



**Kwetsbare
ouderen in de
huisartsenpraktijk**

**PRAKTIJK-
PROGRAMMA**
Regio Zwolle

De zorg aan (kwetsbare) ouderen is volop in ontwikkeling. Dit programma is een levend document.

Het kwaliteitsteam Ouderen en de Programmamanager zullen nieuwe inzichten en afspraken in de regio zo snel mogelijk verwerken.

De meest actuele versie van dit programma is te vinden op Connect of op de website van Medrie, www.medrie.nl onder 'Ondersteuning dagpraktijken'.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
1.1 <i>Waarom een praktijkprogramma ouderen?</i>	4
1.2 <i>Doel van het praktijkprogramma ouderen</i>	5
1.3 <i>Opbouw van het praktijkprogramma ouderen</i>	5
1.4 <i>Wat levert het praktijkprogramma de huisartsenpraktijk op?</i>	6
1.5 <i>Begrippen en definities</i>	6
2. Randvoorwaarden voor ouderenzorg in de huisartsenpraktijk	8
2.1 <i>Financiering</i>	8
2.2 <i>Personeel</i>	9
2.3 <i>Praktijkplan</i>	9
2.4 <i>Samenstellen Kernteam</i>	10
2.5 <i>Digitaal communicatieplatform: OZOverbindzorg</i>	12
2.6 <i>Geriatrisch netwerk in de wijk</i>	12
2.7 <i>Ondersteuning vanuit Medrie</i>	13
3. Stappenplan Ouderenzorg	14
<i>stap 1: signaleren kwetsbare ouderen</i>	14
<i>stap 2: multidomein analyse</i>	16
<i>stap 3: interventies bepalen en uitvoeren</i>	18
4. Interventies in de zorg en ondersteuning aan kwetsbare ouderen	20
4.1 <i>Polyfarmacie/medicatiebeoordeling</i>	20
4.2 <i>Proactieve zorgplanning</i>	20
4.3 <i>Mantelzorgondersteuning</i>	22
4.4 <i>Ontspoorde zorg en ouderenmishandeling</i>	23
4.5 <i>Valrisico</i>	23
4.6 <i>Ondervoeding</i>	24
4.7 <i>Dementie</i>	24
5. Als het thuis niet meer gaat	26
5.1 <i>Tijdelijke opname</i>	26
5.2 <i>Langdurige zorg</i>	26
5.3 <i>Crisiszorg dementie</i>	27
5.4 <i>Wet Zorg en Dwang (WZD)</i>	28
Bronvermelding	29
BIJLAGEN PRAKTIJKPROGRAMMA	30
Bijlage Functieprofiel POH Ouderen.....	31
Bijlage Praktijkplan Ouderenzorg	32
Bijlage Handleiding Uitdraai uit HIS Medicom.....	36
Bijlage Samenwerkingsafspraken Specialist Ouderengeneeskunde.....	42
Bijlage Sociale kaart in de wijk.....	43
Bijlage Overzicht ICPC codes Ouderenzorg	435
Bijlage Stappenplan Polyfarmacie	446
Bijlage Beleid WLZ zorg in instellingen in de ANW	47

1. Inleiding

1.1 Waarom een praktijkprogramma ouderen?

De vergrijzing is in volle gang. Door allerlei ontwikkelingen leven we langer; langer in gezondheid én langer met beperkingen. In 2040 is in Nederland een kwart van de bevolking 65+ (CBS 2022).

Ook in de regio Zwolle is deze trend gaande, zoals te zien in figuur 1.

De groeiende groep ouderen woont steeds langer thuis met een toenemende complexiteit aan problemen. Dit zorgt voor een grote druk op de eerstelijnszorg.

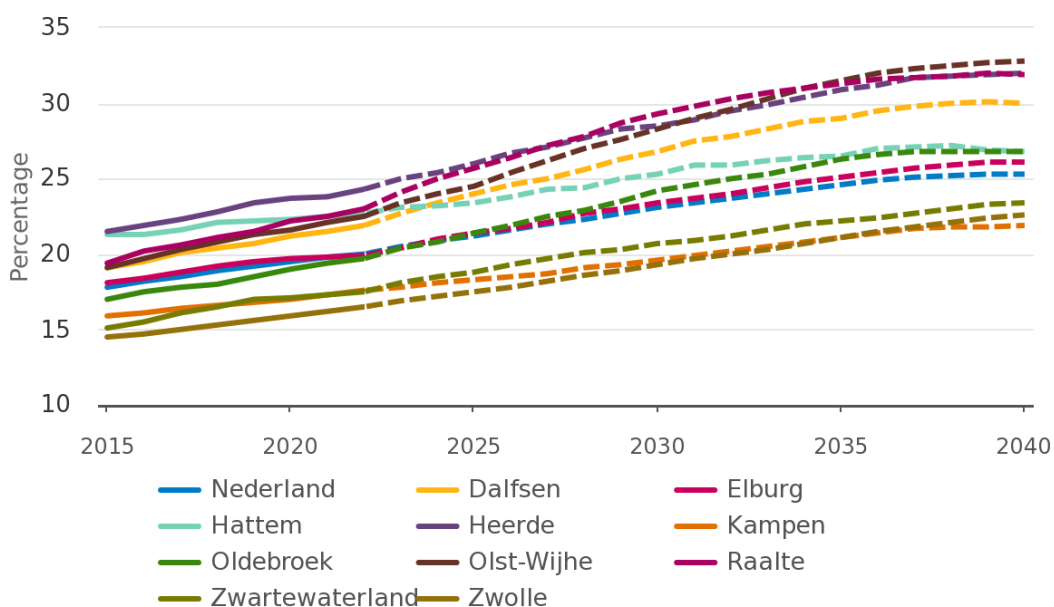
Een gemiddelde normpraktijk heeft een ouderenpopulatie van ongeveer 23% 65plussers. Een groot deel van deze ouderen redt zich grotendeels zelfstandig en heeft af en toe zorg of ondersteuning nodig van de huisarts.

Per huisartspraktijk is momenteel circa 20-35% van de 75-plussers kwetsbaar. Kwetsbare ouderen vragen (veel) meer tijd en aandacht. Daarnaast neemt de kans op crisissituaties toe.

Wanneer er steeds meer ouderen een beroep doen op de huisartsenzorg, dreigt het gevaar dat er onvoldoende tijd en aandacht meer is om met een integrale blik naar de oudere patiënt te kijken en de juiste zorg te leveren.

De vergrijzingsgolf vraagt om een vooruitziende aanpak voor de huisartsenzorg, zodat de zorgvraag voor de huisarts behapbaar blijft en de thuiswonende ouderen passende zorg kunnen blijven ontvangen.

Percentage 65 jaar en ouder



Figuur 1 Percentage ouderen in Medie Regio Zwolle

1.2 Doel van het praktijkprogramma ouderen

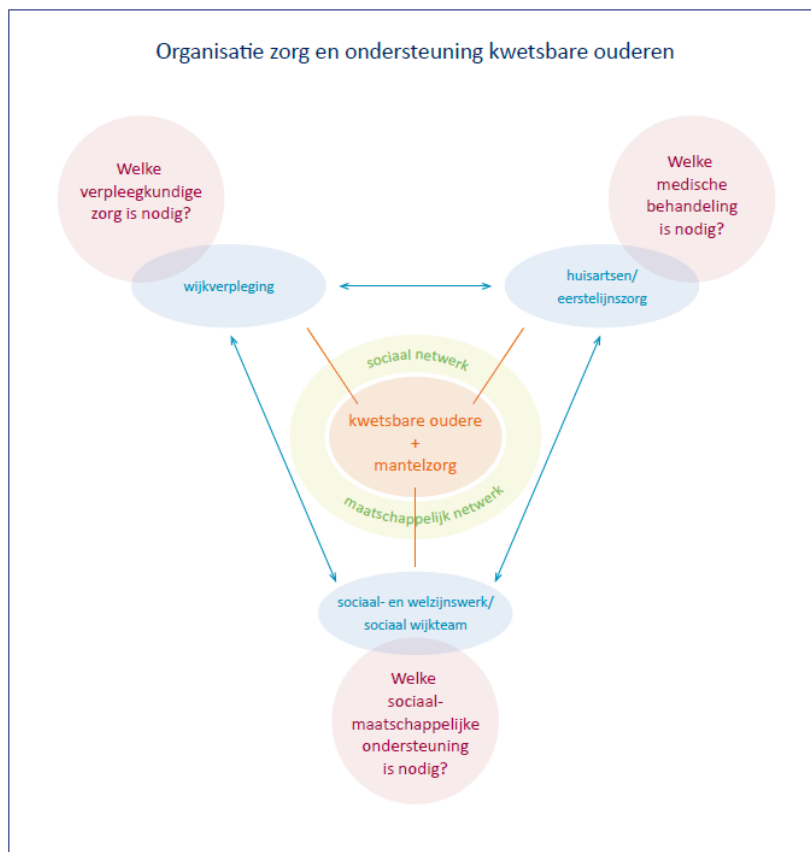
Het doel van het praktijkprogramma is thuiswonende, kwetsbare ouderen in de regio Zwolle persoonsgerichte, proactieve en samenhangende zorg en ondersteuning te bieden, waarbij organisaties op het gebied van (medische) zorg en ondersteuning, welzijn en wonen optimaal samenwerken.

De samenhang (zie figuur 2) zorgt ervoor dat het welbevinden en de gezondheid van ouderen gehandhaafd of verbeterd kan worden. Door een gestructureerde aanpak zal de huisarts meer tijd overhouden voor andere zaken.

1.3 Opbouw van het praktijkprogramma ouderen

Dit praktijkprogramma is gebaseerd op de *Handreiking Kwetsbare Ouderen thuis* (Wind e.a. 2021) welke landelijk wordt toegepast en wetenschappelijk is onderbouwd. De handreiking is samengesteld door 13 landelijke partijen uit het medische, sociale en zorgdomein. Daarnaast is het boek *Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk* (Oostveen e.a. 2023) gebruikt voor dit praktijkprogramma. In dit document zal hier regelmatig naar worden verwezen. Het is aan te bevelen dit boek aan te schaffen.

De handreiking beschrijft 6 stappen om de zorg aan (kwetsbare) ouderen te leveren. Deze stappen zijn toegeschreven op regio Zwolle. Input vanuit gesprekken met huisartsen en praktijkondersteuners uit de regio zijn meegenomen in dit praktijkprogramma.



Figuur 2 Organisatie zorg en ondersteuning kwetsbare ouderen

1.4 Wat levert het praktijkprogramma de huisartsenpraktijk op?

- **Meer tijd.** Door de ouderenzorg gestructureerd te organiseren op praktijk-, wijk- en regioniveau kunnen veel taken belegd worden bij personeel in de praktijk (POH-Ouderen, doktersassistent) en is de huisarts zelf minder tijd kwijt.
- **Rust in de praktijk**
 - Proactieve gestructureerde ouderenzorg levert veel winst bij de groep ouderen die kwetsbaar is; ouderen voelt zich gehoord, de huisarts wordt ontlast en ook in financiële zin levert het winst op.
 - Minder crisissituaties. Door vroegtijdig kwetsbare oudere patiënten in beeld te hebben, is men beter voorbereid en kan sneller anticiperen. Duidelijke afspraken zijn helpend bij een crisis situatie en zorgen ook voor meer rust bij de patiënt en eventuele mantelzorger.
- **Duidelijke afbakening van de taken van de huisarts** (in WLZ zorg, crisiszorg, etc) en helderheid over rol- en taakverdeling.
- **Betere samenwerking met andere partijen** (op regioniveau als ook in de wijk) waardoor patiënten sneller op de juiste plek komen en de expertise van andere disciplines wordt benut.

1.5 Begrippen en definities

Ouderen

Ouderdom komt met veranderingen op alle levensdomeinen. Sommigen blijven nog lang vitaal, anderen worden steeds kwetsbaarder en worden steeds afhankelijker van zorg, begeleiding en hulpmiddelen. Er bestaan verschillende definities van ouderen.

Het Zilveren Kruis rekent met de ouderen van 75+.

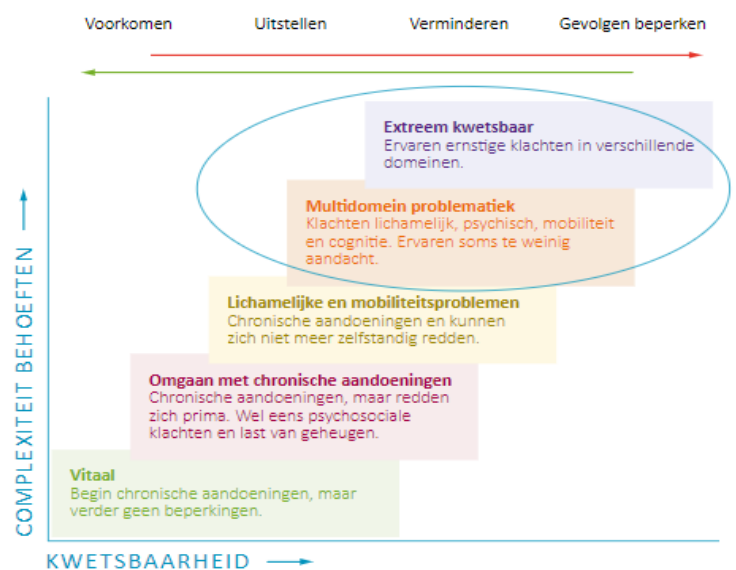
De inhoud van dit praktijkprogramma is echter ook toepasbaar voor ouderen met een biologische leeftijd van 65+, wanneer de situatie daarom vraagt.

Kwetsbaarheid

Kwetsbaarheid is 'het proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren, dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, vroegtijdig overlijden)' (Oostveen e.a. 2023).

Bij het risico op kwetsbaarheid speelt de draagkracht van de oudere een belangrijk rol. Kwetsbaarheid is niet altijd te voorkomen, maar door tijdige onderkenning kunnen ouderen geholpen worden om langer de regie over hun eigen leven te houden. Door vroegtijdig zicht te krijgen op de mogelijke kwetsbaarheid van ouderen, kunnen huisartsen, thuiszorg en welzijnswerk de zorg en begeleiding beter afstemmen op de behoeften van de oudere.

Er bestaan verschillende fasen van kwetsbaarheid (figuur 3). Elke fase vraagt om een ander doel.



Figuur 3 Fasen van kwetsbaarheid ouderen

Risicofactoren voor kwetsbaarheid bij ouderen

- Hoge leeftijd (bijv. 90 jaar en ouder)
- Alleenwonend
- Recent weduwe/weduwnaar geworden
- Multimorbiditeit
- Polyfarmacie
- Frequent contact met de huisartsen(praktijk)
- Lange tijd niet bij de huisartsenpraktijk geweest ('consultation gap', bijv. laatste consult was langer dan 3 jaar geleden)
- Psychosociale problematiek als eenzaamheid of financiële problemen
- Klein tot geen sociaal netwerk.
- Recente ziekenhuis- en/of verpleeghuisopname
- Cognitieve problematiek
- Motorische beperkingen
- Onveilige woonsituatie
- Toenemende vraag naar thuiszorg
- Overbelaste mantelzorger

Positieve gezondheid

Zorg voor ouderen gaat uit van de principes van positieve gezondheid waarbij gezondheid niet meer wordt gezien als de af- of aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren. Niet alleen het medisch domein draagt zorg voor de gezondheid van ouderen, maar ook het sociale domein en de zorg in de wijk.



2. Randvoorwaarden voor ouderenzorg in de huisartsenpraktijk

Ouderenzorg is netwerkzorg; samenwerking met andere disciplines is essentieel. Voordat er daadwerkelijk gestart kan worden met de implementatie van ouderenzorg in de huisartsenpraktijk, zijn een aantal voorwaarden noodzakelijk.

2.1 Financiering

Naast de inschrijving op naam zijn er voor ouderenzorg de volgende financieringsmogelijkheden:

Let op: dit betreft een uitwerking van Medrie. De actuele inkoopvoorwaarden zijn leidend.

De organisatie van ouderenzorg

- **Prestatie samenwerken rondom kwetsbare ouderen.** Deze prestatie sluit u zelfstandig af met de zorgverzekeraar. Het doel van deze prestatie is door middel van samenwerking de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren van de oudere te verbeteren. De voorwaarden vanaf 2024 zijn o.a.:
 - de huisarts of POH neemt deel aan een samenwerkingsverband met andere zorgverleners in de ouderenzorgketen of neemt initiatief dit op te zetten
 - in de samenwerking wordt minimaal de specialist ouderengeneeskunde (SO), de wijkverpleging en het sociaal wijkteam betrokken.
 - er is een zichtbaar effectief lokaal netwerk rondom kwetsbare ouderen. Waarin ervoor wordt gezorgd dat de plannen en activiteiten (rondom kwetsbare ouderen) aansluiten bij die van andere disciplines en domeinen.
 - Er zijn afspraken over efficiënte en volledige informatie-uitwisseling ten behoeve van de zorg voor de kwetsbare ouderen.

- **Prestatie Gestructureerde huisartsenzorg in verzorgingshuis:** vergoeding om de samenwerking tussen een woonzorglocatie en de huisarts te bevorderen. Het betreft een kwartaalbedrag per betreffende bewoner van de woonzorglocatie.
- **Prestatie Samenwerken in de Wijk (O&I):** Dit is budget wat onder andere gebruikt kan worden om samenwerking in de wijk te organiseren. Dit kan worden aangevraagd via Medrie.

De directe zorg aan oudere patiënten

- Visites en consulten die de huisarts, POH en/ of assistente (als verlengde arm constructie, bijv. het brengen van een visite aan een kwetsbare oudere met ontslag uit het ziekenhuis) verricht aan de (kwetsbare) ouderen mogen gedeclareerd worden volgens het reguliere tarief. Hier zit geen leeftijdsgrens aan. **Let op:** Bij de nieuwe POH-S module mogen consulten door de POH gedeclareerd worden. Bij de 'oude' PHO-S module zit de directe zorg aan kwetsbare ouderen verrekend in het bedrag wat de praktijk ontvangt.
- **Prestatie Polyfarmacie:** vergoeding om het overleg met apotheker te financieren bij patiënten die meerdere soorten medicatie gebruiken of risicofactoren zoals hoge leeftijd, etc.
- **Prestatie Behandelwensgesprek** Vanaf 2024 kan het behandelwensgesprek worden gedeclareerd.
- **Verrichting Afnemen MMSE test**
- **Eerstelijns Verblijf (ELV)** De door de huisarts geleverde zorg aan patiënten die verblijven in een setting voor eerstelijnsverblijf kan apart in rekening worden gebracht.

- **Intensieve zorg**

Voor patiënten met een hoge zorgzwaarte mogen hogere tarieven in rekening worden gebracht. Dit geldt voor terminale patiënten én voor patiënten met een CIZ indicatie. Te denken valt aan een WLZ indicatie van VV5 en hoger. De patiënt mag géén *behandeling en verblijf* ontvangen van een instelling.

2.2 Personeel

De zorg aan ouderen wordt naast de huisarts ook door andere professionals uit de praktijk verleend. Het is aan te raden om een professional in de praktijk te hebben die zich (deels) op de ouderenzorg richt. Dit kan een POH-S zijn met aandachtsgebied ouderenzorg of een POH-Ouderen. De zorg aan ouderen kan ook worden geleverd door een PA of VS die werkzaam is in de praktijk. De keuze hangt af van de populatie en wensen van de praktijk.

Het is aan te raden minimaal een HBO geschoolde professional in te zetten, zie ook het functieprofiel POH Ouderen in de bijlage. De professional voor de ouderenzorg richt zich in de praktijk op de ondersteuning, begeleiding en organisatie van de zorg voor kwetsbare ouderen. Voor een mogelijk taakomschrijving, zie *hoofdstuk 4.4. uit het boek Ouderen in de huisartsenpraktijk*.

Naast de POH kan ook de assistente een belangrijke rol innemen in de ouderenzorg. Te denken valt aan het ondersteunen van de POH-O, het versturen van vragenlijsten, het bellen van kwetsbare ouderen die uit het ziekenhuis zijn ontslagen, etc.

Minimale inzet in uren

De praktijk is vrij om te bepalen voor hoeveel uren zij een professional inzetten op ouderenzorg.

Dit is sterk afhankelijk van de populatie

ouderen en de ervaren werkdruk van de huisarts.

Een richtlijn voor een normpraktijk met een sterk vergrijsde populatie van meer dan 300 75-plussers, is een minimale inzet van 8 uur per week (netto, dus zonder verlof etc.) ¹Deze uren zijn bedoeld voor de organisatie van de ouderenzorg. Daarnaast komt nog de tijd voor de consulten en visites die de POH uitvoert.



2.3 Praktijkplan

Ouderenzorg is veelomvattend. Om gestructureerd en doelgericht aan de slag te gaan, wordt een praktijkplan opgesteld, zie bijlage Praktijkplan voor het format. Met een praktijkplan brengt de praktijk in beeld hoe de populatie eruit ziet, welke zorgvragen deze ouderen hebben en wat er anders georganiseerd kan worden. Vanuit deze analyse worden doelen opgesteld.

Voor het maken van een praktijkplan is het essentieel om te weten hoe de populatie ouderen in de praktijk eruit ziet en welke problematiek vaak voorkomt. Deze gegevens kunnen uit het HIS worden gehaald. Voor een handleiding zie de bijlage Uidraai gegevens HIS.

¹ Onderzoek Consultancy kantoor Opera in opdracht van RHO Hadoks

Het is aan te raden om als praktijk de ouderenzorg stap voor stap op te zetten. Door te focussen op een bepaalde patiëntengroep of zorgvraag blijft het behapbaar. Wanneer de betreffende groep goed in beeld is, kan een nieuw doel worden gekozen.

Bespreek het praktijkplan vervolgens met het kernteam, zie paragraaf 2.4, om tot een gezamenlijke visie met de overige leden te komen.

2.4 Samenstellen Kernteam

De zorg voor kwetsbare ouderen vraagt een mix van kennis, vaardigheden en competenties (figuur 2). Vanuit de huisartsenpraktijk wordt een kernteam gevormd, dit is een multidisciplinair team waarbinnen de zorg en ondersteuning aan (kwetsbare) ouderen wordt gecoördineerd en afgestemd.

De samenstelling van het kernteam kan per praktijk wisselen. Dit is afhankelijk van de locatie van de praktijk (stad of een dorp) en de gestelde doelen in het praktijkplan.

De ervaring leert dat vooral het eerste jaar een kernteam bevorderlijk is voor een soepele implementatie. Na het jaar zijn de leden vaak zo op elkaar ingespeeld dat ze elkaar automatisch weten te vinden voor afstemming of MDO's.

Minimale deelnemers zijn:

- Praktijkondersteuner, met eventueel ook de huisarts. Dit is niet noodzakelijk.
- Wijkverpleegkundige (of casemanager dementie)
- Specialist Ouderengeneeskunde – sommige praktijken hebben de specialist er op afroep bij.
- Sociaal werker

Het is aan te raden om met een klein team te starten. Wanneer een bepaalde discipline in de loop van de tijd gewenst is, kan deze (tijdelijk) aanhaken.

In een stad is een kernteam moeilijker te organiseren vanwege diverse organisaties. Een mogelijkheid is om op discipline met elkaar samen te werken. Er sluit één wijkverpleegkundige aan die vervolgens inhoudelijk weer afstemt met de overige wijkverpleegkundigen in de wijk. Bij MDO's op patiëntniveau kan indien nodig, de betrokken wijkverpleegkundige of sociaal werker aansluiten.

Samenwerkingsafspraken als kernteam

Voordat het kernteam kan starten, worden afspraken gemaakt.

Hierin wordt vastgelegd welke screeningslijsten men wil gebruiken, hoe vaak men elkaar treft en hoe informatie wordt uitgewisseld.

Eén van de leden van het kernteam wordt aangewezen als **coördinator kernteam**. Het meest praktisch is dat de POH deze rol op zich neemt, aangezien hij/zij toegang heeft tot het HIS. De taken van de coördinator zijn onder andere het organiseren van het MDO, de samenwerking binnen het kernteam en met overige hulpverleners.

Taakverdeling kernteam

De Praktijkondersteuner is op de hoogte van de (fysieke, psychische en sociale) situatie van de oudere en vormt de spil in de overgang van de eerste naar de tweede lijn, en andersom. De Praktijkondersteuner speelt een centrale rol in het signaleren van (dreigende) kwetsbaarheid bij ouderen in de huisartsenpraktijk d.m.v. casefinding. Ook is de POH verantwoordelijk voor het opzetten en de samenwerking van het kernteam. Hij/zij is voorzitter van het kernteam of draagt deze functie over aan een ander kernteamlid. De huisarts is eindverantwoordelijk voor het behandelbeleid, de POH stemt dit af.

De Specialist Ouderengeneeskunde komt in beeld wanneer de (complexe) zorgvraag van een oudere patiënt de algemene medische

zorg van de huisarts overschrijdt. De specialist ouderengeneeskunde (SO) biedt consultatie en/of (mede)behandeling, afhankelijk van de vraag van de huisarts. De SO kan worden ingeschakeld voor een consult of geriatrisch assessment bij complexe zorgvragen, polyfarmacie en bij vroegtijdige zorgplanning (Advance Care Planning).

Patiënten met een Wlz-indicatie die thuis of in een instelling zonder Wlz-behandeling wonen, kunnen vanuit hun indicatie (beperkt) aanspraak maken op aanvullende zorg van een specialist ouderengeneeskunde.

Maak van te voren goede samenwerkingsafspraken en leg deze vast. Zie de bijlage Handreiking Samenwerking SO-Huisarts. Wanneer een praktijk nog geen contact heeft met een Specialist Ouderengeneeskunde kan een VVT-instelling in de buurt worden benaderd.

De wijkverpleegkundige is de zorgcoördinator van kwetsbare ouderen met complexe problematiek. De wijkverpleegkundige zorgt ook voor de verbindingen in de wijk en draagt bij aan wijkgerichte (preventieve) activiteiten. Bij sociale problematiek schakelt hij/zij de sociaal werker in.

De casemanager dementie is opgeleid als wijkverpleegkundige, verpleegkundige of als maatschappelijk werker. De casemanager dementie heeft door een aanvullende opleiding specialistische kennis over dementie en de betreffende begeleiding van de cliënt en mantelzorger bij dementie. Bij sommige organisaties vervult een wijkverpleegkundige ook de functie van casemanager.

De sociaal werker is de casemanager/zorgcoördinator van kwetsbare ouderen met sociale vraagstukken en problematiek. De sociaal werker heeft veel ervaring op het gebied van wonen, welzijn, financiën en sociale activering. Bij zorg gerelateerde problemen schakelt hij/zij de andere leden van het kernteam in.

Rol van de apotheker

De apotheker is meestal geen onderdeel van het kernteam, maar kan veel betekenen voor kwetsbare ouderen. Maak afspraken met de apotheker om ze laagdrempelig te kunnen consulteren. Denk hierbij aan polyfarmacie/medicatiebeoordeling (eventueel voorafgaand aan een MDO), begeleiding van de kwetsbare ouderen, verzorgen van baxtersystemen, deelnemen aan een MDO.

Maar maak ook afspraken over de signalering van kwetsbaarheid in de apotheek. De apotheek heeft vaak veel contactmomenten met kwetsbare ouderen.

Tevens neemt de apotheker deel aan het FTO. In de agenda van de FTO groepen zou jaarlijks een onderwerp over kwetsbare ouderen aan de orde kunnen komen.

Kijk daarom goed bij welke multidisciplinaire overleggen de apotheker een meerwaarde heeft en maak zoveel mogelijk gebruik van de bestaande overlegstructuren.

2.5 Digitaal communicatieplatform: OZOverbindzorg

Om het netwerk van de patiënt goed in kaart te brengen en eenvoudig te communiceren tussen alle betrokkenen (inclusief de patiënt en/of zijn informele netwerk) wordt in de regio Zwolle gebruik gemaakt van OZOverbindzorg. De praktijk dient de patiënt om toestemming te vragen om aan te mogen melden bij OZO. Dit mag ook mondeling, met een vermelding in het HIS.

Medrie onderhoudt de contacten met OZO en zorgt dat een praktijk kan starten met OZO en geholpen wordt bij de inrichting van het platform.

2.6 Geriatrich netwerk in de wijk

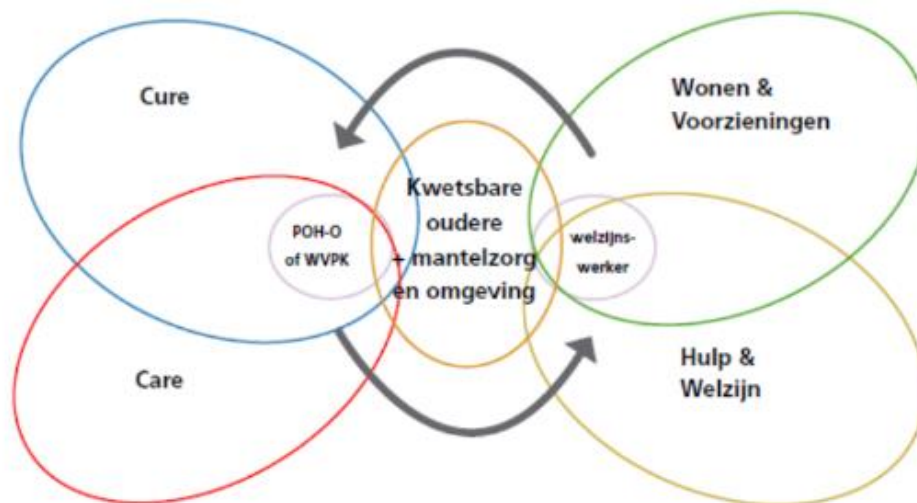
Kwetsbare ouderen hebben – naast de disciplines in het kernteam- vaak met verschillende zorgverleners uit de eerstelijns te maken. Het bieden van optimale zorg en ondersteuning aan ouderen die gericht is op alle levensdomeinen, vraagt nauwe samenwerking tussen zorg, ondersteuning en welzijn (zie figuur 4).

- **Cure:** POH-GGZ, specialist ouderengeneeskunde, apotheker, diëtist, fysiotherapeut, ergotherapeut, tandartsen, etc.
- **Care:** Thuiszorgorganisaties met casemanagers en wijkverpleegkundigen.

- **Hulp en Welzijn** Maatschappelijk werk, WMO (wet maatschappelijke ondersteuning)-consulent, cliëntondersteuning, dagbesteding, wijk- of buurtcoach, welzijnsorganisatie, vrijwilligersorganisatie en mantelzorgers.
- **Wonen en voorzieningen:** woningbouwvereniging, gemeente

Om optimaal gebruik te kunnen maken van de expertise van andere professionals is een goed en actueel overzicht van het aanbod van zorg en welzijn in het eigen werkgebied noodzakelijk. Om de sociale kaart in beeld te brengen kan gebruik worden gemaakt van de bijlage Sociale kaart. Het is een dynamisch document wat telkens aangepast of aangevuld zal worden.

Op veel plekken in de regio zijn al kleine netwerken, het is goed om vooraf te informeren bij partners of collega praktijken of er iets nieuws moet worden opgezet, of aangesloten kan worden bij een bestaand netwerk.



Figuur 4 Vlindermodel

Kick-off

Het is een overweging om bij de start van de implementatie van ouderenzorg vanuit de huisartsenpraktijk een bijeenkomst te organiseren waarin professionals en vrijwilligers uit alle domeinen elkaar ontmoeten. Naast het uitwisselen van elkaars competenties kunnen wederzijdse verwachtingen worden besproken en de wijze van communiceren. Voor het evalueren van de afspraken en samenwerking kan deze bijeenkomst bijvoorbeeld jaarlijks worden herhaald. De module **Samenwerken in de Wijk** (gefaciliteerd door Medrie) kan helpend zijn om een geriatrisch netwerk op te zetten.

Alle disciplines die geen onderdeel van het kernteam zijn, kunnen wel op verzoek aansluiten bij een MDO of overleg.

2.7 Ondersteuning vanuit Medrie

Medrie wil huisartsenpraktijken faciliteren bij het bieden van zorg aan kwetsbare ouderen. Deze ondersteuning bestaat uit:

- Actieve begeleiding bij het implementeren van (onderdelen) van het praktijkprogramma
 - Door het aanbieden van scholingen
 - Contactmomenten tussen de praktijk en de programmamanager van Medrie
 - Het mogelijk maken van uitwisseling tussen praktijken, door een actueel beeld van de regio.
- Actueel overzicht van het praktijkprogramma op de website van Medrie.
- Ondersteuning bij het starten en inrichten van OZO verbindzorg.
- Regionale afstemming met andere disciplines, zoals VWT, Isala, sociaal domein, etc. om de samenwerking rond kwetsbare ouderen optimaal te ondersteunen.
- Faciliteren van doorontwikkeling van het praktijkprogramma; denk bijvoorbeeld aan foldermaterialen voor patiënten,

handleiding voor praktijken, uitwerken van praktische toepassingen voor ACP-gesprekken, koppelingen met ICT systemen, afspraken over overdracht kwetsbare ouderen die opgenomen worden, etc.)



3. Stappenplan Ouderenzorg

Stap 1: signaleren kwetsbare ouderen

Goede zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen kan veel leed en/of onnodige crisissituaties voorkomen. Dat is niet alleen voor de ouderen en hun naasten van belang, maar het is ook voor de huisartsenpraktijk efficiënter om grip op de ouderenpopulatie te houden.

Om tijdig zicht te hebben op de kwetsbare ouderen, is het belangrijk om ze proactief in beeld te brengen.

Dit kan op meerdere manieren:

1. Casefinding: Het tijdig alert zijn op signalen van kwetsbaarheid.

- **Tijdens reguliere contactmomenten**

Vanuit het contact wat de huisarts, POH of doktersassistente heeft met de oudere patiënt, kan er een vermoeden van kwetsbaarheid ontstaan. Dit vermoeden kan worden bepaald aan de hand van de risicofactoren voor kwetsbaarheid (zie hoofdstuk 1.5).

- **Signalen vanuit de omgeving van de oudere**

Deze signalen kunnen zowel uit de sociale omgeving als van professionals komen. Om deze bron van informatie zo goed mogelijk te benutten is het aan te raden om met professionals afspraken te maken over de wijze van melden van signalen. Dit kan besproken worden in het kernteam en in het geriatrisch netwerk in de wijk.

2. Screening: actief op zoek gaan naar risicofactoren voor kwetsbaarheid.

- **Het doorlopen van het patiëntenbestand**

Met het doorlopen van het patiëntenbestand kunnen ouderen proactief in beeld worden gebracht.

Bepaal vooraf op welke kwetsbare groep ouderen de focus komt (op basis van risicofactoren, zie hoofdstuk 1.5) en maak op basis daarvan een uitdraai uit het HIS (bijlage uitdraai HIS). De lijst kan worden doorlopen op ouderen die al in beeld zijn (bijv. in de ketenzorg), waardoor er een selecte groep over blijft die actief benaderd kunnen worden. Het volledig in beeld brengen van een populatie ouderen kost veel tijd die niet op blijkt te wegen tegen de uitkomsten.

- **Versturen vragenlijst aan ouderen**

Er kan worden gekozen om ouderen van een bepaalde leeftijd een vragenlijst (GFI) toe te sturen welke zij zelf kunnen invullen en retour zenden. Op basis van deze uitkomst kan worden bepaald wie mogelijk kwetsbaar is.

De assistente kan een belangrijke rol spelen in bovenstaande stappen. Zij hebben vaak zicht op ouderen die vaak aan de balie komen, veel bellen, afspraken vergeten, etc. Daarnaast kunnen zij ondersteunen in het uitdraaien van lijsten, het versturen van de vragenlijsten en het verwerken van de uitkomsten.

Niet kwetsbaar

Wanneer een oudere niet kwetsbaar is, kan besloten worden om vinger aan de pols te houden. Bijvoorbeeld door over een jaar weer contact op te nemen of de oudere te informeren waarmee hij bij de huisarts terecht kan als de situatie verandert.

Kwetsbaar

Indien er vermoedens van kwetsbaarheid zijn, is het belangrijk om de oudere verder in beeld te brengen.

De hulpverlener die de vragenlijst/inventarisatie heeft afgenomen, bespreekt de bevindingen uit de vragenlijst en overige informatie met de huisarts en zij beoordelen samen of voldoende informatie verzameld is. Uit dit gesprek kan blijken dat extra expertise nodig is, bijvoorbeeld door middel van een consult door een specialist ouderengeneeskunde, casemanager dementie, wijkverpleging of sociaal werker. Als de oudere daadwerkelijk kwetsbaar blijkt te zijn, volgt een uitgebreide anamnese, stap 2.

Bij vermoedens van kwetsbaarheid kan de apotheek geïnformeerd worden, zodat er een medicatiebeoordeling kan plaatsvinden.

Registratie

Registratie van de ouderenzorg in het HIS kan onder:

- **A49.01 Ouderenzorg:** Te gebruiken voor informatie over zorg en welzijn van ouderen die nog niet kwetsbaar zijn.
- **A05 Kwetsbare oudere:** Indien de oudere kwetsbaar wordt kan de episode A49.01 omgezet worden in A05.



Stap 2: Multidomein analyse

Als blijkt dat een oudere patiënt kwetsbaar is, is het belangrijk om op gestructureerde wijze na te gaan op welke domeinen (lichamelijk, psychisch, functioneel, sociaal) de oudere problemen ervaart.

Bij casefinding is er vaak al een vermoeden welke problemen er spelen en kunnen deze gericht in beeld worden gebracht.

Het uitgangspunt is dat (kwetsbare) ouderen zoveel mogelijk zélf keuzes maken over de aard en mate van ondersteuning. De hulpverlener ondersteunt bij het maken van die keuzes door zich te verdiepen in de behoeften en verlangens van de oudere.

Anamnese

Om een compleet beeld te krijgen wordt een uitgebreide anamnese afgenomen tijdens een huisbezoek. In dit gesprek wordt duidelijk welke problemen urgent zijn en waarmee de oudere aan de slag wil gaan. Het afnemen van zo'n anamnese kost best wat tijd en vraagt meestal zo'n 1 à 2 huisbezoeken.

Spreek in het kernteam af wie de anamnese afneemt (meestal is dit de Praktijkondersteuner, maar soms is ook wijkverpleging al betrokken) en welk instrument diegene gebruikt.

Er zijn verschillende instrumenten beschikbaar voor het afnemen van een anamnese, zie voor uitgebreide toelichting ook hoofdstuk 9 uit het boek Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk.

- TraZag
- Positieve Gezondheid
- SFMPC model
- EasyCare
- GeriatrICS (SamenOud-anamnese)
- Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)

Welk instrument wordt gekozen, hangt af van persoonlijke voorkeur of van wat al binnen de wijk wordt gebruikt. De uitkomsten van de anamnese worden gebruikt voor het opstellen van het zorgplan.

Proactieve zorgplanning

Bespreek ook met de oudere welke wensen er zijn ten aanzien van het levenseinde (*zie ook hoofdstuk Proactieve Zorgplanning*).

Toestemming MDO

Daarnaast moet de patiënt toestemming geven om besproken te worden in een MDO met meerdere disciplines.

Optioneel: lichamelijk onderzoek

Afhankelijk van de werkprocessen in de huisartsenpraktijk, voer je ook lichamelijk onderzoek uit bij de oudere. Het lichamelijk onderzoek bestaat uit het vaststellen van: het gewicht, de lengte, de pols en de tensie.

Optioneel: laboratoriumonderzoek

Afhankelijk van de werkprocessen in de huisartsenpraktijk, voer je ook laboratoriumonderzoek uit. Items die recent zijn bepaald, hoeven niet opnieuw onderzocht te worden. Wat 'recent' is, wordt aan het oordeel van de wijkverpleegkundige/POH overgelaten (dit zal per item verschillen).
Let op: dit onderzoek valt onder het eigen risico van de basisverzekering. Het is belangrijk de oudere hier vooraf over te informeren.

Optioneel: Medicatiebeoordeling

De apotheker kan de medicatie van de ouderen onderzoeken.
Let op: dit onderzoek valt onder het eigen risico van de basisverzekering. Het is belangrijk de oudere hier vooraf over te informeren.

Registratie

Registratie van de ouderenzorg in het HIS kan onder:

- A20: Levens einde gesprek
- A13: Medicatiebeoordeling
- A80: Vallen
- Z04.3: Eenzaamheid
- T05: Voedingsproblemen/ondervoeding
- P20: Geheugenproblemen
- P76: Depressie



Stap 3: interventies bepalen en uitvoeren

Uit de anamnese komt een breed beeld naar voren van de problemen op de verschillende domeinen en de wensen van de oudere zelf. Kwetsbaarheid bij ouderen kan leiden tot complexe problematiek waarbij samenhang in de zorg, afstemmen van regie en samenwerking noodzakelijk zijn. Vanuit de probleemanalyse wordt een zorgplan opgesteld met doelen.

De interventies die nodig zijn om te werken aan de wensen en doelen van de ouderen gaan meestal over meerdere disciplines heen. De uitkomsten en doelen worden multidisciplinair besproken en afgestemd. Niet elke kwetsbare oudere hoeft uitgebreid te worden besproken, soms kan de POH al afstemming zoeken met de nodige disciplines, bijvoorbeeld via OZO, en kan gestart worden met het uitvoeren van de interventies.

Multidisciplinaire afstemming

De afstemming kan plaatsvinden op verschillende manieren, in het kernteamoverleg of in een MDO.

Doel:

De problemen van kwetsbare ouderen en het opgestelde zorgplan bespreken, afstemmen en coördinaties van de interventies afstemmen.

Organisator: de coördinator organiseert het Multidisciplinair Overleg (MDO). Deelnemers zijn ten minste de leden van het kernteam. Afhankelijk van de betrokkenheid van andere disciplines kunnen zij worden uitgenodigd deel te nemen. De oudere of mantelzorger kan ook een deelnemer zijn.

Bespreekpunten :

- Wat is het uiteindelijk doel waar naartoe wordt gewerkt? Is dit het herstel van functioneren van de oudere, het behouden van functioneren en voorkomen van achteruitgang of het accepteren van de achteruitgang en het bestrijden van de symptomen?
- Welk beleid is nodig om dit doel te behalen? De interventies worden uitgewerkt met daaraan gekoppeld de discipline die het oppakt.
- Is er een individueel zorgplan nodig? Of kan het ook in het HIS aangemaakt worden? Heeft de wijkverpleging of casemanager al een zorgplan?
- Hoe wordt er onderling afgestemd?
- Wie wordt de coördinator van de kwetsbare oudere (POH, wijkverpleegkundige of casemanager). Hij/zij koppelt dit ook aan de oudere (en evt mantelzorger) terug en wat er afgesproken is in het team.
- Bespreek de opvolging indien er tijdens de ANW uren een zorgvraag ontstaat of de situatie verergerd. Zorg als huisarts dat op de post inzichtelijk is wat de afspraken zijn bij de kwetsbare oudere. Denk aan opnamewens, behandelplan, etc. Zie hiervoor ook het hoofdstuk *4.2 Proactieve Zorgplanning*.

Praktisch

- Een richtlijn is een multidisciplinair overleg 1x per maand van 1 uur. Dit hangt echter sterk af van de samenwerking binnen het kernteam en hoe disciplines elkaar weten te vinden. Afhankelijk van de te bespreken patiënten kan de huisarts wel/niet of gedeeltelijk aansluiten bij het MDO.
- Om het MDO vlot te laten verlopen, is de coördinator verantwoordelijk voor het inplannen, organiseren en voorbereiden van het MDO.

Het verdient aanbeveling om vaste momenten in de agenda te reserveren voor MDO's. Daarbij dient het duidelijk te zijn welke patiënten besproken gaan worden zodat het MDO door een ieder voorbereid kan worden.

Voor nadere uitwerking van het MDO zie *hoofdstuk 11 uit het boek Ouderenzorg in de Huisartsenpraktijk*.

Uitkomsten multidisciplinaire afstemming

Na het vaststellen van de doelen, worden de interventies uitgevoerd. In het plan is beschreven door wie de interventies in gang gezet zijn en uitgevoerd worden: de POH, casemanager/zorgcoördinator, een andere hulpverlener, de oudere of diens mantelzorg. Uitgangspunt is om zoveel mogelijk het zelfmanagement van de oudere patiënt te stimuleren door hem/haar interventies te laten uitvoeren, indien nodig met ondersteuning.

De acties worden vastgelegd in het plan in het HIS.

Monitoren interventies

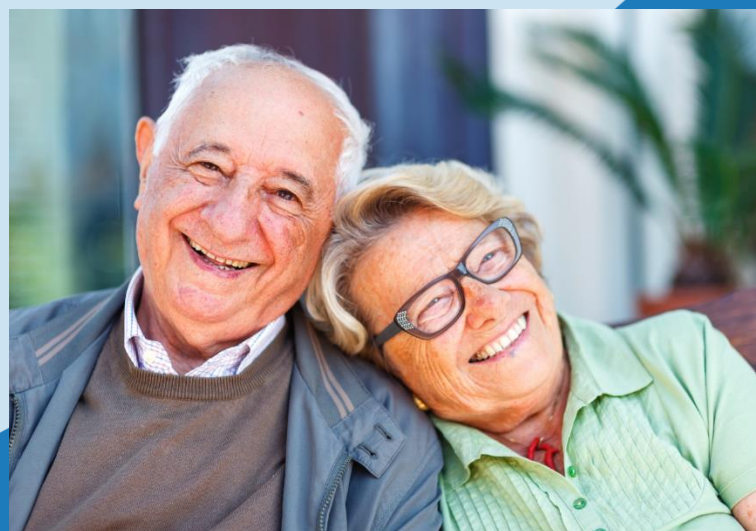
Het is belangrijk de situatie van een kwetsbare oudere goed te blijven monitoren door:

- Regelmatig contact te onderhouden met de oudere en/of mantelzorg. Houd de situatie van de oudere goed in de gaten, bespreek eventuele andere wensen en behoeften en evalueer (het effect van) uitgevoerde interventies;
- Te zorgen voor een regelmatige update van betrokken hulpverleners door middel van (telefonisch) overleg. Dit kan een MDO zijn, maar wanneer die er niet is, is intercollegiaal overleg noodzakelijk.

Evalueren interventies

Op basis van bovenstaande informatie wordt bepaald of het plan aangepast moet worden. In dat geval wordt het afgestemd met het kernteam of in het MDO. Eventuele wijzigingen worden besproken met de oudere patiënt en/of mantelzorg voordat het wordt aangepast.

Als praktijk is het belangrijk dat er goede overdrachtsinformatie beschikbaar is indien nodig, bijvoorbeeld bij opname in het ziekenhuis.



4 Interventies in de zorg en ondersteuning aan kwetsbare ouderen

4.1 Polyfarmacie/medicatiebeoordeling

Medicatiebeoordeling is een belangrijk onderdeel van zorg voor kwetsbare ouderen. Het doel van medicatiebeoordeling is de veiligheid van de patiënt te waarborgen en ziekenhuisopnames te vermijden. De medicatiebeoordeling door de huisarts en apotheker gebeurt a.d.h.v. de STRIP-methode en de STOPP- en START-criteria. Vanuit de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie wordt geadviseerd om eenmalig een uitgebreide medicatiereview te doen. Vervolgens kan ieder jaar een korte herhaling plaatsvinden. In hoofdlijnen zijn de volgende stappen te onderscheiden:

- Voorbereiding; criteria en randvoorwaarden - arts/apotheker.
- Stap 1: Farmacotherapeutische anamnese met de patiënt
- Stap 2: Farmacotherapeutische analyse door de apotheker
- Stap 3: Opstellen farmacotherapeutisch behandelplan tijdens een overleg tussen huisarts en apotheker
- stap 4: Overleg met de patiënt en aanpassen medicatie
- Stap 5: Follow up en monitoring

Zie voor verdere uitwerking bijlage Medicatiereview, en hoofdstuk 13 uit het boek Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk.

Registratie

Medicatiebeoordeling wordt geregistreerd onder ICPC code A49.02.

In deze episode worden de achtereenvolgende stappen vastgelegd: selectie, farmacotherapeutische (FT) anamnese, analyse, medicatieafspraken en opvolging.

4.2 Proactieve zorgplanning

Proactieve Zorgplanning (Ook wel Advance Care Planning) is een proces waarbij de patiënt met zijn/haar behandelend arts wensen, doelen en voorkeuren voor zorg rond het levenseinde bespreekt en eventueel vastlegt, vooruitlopend op het moment dat de patiënt zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen. Dit gesprek hoort bij het bespreken van wensen en doelen van de oudere.

Aanleiding tot gesprek

Het initiatief tot het levenseinde gesprek kan liggen bij de oudere zelf, een wettelijk vertegenwoordiger van de oudere, de huisarts of andere zorgverlener.

De oudere (of wettelijk vertegenwoordiger) neemt het initiatief als er bijvoorbeeld vragen zijn over (de zorg rond) het levenseinde, (de succeskans van) reanimatie, een melding maakt van een niet reanimeerverklaring, niet-reanimeerwens of wils- of euthanasieverklaring.

De huisarts/POH of andere zorgverlener neemt het initiatief als:

- Iemand als kwetsbaar wordt geïdentificeerd
- Te verwachten is dat de patiënt binnen een jaar zal overlijden (surprise question)
- Er een risico aanwezig is dat de oudere op korte termijn wilsonbekwaam wordt (na diagnose dementie)
- Bij de start van palliatieve zorg
- Na opname in verzorgingstehuis
- Voor de oudere één of meer van onderstaande punten gelden:
 - Ongeneeslijke ziekte
 - 70+ met co morbiditeit én afnemende vitaliteit
 - Verhoogde kans op hart- en/of ademhalingsstilstand

- Cognitieve beperkingen (diagnose dementie)
- Verhoogde kans op ernstige en blijvende invaliditeit

Het gesprek

De wensen en behoeften t.a.v. de laatste levensfase worden bij voorkeur in het bijzijn van de eventuele mantelzorger besproken. De POH- O, wijkverpleegkundige, sociaal werker of andere hulpverlener kan een signalerende en informerende rol vervullen. Zij kunnen het gesprek met de oudere aangaan en het gedachtenproces van de oudere op gang brengen.

Vaak lukt het niet om een dergelijk gesprek in één keer af te ronden, maar is het nodig om er vaker met elkaar over te spreken. Uiteindelijk is het de huisarts die als eindverantwoordelijke de uitkomsten van het gesprek vastlegt. Een format voor dit gesprek staat in bijlage X.

Actualiseer de verklaring jaarlijks, of bij belangrijke veranderingen in de gezondheid of levensomstandigheden. De oudere is zelf verantwoordelijk voor communicatie naar familie en verzorgenden. Adviseer hem/haar een kopie van de verklaringen aan de directe naasten te tonen.

Registratie RIZA

De uitkomsten van het gesprek worden in het HIS geregistreerd onder ICPC A20.

RIZA

Om snel inzicht te krijgen in de wensen van de oudere patiënt wordt in de regio de RIZA methode gehanteerd.

- Reanimatie (R),
- IC-behandeling (I),
- Ziekenhuisopname (Z) en
- Antibiotica (A).

De huisarts/POH noteert de afspraken hierover in de ICPC A20-regel in het HIS, zodat alle zorgverleners bekend zijn met de wensen van de oudere. Wil een oudere patiënt reanimatie, dan wordt het R+. Wil hij of zij geen IC-behandeling meer, dan is de notatie I-. Dat kan de volgende ICPC A20-regel opleveren: R+I-Z+A+.

De RIZA-regel voorkomt dat ouderen ongewenste zorg krijgen. De ICPC code A20 gaat, mits toestemming patiënt, standaard mee via LSP en is zo zichtbaar in Topicus. Ook journaalregels gekoppeld aan deze ICPC zijn zichtbaar in Topicus.

T. Testje (Vrouw)
67 jr (02-09-1955)

Videobellen

Episodes

R+I+Z+A+ (A20)

Geen ziekte (A97)

Recente medicatie: Geen

Allergieën: Geen

Contra-indicaties: Geen

Stappen voor juiste registratie:

1. Het gesprek wordt gevoerd met de patiënt en genoteerd. *Bijvoorbeeld* conform [Leidraad proactieve zorgplanning \(advance care planning\) - Palliaweb](#)
2. ICPC A20 wordt aangemaakt. Het heeft de voorkeur één ICPC regel in het HIS aan te houden, waaronder dan de journaalregels zichtbaar zijn.
3. De tekst 'Gesprek Levensende/behandelwensen' in de episoderegel wordt aangepast naar RIZA en de bijbehorende plusjes/minnetjes/vraagtekens. S.v.p. geen andere tekst noteren.

4. Check of de patiënt toestemming heeft gegeven voor [gegevensuitwisseling via LSP](#). Zo nee, bespreek dit en laat het formulier invullen indien akkoord.
5. Koppel alle volgende gesprekken en besluiten onder deze episode. Ook als een oudere (nog) geen besluit genomen heeft registreer je dit onder A20.
6. Optioneel: uitdraai maken van huidige patiënten met ICPC A20 en notatie aanpassen volgens RIZA.

4.3 Mantelzorgondersteuning

Eén op de vijf patiënten in de huisartsenpraktijk verleent mantelzorg aan een kwetsbare naaste. Bijna de helft van de mantelzorgers heeft daarbij behoefte aan mantelzorgondersteuning. Door tijdig mantelzorgers te herkennen kan overbelasting voorkomen worden. Hierbij spelen de huisarts, POH en casemanager/zorgcoördinator (wijkverpleegkundige of sociaal werker) een belangrijke rol.

(H)erken de mantelzorger

Veel mantelzorgers zijn zich er niet van bewust dat ze mantelzorger zijn. Of soms zijn mantelzorgers zich wel bewust van hun rol maar willen ze zo niet genoemd worden omdat ze 'naaste' willen zijn. Het is belangrijk dat ze zich dit realiseren, zodat ze eerder om hulp of ondersteuning kunnen en durven vragen. Vraag de oudere of hij/zij tijd besteedt aan de zorg voor een ander of dat hij/zij zorg van een naaste ontvangt.

- Geef bij de oudere aan dat de mantelzorger van harte welkom is om bij een consult of eventueel huisbezoek aanwezig te zijn.
- Informeer de mantelzorger over de situatie van de oudere (indien toestemming van de oudere).
- Betrek de mantelzorger bij de begeleiding van de oudere.
- Vraag de mantelzorger regelmatig naar hoe de zorg gaat en wat de belasting is.

Ondersteun de mantelzorger

Ondersteun de mantelzorger door een luisterend oor te bieden en waardering en erkenning te uiten. Denk mee, geef advies en informatie zodat de mantelzorger zo goed mogelijk de zorg kan verlenen.

- Vraag aan de mantelzorger hoe het met hem/haar gaat, het liefste in een één op één gesprek.
- Benadruk dat de mantelzorger ook aan de eigen gezondheid moet denken.
- Bespreek wat de mantelzorger nodig heeft om hulp te kunnen blijven geven.
- Stimuleer de mantelzorger om de zorg te delen met andere naasten.
- Spreek je waardering uit over de mantelzorger.
- Maak samen met de mantelzorger een noodplan voor het geval hij/zij uitvalt.

Verwijzen

Verwijs de mantelzorger door naar organisaties die ondersteuning kunnen bieden of (tijdelijk) zorg uit handen kunnen nemen. Het aanbod aan mantelzorgondersteuning verschilt per plaats.

Als de mantelzorger niet in jouw huisartsenpraktijk is ingeschreven, verwijs hem/haar dan door naar de eigen huisarts voor ondersteuning en begeleiding.

Zie ook hoofdstuk 24 uit het boek Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk.

4.4 Ontspoorde zorg en ouderenmishandeling

Als de mantelzorger door overbelasting niet meer in staat is om goede zorg te verlenen, spreken we van *ontspoorde zorg*.

Voorbeelden van ontspoorde zorg zijn verwaarlozing, psychische- of lichamelijke mishandeling, schending van rechten of financieel misbruik.

Signalen die kunnen wijzen op ouderenmishandeling zijn:

- Zichtbaar letsel.
- Overdreven schrikreactie bij onverwachte aanraking.
- Onsamenhangende verklaringen over verwonding.
- Depressiviteit of onverklaarbare angst.
- Schichtig- of teruggetrokken gedrag.

Wet Meldcode huiselijk geweld

Het melden van ouderenmishandeling valt onder de Wet Meldcode huiselijk geweld, die sinds 1 juli 2013 van kracht is. Professionals moeten bij ouderenmishandeling in de huiselijke kring de verplichte [meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling](#) volgen. Op de signalenkaart zijn de vijf stappen vermeld die doorlopen moeten worden in het kader van deze meldcode [Meldcode - SignalenKaart](#).

Registratie

Indien er bij de oudere vermoeden of sprake is van ouderenmishandeling wordt dit in het HIS geregistreerd onder Z25.

4.5 Valrisico

Een val heeft veel impact op de zelfredzaamheid van ouderen, het langer thuis kunnen wonen en de kwaliteit van leven. Om te voorkomen dat ouderen onnodig vallen, wordt er landelijk ingezet op ketenaanpak valpreventie.

Het doel van de ketenaanpak valpreventie is integraal en domein overstijgend werken met

als stip op de horizon 'de juiste ouderen op de juiste plek m.b.t. een verhoogd valrisico'.

In regio Zwolle is het Preventieplan Valrisico opgesteld met daaraan gekoppeld interventies en beweegprogramma's.

Rol van de huisartsenpraktijk

De belangrijkste voorspeller voor een valincident is een val in het afgelopen jaar.

Wanneer er een verhoogd valrisico is, wordt een valanalyse gedaan waaruit een aanpak en behandeling komt.

De huisarts en praktijkondersteuner hebben een signalerende functie ten aanzien van valrisico. Door een analyse kan worden onderzocht wat de oorzaak is van het verhoogde risico en hoe dit kan worden aangepakt.. Deze diagnosefase kan zowel door de huisartsenpraktijk als door fysiotherapeuten of wijkverpleegkundigen worden uitgevoerd.

Dit hangt af van de afspraken die zijn gemaakt in de wijk van de praktijk.

Voor meer informatie zie hoofdstuk 21 Valpreventie uit het boek Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk en het [Preventiepad Valrisico Senioren Zwolle.pdf \(wiz.nu\)](#)

Te vinden op de website: www.wiz.nu/vitaal-en-veilig-thuis/vallen-voorkomen

Registratie

- A80: Vallen
- L49.01 Valpreventie/ fractuurpreventie

4.6 Ondervoeding

Kwetsbare ouderen hebben een verhoogd risico op ondervoeding. Dit leidt tot een verminderde weerstand, verhoogde kans op vallen, slechtere wondgenezing, langere ligduur in het ziekenhuis bij opname en dus hogere kosten.

In 2018 heeft Isala onderzoek gedaan naar ondervoeding bij 70plussers. Zij hebben bij 93% van de ouderen die werden opgenomen de SNAQ vragenlijst afgenomen. Daaruit bleek dat 17,2% van de 70plussers matig tot ernstig ondervoed is.

Om het (risico op) ondervoeding omlaag te brengen, is het zorgpad ondervoeding opgesteld.

De huisarts en praktijkondersteuner hebben een signalerende functie tav ondervoeding. Indien er verhoogd risico is kan de oudere, afhankelijk van de oorzaak, worden doorverwezen naar de benodigde discipline. *Meer informatie is te lezen in hoofdstuk 17 Voeding en Vocht uit het boek Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk.*

Voor afspraken in de regio over ondervoeding zie: [ZorgpadOndervoedingOuderenZwolle.pdf \(proscop.nl\)](#).

Te vinden op de website:

www.proscop.nl/ondervoeding-bij-ouderen

Registratie

- T05 Ondervoeding

4.7 Dementie

Dementie is een verzamelnaam voor meer dan vijftig hersenaandoeningen. Door veranderingen in de hersenen kunnen bepaalde hersencellen niet goed meer functioneren. Als gevolg daarvan ontstaan uiteenlopende klachten en symptomen. Naarmate de leeftijd toeneemt, wordt de kans op dementie groter. In 2050 zullen naar schatting meer dan een half miljoen Nederlanders dementie hebben.

Wanneer er twijfels zijn over de cognitie van de oudere, is het belangrijk om verder onderzoek te doen. De huisarts of praktijkondersteuner kan een MMSE test afnemen en alle signalen in beeld brengen. Daarnaast kan aanvullend onderzoek worden uitgevoerd, zie hiervoor de werkafspraken Dementie MMC Klik. [MCC Klik \(mcc-klik.nl\)](http://mcc-klik.nl)

Casemanager

Indien er sprake is van cognitieve problemen, kan verwezen worden naar een casemanager dementie. Deze hulpverlener biedt persoonlijke begeleiding aan de persoon met dementie en zijn naasten. Vaak is de casemanager een wijkverpleegkundige of een maatschappelijk werker. De hulp kan al starten als er sprake is van een zogenaamd niet-pluis gevoel, dus als er nog geen diagnose is gesteld.



De casemanager kan de betreffende persoon en zijn naasten begeleiden in het diagnosetraject, informatie geven over de ziekte en de gevolgen daarvan en emotionele ondersteuning bieden. Ook helpt de casemanager om een weg te vinden in alle wetten, regels en zorgmogelijkheden rondom dementie. De casemanager wordt vaak gezien als steun en toeverlaat..

Procedure aanmelden casemanager dementie

Een casemanager kan zowel door naasten zelf als professionals worden aangevraagd.

- **Voor regio IJssel-Vecht:**

Patiënt aanmelden voor casemanagement dementie bij het Netwerk dementie IJssel-Vecht via dementie@careketens.nl of bij een van de zorgorganisaties waar al contacten mee zijn. In het bericht hoeft alleen de

woonplaats en het geboortjaar van de patiënt te worden vermeld. Het netwerk koppelt dit aan een beschikbare casemanager,

- **Regio Noordwest-Veluwe**

Aanmelding via het formulier op de website:

[Voor professionals - Netwerk Dementie Noordwest-Veluwe](#)
[\(\[dementienuordwestveluwe.nl\]\(http://dementienuordwestveluwe.nl\)\)](http://dementienuordwestveluwe.nl)

Meer informatie staat in hoofdstuk 27

Dementie van het boek Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk.

Registratie

- P20 Geheugenproblemen
- P70 Dementie

5 Als het thuis niet meer gaat

5.1 Tijdelijke opname

Eerstelijns verblijf

Het kortdurend eerstelijnsverblijf (ELV) is er voor de zorg en opvang voor patiënten die onder de Zorgverzekeringswet (ZVW) vallen, die vanwege medische redenen tijdelijk niet thuis kunnen wonen. Het ELV kent drie vormen van zorg: het hoog- en laag complexe bed en de bedden voor palliatief-terminale patiënten.

Geriatrische revalidatie

Wanneer er multidisciplinaire zorg nodig is om revalidatiedoelen te bereiken, is een opname op een Geriatrische revalidatie (GRZ) nodig. Voor GRZ is er sprake van complexe Multi morbiditeit maar is de kwetsbare oudere nog wel leerbaar of trainbaar.

Acute Opname Herstelzorg

Voor ouderen waarbij geen reden is voor ziekenhuis opname maar ontslag naar huis op dat moment niet mogelijk is omdat er zorg moet worden verleend op onplanbare momenten, is er de afdeling Acute Opname Herstelzorg (AOH). Terugkeer naar huis is met een korte klinische revalidatie te verwachten binnen 14 dagen.

In de regio Zwolle worden de aanmeldingen en coördinatie van bovenstaande plekken geregeld door het Regionaal Coördinatiepunt Zwolle (RCPZ) te bereiken via het nummer **085-0439696**.

Voor de processtappen www.rcpz.nl.

Opname ziekenhuis

Kwetsbare ouderen hebben een verhoogd hoog risico op een ziekenhuisopname. Veel ouderen die opgenomen zijn in een ziekenhuis ervaren functieverlies, worden opgenomen in een verpleeghuis of overlijden. De overgang van het ziekenhuis naar huis gaat vaak ongecoördineerd en gepaard met slechte

informatieoverdracht. Daardoor kunnen er problemen ontstaan, zoals foutief medicatiegebruik of ontoereikende zorg – met heropname tot gevolg.

Zorg voor een goede overdracht en actuele registratie.

Samenwerking met de specialist

Veel kwetsbare ouderen zijn onder controle bij (meerdere) specialisten in de tweede lijn. Een deel van deze tweedelijnszorg kan worden opgevangen in de eerste lijn. Slechts af en toe zal de medische zorg dermate specialistisch en hoog-complex zijn dat deze langdurig en voornamelijk in de tweede lijn moet worden verricht. We spreken van *shared care* als de zorg vooral in de eerste lijn wordt geleverd en medisch specialisten alleen incidentele controles uitvoeren of als consulent geraadpleegd worden. Bij een ziekenhuisopname kan de internist ouderengeneeskunde (geriater) fungeren als adviseur en coördinator voor kwetsbare ouderen.

5.2 Langdurige zorg

WLZ-indicatie

Wanneer een oudere blijvend 24-uurs toezicht en/of zorg nodig heeft vanwege lichamelijke of psychosociale beperkingen is een Wet Langdurige Zorg (WLZ) indicatie noodzakelijk. Deze indicatie wordt aangevraagd bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en kan worden aangevraagd door de patiënt zelf, de mantelzorger of een wijkverpleegkundige of casemanager.

Met een WLZ indicatie kan de oudere op de wachtlijst voor een verpleeghuisplek. De indicatie kan ook worden gebruikt om in de thuissituatie intensieve zorg te bieden.

WLZ zonder behandeling

Een oudere kan thuiswonen met een WLZ indicatie. Dit is nodig wanneer de zorg te intensief wordt en ter overbrugging voor een plek in het verpleeghuis of verzorgingshuis. De

oudere heeft dan een WLZ indicatie zonder behandeling. De huisarts blijft hoofdbehandelaar en kan een apart tarief declareren (zie ook hoofdstuk 2.1 financiering).

Wanneer de zorgzwaarte toeneemt, is het aan te raden om met de patiënt of wijkverpleging in gesprek te gaan om de WLZ-indicatie op te laten hogen.

De instelling waar de oudere op de wachtlijst staat, is verantwoordelijk voor het regelen van een plek bij een spoedopname.

WLZ met behandeling

De patiënt is opgenomen in een VWT instelling. Dit betreft geen huisartsenzorg. De patiënt die de zorg ontvangt, staat niet (meer) op naam ingeschreven bij uw huisartsenpraktijk. De SO biedt de medische zorg. De zorginstelling is verantwoordelijk voor behandeling, verzorging, verpleging, begeleiding en dagbesteding.

Voor meer informatie zie hoofdstuk 6 uit het boek Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk.



WLZ beleid regio Zwolle

Er zijn ook instellingen waar WLZ zorg wordt geboden, zonder dat zij de volledige behandeling overnemen. Denk hierbij aan de particuliere zorginstellingen zoals zorgvilla's maar ook verzorgingshuizen.

Ouderen die hier wonen hebben vaak een complexe zorgvraag maar doen wel een beroep op huisartsenzorg. Om ervoor te zorgen dat de zorg past binnen de huisartsenzorg, is het beleid *WLZ-zorg in de ANW* opgesteld. [WLZ-zorg in instellingen in de ANW - Connect \(medrie.nl\)](#) Hierin staat beschreven tegen welke voorwaarden de huisarts zorg kan leveren aan deze doelgroep. Samengevat komen de voorwaarden neer op:

- *Voorwacht aanwezig op locatie:*
Aanwezigheid van 24 uur verpleegkundige zorg op locatie, zorgvuldige verpleegkundige triage op locatie.
- *Achterwacht op locatie*
SO is telefonische bereikbaar en kan geconsulteerd worden

5.3 Crisiszorg dementie

Soms ontstaat er bij de ouderen met dementie een situatie waardoor snelle opname noodzakelijk is. In dat geval is er crisiszorg nodig. Er zijn twee routes. Voor beide routes geldt dat de huisarts één telefoonnummer hoeft te bellen om het proces in gang te zetten.

Route 1: IBS (In bewaring stelling, patiënt kan gedwongen worden opgenomen):

Is er bij de patiënt sprake van **verzet tegen opname** en is **de patiënt een gevaar voor zichzelf en zijn omgeving**?

- De huisarts belt de crisisdienst van Dimence via 038 -4692440 (24 uur per dag bereikbaar) voor IBS-beoordeling. Dit nummer kan ook gebeld worden voor advies.
- De crisisdienst formaliseert – aan de hand van de triagewijzer GGZ (GMAP)- het urgentie niveau ingeschat door de huisarts.
 - U1-U3: wordt beoordeeld door crisisdienst Dimence
 - U4-U5: Beoordeling door SO van crisiszorgaanbieder. In ANW-uren wordt de beoordeling door crisisdienst Dimence gedaan.

- Crisisdienst neemt contact op met het RCPZ voor plaatsing.
- Huisarts is verantwoordelijk voor het aanleveren van medische gegevens voor het opstellen van een verklaring voor IBS.

Route 2: Geen IBS, wel crisis:

Er is wel sprake van een gevaar criterium of psychogeriatrische of somatische noodsituatie, maar **geen** verzet tegen opname.

- Huisarts belt het RCPZ (tot 22.00 uur) en na 22.00 uur de dienstdoende SO ANW dienst (038-3035371 IJsselheem en 038-4687603 het Zand)
- RCPZ faciliteert een crisisplek (binnen en anders buiten de regio).

5.4 Wet Zorg en Dwang (WZD)

De wet zorg en dwang is van toepassing als er dwangzorg toegepast wordt bij mensen met de diagnose dementie of een daarop gelijkende diagnose. Uitgangspunt is dat zorg zoveel mogelijk op vrijwillige basis plaatsvindt maar als dit niet mogelijk is, kunnen zorgverleners onvrijwillige zorg inzetten. Onvrijwillige zorg hoort niet bij de huisarts. Er is dan ook geen rol voor de huisarts bij de WZD. Wel is het belangrijk dat de huisarts betrokken is bij de afweging tot onvrijwillige zorg, om te kunnen beoordelen of de benodigde zorg nog past binnen de huisartsenzorg. Bij vragen over de WZD kan de SO worden ingeschakeld.

Voor meer informatie zie hoofdstuk 6.4 uit het boek Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk.



Bronvermelding

- Ouderenzorg in de Huisartsenpraktijk, editie 2023, auteurs: B. Oostveen en V. Kenter, NHG
- Handreiking Kwetsbare Ouderen thuis, maart 2021.
- Visie Toekomst Chronische Zorg Medrie, december 2021
- Programmaplan Ouderenzorg regio Zwolle, , 2023 H. van Vuuren
- Toekomstvisie huisartsenzorg. Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: NHG; 2007
- Regiobeeld Proscop, 2023n-voorkomen
- www.zorgvoorbeter.nl, Zorgpad kwetsbare ouderen.
- Zilveren Kruis, downloads voor zorgaanbieders
- LHV.nl Ouderenzorg dossier
- Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, NHG e.a. 2017
- Nieuwe richtlijn Module Medicatiebeoordeling 2019, NHG 2020
- Kwaliteitsteam Ouderen Medrie

Afbeeldingen:

- Figuur 1, CBS i.s.m. Primos Prognose, opgenomen in Regiobeelden Zwolle en Noord-Veluwe 2023
- Figuur 2 uit Handreiking kwetsbare ouderen
- Figuur 3 uit Handreiking Kwetsbare ouderen
- Figuur 4 Het vlindermodel drs. Mart Stel, ZONH, Alkmaar, 2013

Colofon:

Dit praktijkprogramma is opgesteld door het kwaliteitsteam Ouderen van Medrie o.l.v. H line van Vuuren, Programmamanager.

Uitgave Versie 1: september 2023

BIJLAGEN PRAKTIJKPROGRAMMA

- Functieprofiel POH Ouderen
- Praktijkplan
- Handleiding HIS
- Samenwerking Specialist ouderengeneeskunde
- Sociale kaart
- ICPC codes
- Stappenplan Polyfarmacie
- WLZ in de ANW beleid

Bijlage Functieprofiel POH Ouderen

Deze bijlage is te downloaden via

[ledencirkel_poh-o_functie_omschrijving_en_competenties_brochure_juni_2021_def_1.0.pdf\(nwpo.nl\)](#)

Bijlage Praktijkplan Ouderenzorg

Het aantal ouderen neemt steeds meer toe. Ook in de huisartsenpraktijk zullen zij een toenemend beroep doen op de tijd en aandacht van de huisarts en medewerkers. Om ervoor te zorgen dat je als praktijk de kwaliteit en continuïteit van de ouderenzorg kunt blijven waarborgen, is het aan te raden om een praktijkplan te maken. Onderstaand format is een hulpmiddel om tot concrete acties te komen.

Stap 1: Ouderen in beeld
Hoeveel ouderen zijn ingeschreven in de praktijk? <i>(Afhankelijk van de wijk kun je kiezen voor 65+, 70+ of 75+)</i>
En hoeveel zijn dit er over 5 jaar?
Waar wonen deze ouderen? Hoeveel thuis en hoeveel in een woonzorglocatie?
Met welke zorgvragen komen de ouderen naar de praktijk?
Welke complexe problematiek komt voor bij oudere patiënten?
En bij wie van de ouderen met complexe problematiek is er goede samenwerking met het netwerk?
Hoe ziet de sociale kaart in de wijk eruit? Hebben jullie alle hulpverleners rond ouderen in beeld? (specialist ouderengeneeskunde, welzijn, fysio, casemanager, etc) en werken jullie goed samen?

Stap 2: Probleemanalyse

Wat verloopt in de praktijk goed in de zorg voor ouderen?

Sluit de zorg die nu geleverd wordt ook aan bij de toekomstige zorgvragen van ouderen in jullie praktijk?

Wat kan helpen om de zorg aan ouderen te verbeteren, ook in de toekomst?

Denk bijvoorbeeld aan:

- Samenwerking met een specialist ouderengeneeskunde
- Polyfarmacie
- MDO Ouderen
- Communicatiemiddel
- Welke zorgvragen kosten de huisarts nu veel tijd? En zouden anders aangepakt kunnen worden?

Stap 3: Doel bepalen

Wat willen jullie als praktijk bereiken binnen ouderenzorg?

Maak het niet te groot! Waar ervaren jullie nu de meeste tijdsruk en wat kan verlichting geven? Of betere kwaliteit van zorg?

Wat is er dan anders in vergelijking met de huidige situatie

Tip: Bespreek deze vraag aan de hand van een casus om het zo concreet mogelijk te maken.

Lost het gewenste resultaat de knelpunten op die bij stap 2 zijn beschreven?

Stap 4: Randvoorwaarden

Wat is er nodig om aan de slag te gaan?

--

Wie kan daarin een rol vervullen? (Huisarts, Praktijkondersteuner, doktersassistenten, praktijkmanager)

--

Wat zijn belemmerende factoren om het doel te behalen? (tijd, financieel, ruimte, tekort aan kennis, etc.)

--

Wat is er nodig om de belemmerende factoren op te lossen?

--

Stap 5: Afspraken vastleggen

Hoeveel tijd is er beschikbaar voor de ouderenzorg en wie gaat wat doen?

--

Wanneer evalueren jullie de gemaakte afspraken?

--

Hoe borgen jullie de ouderenzorg in de praktijk? Kies je een vast overlegmoment?

--

Actielijst

Beschrijf hier de hoofdstappen die gezet moeten worden, door wie en wanneer.

Wat?	Wie?	Wanneer?	Uren/kosten

Bijlage Handleiding Uitdraai uit HIS Medicom

In deze handleiding wordt beschreven hoe je informatie uit Medicom kunt gebruiken om bepaalde (groepen) ouderen in beeld te krijgen.

Hieronder worden de volgende drie vragen uitgewerkt:

1. Hoeveel patiënten van 90+ staan ingeschreven in de praktijk?
2. Hoeveel patiënten hebben de diagnose dementie?
3. Bij welke patiënten is sprake van polyfarmacie?

De beschreven stappen kun je vervolgens zelf toepassen op je eigen vraag en situatie (ACP gesprekken, MMSE, 65plussers, etc)

Een paar punten vooraf:

- Voor het in beeld brengen van de gegevens uit Medicom wordt de Q-Module gebruikt. Je kunt in de Q-Module eigenlijk niets fout doen. Ga – na het toepassen van de handleiding-gerust zelf experimenteren. Wanneer je iets niet goed hebt ingevuld, krijg je geen resultaat. Dit heeft echter geen impact op de patiëntengegevens of het systeem.
- Spreek als praktijk af hoe je problemen labelt met ICPC codes. Wanneer je eenduidig registreert, kun je meer informatie uit Medicom halen.
- Het kan soms een tijd duren voor de resultaten van de aangemaakte lijst zichtbaar worden, zeker wanneer meerdere mensen in Medicom werken. Het systeem blijft dan een tijd draaien om alle gegevens bij langs te gaan.

Aan de slag

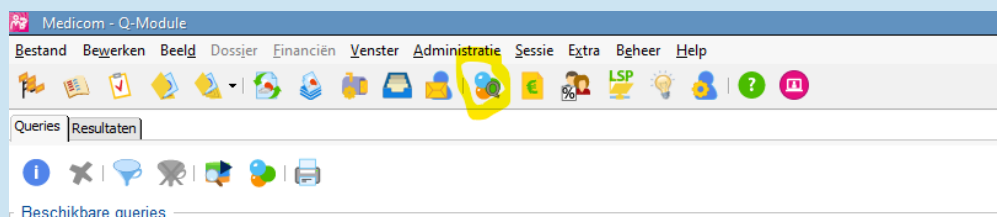
Start: Wat is je vraag?

Om te bepalen welke gegevens je nodig hebt uit Medicom, moet de vraag helder zijn. Wat wil je precies weten? Bijvoorbeeld: 'Hoeveel ouderen van 90+ zitten er in onze praktijk?'

Wil je meerdere dingen weten (bijv. Hoeveel ouderen van 90+ hebben huisarts A? Of ' Bij hoeveel 65plussers is er sprake van polyfarmacie') dan zul je deze gegevens in stapjes uit het systeem moeten halen. Je maakt dan bijv. eerst een lijst van de 90+ populatie en daarin selecteer je weer op arts.

1. Hoeveel patiënten van 90+ staan ingeschreven in de praktijk?

- **Stap 1:** Open vanuit Medicom de Q module, zie geel gearceerde icoon.

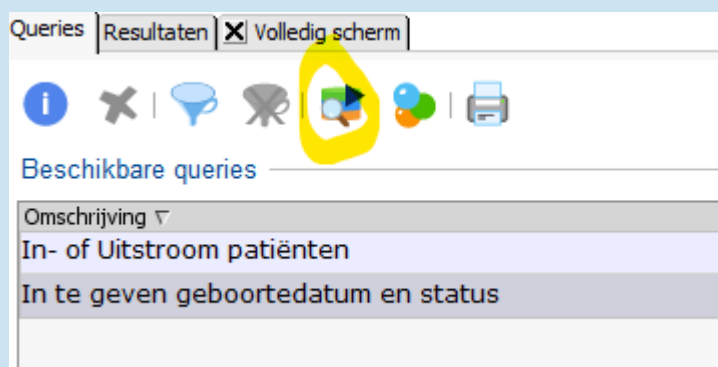


Je krijgt onderstaand scherm

Omschrijving	Uitvoerdatum	Type	Soort	Categorie	Code
Selectie op polyfarmacie		Selectie	Patient	Zorg	M021
Selectie op aantal metingen		Selectie	Patient	Zorg	M022
Selecteer patiënten zonder BSN	05-10-2018	Selectie	Patient	Organisatie	BSN001
Selecteer op zorgverzekeraar		Selectie	Patient	Financieel	M005
Selecteer op postcodegebied	29-11-2022	Selectie	Patient	Organisatie	M008
Selecteer op kenmerken uit het journaal		Selectie	Patient	Zorg	M004
Selecteer op ICPC uit het journaal	15-03-2021	Selectie	Patient	Zorg	M028
Selecteer op CI of ACI	16-02-2021	Selectie	Patient	Zorg	M016
Patientstatus-indicatie per arts	03-05-2023	Selectie	Patient	Organisatie	M013
Patiënten zonder journaal in periode		Selectie	Patient	Organisatie	M015
Patiënten zonder identiteit vaststelling	07-12-2018	Selectie	Patient	Organisatie	BSN003
Patiënten met selectiecode	24-06-2021	Selectie	Patient	Zorg	M018
Patiënten met protocol		Selectie	Patient	Zorg	M014
Opt-in toestemming gegeven		Selectie	Patient	Zorg	M027

- Stap 2:** Ga rechts bovenin het scherm naar het vakje **Type** en zet deze op **'Selectie'**
In de Q-module kun je op meerdere types gegevens eruit halen. Selectie (= een bepaalde groep, bijvoorbeeld je 90plussers), extractie (=eruit halen. Je haalt de patiënten eruit en zet deze in een Excel. Het is vaak vervolgd, je hebt een lijst gemaakt en die wil je uit je systeem hebben), statistiek (= aantallen, dus niet wie is 90plus maar hoeveel mensen zijn 90plus) Over het algemeen gebruik je 'Selectie'.

- Stap 3:** Ga rechts bovenin naar het vakje **'Zoeken'** en typ daar **'geboortedatum'** en druk op Enter. Je ziet nu een beperkt aantal beschikbare queries (lijsten) staan in je overzicht.
- Stap 4:** Selecteer van alle beschikbare queries de lijst **'In te geven geboortedatum en status'** en klik op **'uitvoeren'** (Geel gearceerde icoon)

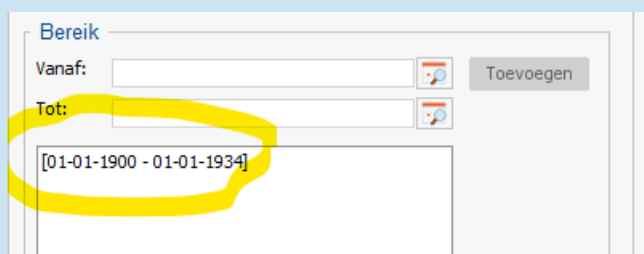
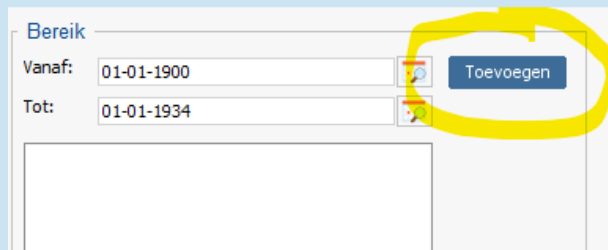
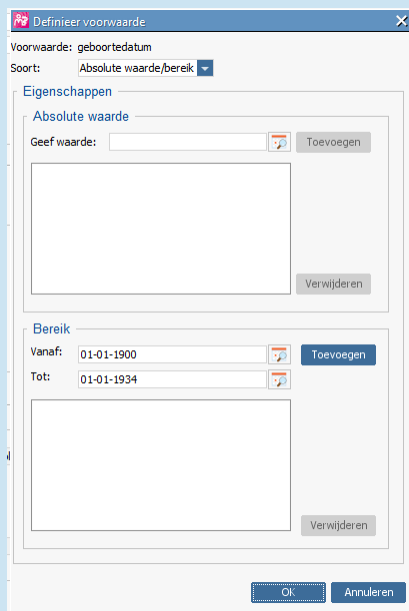


- **Stap 5:** Er opent een nieuw venster waar je gegevens kunt invoeren.

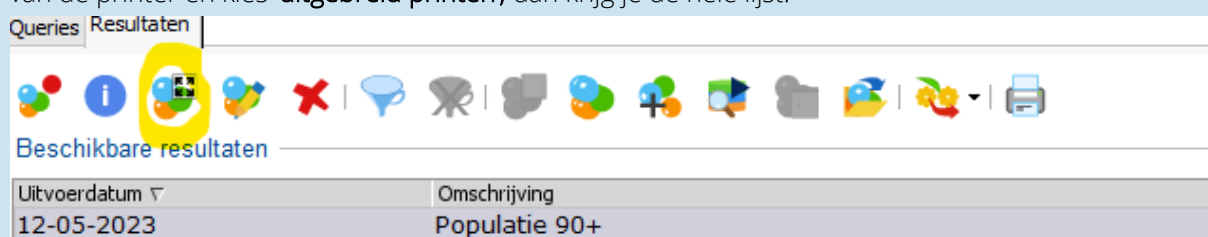
- **Stap 6:** Ga bovenaan naar het vakje 'Omschrijving' en noteer daar de titel die je de lijst wilt geven, in dit geval: **Populatie 90+**
(Maak je een lijst van 80+, dan wordt de titel Populatie 80+)
- **Stap 7:** Zet onder het kopje **Planningsinformatie** een vinkje op **Direct Uitvoeren**. De lijst zal dan direct worden gemaakt.

- **Stap 8:** Ga naar het kopje **Selectie criteria** en klik op het icoontje achter de regel 'Patiënten met geboortedatum' om de juiste data in te voeren.

- **Stap 9** Er opent zich een nieuw venster. Noteer in het bereik de geboortedatum van de groep ouderen t/m 90 jaar. In dit geval vanaf 1-1-1900 tot 1-1-1934 (Je neemt hierin ook de ouderen mee die dit jaar 90 worden)
Let op: Klik op de button toevoegen, anders pakt het systeem de waarden niet!



- **Stap 10:** Druk op Oké. Je komt nu terug in het venster **Query uitvoeren**. Druk hier ook op oké. De query wordt nu gemaakt.
- **Stap 11:** Ga links bovenin het scherm naar het tabblad **Resultaten**, daar zie je de lijst staan. Klik op **Toon resultaat in volledig scherm** (geel gearceerd op afbeelding hieronder) om je lijst zichtbaar te maken. Je kunt deze lijst vervolgens ook printen. Druk hiervoor op de afbeelding van de printer en kies 'uitgebreid printen', dan krijg je de hele lijst.

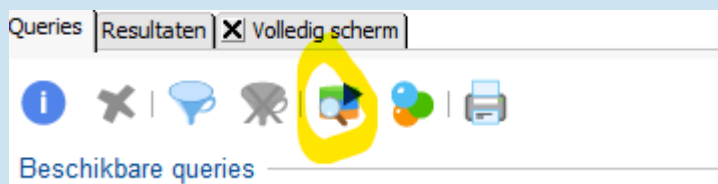


De lijst die je krijgt, kan als werklIJst worden gebruikt. Je kunt handmatig patiënten toevoegen (als je toch meer mensen in beeld wilt houden) of verwijderen (als ze zijn overleden).

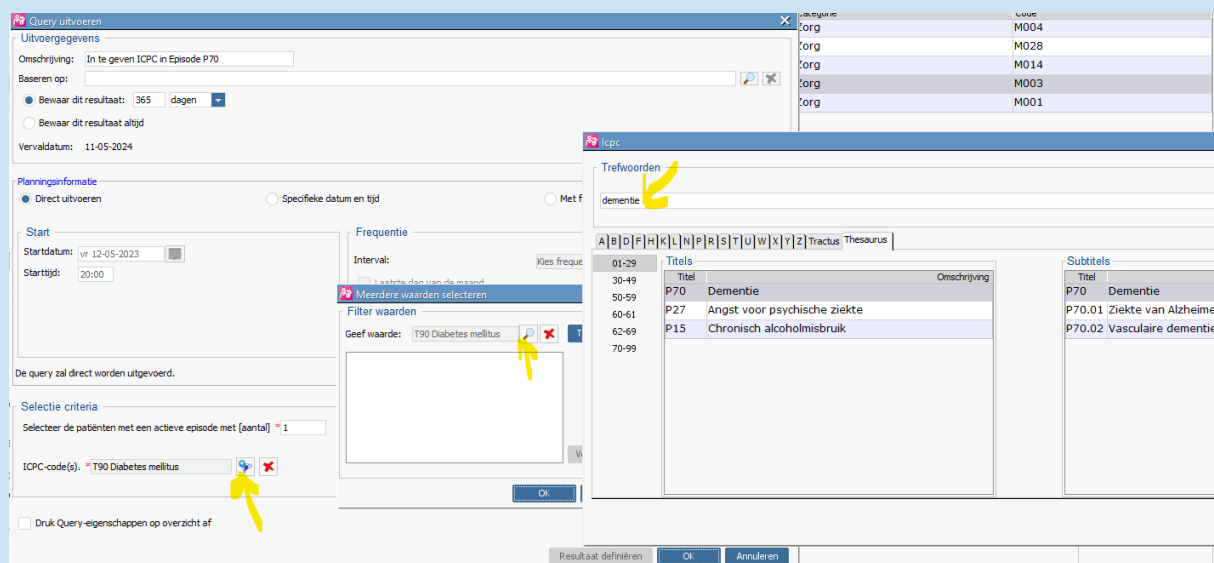
De Query blijft in Medicom staan en kun je dus blijven raadplegen.

2. Welke patiënten hebben de diagnose dementie?

- Volg stap 1 en 2 zoals hierboven beschreven.
- **Stap 3:** Ga rechts bovenin naar het vakje **Zoeken** en vul hier 'ICPC code' in en druk op Enter.
- **Stap 4:** Selecteer de lijst 'In te geven ICPC in episode' en klik op **Uitvoeren** (geel gearceerde icoon)

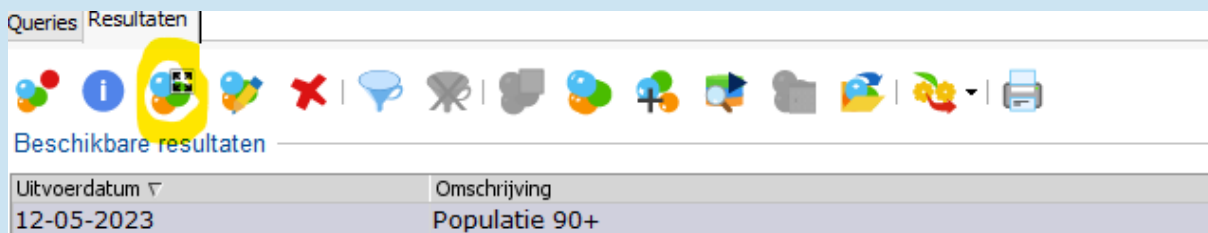


- **Stap 5:** Er opent zich een nieuw venster, **Query uitvoeren**. Vul onder het kopje Uitvoergegevens achter 'Omschrijving' de titel in van de lijst in die je wilt maken. In dit geval P70 (=dementie)
- **Stap 6:** Klik onder het kopje Selectiecriteria op de geel gearceerde button achter ICPC codes.
- **Stap 7:** Er opent een nieuw venster, waarin je de waarde kunt toevoegen. De waarde is de ICPC code waarop je wilt zoeken. In dit geval dementie. Klik op het loepje, typ dementie in de zoekbalk, klik op enter en kies vervolgens de juiste Titel (hier P70, Dementie)



- **Stap 8:** Druk op **toevoegen**, zodat in het venster ook daadwerkelijk P70 Dementie staat.
- **Stap 9:** Klik op **Oke**, en klik ook in het venster **Query uitvoeren** op **oke**.
- **Stap 10:** Ga links bovenin je scherm naar het **tabblad resultaten**, daar zie je de lijst staan.

Klik op Toon resultaat in volledig scherm (geel gearceerd in afbeelding hieronder) om je lijst zichtbaar te maken. Je kunt deze lijst vervolgens ook printen. Druk hiervoor op de afbeelding van de printer en kies 'uitgebreid printen', dan krijg je de hele lijst



3. Bij welke patiënten is sprake van polyfarmacie?

- Volg stap 1 en 2 zoals hierboven beschreven.
- **Stap 3:** Ga rechts bovenin naar het vakje **Zoeken** en vul hier 'polyfarmacie' in en druk op Enter.
- **Stap 4:** De lijst komt direct tevoorschijn.
Je zult de lijst zelf moeten filteren op leeftijd. Je kunt ook het aantal medicijnen aanpassen, klik hiervoor de lijst open en pas de waarden aan (ipv meer dan 5 medicijnen meer dan 10)

Bijlage Samenwerkingsafspraken Specialist Ouderengeneeskunde

Zie hiervoor de modelovereenkomst van de LHV,

Te downloaden via [Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde - LHV](#)

Bijlage Overzicht ICPC codes Ouderenzorg

A49.01	Casefinding ouderenzorg (toekennen wanneer uit eerste inventarisatie blijkt dat er nader onderzoek nodig is)
A05	Kwetsbare oudere
A13	Medicatiebeoordeling
A49.02	Polyfarmacie
A20	Levensindeggesprek – RIZA
L49.01	Valpreventie
A80	Vallen
Z04.3	Eenzaamheid
T05	Voedingsproblemen/ondervoeding
P20	Geheugenproblemen
P70	Dementie
P76	Depressie
Z25	Ouderenmishandeling

Bijlage Stappenplan Polyfarmacie

Vorbereiding (door huisartsenpraktijk en/of apotheker)

- A. Selecteer ouderen:
- Leeftijd 75 jaar of ouder en chronisch gebruik van 7 of meer geneesmiddelen
 - en/of vastgestelde kwetsbaarheid (ook bij jonger dan 75 en < 7 geneesmiddelen).
 - Aanwijzingen voor kwetsbaarheid tav medicatie:
 - Patiënten na een recente ziekenhuisopname of na een recent bezoek aan de spoedeisende hulp
 - In verband met een mogelijk medicatie gerelateerd probleem, zoals beschreven in de triggerlijst
 - Addendum tweede lijn (vallen, syncope, bloedingen, elektrolytstoornissen, verwardheid, obstipatie et cetera.)
 - Patiënten met een of meer 'geriatric giants' (mobiliteit stoornissen, balansproblemen, communicatiestoornissen, geheugenproblemen, psychische stoornissen en incontinentie)
 - Patiënten met nierfunctieverlies
 - Patiënten met cognitieve beperkingen
 - Patiënten zonder een sociaal netwerk
 - Patiënten die recent een partner verloren hebben of alleenstaand zijn
 - Patiënten met een lage opleiding of laaggeletterdheid
 - Patiënten bij wie de levensverwachting sterk is afgenomen
- B. Vraag (schriftelijke) toestemming aan de oudere om gegevens te mogen delen tussen apotheker en huisarts/POH
- C. Verzamel gegevens, maak hier evt. een standaardlijst voor:
- Medicatieoverzicht van apotheek, inclusief allergieën, overgevoeligheden en redenen van start/stop
 - Medische voorgeschiedenis
 - Gegevens lichamelijk onderzoek (bloeddruk, pols, gewicht)
 - Labwaarden over de afgelopen 12 maanden (zoals nierfunctie, leverfunctie, HbA1c, cholesterolgehalte)

Stappen

1. Farmacotherapeutische anamnese

Bespreek het actuele geneesmiddelengebruik en eventuele daaraan gerelateerde problemen van de oudere. Als de oudere zijn/haar medicatie niet (volledig) in eigen beheer heeft, nodig dan ook degene uit die de oudere helpt (verzorgende of mantelzorger) bij het gesprek. Het medicatieoverzicht en de medicijndoosjes van de oudere vormen de basis voor de farmaco-therapeutische anamnese. Gebruik bij voorkeur een gestructureerde vragenlijst. Spreek af wie de anamnese bij de oudere thuis uitvoert: de huisarts, apotheker, POH of apothekersassistente.

Bespreek in ieder geval:

- Wat verwacht de oudere van zijn medicatie, wat vindt de oudere van zijn farmacotherapie?
- Wat zijn de ervaringen van de oudere met de huidige medicatie en de eerder gebruikte medicatie?
- Heeft de oudere klachten? Is de farmacotherapeutische behandeling effectief?

- Ervaart de oudere bijwerkingen?
- Wat gebruikt de oudere daadwerkelijk aan medicatie?
- Gebruikt de oudere zelfzorg- of kruidengeneesmiddelen?
- Hoe volgt de oudere de gebruiksaanwijzingen op?
- Ervaart de oudere praktische problemen bij het gebruik van zijn medicatie?
- Zo nodig: om welke redenen wijkt de oudere af van het geadviseerde gebruik/geadviseerde dosering?
- Gebruikt de oudere geneesmiddelen van een ander (bijv. partner)?

2. Farmacotherapeutische analyse

In deze analyse wordt gecontroleerd of mogelijke farmacotherapie-gerelateerde problemen (FTP's) aanwezig zijn, waaronder:

- Onderbehandeling
- Niet-effectieve behandeling
- Overbehandeling
- (Potentiële) bijwerkingen
- Klinisch relevante contra-indicatie en interactie
- Onjuiste dosering
- Problemen bij gebruik

3. Opstellen farmacotherapeutisch behandelplan

De huisarts en apotheker bespreken en prioriteren de gesignaleerde problemen (FTP's). Vervolgens stellen ze een farmacotherapeutisch behandelplan op met behandeldoelen en bijbehorende interventies. Houd rekening met de wensen van de oudere, specifieke patiëntkenmerken, ervaringen en levensverwachting. Streef naar zo weinig mogelijk inname momenten per dag, schrijf zo weinig mogelijk voor, schrijf alleen hele tabletten voor en houd het aantal wijzigingen per keer beperkt.

4. Vaststellen farmacotherapeutisch behandelplan

Bespreek het plan met de oudere en/of mantelzorger en besluit welke medicatiewijzigingen – en in welke volgorde – worden doorgevoerd. Geef de wijzigingen op schrift mee zodat de oudere dit kan nalezen en kan bespreken met de mantelzorger. Noteer alle wijzigingen ook in het Actueel Medicatieoverzicht en communiceer dit met andere betrokken zorgverleners, zoals specialisten.

5. Follow-up en monitoren

Documenteer in het behandelplan welke controles uitgevoerd moeten worden (bijv. lab, bloeddruk, consult) en op welke termijn. Bespreek met de oudere wanneer het goed is om contact op te nemen met de behandelend arts of apotheker. Leg vast wanneer de medicatiebeoordeling opnieuw uitgevoerd moet worden, bij voorkeur minimaal één keer per jaar.

Bijlage Beleid WLZ zorg in instellingen in de ANW

Het actuele beleid inclusief stappenplan is te vinden op Connect, [Entree - WLZ beleid - Connect \(medrie.nl\)](#)

De belangrijkste aandachtspunten in de zorg aan ouderen met een WLZ indicatie:

<h3>Aandachtspunten WLZ zorg in de huisartspraktijk</h3>	
Situatie	Patiënt met VV5 en hoger wil zich inschrijven in je praktijk <ul style="list-style-type: none"> vanuit een woonvorm: WLZ zonder behandeling/PGB/VPT/MPT vanuit een thuissituatie met PGB/VPT/MPT
Wat zegt de wet?	Is je praktijk open voor nieuwe patiënten, dan mag je de patiënt alleen weigeren als: <ul style="list-style-type: none"> je je niet bekwaam genoeg acht voor de zorg die deze patiënt nodig heeft als de intensiteit van zorg voor deze patiënt jouw mogelijkheden als praktijkhouder te boven gaat.
Aandachtspunten	<p>Weigeren Het selectief weigeren van patiënten mag niet van de NMA. Je moet dit dus goed kunnen motiveren. Het kan zijn dat je er op aangesproken wordt. Medrie is bereid bij dit proces te helpen, maar je kunt ook een beroep doen op je eigen rechtsbijstand.</p> <p>Coördinatie Schrijf je de patiënt in op naam (ION) in je praktijk, dan ben je ook eindverantwoordelijk voor de coördinatie van de verzorging/verpleging rondom deze patiënt, tenzij je dit contractueel anders vastlegt met de instelling. Is er een SO op afstand dan is de vraag of deze verantwoordelijk is ook buiten het (vaak beperkte) aantal uren dat deze beschikbaar is, of dat jij als huisarts dat bent of de betrokken thuiszorgorganisatie.</p> <p>ANW contract Als je als huisarts een contract sluit met een een WLZ instelling en Medrie geen ANW contract met de instelling afsluit, ben je 24/7 verantwoordelijk voor deze patiënten. Als je de patiënt inschrijft in je praktijk op naam dan valt de ANW zorg onder de HAP.</p>
Situatie	Patiënt in je praktijk (ION) is/wordt VV5 en hoger
Wat zegt de wet?	Als je de behandelovereenkomst wil beëindigen moet je met patiënt in gesprek om het aan te kondigen. Zoek ook contact met de zorgverzekeraar, meld in dit gesprek dat je voornemens bent dit te doen en dat er een alternatief voor de patiënt moet komen. Je hebt een inspanningsverplichting om te zoeken naar een alternatief voor de patiënt. Lukt het niet, dan ligt de eindverantwoordelijkheid bij de zorgverzekeraar.
Situatie	Patiënt met VV5 en hoger tijdens je ANW-dienst
Wat zegt de wet?	De patiënt kan alleen worden geweigerd als er op dat moment een andere verantwoordelijke arts beschikbaar is voor de patiënt.
Aandachtspunten	Medrie verdiept zich nog met een jurist over verdere mogelijkheden t.a.v. instellingen die hiervan misbruik maken. <p>Wat kun je doen? Stuur patiënten in als je je niet bekwaam voelt bij behandeling of voor ander beleid. De beslissing ligt bij de individuele huisarts.</p>

Vragen?

Neem contact op met uw regioteam.

Wordt juridisch bekeken.



Dokter Klinkertweg 18, 8025 BS Zwolle • Telefoon: (038) 455 6200 • info@medrie.nl • www.medrie.nl