

Registreren en declareren

Situatie	ICPC	NHG-code	Aanvullend	Declareren
Patiënt mogelijk kwetsbaar	A49.01	n.v.t	Bevindingen onder deze episode registreren	Nee
Patiënt kwetsbaar	A05 en voeg samen met A49.01	n.v.t	Wijzig episodetitel naar: Kwetsbare oudere	Nee
Patiënt includeren in zorgprogramma	A05	(3015 OZHB AZ) Hoofdbehandelaar ouderenzorg: huisarts EN (3832 OZKZ AZ) Deelname ketenzorg ouderenzorg: Ja	Max. 1,2% inclusie	Nee
DM2 en funduscontrole noodzakelijk?	T90.02	(3824 DMRF TZ) Regie funduscontrole DM: huisarts	Patiënt moet deelnemen aan het zorgprogramma ouderenzorg OF DM2	Nee
Behandelwensen-gesprek	A20	n.v.t	Gespreksverslagen onder de A20 registreren. Eerste gesprek (31244*) Actualisatie gesprek (31342*)	Ja
Zorgplan gemaakt	A05	(3882 IZP AZ) Individueel zorgplan aanwezig	Registreer ja of nee	Nee
Medicatie review	A49.02	(4021 MBO AZ) datum medicatiebeoordeling	Registreer datum medicatiereview	Nee
MDO	A05	(3982 DMDO AZ) datum bespreking in MDO	Registreer datum MDO	Nee
Visite, consulten en overige verrichtingen		Denk ook aan: DM begeleiding (13029**), instellen op insuline (13030**) of COPD gestructureerde zorg (13031**), Cognitieve functietest MMSE (13010**)		Ja

*behandelwensengesprek. Actualisatiegesprekken mogen jaarlijks worden gedeclareerd.
 **M&I verrichtingen codes, raadpleeg voor eventuele aanvullende voorwaarden zorgovereenkomst huisartsgeneeskundige zorg VGZ.

Consulteren & verwijzen

- specialist Ouderengeneeskunde: elke praktijk heeft een vaste SO (vanuit Omring of Geriant), betrokken bij MDO en beschikbaar voor consultatie (vergoeding uit de basisverzekering, verrekend met het eigen risico).
Contactgegevens zijn op te vragen via zorgcoördinator@hwf.nl;
- kaderhuisarts Ouderengeneeskunde: beschikbaar voor consultatie bij individuele casuïstiek via Boards;
- POH ondersteuning: zorgcoördinator@hwf.nl, consultatie, advies, intervisie en scholing;
- coördinatiepunt ouderen: aanvragen ELV bed, acute thuiszorg of WLZ crisis, aanvragen via ZorgDomein.
Voor (sub)acute situaties is ook telefonisch contact noodzakelijk: 085 - 029 71 21;
- welzijn op recept: verwijzing naar een welzijnscoach via ZorgDomein;
- consultatiedienst palliatieve zorg: 088 - 605 14 44 (landelijke dekking);
- SAUG (Semi-Acute-Unit-Geriatrie) via ZorgDomein en bellen naar dienstdoende geriater Dijklander Ziekenhuis;
- diëtist (vergoeding uit basisverzekering, 3 uur per kalenderjaar, verrekend met het eigen risico);
- podotherapeut (vergoeding uit basisverzekering indien verhoogd risico op voetulcera, vanaf zorgprofiel 1, ook zonder DM);
- ergotherapeut (vergoeding uit basisverzekering, 10 uur per kalenderjaar, verrekend met het eigen risico);
- fysiotherapeut (vergoeding onder voorwaarden verzekeraar, verrekend met het eigen risico). Bij incontinentie en artrose is de vergoeding uit het basispakket, mits verwijzing.



Deze richtlijn biedt een praktische samenvatting van het zorgprogramma ouderenzorg. Voor de volledigheid is er de handreiking kwetsbare ouderen, boek ouderenzorg in de huisartspraktijk en het handboek integrale zorg HWF.

Behandelrichtlijn Ouderenzorg

Doel van het zorgprogramma
 Het zorgprogramma richt zich op het bieden van optimale kwaliteit van leven voor ouderen. Kernwaarde hierbij is het bevorderen van de zelfredzaamheid en eigen regie. Interventies zijn gericht op het versterken van vaardigheden, het ondersteunen van keuzes en het vergroten van autonomie. Dit wordt bereikt door:

- inzicht in lichamelijke, geestelijke en sociale situatie;
- vroegtijdige signalering van risico’s;
- zorg op maat, afgestemd op persoonlijke doelen;
- voorkomen van crisissituaties en (spoed)opnames.

Het programma is gebaseerd op de 6 stappen uit de **Handreiking Kwetsbare ouderen thuis**. Deze biedt uitgebreide informatie over rollen en taken van zorgverleners, geeft praktische voorbeelden en nuttige links.

Samenwerking
 De huisartsenpraktijk werkt nauw samen met apothekers, casemanagers dementie, paramedici, mensen van het sociaal domein en specialisten ouderengeneeskunde (SO). Breng jouw sociale kaart in beeld. Op de website van BeterOud vind je het invuldocument: ‘Wie is wie in de wijk’ wat hierin kan ondersteunen.

Het 6–stappenplan kwetsbare ouderen

Identificatiefase

Stap 1: Signalering

Een professional signaleert een mogelijk kwetsbare oudere met complexe problematiek. De signalen worden samen met de direct betrokken behandelaar beoordeeld.

Stap 2: Gesprek met oudere en/of mantelzorger

- wensen en behoeften bespreken rond kwaliteit van leven en zorg;
- risico's inschatten;
- gezamenlijke keuzes maken (samen beslissen).

Nee, desgewenst vinger aan de pols

KWETSBAAR ?

Ja, ga naar stap 3

Complexe kwetsbaarheid

Stap 3: In kaart brengen kwetsbaarheid

Kwetsbaarheid wordt gestructureerd in beeld gebracht op alle levensdomeinen via een multidomeinanalyse (MDA) zoals SFMPC, geriatrische beoordeling, TRAZAG of RAI.

Stap 4: Bespreking MDA met direct betrokken proffesionals

- taakverdeling en rollen vastleggen;
- opstellen van een individueel zorgplan, inclusief acties voor zelfmanagement;
- behoefte aan extra expertise of aanvullend onderzoek?
- is dementie voorliggend? → volg de zorgstandaard dementie;
- betrekken SO? → formuleer een duidelijke vraagstelling;
- is breder multidisciplinair overleg nodig? → ga naar stap 5
- uitvoering en evaluatiemomenten plannen.

Stap 5: Multidisciplinair overleg

Het overleg vindt plaats met betrokken professionals en eventueel de oudere en/of mantelzorger.

- afspraken over taakverdeling: zorgcoördinator, aanspreekpunt en overige taken/rollen;
- opstellen van een Individueel zorgplan (IZP);
- plannen van uitvoering van acties en evaluaties.

Stap 6: Uitvoering, evaluatie en vervolg

De zorgcoördinator:

- bespreekt met de oudere de uitkomsten van het MDO en afgesproken zelfmanagementacties;
- monitort de uitvoering volgens gemaakte afspraken;
- evalueert het zorgplan en bespreekt nieuwe interventies, afgestemd op veranderende behoeften;
- herhaalt de stappen vanaf stap 3 minimaal jaarlijks.

Uitwerking 6 stappenplan

Stap 1. Signalering

Kwetsbaarheid is een opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten bij verminderde veerkracht. Er zijn weinig fysieke, mentale of sociale reserves, waardoor een kleine gebeurtenis kan leiden tot een cascade aan problemen. Dit vergroot het risico op negatieve gezondheidsuitkomsten zoals vallen, ziekenhuisopname of overlijden.

Signalen bij ouderen (geen vaste leeftijdsgrens)

- multimorbiditeit;
- geriatric giants (vallen, ondergewicht, incontinentie, decubitus, depressie, communicatiestoornis);
- ontbrekend sociaal netwerk;
- frequent contact met praktijk, HAP of SEH;
- recent verlies van partner;
- alleenstaand;
- moeite met eigen regie;
- lage opleiding of laaggeletterdheid;
- recente ziekenhuisopname;
- overbelaste mantelzorger;
- polyfarmacie.

Zorgmijders

Moeilijk bereikbare ouderen met complexe problematiek. Let op signalen zoals zelfverwaarlozing, geen netwerk of wantrouwen.

Stap 2. Gesprek met oudere en/of mantelzorger

In dit gesprek breng je de wensen, behoeften en risico's in kaart, zoals valgevaar, regieverlies of overbelasting van de mantelzorger. Op basis hiervan beoordeel je of er sprake is van kwetsbaarheid.

Inclusie in het zorgprogramma

- Bij kwetsbaarheid kan de oudere worden geïnccludeerd in het zorgprogramma. Bespreek met de oudere:
- wat het programma inhoudt en waarom deelname zinvol is;
 - dat er geen kosten zijn, maar dat bloedonderzoek en inzet van een SO onder het eigen risico vallen;
 - dat relevante informatie wordt gedeeld met de wijkverpleging, casemanager, apotheker en SO.

Aanvullend:

- includeer vóór de start van een nieuw kwartaal;
- inclusie is ook mogelijk bij een WLZ-indicatie;
- ouderen met DM2 kunnen gebruik blijven maken van de fundusscreening van Ksyos;
- diëtetiek wordt niet vergoed vanuit het zorgprogramma;
- consulten en M&I verrichtingen (óók voor COPD, CVRM of DM zorg) mogen worden gedeclareerd.

Beoordelen kwetsbaarheid - Trias van Blauw

- Kwetsbaarheid wordt beoordeeld op drie domeinen:
- mobiliteit: kan iemand zich vrij bewegen?
 - autonomie: kan iemand zelf de regie voeren?
 - sociale situatie: is er voldoende steun van familie/vrienden?

Problemen op één domein zijn vaak nog te compenseren (meestal niet kwetsbaar). Bij twee domeinen is kwetsbaarheid waarschijnlijk, bij drie zeker kwetsbaar.

Let op: ook bij minimale draagkracht op alle drie domeinen kan kwetsbaarheid aanwezig zijn.

Stap 3. In kaart brengen kwetsbaarheid

Multidomein analyse (MDA)

Beoordeel het functioneren van de oudere op vijf domeinen: somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatief (SFMPC). Dit kan via gerichte vragen per domein of met gevalideerde instrumenten zoals TRAZAG of RAI. Het spinnenweb van Positieve Gezondheid biedt aanvullend inzicht, maar vergt soms extra uitvraag.

De verzamelde informatie vormt de basis voor het verdere zorgtraject en het individueel zorgplan (IZP).

Proactieve Zorg Planning (PZP)

Bespreek behandelwensen en -grenzen. Gebruik hiervoor het PZP-formulier, dat meer omvat dan enkel wensen: het is relevant voor proactieve zorgplanning. Stel ook de vraag: Wat is belangrijk voor u? Wat geeft u kwaliteit van leven?

- Leg behandelwensen vast:
- registreer ze in het HIS onder ICPC A20 en bijv. via een episode NR NB NIC;
 - deel ze via ZorgDomein via een overdracht met de HAPWF;
 - geef de patiënt een papieren exemplaar mee naar huis.

Contactpersoon

Noteer de eerste contactpersoon in het HIS en controleer of deze ook wettelijk vertegenwoordiger is. Let op: dit kunnen verschillende personen zijn, bijvoorbeeld een buurvrouw is contactpersoon en kinderen zijn wettelijk vertegenwoordiger.

Stap 4. Bespreking bevindingen MDA met betrokken professionals

Overleg met direct betrokken professionals

Bespreek de uitkomsten van de MDA met de huisarts en, indien betrokken, de wijkverpleegkundige of casemanager. Zij kunnen aanvullingen geven. Samen bepaal je: de risico's, de wensen van de oudere en mogelijkheden om kwaliteit van leven te verbeteren.

Formuleer op basis hiervan concrete doelen en stel passende interventies voor, zoals voedingsadvies, hulpmiddelen of het aanpakken van eenzaamheid.

Zorgcoördinatie

Stem af wie de eerste aanspreekpersoon is voor de oudere of diens familie. Dit kan zijn: POH-O/ PVK, wijkverpleegkundige of casemanager dementie. Als de POH-O de coördinatie op zich neemt, gebeurt dit altijd in overleg met de huisarts. De patiënt mag deelnemen aan het zorgprogramma, ook als een andere zorgcoördinator dan de POH-O/ PVK wordt aangewezen.

Aanvullend onderzoek

Bloedonderzoek is niet standaard, maar kan worden ingezet om somatische oorzaken uit te sluiten bij specifieke klachten of signalen. **Lab:** ALAT, BSE, kreatinine, foliumzuur, Gamma GT, glucose (niet nuchter), Hb, Ht, MCV, kalium, natrium, TSH en op **indicatie** (bijv. slechte voedingstoestand, alcoholisme) vitamine B1, B6 en B12. Jaarcontroles DM en CVRM worden op maat aangeboden.

- Bij twijfel over cognitie:**
- gebruik de MMSE en/of MOCA.
 - kies bij laaggeletterden of anderstaligen voor de RUDAS

Bij vermoeden van depressie: gebruik de Geriatric depression scale (GDS) of een gerichte anamnese door huisarts.

Vervolg stap 4: aanvullend onderzoek

Bij signalen van verminderde mobiliteit of valgevaar: voer een valanalyse uit (www.veiligheid.nl).

Zorgplan

Het zorgplan is het centrale instrument voor persoonsgerichte zorg. Het ondersteunt zorg op maat, waarbij persoonlijke doelen leidend zijn. Het IZP wordt cyclisch geëvalueerd en aangepast op veranderende behoeften. Er is expliciet ruimte voor persoonlijke doelen, zelfmanagement en evaluatiemomenten.

Gebruik hiervoor het [zorgbehandelplan-format](#) of het zorgplan op het OuderenBoard.

Noteer per probleem: (hoofd)doel, acties en of het doel gericht is op:

- A)** functieherstel **B)** behoud van functioneren
C) symptoombestrijding **D)** bevorderen van zelfredzaamheid
E) Voorkomen van achteruitgang **F)** ondersteunen draaglast/kracht mantelzorger.

Zorg dat alle betrokkenen op één lijn zitten. Bespreek het zorgplan met de oudere en diens naasten:

- kloppen de bevindingen en doelen?
- wat is voor de oudere het belangrijkste?
- welke interventies zijn passend?
- welke aanpassingen zijn nodig en wat is een haalbare evaluatietermijn?

Stap 5. Multidisciplinair overleg (MDO)

Frequentie en organisatie

Het MDO vindt minimaal 1x per jaar plaats met o.a. SO en apotheker (zie handleiding op HWF-website). Een assistente of SOH kan helpen bij de organisatie. Het is handig om tijdens het MDO ook de jaarlijkse medicatiebeoordeling (MBO) te doen. Zorg bij de MBO voor actuele meetwaarden zoals: eGFR, natrium, kalium en bloeddruk.

Voorbereiding

- kies overlegvorm: fysiek, digitaal of hybride;
- POH-O/PVK plant het overleg en maakt agenda (10-15 min per patiënt);
- zorg voor een duidelijke taak- en rolverdeling (voorzitter, notulist ect.);
- formuleer een duidelijke vraag en doel. Gebruik hiervoor de doelstellingen zoals beschreven bij het zorgplan;
- verzamel relevante informatie en hulpvragen.

Deelnemers

- huisarts, POH-O/ PVK, wijkverpleegkundige, casemanager, SO, apotheker.

Tijdens het MDO

- huisarts is medisch eindverantwoordelijk;
- presenteer de casus kort en overzichtelijk (SFMPC-domeinen);
- focus op persoonlijke doelen en zorgbehoeften;
- leg afspraken en interventies vast.

Na het MDO

- informeer de oudere en contactpersoon;
- pas het zorgplan aan;
- organiseer uitvoering en opvolging;
- communiceer via beveiligde kanalen;
- evalueer en stel bij in het volgende MDO.

Stap 6. Bespreken, uitvoeren en evalueren

Bespreken en uitvoeren

Als de oudere akkoord gaat met de voorgestelde interventies, zorgt de POH-O / PVK voor de uitvoering. Denk aan:

- sociale interventies (bijv. via welzijn op recept);
- bewegen (fysiotherapie, wandelgroep);
- gezonde voeding (diëtist, maaltijdservice, gezamenlijke maaltijden);
- veiligheid thuis en gebruik van hulpmiddelen;
- medicatie aanpassingen.

Contact en begeleiding

- De POH-O/ PVK:
- onderhoudt contact met de oudere en contactpersoon, afgestemd op behoefte (telefonisch of fysiek);
 - zorgt voor betrokkenheid en erkenning, maar neemt geen mantelzorgtaken over;
 - bevordert zelfstandigheid en behoud van regie;
 - adviseert over zelfmanagement acties.

Vooruitkijken en evalueren

In elk contact wordt niet alleen de huidige situatie besproken maar ook vooruit gekeken:

- bespreek risico's en zet tijdig interventies in;
- herhaal regelmatig de proactieve zorgplanning en behandelwensen.

Zo wordt de oudere en diens naasten goed voorbereid, de kwaliteit van leven bevordert en wordt overbehandeling voorkomen.

Samenvatting taken POH-O /PVK

- vroegtijdig signaleren van kwetsbare ouderen;
- uitvoeren van MDA en cognitieve screening;
- opstellen van IZP;
- bevorderen van zelfmanagement en regie bij de oudere;
- uitvoeren of delegeren van interventies als coördinator;
- organiseren van MDO;
- vastleggen contactgegevens van contactpersoon/ mantelzorger;
- huisbezoeken na ziekenhuisopname, revalidatie of ingrijpende gebeurtenissen;
- bespreken van behandelwensen en grenzen of ondersteuning van de huisarts hierbij;
- ondersteuning bij medicatiebeoordeling, interventies en monitoring;
- opbouwen en onderhouden van netwerk (sociale kaart);
- signalerende en coördinerende rol bij aanvragen van hulpmiddelen en zorgvergoedingen (Wmo, Zvw, Wlz). De uitvoering past bij de mantelzorger, het sociaaldomein of de wijkverpleegkundige;
- regelen van eerstelijnsverblijf of spoedopname in verpleeghuis;
- regelmatig overleg met de huisarts (eindverantwoordelijk);
- samen zorgen voor proactieve, persoonsgerichte zorg;
- SOH ouderen mag stap 1 & 2 van het 6-stappenplan uitvoeren en de POH-O/ PVK ondersteunen bij het organiseren van het MDO.