belangrijke rol. Huisartsen kunnen patiënten via VIPLive aanmelden. Een cliëntondersteuner neemt dan contact op en plant een huisbezoek in. Femke: "Zo kunnen we signaleren. We proberen daarbij zoveel mogelijk eigen regie te bieden. Als het nodig is, doen we meerdere huisbezoeken om het probleem in kaart te brengen. Of we komen terug omdat er een nieuwe hulpvraag is van een bewoner die we eerder zagen. Voor alle duidelijkheid, we zijn geen behandelaars maar verwijzers. Een spin in het web." De cliëntondersteuner streeft naar een terugkoppeling via VIPLive zodat de huisarts kan zien welke stappen zijn gemaakt.

Kosteloos

Elke inwoner van Voorne aan Zee kan een cliëntondersteuner kosteloos inschakelen bij een hulpvraag. Femke: "Denk aan vragen op het gebied van wet- en regelgeving, informatie over algemene voorzieningen in de regio, hulp bij financiën of bij eenzaamheid. Of ook hulp bij het aanvragen van personenalarmering of een Wmo voorziening zoals ondersteuning in het huishouden, een scootmobiel of dagbesteding. Als we mensen helpen, zien we dat ze beduidend minder vaak bij de huisarts aankloppen. Het kan

Als wij mensen helpen, zien we dat ze beduidend minder vaak bij de huisarts aankloppen

Valpreventie voor 65-plussers in Voorne aan Zee: Thuis Onbezorgd Mobiel (TOM)

Voor senioren is valpreventie een noodzaak. In 2021 belandde elke vijf minuten een 65-plusser op de spoedeisende hulp na een val. Dit benadrukt hoe cruciaal het is om proactief in te grijpen en valrisico's te verminderen. Onderzoek toont aan dat ouderen na het volgen van de TOM cursus 61% minder kans maken om te vallen en de valangst met 37% afneemt.

Het multidisciplinaire en integrale preventieprogramma van TOM richt zich specifiek op zelfstandig thuiswonende ouderen van 65 jaar en ouder met een verhoogd valrisico. TOM bevordert fysieke aspecten, zoals verbeteringen in kracht, balans en lenigheid en ook de gehele levenskwaliteit en sociale connecties.

Bij twijfel kan een Valrisicotest gedaan worden:

- Laag Doorverwijzen naar een lokale sport- en beweegaanbieder
- Matig Verwijs naar TOM (Thuis Onbezorgd Mobiel)
- Hoog Voer een valanalyse uit



Meer informatie, de Valrisicotest en doorverwijzen naar TOM op cohaesie.nl/valpreventie of bel 0181-728 281 (werkdagen tussen 10.00 en 13.00u)

