

Beschrijving zorgtraject eerstelijnsverblijf (ELV)

*Onderdeel van het ZonMw-project
“Beter Thuis. Naar een toekomstbestendig eerstelijnsverblijf”*

ZonMw projectnummer: 10020032210003

Januari 2026

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Ontwikkeling zorgtraject	4
Achtergrond	5
Aanpak	5
Het vernieuwde zorgtraject	6
Visuele weergave zorgtraject	7
Verwijzing	8
1.1 Gestructureerde informatieoverdracht	9
Verdieping 1. Optimalisatie van de informatie uitwisseling bij verwijzing (kantooruren en ANW-uren)	
Triage	10
2.1 Getrainde triagist en consultering specialist ouderengeneeskunde	10
Verdieping 2. Training en coaching voor triagisten	10
2.2 Casuïstiekbespreking in de zorgketen	11
Opname	12
3.1 Multidisciplinaire en holistische intake	12
Verdieping 3. Ontwikkeling van een multidisciplinaire intake	13
Behandeling	14
4.1 Opstellen en werken aan participatiedoelen	14
Verdieping 4. Professionals trainen in gezamenlijke besluitvorming	15
4.2 Mantelzorgparticipatie	16
Verdieping 5. Het sociale netwerk in kaart brengen	17
4.3 Het behandeltraject	18
Verdieping 6. Optimaliseren van de vaardigheden van de verpleging en verzorging in de observatieperiode	20
4.4 Extra aandachtspunten tijdens de behandeling	21
Verdieping 7. Technologie voor het bevorderen van zelfredzaamheid	21
Verdieping 8. Interdisciplinaire samenwerking	22
Verdieping 9. Optimaliseren interdisciplinair teamoverleg	23
Vorbereiding op ontslag	24
5.1 Blended home visits	24
Verdieping 10. Proefverlof	24
Referenties	25

Voorwoord

Voor u ligt de zorgpadbeschrijving ELV, die ontwikkeld is binnen het project *‘Naar een toekomstbestendig ELV’*, dat is gesubsidieerd vanuit het Beter Thuis-programma van ZonMw. Het project richtte zich op het verder brengen en versterken van goede voorbeelden in de kortdurende, herstelgerichte zorg voor ouderen (1).

Deze beschrijving van het zorgtraject is tot stand gekomen in samenwerking tussen Amsterdam UMC, Maastricht University en LUMC+, samen met experts, zorgprofessionals van negen zorgorganisaties in Nederland, ouderenorganisaties en zorgverzekeraars. De betrokken partijen hebben vanuit hun eigen expertise bijgedragen aan de ontwikkeling van het zorgtraject.

Deze beschrijving van het zorgtraject is bedoeld als praktisch hulpmiddel voor professionals, managers en beleidsmakers die werken in of met het eerstelijnsverblijf hoog complex. Het document biedt ondersteuning bij het inrichten, verbeteren en implementeren van het zorgtraject in de eigen organisatie of regio. Daarbij is nadrukkelijk ruimte voor regionale verschillen in zorgaanbod, capaciteit en afspraken.

De beschrijving beschrijft een vernieuwd zorgtraject voor het eerstelijnsverblijf hoog complex, bestaande uit een generiek zorgtraject met aanvullende verdiepende elementen. Het zorgtraject wordt toegelicht aan de hand van de verschillende fasen die een cliënt doorloopt vóór en tijdens een opname: verwijzing, triage, intake, behandeling en de voorbereiding op ontslag. Het doel is bij te dragen aan persoonsgerichte zorg die beter aansluit bij de uiteenlopende behoeften van cliënten binnen het ELV.

“Naar een toekomstbestendig eerstelijnsverblijf”
(ZonMw-projectnummer: 10020032210003)

Contactpersoon

Irma Everink
Universitair docent
I.everink@maastrichtuniversity.nl

Ontwikkeling zorgtraject (1)

Het eerstelijnsverblijf (ELV) bestaat sinds 2015 en is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet verantwoord thuis kunnen wonen (2). Bijvoorbeeld na een infectie, een delier of een periode van functionele achteruitgang. Het ELV biedt kortdurende, herstelgerichte zorg en behandeling met als doel dat cliënten zo zelfstandig en veilig mogelijk kunnen terugkeren naar huis.

Binnen het eerstelijnsverblijf worden drie vormen onderscheiden (3):

- **ELV laag complex:** cliënten met één aandoening die ondersteuning nodig hebben bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).
- **ELV hoog complex:** cliënten met meerdere, elkaar beïnvloedende aandoeningen en/of beperkingen, waarbij naast ADL-zorg ook multidisciplinaire behandeling noodzakelijk is.
- **ELV palliatief:** cliënten in de palliatieve fase met een levensverwachting van drie maanden of minder, vastgesteld door een arts, als gevolg van een levensbedreigende ziekte of aandoening.

Deze beschrijving richt zich op cliënten met een indicatie voor **ELV hoog complex**, voor wie multidisciplinaire behandeling noodzakelijk is en die (nog) niet in aanmerking komen voor opname in de langdurige zorg. Dit zorgtraject biedt handvatten om het zorgtraject voor deze doelgroep beter en meer persoonsgericht in te richten. De volgende casus illustreert een voorbeeld van een cliënt met een indicatie voor ELV hoog complex.



Mevrouw Janssen, 88 jaar

Mevrouw woont zelfstandig in een eengezinswoning.
Mevrouw loopt met een rollator.
Mevrouw is weduwe en heeft betrokken kinderen.

Mevrouw is door de huisarts verwezen naar de spoedeisende hulp vanwege het vermoeden van een delier en een zorgprobleem. Thuis functioneren lukt niet meer met de huidige thuiszorg twee keer per dag wegens zwakte. Recent heeft mevrouw COVID-19 doorgemaakt waarvoor ze opgenomen is geweest in het ziekenhuis.

Als restverschijnsel van een eerder CVA heeft mevrouw woordvindstoornissen.

Op de spoedeisende hulp worden de volgende diagnoses gesteld:

- Algehele zwakte bij een urineweginfectie en recente COVID infectie waardoor er sprake is van een zorgprobleem
- Geen delier; het beeld is passend bij woordvindstoornissen na een eerder doorgemaakt CVA

Mevrouw wordt doorverwezen naar het eerstelijnsverblijf om te werken aan hersteldoelen en een veilige terugkeer naar huis.

Ontwikkeling zorgtraject (2)

Achtergrond

Door de vergrijzing wonen steeds meer ouderen langer zelfstandig thuis, met ondersteuning van formele en informele zorg. Bij een deel van deze ouderen is de kwetsbaarheid echter zo groot dat een relatief kleine verandering kan leiden tot een zorgvraag die niet langer thuis kan worden opgevangen, zoals bij mevrouw Janssen. Het gaat hierbij om cliënten die (nog) niet in aanmerking komen voor opname in de langdurige zorg (verpleeghuiszorg). In deze situaties is een ziekenhuisopname of geriatrische revalidatiezorg niet altijd nodig, terwijl passende zorg thuis soms ook niet haalbaar is. Voor deze groep cliënten kan het eerstelijnsverblijf (ELV) een passend alternatief bieden.

Binnen het huidige ELV hoog-complex worden verschillende knelpunten ervaren. Het zorg- en behandel aanbod sluit vaak onvoldoende aan bij de behoeften van cliënten. Herstelgerichte zorg vraagt andere kennis en vaardigheden van zorgprofessionals dan de langdurige ouderenzorg. Daarnaast bestaat er grote variatie in de cliëntpopulatie en de inhoud van zorg en behandeling (3,4). Deze variatie wordt niet alleen veroorzaakt door verschillen in complexiteit van cliënten, maar ook door regionale verschillen in zorgaanbod en beschikbare capaciteit, evenals door uiteenlopende afspraken over triage en instroom in het ELV. Hierdoor verschilt per regio welke cliënten worden opgenomen en welk type zorg wordt geleverd. Bovendien is complexe (multi)problematiek bij opname niet altijd volledig in beeld, met name bij cliënten met cognitieve problematiek. Binnen het ELV zijn grofweg twee groepen te onderscheiden: cliënten met een herstelgerichte zorgvraag en cliënten met cognitieve problematiek, bij wie vooral behoefte bestaat aan observatie en diagnostiek. Meer persoonsgerichte zorg, afgestemd op de individuele situatie van de cliënt, biedt kansen om de kwaliteit van zorg en behandeling te verbeteren.

Landelijk ontbreekt een duidelijke zorginhoudelijke beschrijving van het eerstelijnsverblijf. Dit document levert hieraan een bijdrage door de ontwikkeling en beschrijving van een vernieuwd zorgtraject voor ELV hoog-complex.

Aanpak

Voor de ontwikkeling van het zorgtraject zijn verschillende informatiebronnen benut. Relevante literatuur en kwaliteitsdocumenten van Verenso (3) en ActiZ (5) zijn geraadpleegd. Daarnaast is een knelpuntenanalyse uitgevoerd via groepsinterviews met vertegenwoordigers van negen zorgorganisaties verspreid over Nederland. De semigestructureerde interviews zijn afgenomen bij professionals werkzaam binnen het ELV, waaronder beleidsmakers, specialisten ouderengeneeskunde, paramedici, managers en directeuren. De gesprekken richtten zich op de huidige inrichting van het ELV, ervaren knelpunten en verbeterkansen.

Op basis van deze inzichten is een werkgroep samengesteld met zorgprofessionals, managers en beleidsmakers uit het ELV. Deze werkgroep heeft actief bijgedragen aan de gezamenlijke ontwikkeling van een nieuw zorgtraject. In meerdere bijeenkomsten zijn de verschillende fasen van het zorgproces – verwijzing, triage, intake, behandeling en voorbereiding op ontslag – uitgewerkt en vertaald naar concrete aanbevelingen voor de praktijk. Het zorgtraject is in een afsluitende bijeenkomst besproken en aangescherpt door de werkgroep.

Ontwikkeling zorgtraject (3)

Het vernieuwde zorgtraject

Op de volgende pagina wordt het vernieuwde zorgtraject voor het eerstelijnsverblijf (ELV) hoog complex visueel weergegeven. Het zorgtraject is opgedeeld in een generiek zorgtraject en daarbij verdiepende elementen.

Het zorgtraject is gestructureerd weergegeven op basis van de verschillende fasen in het zorgproces: verwijzing, triage, intake, behandeling en voorbereiding op ontslag. Binnen elke fase zijn verschillende thema's uitgewerkt die richting geven aan de inrichting van het zorgproces. Tijdens de ontwikkeling van het zorgtraject bleek dat cliënten met cognitieve problematiek in sommige situaties andere behoeftes hebben. Om hier aandacht aan te besteden, zijn de aanbevelingen voor deze cliëntengroep opgenomen in licht oranje vlakken. Daarnaast zijn er beleidsmatige en verdiepende aanbevelingen beschreven. Het gehele zorgtraject wordt tekstueel toegelicht op de hierop volgende pagina's.

1. Gestructureerde informatieoverdracht

- Overdag: formulier via Point of Zorgdomein naar Regionaal Coördinatiecentrum (ReCo)
- ANW: Gestructureerd spoedformulier naar de ELV afdeling
- Telefonisch contact om beschikbare bedden te checken

2.1 Getrainde triagist & consult SO

- Overdag: Triagist ReCo voert triage uit en bij complexiteit wordt SO geconsulteerd
- ANW: triage door getraind triagist in ELV organisatie in overleg met dienstdoende SO

2.2 Casuïstiekbespreking

- Minimaal eens per 4 maanden vindt er casuïstiekbespreking triage plaats tussen betrokken stakeholders

3.1 Multidisciplinaire & holistische intake

- Altijd aanwezig: mantelzorger/netwerk
- Multidisciplinair (minimaal medisch, verpleging, paramedicus)
- Holistische intake (somatisch, psychisch, functioneel, communicatie, maatschappelijk domein) met aandacht voor proactieve zorgplanning

EXTRA AANBEVELINGEN COGNITIEF TRAJECT

- Intake niet multidisciplinair i.v.m. beperkte prikkels
- Extra aandacht voor aanwezigheid mantelzorger bij intake

4.1 Participatiedoelen

- Samen met cliënt en naaste doelen opstellen
- Participatiedoelen SMART formuleren, bespreken welk deel haalbaar is in ELV en welk deel mee naar huis gaat

4.2 Mantelzorgparticipatie

- Belasting en benodigde interventies in kaart brengen
- Rol in de behandeling bespreken
- Mogelijkheden tot aanleren vaardigheden in kaart brengen
- Mogelijkheid tot rooming-in

4.3 Extra aandacht tijdens behandeling voor:

- Samen beslissen, regelmatig evalueren en vergroten zelfstandigheid
- Interdisciplinaire samenwerking, rol en belang MDO

EXTRA AANBEVELINGEN COGNITIEF TRAJECT

- Extra scholing medewerkers rondom delier en dementiële beelden
- V&V heeft een grote rol bij het observeren van het cognitief functioneren van de cliënt
- Psycholoog altijd betrokken tijdens MDO, bij stellen diagnose en bij omgangsoverleggen bij probleemgedrag
- Aanwezigheid activiteitenbegeleider om cliënten te activeren
- Extra aandacht voor bieden dagstructuur en toezicht in huiskamer

5.1 Blended home visits

- Mantelzorg brengt de thuissituatie op structurele wijze in kaart door filmpjes/foto's

Ruime openingstijden

Zorg voor opname mogelijkheden in het weekend

Bed sharing

Zorg ervoor dat op minimaal 30% van de bedden zowel ELV-HC als GRZ kan worden opgenomen

VERDIEPING


Optimalisatie informatieformulier voor verwijzing overdag & ANW



Training/coaching triagisten



Ontwikkeling multidisciplinaire intake (visie, vorm)



Sociale netwerk in kaart brengen bij intake d.m.v. ecogram



Trainen professionals in gezamenlijke besluitvorming



Optimaliseren vaardigheden V&V in observatieperiode



Interdisciplinaire samenwerking



Interdisciplinair teamoverleg (inhoud & structuur)



Technologie in het ELV (exergaming, telerevalidatie, teledocs, Compaan,...)



Proefverlof



Verwijzing (1)

1.1. Gestructureerde informatieoverdracht

Een goede en gestructureerde informatieoverdracht bij verwijzing naar het eerstelijnsverblijf (ELV) is essentieel voor passende triage en een goede start van zorg en behandeling. Volledige en actuele informatie helpt om beter in te schatten of het ELV passend is voor de cliënt en welk type zorg en behandeling nodig is.

Verwijzing naar het ELV tijdens kantooruren

Tijdens kantooruren verloopt de verwijzing naar het ELV via een digitaal verwijssysteem, zoals Point of ZorgDomein. De verwijzing wordt ontvangen door het Regionaal Coördinatiecentrum, dat verantwoordelijk is voor triage en doorbemiddeling binnen de kortdurende zorg en beschikt over actueel inzicht in de beschikbare ELV-bedden in de regio.

De verwijzer vult een gestructureerd digitaal verwijzingsformulier in. Naast de medische overdracht door de huisarts of medisch specialist is het van belang dat de verwijzing voldoende informatie bevat over het functioneren van de cliënt. Dit betreft met name het cognitief functioneren, inclusief een beschrijving van het functioneren in de thuissituatie en de aanwezigheid van een eventuele diagnose dementie. Ook actuele informatie over de situatie van de cliënt is belangrijk, zeker wanneer er sprake is van wachttijd tot plaatsing. Inzicht in wat er in de tussenliggende periode is gebeurd, draagt bij aan een betere inschatting van de zorgvraag bij opname.

Aanvullend is informatie vanuit de wijkverpleging of casemanager van grote waarde, bijvoorbeeld over het dagelijks functioneren van de cliënt en veranderingen daarin. Tot slot is een duidelijke beschrijving van het formele en informele netwerk van de cliënt essentieel om passende zorg en vervolgzorg goed te kunnen organiseren.

Verwijzing naar het ELV tijdens ANW-uren

Bij voorkeur verloopt de verwijzing tijdens de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) op dezelfde wijze als tijdens kantooruren, via een digitaal verwijssysteem en het Regionaal Coördinatiecentrum.

Wanneer dit niet mogelijk is, neemt de verwijzer – meestal de spoedeisende hulp of huisartsenpost – telefonisch contact op met de zorgorganisatie die ELV aanbiedt.

In dit telefonische contact wordt beoordeeld of de cliënt in aanmerking komt voor opname in het ELV en of er bedcapaciteit beschikbaar is. Omdat de tijd en informatie tijdens ANW-uren vaak beperkt zijn, richt de overdracht zich op de meest noodzakelijke gegevens, zoals de zorgvraag en het actuele cognitief functioneren van de cliënt.

Ontbrekende informatie, zoals een uitgebreid huisartsenjournaal, medische overdracht van een specialist, informatie over het functioneren van de cliënt in de thuissituatie en een beschrijving van het formele en informele netwerk, wordt binnen kantooruren aangevuld. Dit gebeurt doorgaans door een transfermedewerker, zodat het dossier zo snel mogelijk compleet is en de zorg en behandeling goed kunnen worden afgestemd op de behoeften van de cliënt.



Verwijzing (2)

Verdieping 1. Optimalisatie van de informatie uitwisseling bij verwijzing (kantooruren en ANW-uren)

Professionals geven aan dat de informatieoverdracht bij verwijzing naar het eerstelijnsverblijf in de praktijk regelmatig onvolledig is. Digitale verwijzingsformulieren worden niet altijd volledig ingevuld, waardoor essentiële informatie ontbreekt. Het gaat hierbij met name om gegevens over het cognitief functioneren van de cliënt, actuele informatie wanneer er sprake is van wachttijd tot plaatsing, de thuissituatie en het functioneren van de cliënt vóór de huidige zorgvraag.

Daarnaast blijkt dat verwijzingen buiten kantooruren (avond-, nacht- en weekenduren) niet altijd via de digitale verwijssystemen verlopen. In deze situaties is er vaak geen gestructureerd alternatief beschikbaar om informatie vast te leggen. Hierdoor ontbreekt bij opname regelmatig een volledig en samenhangend beeld van de cliënt, wat een goede triage en start van zorg en behandeling bemoeilijkt.

Advies

Om de informatie-uitwisseling bij verwijzing te verbeteren, worden twee samenhangende maatregelen geadviseerd. Ten eerste wordt aanbevolen om de digitale verwijzingsformulieren, waar nodig, in samenwerking met verwijzende partijen aan te passen. Het doel is ervoor te zorgen dat essentiële informatie, zoals het cognitief functioneren, de thuissituatie en actuele ontwikkelingen tijdens een eventuele wachttijd, structureel wordt vastgelegd.

Ten tweede wordt geadviseerd een gestandaardiseerd offline verwijzingsformulier te ontwikkelen voor gebruik tijdens ANW-uren. Dit formulier dient inhoudelijk aan te sluiten op de bestaande digitale formulieren, zodat ook buiten reguliere werktijden volledige en eenduidige informatie beschikbaar is voor de ELV-organisatie.

Implementatie

Voor een succesvolle implementatie is samenwerking tussen verwijzende en opnemende partijen essentieel. In gezamenlijke werksessies kunnen betrokken professionals in kaart brengen welke informatie momenteel ontbreekt en hoe deze het best kan worden geïntegreerd in bestaande digitale systemen en het offline formulier. Door dit proces gezamenlijk vorm te geven, ontstaat draagvlak en wordt de kans vergroot dat de verbeteringen ook in de dagelijkse praktijk worden toegepast.



Triage (1)

2.1 Getrainde triagist en consultering specialist ouderengeneeskunde

Een zorgvuldige triage is cruciaal voor het passend inzetten van het eerstelijnsverblijf (ELV). Dit vraagt om deskundige triagisten en laagdrempelige toegang tot medische expertise, met name bij complexe problematiek.

Triage tijdens kantooruren

Tijdens kantooruren wordt de triage voor het ELV uitgevoerd door een triagemedewerker van het Regionaal Coördinatiecentrum. Deze triagist beoordeelt de verwijzing en de beschikbare informatie en maakt een inschatting van de passendheid van het ELV. Bij complexe casuïstiek of twijfel over de juiste zorgvorm wordt de specialist ouderengeneeskunde geraadpleegd ter ondersteuning van het triageproces.

Triage tijdens ANW-uren

Bij voorkeur verloopt de triage tijdens de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) op dezelfde wijze als tijdens kantooruren. In regio's waar dit (nog) niet mogelijk is, wordt de triage uitgevoerd door een getrainde professional van de zorgorganisatie die ELV aanbiedt. De specialist ouderengeneeskunde is in alle gevallen 24 uur per dag bereikbaar en kan worden geconsulteerd bij complexe problematiek of twijfel over opname.

Verdieping 2. Training en coaching voor triagisten

Triageren binnen het ELV vraagt om specifieke kennis en vaardigheden. Triagisten moeten beschikken over kennis van wet- en regelgeving rondom de verschillende indicaties binnen het kortdurend verblijf en inzicht hebben in het zorgaanbod en de mogelijkheden van de betrokken zorgorganisaties en locaties. Daarnaast is kennis van de doelgroepen die passen binnen het ELV essentieel, zoals cliënten met cognitieve problematiek, mogelijk dwaalgedrag en de behoefte aan specifieke verpleegtechnische handelingen (bijvoorbeeld VAC-therapie of sondevoeding).

Advies

Voor triagisten wordt geadviseerd minimaal te beschikken over MBO-4 of HBO-denkniveau. Zij moeten in staat zijn om relevante en volledige informatie over de cliënt te verzamelen, een integrale inschatting te maken van de situatie en helder te communiceren met verwijzende professionals. Stressbestendigheid en klinisch redeneren zijn daarbij belangrijke competenties.

Implementatie

Wanneer triagisten (nog) niet over deze competenties beschikken, wordt geadviseerd aanvullende scholing of coaching te organiseren. Dit kan bijvoorbeeld plaatsvinden via een erkend opleidings- of trainingsinstituut, zoals Gerion. Door structureel te investeren in deskundigheidsbevordering wordt de kwaliteit en eenduidigheid van triage versterkt.



Triage (2)

2.2 Casuïstiekbespreking in de zorgketen

Het eerstelijnsverblijf maakt onderdeel uit van een bredere zorgketen en kan niet los worden gezien van andere betrokken partijen, zoals wijkverpleging, huisartsenzorg en het ziekenhuis. Goede afstemming en samenwerking zijn essentieel bij verwijzing, triage en nazorg.

Om deze samenwerking te versterken en beter inzicht te krijgen in elkaars expertise en afwegingen, wordt geadviseerd om minimaal één keer per kwartaal een gezamenlijke casuïstiekbespreking te organiseren. Door het bespreken van (complexe) cliëntcasussen die verschillende onderdelen van de zorgketen doorlopen, ontstaat meer begrip voor elkaars keuzes en verantwoordelijkheden. Dit biedt aanknopingspunten om gezamenlijke afspraken te maken en de triage en zorgverlening binnen het ELV verder te optimaliseren.



Opname (1)

3.1 Multidisciplinaire en holistische intake

Moment van intake

Een tijdige intake vormt de basis voor een goede start van zorg en behandeling binnen het eerstelijnsverblijf (ELV). Bij opname tijdens kantooruren wordt geadviseerd de intake op de dag van opname zelf te laten plaatsvinden. Wanneer een opname tijdens de avond-, nacht- of weekenduren (ANW-uren) plaatsvindt en de intake niet op dezelfde dag kan worden uitgevoerd, verdient het de voorkeur deze intake op de eerstvolgende werkdag na opname te plannen.

De intake wordt bij voorkeur uitgevoerd aan de hand van een vast en gestructureerd format. Idealiter is dit format opgenomen in het elektronisch cliëntendossier, zodat de vastgelegde informatie voor alle betrokken zorgprofessionals toegankelijk en eenduidig beschikbaar is.

Vorm en inhoud van de intake

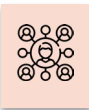
De intake vindt bij voorkeur multidisciplinair plaats. Minimaal zijn een verpleegkundige of verzorgende, een medicus (arts, verpleegkundig specialist of physician assistant) en een paramedicus betrokken. Tijdens de intake wordt de cliënt in samenhang in beeld gebracht, met aandacht voor het somatische, psychische, functionele, communicatieve en maatschappelijke domein en de onderlinge samenhang daartussen. Ook is er aandacht voor proactieve zorgplanning.

Bij de intake is bij voorkeur altijd een mantelzorger of andere naaste aanwezig. Dit is essentieel om inzicht te krijgen in het functioneren van de cliënt vóór opname en in de thuissituatie. Daarnaast bevordert de aanwezigheid van de mantelzorger of naaste de betrokkenheid bij de behandeling en de voorbereiding op terugkeer naar huis. Tijdens de intake is expliciet aandacht voor het doel van de opname, een voorlopige ontslagdatum, de rol van de mantelzorger of naaste tijdens de opname en na ontslag, het activerende karakter van de afdeling en wat nodig is om een veilige terugkeer naar huis mogelijk te maken.

Intake bij cliënten met cognitieve problematiek (ELV cognitief)

Bij cliënten met cognitieve problematiek is het belangrijk om het aantal prikkels tijdens de intake te beperken. Daarom wordt geadviseerd het aantal aanwezigen te beperken tot de arts, een verpleegkundige of verzorgende, de cliënt en een naaste. Andere betrokken behandelaren voeren hun intake op een later moment uit, bij voorkeur niet op dezelfde dag.

Voor deze cliëntengroep is de aanwezigheid van een mantelzorger of naaste extra belangrijk om het premorbide functioneren, de thuissituatie en de ondersteuningsbehoefte van de cliënt goed in kaart te brengen. Dit draagt bij aan een beter afgestemde zorg en behandeling vanaf de start van de opname.



Opname (2)

Verdieping 3. Ontwikkeling van een multidisciplinaire intake

Een multidisciplinaire intake vormt een belangrijk fundament voor passende en persoonsgerichte zorg binnen het eerstelijnsverblijf (ELV). In plaats van afzonderlijke, monodisciplinaire intakes, wordt geadviseerd de intake gezamenlijk en multidisciplinair vorm te geven.

Advies

Bij een multidisciplinaire intake brengen de betrokken professionals de cliënt gezamenlijk in kaart, ieder vanuit de eigen expertise. Hierdoor hoeft de cliënt zijn of haar verhaal slechts één keer te vertellen en kunnen inzichten van verschillende disciplines direct met elkaar worden verbonden. Dit bevordert een gezamenlijke beeldvorming en draagt bij aan een duidelijk en door alle betrokkenen gedragen behandelplan.

Tijdens de multidisciplinaire intake kunnen bovendien direct participatiedoelen worden vastgesteld en vastgelegd, evenals een voorlopige ontslagdatum. Hierdoor zijn de cliënt en diens mantelzorger vanaf het begin goed geïnformeerd over het doel van de opname, de inhoud van de behandeling en de verwachtingen gedurende het verblijf.

Implementatie

Wanneer binnen een zorgorganisatie nog niet multidisciplinair wordt gewerkt bij de intake, wordt geadviseerd een gezamenlijke visie en werkwijze te ontwikkelen die aansluit bij de lokale context en organisatie. Het is belangrijk deze werkwijze regelmatig te evalueren en waar nodig bij te stellen, zodat de multidisciplinaire intake blijvend aansluit bij de behoeften van cliënten en professionals.



Behandeling (2)

4.1 Opstellen van en werken aan participatiedoelen

Aan het begin van de opname in het eerstelijnsverblijf (ELV) wordt aanbevolen om samen met de cliënt en diens mantelzorger participatiedoelen te formuleren. Cliënten blijken doorgaans meer gemotiveerd om te werken aan doelen die aansluiten bij het dagelijks leven dan aan doelen die uitsluitend gericht zijn op fysieke of functionele vaardigheden. Een doel als *'zelfstandig boodschappen kunnen doen'* spreekt vaak meer aan dan een doel als *'zelfstandig in en uit bed kunnen komen'*, terwijl beide met elkaar samenhangen.

Door participatiedoelen gezamenlijk op te stellen, wordt de eigen regie en verantwoordelijkheid van de cliënt versterkt. Tegelijkertijd ontstaat er duidelijkheid over wat de cliënt wil bereiken en welke ondersteuning daarbij nodig is. Participatiedoelen kunnen niet altijd volledig tijdens de ELV-opname worden gerealiseerd. Het is daarom belangrijk om samen te bepalen welk deel van het doel binnen het ELV wordt opgepakt en hoe hier na ontslag in de thuissituatie verder aan gewerkt kan worden, bijvoorbeeld met ondersteuning van de mantelzorger, wijkverpleging of eerstelijns fysiotherapie.

Een voorbeeld van een participatiedoel is: *'Ik wil graag weer zelfstandig boodschappen kunnen doen.'* In overleg kan dit worden vertaald naar een concreet doel voor de ELV-opname, zoals: *'Tijdens de ELV-opname wordt gewerkt aan het zelfstandig lopen met een rollator.'* Op deze manier wordt het grotere participatiedoel gekoppeld aan haalbare stappen binnen het ELV.

Goed geformuleerde participatiedoelen zijn motiverend voor de cliënt, sluiten aan bij diens wensen en mogelijkheden en zijn zo concreet en meetbaar mogelijk. Bij voorkeur worden de doelen geformuleerd vanuit het perspectief en in de taal van de cliënt. Er zijn verschillende hulpmiddelen en gesprekstechnieken beschikbaar om dit proces te ondersteunen, zoals de SMART-methodiek.



Behandeling (2)

Verdieping 4. Professionals trainen in gezamenlijke besluitvorming

Binnen het eerstelijnsverblijf (ELV) is er in de praktijk nog onvoldoende aandacht voor gezamenlijke besluitvorming. Herstel- en behandeldoelen worden regelmatig door professionals geformuleerd, zonder dat de cliënt hier actief bij wordt betrokken. Hierdoor sluiten doelen niet altijd goed aan bij wat voor de cliënt belangrijk is.

Advies

Gezamenlijke besluitvorming houdt in dat zorgverleners en cliënt samen beslissen over de zorg en behandeling. Dit draagt bij aan zorg die beter aansluit bij de persoonlijke wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Gezamenlijke besluitvorming kan leiden tot meer tevredenheid bij cliënten en mantelzorgers, minder onnodige zorg en betere behandeluitkomsten. Het personaliseren van doelen, zoals het werken met participatiedoelen, ondersteunt dit proces. Zorgprofessionals spelen hierin een sleutelrol. Gezamenlijke besluitvorming vraagt om goede communicatieve vaardigheden, empathie en aandacht voor de persoonlijke situatie en leefwereld van de cliënt. Door professionals hierin te trainen en te ondersteunen, kan gezamenlijke besluitvorming een vanzelfsprekend onderdeel worden van de zorg binnen het ELV.

Implementatie

Gezamenlijke besluitvorming vraagt om training en oefening. Om dit structureel onderdeel te maken van de zorg binnen het eerstelijnsverblijf (ELV) wordt aanbevolen zorgprofessionals hierin te scholen. Dit kan bijvoorbeeld door te oefenen met praktijksituaties, casuïstiek of het gebruik van eenvoudige beslissings-ondersteunende hulpmiddelen.

Wanneer gezamenlijke besluitvorming binnen de organisatie nog onvoldoende bekend is, wordt geadviseerd dit onderwerp structureel te agenderen binnen scholings- en opleidingsprogramma's. Door hier blijvend aandacht aan te besteden, kan gezamenlijke besluitvorming zich ontwikkelen tot een vast onderdeel van het dagelijks handelen van professionals.



Behandeling (3)

4.2 Mantelzorgparticipatie

Mantelzorgers spelen vaak een centrale rol in het leven en dagelijks functioneren van de cliënt. Tegelijkertijd kan langdurige mantelzorg leiden tot fysieke en psychische overbelasting, vooral wanneer sprake is van cognitieve problematiek of intensieve zorg. Door mantelzorgers actief te betrekken tijdens de opname kunnen zorgprofessionals gebruikmaken van hun kennis over de cliënt en de zorg beter afstemmen op diens behoeften, met name bij cliënten met cognitieve problematiek.

Het betrekken van mantelzorgers kan op verschillende momenten tijdens de opname plaatsvinden, zoals bij de intake, het opstellen van participatiedoelen, tijdens de behandeling en in de voorbereiding op ontslag. Goede samenwerking tussen professionele en informele zorg draagt naar verwachting bij aan een grotere kans op een veilige terugkeer naar huis. Deze kans is bovendien groter wanneer de mantelzorger niet overbelast is. Om deze reden is het belangrijk om tijdens de opname expliciet aandacht te besteden aan de belasting van de mantelzorger en waar nodig tijdig te interveniëren. Dit kan bijvoorbeeld door verwijzing naar een lokaal mantelzorgsteunpunt of andere vormen van ondersteuning.

Tijdens de opname wordt geadviseerd om samen met de mantelzorger:

- de ervaren belasting en mogelijke ondersteuningsbehoefte in kaart te brengen;
- te bespreken welke rol de mantelzorger wil en kan vervullen tijdens de opname en na ontslag;
- te verkennen of en welke nieuwe vaardigheden de mantelzorger kan aanleren om de cliënt thuis te ondersteunen;
- waar passend, de mogelijkheid tot rooming-in te bieden om de thuissituatie zo goed mogelijk na te bootsen.

Het **SOFA-model** (Samenwerking, Ondersteuning, Faciliteiten en Afstemming) (6) kan hierbij als hulpmiddel worden ingezet. Dit model ondersteunt zorgprofessionals bij het systematisch in kaart brengen van de rol en belasting van de mantelzorger en bij het tijdig signaleren van (dreigende) overbelasting, zodat passende ondersteuning kan worden ingezet.



Behandeling (4)

Verdieping 5. Het sociale netwerk in kaart brengen

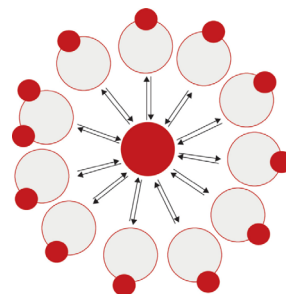
Wanneer op basis van informatie van de wijkverpleging, huisarts en/of casemanager nog onvoldoende duidelijk is hoe het sociale netwerk van de cliënt eruitziet, wordt geadviseerd dit aan het begin van de opname in kaart te brengen. Het sociale netwerk van de cliënt – breder dan alleen de primaire mantelzorger – is vaak van grote invloed op de mogelijkheid om na ontslag veilig terug te keren naar huis.

Advies

Het wordt aanbevolen om het sociale netwerk van de cliënt op een gestructureerde manier in beeld te brengen. Een geschikt hulpmiddel hiervoor is het ecogram (7). Dit instrument geeft een overzicht van de omvang, samenstelling en kwaliteit van het sociale netwerk van de cliënt. Het gebruik van een ecogram kan cliënten en mantelzorgers helpen zich bewuster te worden van beschikbare hulpbronnen. In de praktijk blijkt vaak dat het netwerk groter is dan vooraf gedacht, of dat bestaande contacten opnieuw kunnen worden benut. Dit kan bijdragen aan het verminderen van de belasting van de primaire mantelzorger.

Implementatie

Voor de implementatie wordt geadviseerd het sociale netwerk standaard in kaart te brengen met behulp van een instrument zoals het ecogram, op een vast moment tijdens de opname, bijvoorbeeld tijdens de intake. Daarnaast is het belangrijk dat zorgprofessionals worden geschoold in het voeren van het gesprek hierover, zodat dit op een zorgvuldige en cliëntgerichte manier gebeurt.





Behandeling (5)

4.3 Het behandeltraject

Binnen het eerstelijnsverblijf (ELV) kunnen grofweg twee typen behandeltrajecten worden onderscheiden: een **somatisch herstelgericht traject** en een **observatie- en behandeltraject**. Het onderscheid helpt om de zorg en behandeling beter af te stemmen op de zorgvraag van de cliënt.

Somatisch herstelgericht traject

In het somatisch herstelgerichte traject worden cliënten opgenomen met voornamelijk somatische problematiek. Voorbeelden zijn ontregelde bloedsuikers, het instellen van pijnmedicatie bij een fractuur (zonder cognitieve problematiek), algehele verzwakking, electieve orthopedische zorg en wondverzorging.

De behandeling in dit traject is gericht op herstel en terugkeer naar huis en bestaat uit de inzet van meerdere disciplines. Verpleging en verzorging ondersteunen bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en stimuleren de zelfredzaamheid, bijvoorbeeld vanuit het gedachtegoed van positieve gezondheid en reablement. Zij onderhouden contact met de mantelzorger, betrekken hen bij het stimuleren van zelfredzaamheid en brengen de mantelzorgbelasting in kaart, waarna zo nodig passende ondersteuning wordt ingezet.

De specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of huisarts fungeert als regiebehandelaar en is verantwoordelijk voor de medische behandeling, zoals het instellen van medicatie en het afstemmen van de interdisciplinaire samenwerking. Afhankelijk van de hersteldoelen kan de fysiotherapeut worden ingezet, bijvoorbeeld om mobiliteit en conditie te verbeteren. De ergotherapeut kan betrokken worden om de thuissituatie in kaart te brengen en waar nodig te adviseren over aanpassingen. De diëtist wordt ingezet bij voedingsgerelateerde problematiek, zoals ontregelde bloedsuikers of het ondersteunen van spieropbouw.



Behandeling (6)

4.3 Het behandeltraject

Observatie- en behandeltraject

Bij cliënten met verdenking op dementie of bij cognitieve klachten in het kader van een (herstellend) delier, al dan niet in combinatie met pijn en/of verhoogd valrisico, kan een observatie- en behandeltraject passend zijn. Het doel van dit traject is niet altijd het stellen van een diagnose; dit hangt af van de primaire hulpvraag van de cliënt.

In de basis wordt dezelfde herstelgerichte behandeling ingezet als bij het somatische traject, aangevuld met extra randvoorwaarden en expertise. Bij verdenking op dementie is de psycholoog altijd betrokken, bijvoorbeeld via deelname aan het multidisciplinair overleg, het uitvoeren van neuropsychologisch onderzoek indien nodig, en het geven van adviezen bij probleemgedrag. De ergotherapeut speelt een belangrijke rol bij het signaleren van cognitief functioneren tijdens dagelijkse activiteiten. Verpleging en verzorging voeren intensievere observaties uit en een activiteitenbegeleider kan worden ingezet om cliënten te activeren en structuur te bieden.

Voor dit traject gelden aanvullende randvoorwaarden. De behandelduur is vaak langer dan bij een somatisch herstelgericht traject, bijvoorbeeld vanwege de tijd die nodig is voor observatie, herstel van een delier of eventuele diagnostiek. Daarnaast is de inrichting en structuur van de afdeling van groot belang. Er is extra aandacht voor een voorspelbare dagstructuur en continu toezicht in de huiskamer, door verpleging en verzorging en/of een activiteitenbegeleider.



Behandeling (7)

Verdieping 6. Optimaliseren van de vaardigheden van de verpleging en verzorging in de observatieperiode

Verpleging en verzorging vervullen een sleutelrol tijdens de observatieperiode binnen het eerstelijnsverblijf (ELV). Zij zien de cliënt gedurende de hele dag en hebben daarmee een uniek inzicht in het dagelijks functioneren, het gedrag en de manier waarop de dagstructuur wordt doorlopen. Juist bij cliënten met cognitieve problematiek is deze continue observatie van grote waarde.

De zorg voor cliënten met een observatievraag, zoals bij verdenking op dementie of een delier, vraagt specifieke competenties van verpleging en verzorging. Het gaat daarbij om kennis van verschillende vormen van dementie, herkenning van een delier en het vermogen om veranderingen in (cognitief) functioneren tijdig te signaleren en te duiden.

Advies

Wanneer verplegend en verzorgend personeel (nog) onvoldoende beschikt over deze competenties en de zorgorganisatie wel cliënten met een observatievraag opneemt, wordt geadviseerd aanvullende scholing te organiseren. Scholing kan zich richten op kennisdeling over verschillende dementiële beelden en het herkennen van een delier. Daarnaast is het trainen van observatievaardigheden essentieel, zodat subtiele veranderingen in functioneren tijdig worden opgemerkt.

Dit kan bijvoorbeeld vorm krijgen door coaching on the job, intervisie of het oefenen met praktijksituaties en scenario's. Door structureel te investeren in deskundigheidsbevordering wordt de kwaliteit van observatie en zorg tijdens deze periode versterkt.



Behandeling (8)

4.4 Extra aandachtspunten tijdens de behandeling

Om de zorg en behandeling goed aan te laten sluiten op de behoeften van de cliënt, is het belangrijk cliënten en mantelzorgers actief te betrekken tijdens de opname. Het toepassen van gezamenlijke besluitvorming draagt bij aan beter afgestemde zorg en een goede voorbereiding op terugkeer naar huis.

Gezamenlijke besluitvorming kan gedurende de behandeling vorm krijgen door samen met de cliënt en diens naaste (participatie)doelen op te stellen en deze regelmatig te evalueren. Daarnaast is het van belang cliënten en mantelzorgers structureel te informeren over de voortgang van de behandeling. Het aanwijzen van een vast aanspreekpunt binnen het team draagt bij aan duidelijkheid en toegankelijkheid. Ook helpt het wanneer cliënten en mantelzorgers worden geïnformeerd over het moment van de artsensite en wanneer relevante momenten, zoals het multidisciplinair overleg (MDO), waar mogelijk worden voor- en nabesproken.

Het actief betrekken van mantelzorgers bij de behandeling, bijvoorbeeld door hen uit te nodigen aanwezig te zijn bij behandelcontacten, versterkt de samenwerking. Waar mogelijk kan het delen van informatie via het cliëntendossier bijdragen aan transparantie, bijvoorbeeld door cliënten en mantelzorgers mee te laten lezen in rapportages en de mogelijkheid te bieden vragen te stellen.

Vergroten van zelfstandigheid

Het hoofddoel van het eerstelijnsverblijf is dat cliënten veilig en verantwoord kunnen terugkeren naar huis. Tijdens de opname is het daarom essentieel om te werken aan het behouden en vergroten van de zelfstandigheid van de cliënt. Dit gebeurt door zorg te verlenen volgens een gepersonaliseerd zorgplan met doelen gericht op zelfredzaamheid, het aanleren van nieuwe vaardigheden en het inzetten van passende hulpmiddelen en technologie ter ondersteuning van het dagelijks functioneren.

Verdieping 7. Technologie ter ondersteuning van zelfredzaamheid

Technologie kan een waardevolle ondersteuning zijn bij het bevorderen van de zelfredzaamheid van cliënten, bijvoorbeeld door het gebruik van een automatische medicijndispenser of technologie die helpt bij het aanbrengen van dagstructuur. In de kennisbank van Vilans (8) is een overzicht te vinden van verschillende vormen van zorgtechnologie.

Binnen het ELV wordt zorgtechnologie momenteel nog beperkt ingezet en is de beschikbare wetenschappelijke onderbouwing beperkt. Toch biedt technologie kansen om cliënten te ondersteunen in hun dagelijks functioneren en om de overgang naar de thuissituatie te vergemakkelijken.

Advies

Het wordt aanbevolen om technologie actief te verkennen als ondersteuning binnen de behandeling in het ELV. Daarnaast is het waardevol om kennis en ervaringen met zorgtechnologie tussen zorgorganisaties uit te wisselen, zodat succesvolle toepassingen breder kunnen worden benut.



Behandeling (9)

Interdisciplinaire samenwerking

Interdisciplinaire samenwerking is binnen het eerstelijnsverblijf (ELV) gewenst, maar wordt in de praktijk nog niet overal toegepast. Bij interdisciplinaire samenwerking werken zorgprofessionals vanuit verschillende disciplines gezamenlijk aan de doelen van de cliënt, waarbij de bijdragen uit de verschillende vakgebieden op elkaar zijn afgestemd (12). Dit vraagt om meer dan afstemming alleen: het vraagt om gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het behandelproces en de uitkomsten.

Om interdisciplinaire samenwerking goed vorm te geven, is het belangrijk dat behandelaren continu zicht hebben op de actuele situatie van de cliënt en met elkaar in gesprek blijven. Naast deelname aan het multidisciplinair overleg (MDO) kan dit worden ondersteund door regelmatig informeel contact tussen behandelaren, inzage in elkaars rapportages en laagdrempelig overleg via het cliëntendossier. Daarnaast is het van belang dat teams worden ondersteund en getraind in interdisciplinaire samenwerking, zodat deze manier van werken onderdeel wordt van de dagelijkse praktijk.

Verdieping 8. Interdisciplinaire samenwerking

Cliënten in het ELV hebben steeds vaker te maken met meervoudige en complexe problematiek. Dit vraagt om intensieve samenwerking tussen zorgverleners. Waar bij multidisciplinaire samenwerking vooral sprake is van afstemming en kennisuitwisseling binnen afzonderlijke vakgebieden, staat bij interdisciplinaire samenwerking het gezamenlijk werken aan herstel- en participatiedoelen centraal. De expertise van verschillende disciplines wordt geïntegreerd om complexe zorgvragen in samenhang te benaderen (9).

Veel zorgorganisaties bevinden zich in een overgang van multidisciplinaire naar interdisciplinaire samenwerking: van overdracht en afstemming naar gedeelde verantwoordelijkheid voor het behalen van de doelen van de cliënt. Daarbij gaat het niet alleen om samenwerking tussen zorgprofessionals, maar ook om het betrekken van het informele netwerk, zoals mantelzorgers.

Het versterken van interdisciplinaire samenwerking vraagt om een gezamenlijke visie op zorg en behandeling, vaste overlegmomenten en duidelijkheid over verwachtingen, rollen en verantwoordelijkheden van alle betrokkenen.

Advies

Wanneer binnen een team nog niet interdisciplinair wordt samengewerkt, wordt geadviseerd dit gezamenlijk te verkennen. Breng samen in kaart welke belemmeringen er zijn en hoe interdisciplinaire samenwerking passend kan worden ingericht binnen de eigen organisatie en context.



Behandeling (10)

Multidisciplinair/interdisciplinair overleg

Regelmatige evaluatiemomenten, zoals een multidisciplinair overleg (MDO), zijn essentieel om de voortgang van het behandeltraject binnen het eerstelijnsverblijf (ELV) te volgen en waar nodig bij te sturen. Bij voorkeur wordt iedere cliënt op vaste momenten, minimaal eens per twee weken, besproken in een MDO waarbij alle betrokken disciplines aanwezig zijn. Afhankelijk van de situatie kan het waardevol zijn om ook externe partners, zoals de wijkverpleging of een casemanager, bij het overleg te betrekken.

Een goede voorbereiding is cruciaal voor een effectief MDO. Vooraf is duidelijk beschreven wat de actuele situatie van de cliënt is, wat de beoogde situatie en doelen zijn en welke acties nodig zijn om deze te bereiken. Tijdens het MDO wordt gewerkt met een vast en gestructureerd format, zodat het overleg efficiënt verloopt en de focus op de cliënt behouden blijft.

In het MDO wordt minimaal aandacht besteed aan de voortgang op de behandeldoelen, de nog openstaande doelen en de acties die nodig zijn voor een veilige terugkeer naar huis, inclusief het verwachte tijdsplan. Ook wordt besproken welke rol en verantwoordelijkheid de verschillende behandelaren, verpleging en verzorging hierin hebben. Daarnaast is er aandacht voor de manier waarop de cliënt en diens mantelzorger betrokken worden bij de behandeling en wie het contact met hen onderhoudt. Tot slot wordt vastgelegd hoe en door wie de uitkomsten van het MDO worden teruggekoppeld aan de cliënt en mantelzorger.

Verdieping 9. Optimaliseren interdisciplinair teamoverleg

Regelmatige gezamenlijke evaluatiemomenten, zoals het MDO, vormen een belangrijke randvoorwaarde voor goede interdisciplinaire samenwerking. Om het overleg effectief en cliëntgericht te houden, is het belangrijk het MDO periodiek gezamenlijk te evalueren.

Advies

Het wordt aanbevolen om het interdisciplinair teamoverleg structureel te evalueren en te optimaliseren. Sta hierbij stil bij het doel van het overleg, de inhoud en structuur, de rollen van de deelnemers en de spelregels voor samenwerking. Door het overleg waar nodig aan te passen, blijft het MDO efficiënt, inhoudelijk sterk en gericht op de behoeften van de cliënt.



Vorbereiding op ontslag

5.1 Blended home visits

Een goed beeld van de thuissituatie van de cliënt draagt bij aan een veilige en goed voorbereide terugkeer naar huis. Door de woonsituatie tijdig in kaart te brengen, kan worden geanticipeerd op noodzakelijke woningaanpassingen en kan het valrisico – en daarmee het risico op heropname – worden verkleind. De woonsituatie wordt in eerste instantie besproken tijdens de intake. Binnen het eerstelijnsverblijf is het aantal behandelingen echter beperkt, waardoor een aanvullend huisbezoek door de ergotherapeut niet altijd mogelijk is.

Blended home visits kunnen in deze situaties een passend alternatief bieden. Een blended home visit is een digitaal huisbezoek waarbij een mantelzorger of iemand uit het sociale netwerk van de cliënt de thuissituatie in beeld brengt. Met behulp van een vast format worden relevante onderdelen van de woning vastgelegd via foto's en korte video's, zoals de entree met eventuele drempels of opstapjes, de badkamer en de looproutes in huis. Op basis van deze beelden kan de ergotherapeut adviseren over benodigde hulpmiddelen en aanpassingen om de woonsituatie zo veilig mogelijk in te richten.

Verdieping 10. Proefverlof

Wanneer er twijfel bestaat over de haalbaarheid van terugkeer naar huis, kan een proefverlof een waardevol instrument zijn. Deze twijfel heeft vaak betrekking op het cognitief functioneren van de cliënt in de thuissituatie, zoals het nemen van initiatief en het aanbrengen van dagstructuur, maar ook op de fysieke belastbaarheid of de noodzaak van woningaanpassingen. Een proefverlof kan cliënten en mantelzorgers helpen zich beter voor te bereiden op ontslag en kan bijdragen aan het voorkomen van heropnames.

Een proefverlof bestaat bij voorkeur uit minimaal één dag en één nacht, zodat een realistisch beeld ontstaat van het functioneren van de cliënt thuis. Vooraf bespreekt een zorgprofessional met de cliënt en mantelzorger de verwachtingen en doelen van het proefverlof. Na afloop vindt een evaluatie plaats om te bepalen welke ondersteuning nodig is bij definitieve terugkeer naar huis.

In de huidige praktijk wordt proefverlof binnen het ELV vaak als financieel en organisatorisch lastig ervaren, onder andere door de gelijktijdige inzet van wijkverpleging en een ELV-opname. Daarnaast is proefverlof thuis niet altijd haalbaar wanneer er geen mantelzorger beschikbaar is.

Advies

Het wordt aanbevolen om binnen de organisatie de mogelijkheden voor proefverlof te onderzoeken. Wanneer proefverlof thuis niet haalbaar blijkt vanwege financiële beperkingen of het ontbreken van een mantelzorger, is het zinvol om alternatieve vormen te verkennen. Een voorbeeld hiervan is *rooming-in*, waarbij op de ELV-locatie een thuissituatie wordt nagebootst en de cliënt zoveel mogelijk zelfstandig functioneert, eventueel met aanwezigheid van de mantelzorger en geplande 'thuiszorgmomenten'.

Referenties

1. ZonMw. (2023, 5 december). *Vier projecten aan de slag met goede voorbeelden in de kortdurende herstelgerichte zorg* [Nieuwsbericht]. ZonMw. <https://www.zonmw.nl/nl/nieuws/vier-projecten-aan-de-slag-met-goede-voorbeelden-de-kortdurende-herstelgerichte-zorg>
2. Zorginstituut Nederland. (z.d.). *Verblijf (Zvw)*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekerde-zorg/v/verblijf-zvw>
3. Verenso. (2023). *Kwaliteitsbeschrijving eerstelijnsverblijf*. Verenso.
4. van den Besselaar, J. H., Hartel, L., Wammes, J. D., MacNeil-Vroomen, J. L., & Buurman, B. M. (2021). 'Patients come with two garbage bags full of problems and we have to sort them.' A qualitative study of the experiences of healthcare professionals on patients admitted to short-term residential care in the Netherlands. *Age and Ageing*, 50(4), 1361–1370. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab032>
5. Actiz. (z.d.). *Notitie Zorginhoudelijke ontwikkeling ELV*. Actiz.
6. Zorg voor Beter. (2025). *SOFA-model: de rollen van mantelzorgers*. <https://www.zorgvoorbeter.nl/tips-tools/tools/sofa-model-samenwerken-met-mantelzorgers>
7. V&VN. (2016). *Een ecogram maken: de omgeving* [PDF]. <https://www.venvn.nl/media/gnfdwpqs/ecogram-maken-traject-in-voor-mantelzorg-2016.pdf>
8. Vilans. (z.d.). *Kennisbank digitale zorg: technologieën*. <https://www.vilans.nl/kennisbank-digitale-zorg/technologieen>
9. Vyt, A. (2008). Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 24(Suppl. 1), S106–S109. <https://doi.org/10.1002/dmrr.835>