



Zorgprogramma Friese Ouderenzorg

Praktische handreiking voor HA en POH's

2024 - 2030

Inhoud

Inleiding	3
Bouwsteen 1: Praktijkorganisatie	6
Stappenplan Kwetsbare ouderen	8
Bouwsteen 2 Signaleren en vaststellen van kwetsbaarheid, inventariseren, analyse	9
Bouwsteen 3 Individueel Zorgplan en interventies.....	12
Bouwsteen 4 Proactieve Zorg Planning (PZP, voorheen ACP)	14
Bouwsteen 5 Polyfarmacie/Medicatiebeoordeling.....	16
Bouwsteen 6 MDO	17
Bouwsteen 7 Netwerkgang middels wijkgericht werken (algemeen)	19
7.1 Structurele samenwerking met sociaal en welzijnsdomein	20
7.2 Structurele samenwerking met specialist ouderengeneeskunde	20
7.3 Structurele samenwerking met thuiszorg	20
7.4 Structurele samenwerking met Casemanagers Dementie	201
Bouwsteen 8 Mantelzorg	22
Bouwsteen 9 VIP Samenwerking: multidisciplinair platform	24
Gezondheidsbevordering, de vijf geriatrische reuzen	25
Eerstelijnsverblijf, Geriatrische Revalidatie Zorg en Wet Langdurige Zorg	27
Bijlage 1 Financiering van de inrichting en uitvoering van de Ouderenzorg vanaf 2024	29
Bijlage 2 GFI vragenlijst.....	30
Bijlage 3 Welzijn op Recept.....	31
Bijlage 4 Inzet van de specialist ouderengeneeskunde	36

Inleiding

Het zorgprogramma Friese Ouderenzorg is in opdracht van de Friese Huisartsen Vereniging (FHV) en Dokterszorg Friesland door de werkgroep ouderenzorg van Dokterszorg/Ketenzorg Friesland (KZF) opgesteld. De toenemende vergrijzing, die in Friesland in versneld tempo plaatsvindt en de beperkte beschikbaarheid van zorg en personeel vormen de uitdagingen voor de inrichting van een toekomstgerichte ouderenzorg.

Het zorgprogramma is een praktische handleiding voor alle zorgverleners werkzaam in de huisartsenpraktijk in Friesland, maar met name voor de huisarts, de Praktijkondersteuner-Ouderen (POH-S), de verpleegkundig specialist, de physician assistent en/of de doktersassistente die de ouderenzorg uitvoeren.

De ouderenzorg in de Friese huisartspraktijken is de afgelopen jaren verschillend ingevuld. In het najaar van 2022¹ is een enquête uitgezet waaruit blijkt dat sommige huisartspraktijken structureel alle ouderen in kaart brengen, een speciale functionaris ouderenzorg hebben aangesteld, een geriatrisch netwerk hebben opgezet en regelmatig een multidisciplinair overleg (MDO) organiseren. Een ander deel van de praktijken heeft geen structurele ouderenzorg ingericht, een ander deel beperkt. Vandaar dat dit zorgprogramma is opgebouwd uit verschillende bouwstenen. Het is aan de praktijken zelf om de bouwsteen uit te werken die bij de actuele organisatie van de praktijk past. Voor een kwalitatief goede ouderenzorg is het noodzakelijk dat uiteindelijk alle bouwstenen in de dagelijkse huisartspraktijk ingebouwd worden.

Dokterszorg/KZF kan als regio-organisatie ondersteuning bieden bij het organiseren van de ouderenzorg. In het stuk "ondersteuning door de regio-organisatie", dat volgt op deze praktische handleiding worden de mogelijkheden toegelicht.

Uitgangspunten (zie de infographic) bij zorgprogramma Friese Ouderenzorg

1. De benadering van de oudere gaat uit van het gedachtengoed van [Positieve Gezondheid](#) en vanuit een integrale visie.
2. De kwaliteit van leven van de oudere staat centraal. Daarbij moet de eigen regie zoveel mogelijk behouden en gestimuleerd worden.
3. De zorg heeft een proactief karakter: vroegtijdig wordt bij signalen van kwetsbaarheid het gesprek met de betrokkenen opgestart, zodat bij toenemende zorgcomplexiteit er inzicht is over wensen van betrokkene en mogelijkheden van zorg.
4. Specifieke aandacht voor gesprekken over het levenseinde, waarbij de huisarts of verpleegkundig specialist eindverantwoordelijk is voor de medische besluitvorming (zoals bijvoorbeeld het staken van medisch niet-zinnige of disproportionele behandelingen) en goede overdracht in de gehele (acute) zorgketen.
5. Ouderenzorg is teamwork, binnen de praktijk (of samenwerkingsverband van praktijken) moet een heldere taakverdeling zijn en duidelijk zijn wie fungeert als aanspreekpunt. Een in ouderenzorg geschoolde POH (een POH-O) of verpleegkundig specialist is noodzakelijk.
6. Ouderenzorg is ingebed in een multidisciplinair wijkgericht netwerk, met als vaste partners naast de huisartsenpraktijk de wijkverpleegkundige en het sociaal wijk- of gebiedsteam. Daarnaast zijn belangrijke partners de apotheker, de specialist ouderengeneeskunde, de casemanager dementie en evt. andere zorgverleners, bv de ouderenpsychiater en de ouderenfysiotherapeut.

Bovenstaande uitgangspunten worden uitgewerkt in onderstaande bouwstenen. De randvoorwaarden worden aangegeven. De uitvoering wordt met links naar bruikbare tools gefaciliteerd.

Voor welke ouderen is dit zorgprogramma bedoeld?

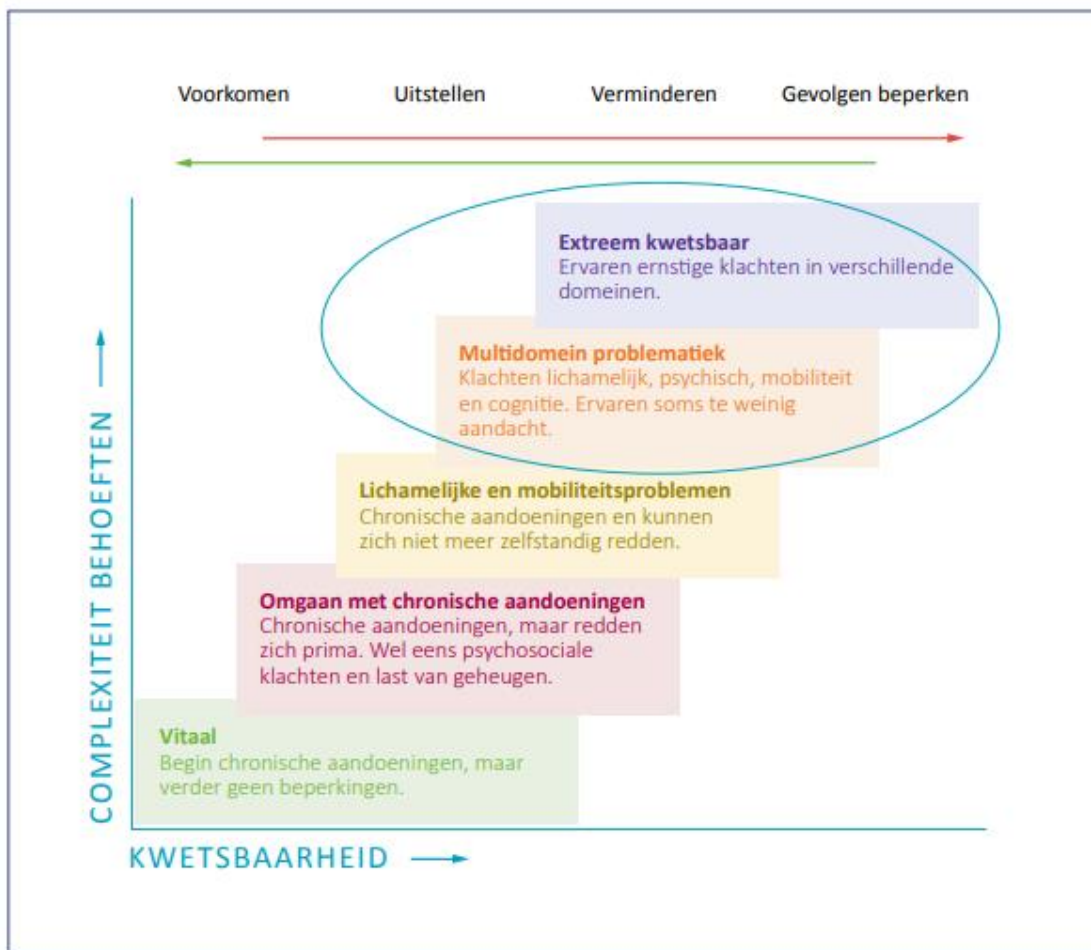
- ≥ 75 jaar. Echter, wanneer kwetsbaarheid wordt vastgesteld op basis van de Groningen Frailty Indicator (GFI) bij een patiënt jonger dan 75 jaar én er noodzaak is tot betrokkenheid van meerdere disciplines, dan kan ook deze patiënt geïncorporeerd worden.
- Sprake van kwetsbaarheid, vastgesteld o.b.v. klinische blik en/of afname GFI.
- (Noodzaak tot) betrokkenheid van meerdere disciplines.
- Ouderen die ingeschreven staan bij de huisartsenpraktijk.

¹ Uitwerking enquête Ouderenzorg, M. Veltman

Wat is 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)' (Sociaal Cultureel Planbureau, 2011).

Kwetsbaarheid is een dynamisch begrip, variërend in complexiteit van zorg- en ondersteuningsbehoefte en diversiteit van de domeinen waarin sprake is van kwetsbaarheid. Complexiteit duidt hierbij op het bestaan van meerdere aandoeningen en beperkingen, waardoor meerdere hulpverleners betrokken zijn op verschillende domeinen. De mate van intensieve zorgbehoefte is sterk verbonden met de mate van kwetsbaarheid. Een toename van kwetsbaarheid leidt tot een verhoogde zorgconsumptie. In de beschrijving van de vijf ouderenprofielen in figuur 1 wordt onderscheid gemaakt tussen kwetsbare en complex-kwetsbare ouderen. Aangezien de mate van kwetsbaarheid een goede voorspeller is voor opname in ziekenhuis of verpleeghuis of overlijden. Het in beeld brengen van de complexiteit van de situatie is belangrijk: het bepaalt de noodzaak om tot integrale zorgverlening te komen.



Figuur 1, Kwetsbare ouderen thuis, handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk, LHV, InEen e.a.

Per huisartspraktijk is in Friesland circa 32% van de 75-plussers kwetsbaar, landelijk ligt het percentage op 28%. Het is daarom belangrijk om de zorg anders te organiseren, aangezien we weten dat in de komende jaren het aantal ouderen fors toeneemt. Volgens het CBS zal het aantal 65-plussers sterk toenemen: waren er in 2012 nog 2,7 miljoen 65-plussers, in 2041 zullen dat er 4,7 miljoen zijn. Dit heeft een enorme impact op de zorg en begeleiding die nodig is vanuit welzijn, eerste en tweede lijn. In Friesland neemt de toename nog sterker toe dan landelijk.

Er is een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid om de zorg voor (kwetsbare) ouderen optimaal en toekomstbestendig te organiseren.

De wensen en behoeften van de oudere staan centraal, waarbij uitgegaan wordt van de eigen regie en het zelfmanagement van de oudere. Problemen op het gebied van gezondheid, zorg en welzijn worden beter en tijdig in beeld gebracht en indien nodig en mogelijk worden, in overleg met de oudere, passende oplossingen gezocht. Zo kunnen ouderen zo lang mogelijk, met zo min mogelijk gezondheidsproblemen in hun voorkeursomgeving blijven wonen.

Bouwsteen 1: Praktijkorganisatie

Inleiding

Ouderenzorg is **netwerkworg** en breder dan andere zorgprogramma's vanuit de huisartsenpraktijk. De organisatie van het netwerk, de multidisciplinaire samenwerking, de samenwerking in de wijk en de samenwerking met het sociaal/welzijnsdomein, is belangrijk voor het leveren van persoonsgerichte, proactieve ouderenzorg.

Doel

In deze bouwsteen beschrijven we de stappen voor het opstarten van proactieve, integrale ouderenzorg in de huisartsenpraktijk.

Wie

De huisarts (evt. in grote praktijken een huisarts benoemen met aandachtsveld ouderenzorg) en/of de verpleegkundig specialist/PA Ouderenzorg en/of praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige specifiek voor de Ouderenzorg zetten deze zorg op en voeren de zorg uit. Onze voorkeur gaat uit naar een uitvoerder met specifieke kennis van en/of relevante werkervaring in de ouderenzorg. Daarom spreken wij in dit document over de POH-ouderen (POH-O). Vanuit de verzekeraar worden echter geen specifieke specialisatie-eisen gevraagd.

Binnen de huisartspraktijk zijn de huisarts, VS, PA en POH-O op de hoogte van de (fysieke, psychische en sociale) situatie van de oudere. Hierdoor is het mogelijk een centrale rol te spelen in het signaleren van (dreigende) kwetsbaarheid bij ouderen in de huisartsenpraktijk.

Voor deelnemers van het MDO zie bouwsteen 6 en voor deelnemers van het netwerk zie bouwsteen 7.

Werkwijze

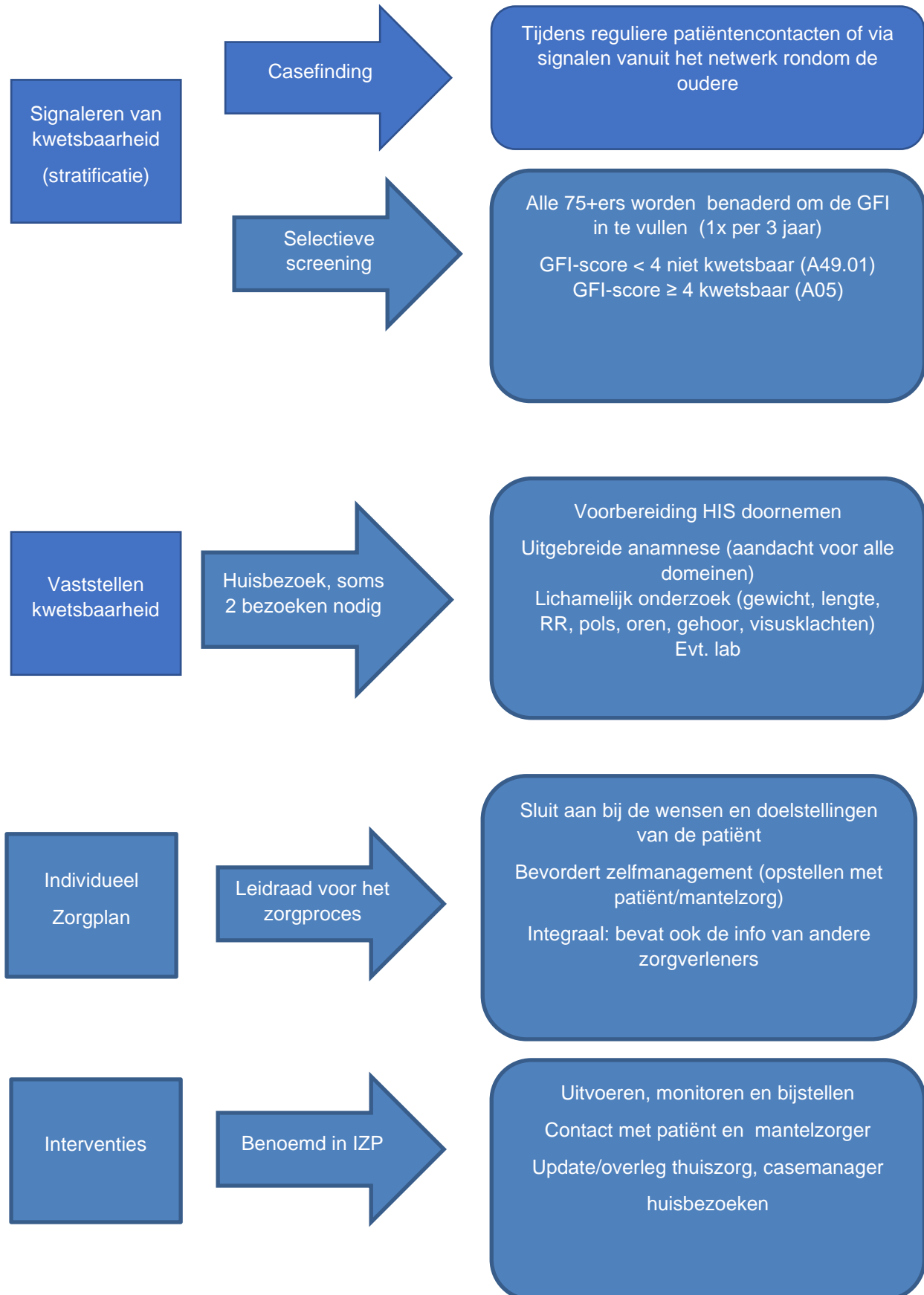
- De **POH-O** organiseert het uitzetten van de vragenlijsten voor risico-stratificatie en casefinding, eventueel samen met de doktersassistente(s).
- De POH-O kan aangewezen worden als **zorgcoördinator**. Afhankelijk van de problematiek kan in plaats van de POH-O ook de wijkverpleegkundige of sociaal werker ingezet worden als casemanager/zorgcoördinator voor de begeleiding van een oudere. Dit wordt gezamenlijk bepaald.
- De **taken van de zorgcoördinator** kunnen zijn: het organiseren van het MDO en het vormgeven van de samenwerking binnen het kernteam (zie verder) met overige hulpverleners.
- De huisarts en POH-O hebben een periodieke patiëntbespreking over kwetsbare ouderen waaraan de huisartsenpraktijk zorg verleend.
- Er is een periodieke (bijv. eens per 4-6 weken) patiëntbespreking tussen huisartsenpraktijk en wijkverpleging waarbij de situatie van patiënten die zorg nodig hebben worden besproken. De huisartsenpraktijk initieert en organiseert deze bespreking en nodigt de wijkverpleging uit. Wanneer nodig, kan worden besloten de situatie van de patiënt te bespreken in het MDO.
- Het **multidisciplinaire overleg** (MDO) wordt georganiseerd vanuit de huisartsenpraktijk en is bij uitstek patiëntgericht en alleen de bij de casus betrokken disciplines en/of de patiënt/mantelzorg worden uitgenodigd.
- Aangezien ouderenzorg netwerkworg is, wordt naast het MDO (individuele casuïstiek bespreken) een **kernteam** opgericht. Hier kan de POH-O het initiatief voor nemen vanuit het wijkmanagement, maar ook de wijkverpleegkundige vanuit Wijkgericht Werken. Het kernteam wordt in Friesland ook wel driehoeksoverleg, wijkgericht werken of geriatrisch team genoemd. ROS-Friesland kan bij het opzetten faciliteren. Zoek dan contact met één van de adviseurs van de ROS.
- Een **kernteam** bestaat in ieder geval uit een afvaardiging van de huisartsenpraktijk, de thuiszorg en het sociaal domein. Soms sluiten ook andere organisaties aan uit de nulde of eerste lijn: welzijnsorganisaties, woningbouwvereniging, vrijwilligersorganisaties. Indien beschikbaar kan ook een specialist ouderengeneeskunde aansluiten. Binnen het kernteam worden afspraken gemaakt, die relevant zijn voor de wijk of regio van het kernteam. Mogelijke thema's zijn: kennismaken met het aanbod van de verschillende organisaties, het opstellen en bijhouden van de sociale kaart, bereikbaarheid, communicatie, zorgafspraken, medicatie-dispensers, positieve gezondheid, initiatieven en voorzieningen vanuit de gemeente.

- De **huisartsenpraktijk / regio-organisatie** (afhankelijk van wijze contractering) neemt het voortouw bij de introductie van het netwerk informatie systeem (NIS) en borgen van werkafspraken met de gebruikers uit de verschillende disciplines binnen het netwerk over het werken met een digitaal multidisciplinair platform.

Financiering

De kosten voor bovengenoemde activiteiten worden gefinancierd vanuit de prestatie samenwerking rondom kwetsbare ouderen en evt. bij directe patiëntenzorg vanuit consulten en verrichtingen.

Stappenplan Kwetsbare ouderen



Bouwsteen 2

Signaleren en vaststellen van kwetsbaarheid, inventariseren, analyse

Inleiding

In deze bouwsteen worden stap 1 'Signaleren' en stap 2 'Vaststellen kwetsbaarheid' uit het stappenplan van de vorige pagina toegelicht.

Doel

Signaleren van kwetsbaarheid om op tijd in overleg met de oudere en/of familie een goede diagnostiek, behandeling, opvolging en afstemming te bewerkstelligen.

Wie & Werkwijze

Via casefinding

De medewerkers van huisartspraktijken kunnen mogelijke kwetsbaarheid signaleren tijdens de reguliere contacten. Een vermoeden van kwetsbaarheid bepaal je aan de hand van mogelijke risicofactoren voor kwetsbaarheid:

- Hoge leeftijd (bijv. 90 jaar en ouder)
- Geen sociaal netwerk
- Recent een partner verloren of alleenstaand zijn
- Met een of meer 'geriatric giants' (mobiliteit stoornissen, balansproblemen, communicatiestoornissen, geheugenproblemen, psychische stoornissen en incontinentie)
- Multimorbiditeit
- Polyfarmacie
- Frequent contact met de huisarts(praktijk)
- Lange tijd niet bij de huisartspraktijk geweest ('consultation gap', bijv. laatste consult was langer dan 3 jaar geleden)
- Psychosociale problematiek als eenzaamheid of financiële problemen
- Recente ziekenhuis- of verpleeghuisopname
- Cognitieve beperkingen
- Motorische beperkingen
- Onveilige woonsituatie
- Toenemende vraag naar thuiszorg
- Overbelaste mantelzorger
- Lage opleiding of laaggeletterdheid
- Relatief afgenomen levensverwachting

Indien een vermoeden van kwetsbaarheid bestaat, volgt overleg tussen de huisarts en POH. Samen bepaal je of de kwetsbaarheid van de oudere met behulp van de GFI-vragenlijst vastgesteld moet worden. Voor deze vragenlijst is gekozen omdat het een korte gevalideerde lijst is die bekend is bij veel POH-O's.

Casefinding kan ook door derden gedaan worden, zoals:

- Mensen uit de omgeving van de oudere, zoals familie, vrienden en burens.
- Zorg- en welzijnsprofessionals uit de wijk, zoals de fysiotherapeut of apotheek.
- Andere samenwerkingspartners, zoals woningbouwvereniging en politie.
- Een opmerking over kwetsbaarheid door een specialist bij een opname of SEH-bezoek.

Zij signaleren mogelijke kwetsbaarheid vanuit hun eigen perspectief en discipline. Indien iemand als mogelijk kwetsbaar wordt aangemerkt, zal diegene dit doorgeven aan de huisartsenpraktijk. De huisarts bepaalt daarna samen met de POH-O of de kwetsbaarheid van de oudere vastgesteld moet worden met de GFI-vragenlijst of een huisbezoek.

Via selectieve screening

Bij selectieve screening op leeftijd worden alle patiënten van ≥ 75 jaar door de POH-O geselecteerd vanuit het huisartseninformatiesysteem. VIP Calculus kan als digitaal programma ook helpen om kwetsbaarheid op te sporen. Er kan geselecteerd worden op multimorbiditeit, voorgeschiedenis, mate van contact met de praktijk of polyfarmacie. Door middel van selectieve screening is er meer kans om zorgmijders en patiënten met een cognitieve stoornis te vinden. Naar deze groep kan binnen VIP, digitaal een [GFI](#) toegestuurd worden. De resultaten van de ingevulde vragenlijst komen als bericht automatisch in het HIS. Als na het afnemen van de GFI blijkt dat een oudere kwetsbaar is, wordt met de oudere en eventueel met een mantelzorger een afspraak voor huisbezoek gemaakt.

Inventarisatie actuele kwetsbaarheid naar aanleiding van de screening tijdens een huisbezoek

Tijdens een huisbezoek wordt besproken hoe de oudere, indien gewenst samen met zijn/haar familie/mantelzorgers, zo lang mogelijk de regie over zijn/haar leven kan behouden en wat de eventuele zorgvraag, behoeften en wensen van de oudere zijn om dit te bewerkstelligen. Je voert dit gesprek vanuit het gedachtengoed van Positieve Gezondheid. Hiervoor is een uitgebreide inventarisatie noodzakelijk. Deze anamnese beslaat idealiter de somatische, functionele, maatschappelijke, psychische en communicatieve domeinen (SF MPC-model) en vindt plaats bij de oudere thuis. Mochten er op één of meerdere domeinen problemen zijn, bespreek dan wat de gevolgen zijn van de problemen, of de oudere de problemen/beperkingen zelf of met familie/mantelzorgers kan compenseren, wat de oudere graag zou willen veranderen en of daar een zorg- of ondersteuningsbehoefte bij is. Het spinnenweb van Positieve Gezondheid kan hierbij als tool gebruikt worden. Ook de belastbaarheid van de mantelzorg (en eventuele overbelasting) komt aan de orde.

Het SF MPC-model.

[Zorgbehandelplan-format.pdf \(laego.nl\)](#) [SF MPC – werken in de ouderengeneeskunde](#)

Bij de inventarisatie verzamel je dus op systematische wijze gegevens, zodat duidelijk wordt op welke gebieden er beperkingen zijn en welke wensen de patiënt heeft. Als een cognitieve stoornis vermoed wordt, kan deze anamnese afgenomen worden door de POH-O, maar ook door de wijkverpleegkundige of casemanager dementie. Het is raadzaam binnen het kernteam hier afspraken over te maken.

Bij de inventarisatie kan gebruikt worden:

- de Trazag [ACUTE KLAPPER \(pohkennisbank.nl\)](#)
- Easycare [Kwetsbare ouderen in beeld met Easycare.](#)

Als daar aanleiding voor is, kan een specifieke inventarisatie per onderwerp, gedaan worden. Zie opsomming hieronder, indien nodig kunnen gericht deelinstrumenten/vragenlijsten ingezet worden:

- Ondervoeding, [Uitleg-en-onderbouwing-SNAQ65-2.pdf \(kenniscentrumondervoeding.nl\)](#)
- Huidletsel
- Incontinentie,
- Medicatie, zie bouwsteen 5
- Vallen,
- Geheugen:
 - MMSE [Mini-Mental State Examination \(gestandaardiseerde versie\) – Meetinstrumenten in de zorg \(uitvoering huisarts\)](#)
 - [Montreal Cognitive Assessment – Meetinstrumenten in de zorg](#)
 - [Kloktekentest: huisartsendementie](#)
- Depressie:
 - [4DKL_NL \(nhg.org\)](#)
 - [GDS Geriatric Depression Scale – Meetinstrumenten in de zorg](#)
 - [CSDD CORNELL SCALE FOR DEPRESSION IN DEMENETIA \(trimbos.nl\)](#)
- Mondproblemen (denk aan relatie delier en mondgezondheid)
- Visusproblemen
- Gehoorproblemen: beoordelen cerumen, gehoorklachten
- [Pijn | NHG-Richtlijnen](#)
- [Eenzaamheidsschaal – Meetinstrumenten in de zorg \(meetinstrumentenzorg.nl\)](#)
- Mobiliteitsproblemen:
 - [Short Physical Performance Battery – Meetinstrumenten in de zorg \(meetinstrumentenzorg.nl\)](#)

- [Timed Up & Go test – Meetinstrumenten in de zorg \(meetinstrumentenzorg.nl\)](https://meetinstrumentenzorg.nl)
- [Strength, Assistance with walking, Rise from a chair, Climb stairs and Falls – Meetinstrumenten in de zorg \(meetinstrumentenzorg.nl\) \(bij sarcopenie\).](https://meetinstrumentenzorg.nl)
- Relatie- en gezinsproblemen
- Sociale- en maatschappelijke problemen

Lichamelijk onderzoek, op de praktijk of bij de oudere thuis, kan bestaan uit :

- Gewicht
- Lengte
- Pols/hartritme
- Tensie
- Algemene indruk, verzorgd of onverzorgd

Optioneel: laboratoriumonderzoek bestaande uit het Standaard Geriatrich Laboratorium Onderzoek. Waarden, die recent zijn bepaald, hoeven niet opnieuw onderzocht te worden. Let op: dit laboratoriumonderzoek valt onder het eigen risico van de basisverzekering. Het is belangrijk de oudere hier vooraf over te informeren. [Laboratoriumdiagnostiek | NHG-Richtlijnen](#)

Van inventarisatie naar (zorg, behandel)doelen. Het individueel zorgplan/gezondheidsplan.

Na de uitgebreide inventarisatie bekijk je samen met de oudere en mantelzorgers welke (potentiële) problemen/bependingen aanwezig zijn en welke wensen voorrang moeten krijgen. Om de kwetsbare oudere zo lang mogelijk de regie te laten behouden is het belangrijk te achterhalen wat de wensen, behoeften en mogelijkheden zijn van de patiënt zelf, de mantelzorg en het sociale, welzijnsnetwerk. Hierbij wordt besproken: woon- en leefsituatie, participatie, geestelijk welbevinden en lichamelijk welbevinden en gezondheid. Voor het inzichtelijk maken en zoeken naar mogelijke oplossingen door de kwetsbare oudere zelf, kan het Spinnenweb van Positieve Gezondheid als tool gebruikt worden. [Volwassertool Mijn Positieve Gezondheid - Institute for Positive Health \(iph.nl\)](#) Deze lijst geeft richting aan het individueel zorgplan, zie de volgende bouwsteen.

Toestemming uitwisselen van gegevens

Vraag aan de patiënt ook toestemming voor het uitwisselen van gegevens met de andere zorgverleners. Vraag apart toestemming om gegevens (mondeling en/of digitaal) te delen met de welzijnsmedewerker/sociaal werker van de gemeente en leg dit vast.

Registratie

Voor deze bouwsteen, de inventarisatiefase wordt een episode ICPC A49.01 'ouderenzorg' in het HIS aangemaakt. Hierin worden de resultaten genoteerd van verschillende vragenlijsten en de eindconclusie. Is de conclusie dat de patiënt kwetsbaar is, dan wordt de episode herbenoemd door deze ICPC A05 (algehele achteruitgang) te geven, die als episode de naam 'ouderenzorg, kwetsbare oudere' krijgt. Een korte samenvatting van het gesprek en het uitgevoerde onderzoek rapporteer je onder A.05.

Financiering

Vanuit de taakdelegatie-tool en bij vrije ruimte of niet meegenomen uren in de prestatie taakdelegatie kan deze via consulten en verrichtingen worden gedeclareerd.

13010 cognitieve functietest (MMSE) per verrichting (huisarts) kan altijd apart gedeclareerd.

Bouwsteen 3 Individueel Zorgplan en interventies

Inleiding

In deze bouwsteen worden stap 3 en stap 4 uit het stappenplan besproken. Je leest hoe je na de inventarisatiefase samen met de ouderen en zijn/haar familie een individueel zorgplan, ook wel gezondheidsplan genoemd in VIP, opstelt en uitvoert. Voor iedere kwetsbare oudere stel je in principe een “zorgplan” op. Dit hoeft niet voor iedere kwetsbare ouderen een heel uitgebreid plan te zijn. Bedoeld wordt dat met iedere kwetsbare oudere een doelgericht gesprek wordt gevoerd en door de zorgverlener (POH-O, wijkvpk, CMD) of oudere wordt vastgelegd (zie volgende alinea).

Doel

Binnen het gesprek wordt alles besproken wat er speelt: belangrijke en te beïnvloeden problemen/beperkingen van de kwetsbare oudere, de wensen van de kwetsbare oudere zelf, de doelen en de afgesproken acties of interventies. De geïnterviewde problemen/beperkingen, zie vorige hoofdstuk, krijgen een urgentie op basis van de doelen die met de oudere zijn geformuleerd. Vervolgens beslist de patiënt samen met de POH-O of wijkverpleegkundige welke acties worden ondernomen. Dat kan gaan om acties of interventies door de patiënt zelf, de mantelzorger, sociaal of welzijnsdomein of door professionele hulpverleners. In het zorgplan staat wie deze acties coördineert en wanneer ze worden opgevolgd en geëvalueerd. Hierbij ga je uit van de wensen en behoeften van de oudere en diens sociale omgeving. Hierbij gaat het dus niet alleen over ziekten en aandoeningen, maar is er vooral aandacht voor het welbevinden van de oudere.

Belangrijk doel is om de eigen regie en het zelfmanagementvermogen van de oudere te stimuleren door het verlenen van hulp met ‘de handen op de rug’. Het plan vormt de leidraad voor samenhangende, proactieve zorg en begeleiding van de kwetsbare oudere in de praktijk. Het zorgplan maakt duidelijk wat is afgesproken tussen zorgverleners en de patiënt in de taal van de patiënt. De patiënt heeft zelf ook inzage in het plan. Het maakt inzichtelijk wie wat doet en wie waarvoor verantwoordelijk is.

[Thema Individueel zorgplan | HIS-Referentiemodel \(nhg.org\)](#)

[Dossierdeel Individueel zorgplan | HIS-Referentiemodel \(nhg.org\)](#)

Wie

Het gesprek over het zorgplan zal door de POH-O of wijkverpleegkundige worden gevoerd. Belangrijk onderdeel van het gesprek met de oudere is het bespreken van kern- en belevingswaarden (behouden, verbeteren, verslechteren). Wat vindt een oudere belangrijk? Hoe staat hij in het leven? Welke gedachten heeft hij over de toekomst? Wees proactief en bespreek met de oudere wat te doen als zich een bepaalde gebeurtenis voordoet. Leg dit ook vast in het individueel zorgplan. Het gesprek kan aan de hand van het spinnenweb, Positieve Gezondheid gevoerd worden met vragen, zoals:

- Waaraan beleeft u plezier?
- Wat vindt u belangrijk in uw leven?
- Wat zijn uw wensen om dit te realiseren?
- Wat als u te maken krijgt met ...?
- Wat zou u graag anders zien in de zorg die u ontvangt?

Werkwijze

Opstellen individueel zorgplan

Het individueel zorgplan bevat de volgende onderdelen:

- Kern- en belevingswaarden: hoe heeft iemand geleefd en hoe ziet hij de toekomst?
- Doelen: formuleer doelen vanuit de oudere zelf.
 - Algemeen doel: staat bovenaan het individueel zorgplan zodat alle zorgverleners en betrokkenen hier rekening mee kunnen houden. Bijvoorbeeld thuis kunnen blijven wonen met voldoende zorg.
 - Zorgdoel: draagt bij aan het behalen van het hoofddoel. Bijvoorbeeld weer zelf 100 meter buiten kunnen lopen met hulpmiddelen/ boodschappen doen met hulp van buurvrouw.

- Interventies en acties: besluit gezamenlijk welke acties uitgezet worden en wie daarvoor verantwoordelijk is. Stimuleer zelfmanagement en eigen regie.
- Coördinator/verantwoordelijke: leg vast wie welke actie uitvoert.

Doelen opstellen/analyse

Het vaststellen van doelen is het belangrijkste onderdeel van het zorgplan. Hierdoor is voor alle hulpverleners, maar ook voor de oudere en zijn familie duidelijk wat haalbaar en mogelijk is. Voor de meeste ouderen is zelfstandigheid en thuis blijven wonen het belangrijkste. De doelen kunnen in vier groepen onderverdeeld worden:

1. Herstel van functioneren
2. Behoud van functioneren
3. Symptombestrijding
4. Acceptatie van achteruitgang

Interventies plannen en uitvoeren

Na het vaststellen van de doelen worden de acties besproken met de oudere die ondernomen moeten worden om een doel te bereiken. Vaak zijn er meerdere opties om een doel te bereiken. In een proces van gezamenlijke besluitvorming maken ouderen en zorgverlener hieruit een keuze, waarbij de voor- en nadelen van de verschillende opties worden afgewogen. In het zorgplan staat wie er voor een doel verantwoordelijk is en welke actie vereist is.

Evalueren

Het zorgplan is een werkdocument dat regelmatig wordt geëvalueerd. Dit kan volgens de Plan-Do-Check-Action-cyclus. Evalueer de zorgdoelen en acties per doel en bekijk hierbij telkens of iets aangepast moet worden. Idealiter wordt de kwetsbare ouderen ook minimaal 2x per jaar besproken in het MDO, zie bouwsteen 6. VIP-live biedt ook de mogelijkheid tot een digitaal MDO (Teams) per kwetsbare oudere.

VIP Live heeft een individueel zorgplan/gezondheidsplan dat gedeeld/besproken kan worden met meerdere disciplines en de patiënt.

Digitaal platform/registratie

In Friesland is VipLive het digitaal communicatiesysteem voor de ouderenzorg en netwerkzorg. Bij contractering via de regio-organisatie wordt deze in het ouderenzorg ondersteuningspakket aan de praktijken aangeboden. Het inrichten, functioneel beheer en de ondersteuning voor de praktijken is gecentraliseerd. Bij aanmelding bij de regio-organisatie worden de werkwijze en registratie verder toegelicht.

Indien de praktijk zelfstandig contracteert, kan VIPLive op basis van (door)facturering via de regio-organisatie worden afgenomen. Neem hiervoor contact op met info@ketenzorgfriesland.nl.

Financiering

Vanuit de taakdelegatie-tool en bij vrije ruimte of niet meegenomen uren in de prestatie taakdelegatie kan deze via consulten en verrichtingen worden gedeclareerd.

Bouwsteen 4 Proactieve Zorg Planning (PZP, voorheen ACP)

Inleiding

In deze bouwsteen wordt de proactieve zorgplanning toegelicht. Voorheen werd dit gesprek 'advance care planning' of behandelwensengesprek genoemd. Inmiddels is de term proactieve zorg planning (PZP) gebruikelijk.

Doel

Proactieve zorg planning= tijdig spreken over de wensen en mogelijkheden rondom de laatste levensfase is essentieel in de goede zorg voor ouderen en kwetsbaren. Door tijdig wensen met betrekking tot de laatste levensfase te bespreken behoudt de kwetsbare oudere zo lang als mogelijk de eigen regie, terwijl de professionals handvatten hebben om de juiste zorg in te zetten.

Wie

In de huisartsenpraktijk is een rol weggelegd voor de huisarts, POH-O, VS of PA. PZP is een multidisciplinair proces, waarbij ook de wijkverpleegkundige een signalerende en inventariserende rol kan hebben. De huisarts is onontbeerlijk in de rol van uitvoerder/regisseur en daar waar het medische besluitvorming en/of euthanasiewensen betreft. Derhalve is het een proces dat veel tijd en aandacht van de huisarts zal vragen. Ook zijn er situaties denkbaar waarbij je de specialist ouderengeneeskunde in consult kan vragen voor PZP. Het voeren van deze gesprekken behoort namelijk tot de core business van de specialist ouderengeneeskunde.

Werkwijze

Naast dat de zorgverlener gebruik kan maken van de *surprise question* (zou het mij verbazen als deze patiënt binnen één jaar overlijdt) om de doelgroep te bepalen, kan op grond van de volgende opsomming ook de doelgroep bepaald worden:

- Personen die aangeven een PZP-gesprek te willen voeren.
- Personen die met vragen over de zorg rond het levenseinde komen.
- Personen die als kwetsbare oudere wordt geïdentificeerd, bijvoorbeeld door een screening zoals de GFI of via casefinding.
- Personen die worden opgenomen in een zorginstelling, aanleunwoning of ziekenhuis.
- Wanneer van toepassing bij patiënten met een verstandelijke beperking.
- Met één of meer van onderstaande kenmerken:
 - een ongeneeslijke maligne of progressieve ziekte.
 - oudere met comorbiditeit én een sterk afnemende somatische en psychische vitaliteit.
 - een verhoogde kans op een hart of ademhalingsstilstand.
 - (beginnende) cognitieve beperkingen.
 - een verhoogde kans op ernstige en blijvende invaliditeit.

Uit onderzoek² blijkt, dat ouderen het liefst tussen hun zeventigste en tachtigste jaar een PZP-gesprek met hun behandelend arts willen voeren. Het helpt als ouderen het gesprek al hebben voorbereid. De POH-O kan al informatie van Thuisarts.nl, de keuzehulp 'verken uw wensen voor zorg en behandeling' of het boekje 'Als ik nadenk over mijn laatste levensfase' van Netwerken Palliatieve Zorg Fryslân ter voorbereiding aanreiken. [Wensenboekje - Netwerk Friesland \(palliaweb.nl\)](https://www.palliaweb.nl)

Voor PZP zijn de volgende zes stappen van belang:

1. Het vaststellen (evt. vanuit dossier) of de patiënt een PZP-gesprek nodig heeft.
2. Het verkennende gesprek en het verstrekken van informatie aan de patiënt.
3. Het gezamenlijk door patiënt en huisarts vaststellen van het door patiënt gewenste beleid, waarbij de huisarts ook zelf behandelgrenzen kan vaststellen.
4. Goede verslaglegging in eigen dossier en zorgdragen dat patiënt het document zelf in bezit heeft, bij voorkeur op een herkenbare plaats en zelf eigenaar is.

² Glaudemans J.J., Future care, proefschrift UMC, 2021

5. Communicatie van het beleid naar de wijkverpleegkundige, Dokterswacht Friesland en bij opname het ziekenhuis of de VVT-instelling.
6. Jaarlijks de afspraken met betrokkenen evalueren en evt. bijstellen. Een wilsverklaring, als onderdeel van een PZP, heeft geen geldigheidsduur. Toch is het belangrijk om bij eventuele wijzigingen de afspraken aan te passen.

Maak binnen de praktijk afspraken welke actie de huisarts, VS, PA en/of POH-O uitvoert.

Tijdsinvestering en Registratie per stap (zie vorige alinea)

Ad 1	De POH kan nagaan of alle betrokkenen met ICPC code A05 (kwetsbare oudere) tevens gemarkeerd zijn met code A20: gesprek over het levenseinde. Het PZP is veel breder dan alleen praten over het levenseinde, maar er is geen andere code beschikbaar. De POH en HA maken afspraken wie, wanneer en welk onderdeel van de PZP uitvoert.
Ad 2 en3	2x 20-30 minuten.
Ad 4 en5	administratieve handelingen, geschat 30 minuten
Ad 6	20-30 minuten.

Financiering

In 2024 en 2025 is PZP onderdeel van het inkoopbeleid Huisartsenzorg 2024-2025

Websites voor de huisartsenpraktijk

Er zijn veel tools en ondersteunende websites. Ook voor betrokken patiënten en hun naasten is veel informatie beschikbaar. Er moet ruimte zijn om ook wensen en behoeften op de niet-medische domeinen te bespreken.

[Stappenplan ACP - Netwerk Friesland \(palliaweb.nl\)](http://palliaweb.nl)

[Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen | NHG-Richtlijnen](#)

<https://www.ketenzorgfriesland.nl/kzf-algemene-pagina/advanced-care-planning-tijdens-corona-pandemie>

Websites voor betrokkenen en hun naasten

[Wensenboekje - Netwerk Friesland \(palliaweb.nl\)](http://palliaweb.nl)

[Levenseinde | Thuisarts.nl](http://thuisarts.nl)

Aandachtspunt

ROS Friesland is in de laatste fase van het actualiseren van het stappenplan. Op dit moment t.b.v. de regio Friesland NO, maar de bedoeling is dit provinciaal te maken. In dit document staat al het vernieuwde stappenplan.

Bouwsteen 5 Polyfarmacie/Medicatiebeoordeling

Inleiding

Verkeerd medicijngebruik komt veel voor en leidt tot extra ziekenhuisopnames (HARM-studie). Uit vervolgonderzoek blijkt dat medicatiegerelateerde ziekenhuisopnames vier keer vaker voorkomen bij personen van 65 jaar en ouder, dan bij personen tussen de 18 en 65 jaar. In deze bouwsteen lees je hoe je de medicatiebeoordeling kunt uitvoeren.

Doel

Een medicatiebeoordeling is een beoordeling van de farmacotherapie door patiënt, (apothekhoudende) huisarts en/of apotheker op basis van een periodieke gestructureerde, kritische evaluatie van de medische, farmaceutische en gebruiksinformatie. Maatstaf zijn de individuele behoeften van de patiënt ten aanzien van zijn medicatiegebruik. Het doel is om de veiligheid van de patiënt met polyfarmacie te waarborgen en te streven naar een optimale doelmatige, effectieve en patiëntvriendelijk behandeling. Aandoeningsgerichte richtlijnen beschrijven vaak wel het starten van chronische medicatie, maar meestal niet het proces van wijzigen of staken bij ouder wordende patiënten. Net als het voorschrijven van medicatie dient het minderen, wijzigen of stoppen van medicatie onderdeel te zijn van de dagelijkse medische praktijk.

Wie en wanneer

De medicatiebeoordeling door de (apothekhoudende) huisarts en/of apotheker gebeurt a.d.h.v. de STRIP-methode en de STOPP- en START-criteria. De huisarts heeft de mogelijkheid deels taken te delegeren aan de POH-O, VS, PA of op bepaalde onderdelen samen de polyfarmaciecheck uit te voeren. Idealiter wordt minimaal één keer per jaar een medicatiebeoordeling gedaan.

Werkwijze

Een volledige medicatiebeoordeling bestaat uit een aantal stappen, zie het stroomschema op volgende pagina.

Alle richtlijnen, kennisdocumenten en informatie voor de oudere zijn te vinden via onderstaande link:

[Polyfarmacie bij ouderen | NHG-Richtlijnen](#)

Stappenplan medicatiebeoordeling via:

https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-05/eindversie-stappenplan_2019_medicatiebeoordeling.pdf

Aandachtspunt

Binnen de prestatie van de apotheek wordt aanspraak gemaakt op het eigen risico van de patiënt. Een apothekhoudende huisarts doet de medicatiecheck met een collega apothekhoudende huisarts.

Registratie

Registratie in het HIS vindt plaats onder ICPC A13 of A49.02 Medicatiebeoordeling bij ouderen. Als de beoordeling door de apotheker en de huisarts verricht is, kan je een vergoeding krijgen voor de medicatiebeoordeling via de prestatie 13049 Polyfarmacie van de Zilveren Kruis.

Financiering

13049 verrichting polyfarmacie (tarief: € 58,72)

Bouwsteen 6 MDO

Inleiding

Als verschillende zorgverleners betrokken zijn bij de zorg van een kwetsbare oudere en als de oudere (of de familie) zelf verminderd regie kan voeren, is het belangrijk dat goede onderlinge informatie-uitwisseling en afstemming plaatsvindt tussen de zorgverleners om te komen tot een gezamenlijk gedragen beleid. Daarnaast is het zinvol en leerzaam om de expertise van andere disciplines te gebruiken binnen de zorg voor de kwetsbare oudere.

Doel

Het doel van het Multidisciplinair Overleg is het komen tot een door verschillende hulpverleners gezamenlijk gedragen beleid, maar waarbij de wensen van de oudere centraal staan. De klachten/beperkingen in de SFMPC-domeinen van iedere kwetsbare oudere kunnen in het MDO besproken worden, met aandacht voor medische problemen, zorg- en welzijnsaspecten, om zo te komen tot specifieke doelen en acties per geprioriteerde zorgvraag. Het MDO leent zich voor het afstemmen van een IZP en het maken van afspraken over verdere coördinatie en casemanagement en biedt structuur om de zorg voor de kwetsbare oudere te evalueren en integraal aan te pakken, waarbij het IZP leidend is.

Wie

In het Multidisciplinair Overleg zitten de volgende personen aan tafel:

- Huisarts
- Praktijkondersteuner ouderenzorg
- Wijkverpleegkundige
- Specialist ouderengeneeskunde (indien beschikbaar vanuit Dokterszorg/KZF)

Op uitnodiging of op consultatiebasis kunnen andere disciplines betrokken worden, zoals:

- Casemanager dementie
- Apotheker
- Ergotherapeut
- Fysiotherapeut
- Diëtiste
- Praktijkondersteuner GGZ
- Welzijnscoach
- Sociaal (maatschappelijk) werker

De praktijkondersteuner ouderen of de wijkverpleegkundige maakt voor het MDO een agenda met ouderen die besproken moeten worden. Vraag de patiënt altijd om toestemming! Zonder toestemming kan je een patiënt alleen anoniem bespreken.

Alle professionals kunnen ouderen aandragen ter bespreking. Aanleiding kan zijn:

- Screeninglijst met uitkomst kwetsbaarheid
- Complexe problemen en voor wie een individueel zorgplan gemaakt of aangepast moet worden
- Onduidelijke problemen
- Mantelzorgers die mogelijk overbelast zijn
- Meldingen vanuit de 'schil' (buren, dominee, etc.)

Werkwijze

Maak afspraken over de doelstelling van het MDO, de frequentie, tijdstip, duur en locatie van het MDO, verslaglegging (multidisciplinair platform) de vaste deelnemers, wat door wie wordt voorbereid en de taakverdeling. Voor een efficiënt verloop van het MDO is het raadzaam om een gestructureerde agenda te hanteren en een voorzitter aan te wijzen die de tijd in de gaten houdt.

In het MDO wordt de casemanager aangewezen. Dat kan een POH-O zijn, een wijkverpleegkundige of casemanager dementie. De keuze hangt af van de accenten in het individueel zorgplan, de mate van betrokkenheid en de voorkeur van de oudere. De casemanager voert samen met de huisarts de regie: de huisarts heeft de (medische) eindverantwoordelijkheid en de casemanager neemt het meer operationele deel voor zijn of haar rekening en is het eerste aanspreekpunt voor alle betrokkenen.

In Noordoost Friesland is samen met de ROS een document ontwikkeld met werkafspraken voor multidisciplinair overleg in de zorg voor kwetsbare ouderen die thuis wonen.

Bespreken Individueel Zorgplan met patiënt (en zo nodig mantelzorger)

Na afloop van het overleg bespreekt de aangewezen casemanager het Individueel Zorgplan met de oudere en eventueel diens verzorgende (b.v. wijkverpleegkundige) en mantelzorger. De casemanager stelt samen met de patiënt het IZP vast, inclusief mogelijke zelfmanagementacties voor de oudere zelf.

[VER00331-HandrMultidoverl-DEF.pdf \(verenso.nl\)](#)

[Het organiseren van een MDO \(zio.nl\)](#)

Financiering

- Wijkgericht werken (niet patiëntgericht, maar wel voor het opzetten van een netwerk)
- MTVP (netwerk)
- De prestatie samenwerking rondom kwetsbare ouderen

Bouwsteen 7 Netwerkzorg middels wijkgericht werken (algemeen)

Inleiding

In deze bouwsteen lees je hoe je netwerkzorg in de algemene zin, binnen het kernteam, kunt opzetten in je dorp/wijk/regio. Ouderenzorg is een vorm van netwerkzorg.

Doel

Het inzetten van de juiste hulp-, zorgverlener op de juiste plaats op het juiste moment (passende zorg). Om extreme kwetsbaarheid zo lang als mogelijk uit te stellen is het noodzakelijk om samenhangende zorg te leveren en de verbinding met het sociale domein en andere zorgverleners in de eerste lijn te leggen.



Figuur 2 Kwetsbare ouderen thuis, handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk, LHV, InEen e.a.

Wie

Naast de medewerkers van de huisartsenpraktijk zijn er meerdere samenwerkingspartners in de regio die zorg & ondersteuning kunnen bieden aan de kwetsbare oudere.

Werkwijze

Indien er nog geen kernteam (VVT, gemeente en huisartsen) voor netwerkzorg aanwezig is kan ROS Friesland helpen bij het opzetten. Benader hiervoor de ROS-adviseur van de betreffende regio.

De module Wijkmanagement, die de organisatie en infrastructuur van het werken in zorgnetwerken voor de huisartsenpraktijken faciliteert, kan worden gebruikt bij de opzet van het ouderenzorgnetwerk. Informeer bij Dokterszorg (info@doktersdiensten.nl) hoe deze vergoeding aan te vragen.

De huisartsenpraktijk werkt dus samen met de thuiszorg (wijkverpleging, casemanagers dementiegemeente en het welzijnsdomein) om te komen tot een goede samenwerking in de keten.

7.1 Structurele samenwerking met sociaal en welzijnsdomein

Problemen uit het leven kunnen soms gevolgen hebben voor iemands gezondheid. Eenzaamheid, relatieproblemen of verlies van dagelijkse activiteiten zorgen bijvoorbeeld voor stress. Dit kan weer leiden tot lichamelijke klachten, somberheid of andere klachten. Het voorschrijven van medicatie of psychosociale zorg is dan niet altijd de oplossing. Maar wat dan wel?

Naast zorg is het ook belangrijk om aan welzijn te werken. Bij 'Welzijn op Recept' of 'Wally' kunnen huisartsen of praktijkondersteuners patiënten met psychosociale klachten doorverwijzen naar een welzijnscoach van een welzijnsorganisatie (gemeente). Mensen kunnen natuurlijk ook rechtstreeks contact opnemen met een welzijnscoach. Voor meer informatie over Welzijn Op Recept, [Landelijke kennisnetwerk Welzijn op recept | \[welzijnoprecept.nl\]\(http://welzijnoprecept.nl\)](http://Landelijke.kennisnetwerk.Welzijn.op.recept|welzijnoprecept.nl) en zie bijlage 3

De welzijnscoach gaat samen met de patiënt op zoek naar passende oplossingen; een zogeheten 'welzijnsarrangement'. Dit kan bijvoorbeeld zingeving zijn of activiteiten in de buurt, die aansluiten bij de interesses zoals creatieve of sportieve activiteiten, lotgenotencontact of vrijwilligerswerk. Het gaat hierbij altijd om maatwerk: wát heeft de betrokkene nodig om zich weer gezond(er) te voelen. Want meer leuke betekenisvolle activiteiten of contacten leiden tot meer welzijn en minder klachten!

7.2 Structurele samenwerking met specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde (SO) is expert op het gebied van ziekten en aandoeningen van de kwetsbare oudere. De SO integreert medische deskundigheid met zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en zorgmanagement. De SO kan als expert door de huisarts en het kernteam worden ingeschakeld voor o.a. een consult of geriatrisch assessment bij complexe zorgvragen, bij polyfarmacie en bij vroegtijdige zorgplanning (PZP), zie bijlage 4.

7.3 Structurele samenwerking met thuiszorg

De wijkverpleegkundige is de casemanager/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. Als een oudere al een externe casemanager heeft (bijvoorbeeld casemanager dementie of GGZ) stemt de wijkverpleegkundige daarmee af. De wijkverpleegkundige werkt nauw samen met de POH-O.

7.4 Structurele samenwerking met Casemanagers Dementie

Een casemanager dementie ondersteunt mensen met dementie en hun naasten en geeft adviezen om te leren omgaan met dementie, maar wordt ook de vaste contactpersoon. Vragen over dementie, maar ook vragen over wonen, zorg, relaties en een zinvolle invulling van de dag kunnen beantwoord worden. De casemanager dementie (CMD) heeft een speciale opleiding gevolgd.

Bij Netwerk Dementie Fryslân (NDF) zijn alle organisaties aangesloten waar gespecialiseerde casemanagers dementie (CMD) werkzaam zijn. Dit zijn KwadrantGroep, Thuiszorg Het Friese Land, Antonius, Alliade, ZuidOostZorg, Buurtzorg, Aardema Zorggroep en Lianté Zorggroep. NDF heeft de ambitie: provinciaal samenwerken om het gespecialiseerd casemanagement dementie goed in de keten te positioneren. Voor de huisartspraktijk kan binnen Zorgdomein een consult CMD aangevraagd worden. Het streven is dat er een vaste CMD per huisartsenpraktijk beschikbaar is.

Een casemanager dementie kan ingeschakeld worden nadat een diagnose gesteld is, maar ook kan hij of zij al betrokken worden bij een vermoeden van dementie.

[Home | Netwerk Dementie Fryslân \(netwerkdementiefryslan.nl\)](http://netwerkdementiefryslan.nl)

Financiering om netwerkzorg op te zetten en te onderhouden

- Aanvragen module Wijkmanagement
- Groeimodel netwerk MTVP
- De betrokken disciplines hebben hun eigen financiering via zorgverzekeraarswet, WLZ, etc.

Bouwsteen 8 Mantelzorg

Inleiding

Eén op de vijf patiënten in de huisartspraktijk verleent mantelzorg aan een kwetsbare naaste. Bijna de helft van de mantelzorgers heeft daarbij behoefte aan mantelzorgondersteuning.

Doel

Door tijdig mantelzorgers te herkennen en te ondersteunen kan overbelasting voorkomen worden.

Wie

De huisarts, POH-O, casemanager dementie, wijkverpleegkundige en/of sociaal werker spelen een belangrijke rol.

Werkwijze

(H)erken de mantelzorger

Veel mantelzorgers zijn zich er niet van bewust dat ze mantelzorger 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.
- Informeer de mantelzorger over de situatie van de oudere, na overleg met 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 of verwijst, zie hieronder

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

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

- Organisatie voor mantelzorgondersteuning, www.mantelzorg.nl
- Lotgenotencontact
- Patiëntenverenigingen
- Gemeentelijk WMO-loket/gebiedsteams voor individuele voorzieningen (bijv. hulp bij huishouden, vervoer, woningaanpassingen, respijtzorg) en algemene voorzieningen (bijv. boodschappendienst, maaltijdverzorging)
- Persoonsgerichte zorg
- Organisaties/gebiedsteams voor vrijwilligerszorg, zoals vrijwillige thuishulp, buddyzorg, vriendendiensten, maatjesprojecten, Rode Kruis of Zonnebloem

Signaleer overbelasting en ondersteuningsbehoefte

Door alert te zijn op signalen en klachten die vaak voorkomen bij mantelzorgers, kun je achterhalen of je te maken hebt met een overbelaste mantelzorger. Veel voorkomende signalen en klachten zijn:

- Lichamelijk: hoofd- en buikpijn, verhoogde bloeddruk, hyperventilatie, pijn in nek, schouders of rug, duizeligheid, toenemende vermoeidheid, afnemende eetlust of vraatzucht.
- Psychisch: schaamte- en schuldgevoelens, concentratieproblemen, vergeetachtigheid, lusteloosheid, slaapproblemen, snel geëmotioneerd, piekeren.
- Gedragmatig: rusteloosheid, chaotisch, onverdraagzaam, agressief, verwaarloosd uiterlijk, meer drinken en roken, gebruik van kalmerende of stimulerende middelen.

Aanbevelen wordt om ook met de naaste in gesprek te gaan, vaak zegt hij/zij dat het allemaal prima gaat. Een vragenlijst kan hier behulpzaam bij zijn, bijvoorbeeld:

- Caregiver Strain Index (CSI) [Caregiver Strain Index – Meetinstrumenten in de zorg \(meetinstrumentenzorg.nl\)](#)
- Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ, voor mantelzorgers van mensen met dementie) [Ervaren Druk door Informele Zorg-plus | Instrumentwijzer](#)
- EDIZ-plus (voor mantelzorgers van mensen met diverse problematiek)

Aandachtspunt

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. Het melden van ouderenmishandeling valt onder de Wet Meldcode huiselijk geweld. Op de signalenkaart Stop Ouderenmishandeling zijn de vijf stappen vermeld die doorlopen moeten worden in het kader van deze meldcode. [ouderenmishandeling-A6 HG 2011.pdf \(aanpak-ouderenmishandeling.nl\)](#)

Voor het bespreken van signalen, advies en meldingen kun je terecht bij medewerkers van Veilig Thuis Friesland. [Veilig Thuis Friesland - Regiecentrum Bescherming en Veiligheid](#) telefoonnummer 0800-2000

Registratie

Maak de episode ICPC Z14 *Probleem met ziekte partner aan* in het HIS als iemand mantelzorg verleent en ICPC Z13 *Probleem met gedrag partner* als de mantelzorger problemen ervaart door de ziekte van de partner.

Financiering

Vanuit de taakdelegatie-tool en bij vrije ruimte of niet meegenomen uren in de prestatie taakdelegatie kan deze via consulten en verrichtingen worden gedeclareerd.

De financiering van mantelzorgproducten, bijvoorbeeld gratis of met korting naar theater, zwembad, sportschool, maaltijdbezorging, onderhoud van tuin, voor de mantelzorger gaat via de gemeente.

Bouwsteen 9 VIPLive Samenwerken: multidisciplinair platform

Inleiding

Het communiceren over en met de oudere gebeurt steeds vaker digitaal. Vanaf 1 januari 2024 werken alle Friese huisartsenpraktijk met VIPLive. Voor de ouderenzorg is de aanvullende module VIPLive Samenwerken beschikbaar.

Doel

De oudere en de zorgverleners werken samen vanuit één dossier. Zo kunnen zorgprofessionals relevante en actuele informatie met elkaar onderhouden en uitwisselen en wordt er niet langs elkaar heen gewerkt. Het is handig als de oudere of familie/mantelzorger ook toegevoegd wordt.

Werkwijze

Bij contractering via de regio-organisatie wordt VIPLive in het ouderenzorg ondersteuningspakket aan de praktijken aangeboden. Het inrichten, functioneel beheer en de ondersteuning voor de praktijken is gecentraliseerd. Bij aanmelding bij de regio-organisatie worden de werkwijze en registratie verder toegelicht.

Indien de praktijk zelfstandig contracteert kan VIPLive op basis van (door)facturering via de regio-organisatie worden afgenomen. Neem hiervoor contact op met info@ketenzorgfriesland.nl

Mogelijkheden VIPLive

Samenwerken

Er kan samengewerkt worden met andere zorgverleners en met de patiënt.

Via de gesprekken kun je als zorgverlener met andere zorgverleners overleggen. Maar ook kun je op deze manier contact onderhouden met de patiënt. De gesprekken zijn ook in te zetten als een MDO waarbij beeldbellen mogelijk is.

Daarnaast kun je verwijzen naar andere zorgverleners. Het voordeel hiervan is dat een deel van het dossier in te zien is door de netwerkpartner.

Inzicht

Via het onderdeel Inzicht kun je overzichten genereren om je ouderenpopulatie in beeld te krijgen aan de hand van verschillende rapporten. Denk daarbij aan kwetsbaarheid op basis van een aantal indicatoren of inzicht in ouderen met en zonder een ACP gesprek.

ACP

VIPLive beschikt over de mogelijkheid om een ACP te registreren o.b.v. een landelijk vastgestelde leidraad. Deze is inzichtelijk voor de huisartsenpost en indien gewenst voor de ketenpartners. Als deze ingevuld is in VIPLive dan kan hij teruggekoppeld worden naar het HIS en vanuit de correspondentie in het HIS-dossier van de oudere toegevoegd worden.

Gezondheidsplan

In het gezondheidsplan kun je samenwerken aan doelen en acties die in overleg met de oudere zijn opgesteld.

VIPLive app

Via de VIPLive app kun je eenvoudig met het zorgnetwerk van de oudere patiënt communiceren. Daarnaast kan de wijkverpleegkundige via deze app metingen doorgeven aan de huisartsenpraktijk.

Gezondheidsbevordering, de vijf geriatrische reuzen

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt geen bouwsteen beschreven maar vijf belangrijke aandachtsgebieden ter informatie. Problemen in het ene aandachtsgebied kunnen namelijk ook leiden tot problemen in een of meer van de andere aandachtsgebieden. Zo is een zorgvrager met incontinentie kwetsbaarder voor eenzaamheid of depressie. En eenzaamheid kan zomaar leiden tot een gebroken heup.

Doel

Tijdige signalering van problemen/beperkingen en hierop actie ondernemen is belangrijk om andere problemen of verergering te voorkomen.

Positieve Gezondheid

Gezondheid is meer dan wel of geen ziekte hebben. Positieve Gezondheid gaat uit van de mens als geheel. Positieve gezondheid is uitgewerkt in zes dimensies (lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren) en wordt weergegeven in een spinnenweb, een gesprekstool. Om na te gaan hoe de zorgvrager zijn eigen gezondheid ervaart kun je bij een oudere heel goed deze tool gebruiken. Zo ontdek je ook op welke dimensies/gebieden hij iets zou willen veranderen.

De 5 aandachtsgebieden bij kwetsbare ouderen worden ook wel de 5 geriatrische reuzen genoemd. Deze reuzen zijn:

1. Cognitieve problemen (geheugen, taal, gedrag, bij het oplossen van problemen)
2. Incontinentie
3. Immobiliteit & vallen
4. Voeding & vocht
5. Polyfarmacie, zie bouwsteen 5

Ad. 1 Cognitieve problemen

In de NHG-Standaard Dementie staat dat het diagnostische traject bij cognitieve stoornissen bestaat uit de volgende drie stappen: stap 1: signaleren, stap 2: diagnostiek naar het dementiesyndroom en mogelijke oorzaak, stap 3: inventarisatie van de zorgbehoefte van de patiënt en mantelzorger (zorgdiagnostiek).

[Dementie | NHG-Richtlijnen](#)

[Organisatie van zorg bij dementie - Richtlijn - Richtlijndatabase](#)

Ad. 2 Incontinentie

Incontinentie komt heel veel voor. Bij 51% van de mensen die thuiszorg ontvangen, 57% in verzorgingshuizen en bij 75% in het verpleeghuis (bron V&VN). Het is belangrijk dat de POH-O aandacht heeft voor dit veelvoorkomende probleem bij ouderen. Niet alleen bij de kwetsbare oudere, maar ook bij de oudere patiënt in de keten.

[Incontinentie voor urine bij vrouwen | NHG-Richtlijnen](#)

[Mictieklachten bij mannen | NHG-Richtlijnen](#)

[Microsoft Word - Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen HUISSTIJL.doc \(venvn.nl\)](#)

Ad. 3 Immobiliteit & vallen

Vallen komt veel voor en heeft vaak grote gevolgen. Bekend is dat één op de drie thuiswonende ouderen minstens eenmaal per jaar valt en dat 70% van deze ouderen lichamelijke gevolgen hiervan ondervindt. Bijna een derde van de ouderen rapporteert een afname in het lichamelijk functioneren als gevolg van de val (uit Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen). De belangrijkste taak voor een POH-O is het actief vragen naar valincidenten bij alle ouderen. Deze vraag is zeker zo belangrijk als vragen naar actuele medicatie of de beschikbaarheid van mantelzorg. Een screenend valonderzoek

gericht op kracht en balans kost minder dan drie minuten en kan zowel in de praktijk als thuis uitgevoerd worden.

[Risico's op vallen herkennen | Kennisplein Zorg voor Beter](#)

[Startpagina - Preventie van valincidenten bij ouderen - Richtlijn - Richtlijndatabase](#)

[Fractuurpreventie | NHG-Richtlijnen](#)

Ad 4. Voeding & vocht

Bij kwetsbare ouderen komt vaak ondervoeding voor. Ondervoeding betekent dat iemand een tekort aan energie en andere voedingsstoffen heeft. Dit komt door te lange tijd weinig te eten. Of niet het juiste voedsel te eten. Door dit tekort worden spieren afgebroken om als energiebron te dienen. Terwijl ouderen hun spiermassa en spierkracht hard nodig hebben om goed te kunnen blijven functioneren. Uitdroging, oftewel dehydratie, komt vaak voor bij ouderen en kan leiden tot verwardheid, terugkerende urineweginfecties, vallen, obstipatie en in ernstige gevallen zelfs tot de dood. De aanbeveling voor ouderen is dagelijks 1700 ml vocht te gebruiken en is zomerhitte is dit meer. Dit lukt veel mensen niet of met veel moeite. Met name ouderen met cognitieve problemen, slikproblemen en ouderen die afhankelijk zijn van hulp of zorg, lopen een verhoogd risico op uitdroging.

De SNAQ65+ is het screeningsinstrument voeding voor thuiswonende ouderen. Het wordt gebruikt in de eerstelijnszorg en de thuiszorg.

[Uitleg-en-onderbouwing-SNAQ65-2.pdf \(kenniscentrumondervoeding.nl\)](#)

[Ondervoeding bij ouderen | Kennisplein Zorg voor Beter](#)

[Uitdroging en hitteplan | Kennisplein Zorg voor Beter](#)

[infographic_nvd_ondervoeding.pdf \(goedgevoedouderworden.nl\)](#)

Ad 5. Polyfarmacie, zie Bouwsteen 5.

Eerstelijnsverblijf, Geriatrische Revalidatie Zorg en Wet Langdurige Zorg

Inleiding

Het Zorgcoördinatiepunt Ouderenzorg Friesland (ZOF) ondersteunt de huisarts/Verpleegkundig Specialist/POH-O bij het in kaart brengen en adequaat beantwoorden van de urgente hulpvraag van je patiënten. Daarbij gaat het specifiek om eerstelijnsverblijf voor patiënten die tijdelijk niet veilig thuis kunnen zijn, maar voor wie een ziekenhuisopname niet (meer) nodig is. Het ZOF zorgt ervoor dat huisartsen en patiënten snel duidelijkheid hebben over de zorg en behandeling die nodig is en waar iemand terecht kan. Ook met vragen over andere producten, zie schema hieronder, kan je het loket bellen. Het ZOF Friesland is bereikbaar via 088-5127777

Veel soorten kortdurende zorg en spoedzorg !

Zorgtype	Wie indiceert	Wettelijke grondslag	Financiering
Geriatrische revalidatie	Specialist ouderen Geneeskunde (SO)	Zorgverzekeringswet (ZVW)	Diagnose-behandelcombinatie (DBC)
Eerstelijnsverblijf Laag/hoog/pall.	Een arts: Huisarts, ziekenhuisarts, SO	ZVW	Dagprijs
ZZP 9B	CIZ	Wet Langdurige Zorg (WLZ) 9B=tijdelijke indicatie	Dagprijs
Respijtzorg	Gemeente	Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)	Dagprijs (overeenkomen met gemeente)
Hotelzorg	Niemand, is opname op eigen verzoek	Geen	Geen (€ 50-100,-)
Crisis WLZ	CIZ (SO)	WLZ	Op basis van zorgzwaartepakket

9

[Herstelzorg](#)

[Geriatrische revalidatiezorg \(Zvw\) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#)

[Eerstelijnsverblijf - LHV](#)

[Wet langdurige zorg \(Wlz\) | Verpleeghuizen en zorginstellingen | Rijksoverheid.nl](#)

[Respijtzorg: welke wet? | Onderwerp | Regelhulp - Ministerie van VWS](#)

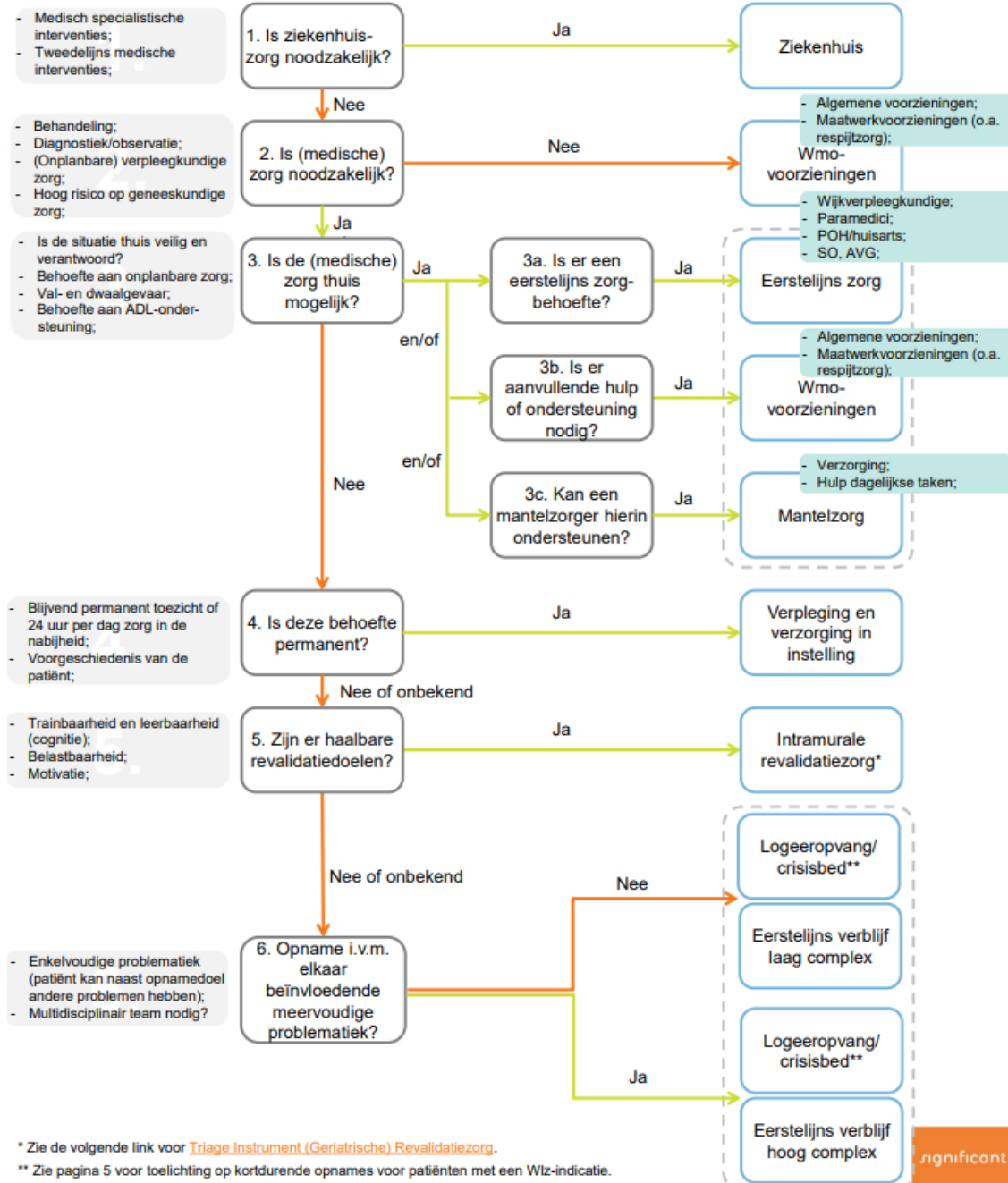
[Crisiszorg - CZ zorgkantoor \(cz-zorgkantoor.nl\)](#)

[sf \(verenso.nl\)](#)

Afwegingsinstrument kortdurend verblijf

Achterliggende afweging -

Opsommingen ter gedachtevorming en derhalve niet uitputtend



Bijlage 1 Financiering van de inrichting en uitvoering van de Ouderenzorg vanaf 2024

Inleiding

De wijziging in de financieringsstructuur vanaf 2024 is een gegeven. Aangezien deze wijziging ook consequenties heeft voor de organisatie en wijze van declareren door de uitvoerders van de ouderenzorg wordt de financiering toegelicht.

Zilveren Kruis beschrijft in zijn inkoopbeleid Organisatie & Infrastructuur 2024 – 2025, versie 1.0 1 april 2023, het volgende:

Het inrichten van een samenhangend netwerk, waarbinnen de huisarts een regierol heeft en samenwerkt met POH, verpleegkundig specialist, SO, VVT-aanbieder en sociaal domein kost tijd en inzet. Daarom contracteert het Zilveren Kruis deze zorg bij voorkeur via de regio-organisatie. De regio-organisatie kan de regie nemen in de samenwerking, het daaraan gerelateerd overleg, scholingen, administratieve taken, ondersteuning en de digitale uitwisseling van informatie.

De regio-organisatie in Friesland is Dokterszorg.

Twee contracteeropties voor de ouderenzorg in 2024-2025:

- 1) *Via de regio-organisatie, zie aparte notitie: 'De ondersteuning van Dokterszorg/KZF betreffende de Ouderenzorg'*
Voor Dokterszorg geldt een tarief voor de prestatie, dit is inclusief het digitaal platform. Zilveren Kruis verhoogt het tarief vanwege de meer uitgebreide voorwaarden ten opzichte van de contractering via de individuele huisarts.
- 2) *Als individuele huisarts*

Het tarief voor optie 1 wordt berekend op basis van het aantal 75-plussers. Daarbij wordt aangenomen dat gemiddeld 28% van de 75-plussers kwetsbaar is. Dit bedrag is bedoeld voor de organisatie van het netwerk en voor de **indirect** patiëntgebonden tijd, die voorkomt uit de uitvoering van dit zorgprogramma, zoals overleg, samenwerking en uitwerking van interventies.

De **direct** patiëntgebonden zorg voor kwetsbare ouderen valt onder de uren uit de taakdelegatie-tool voor VS, PA en POH-O. Vanuit de taakdelegatie-tool en bij vrije ruimte of niet meegenomen uren in de prestatie taakdelegatie kunnen de consulten en verrichtingen worden gedeclareerd. De huisarts declareert sowieso via consulten en verrichtingen.

Onderdelen van dit zorgprogramma kunnen ook nog uit andere inkomstenbronnen gefinancierd worden, naast de taakdelegatie-tool, consulten en visites denk aan:

- Ketenzorg
- Wijkmanagement
- ACP (PZP)
- MTVP
- Polyfarmacie

Zoals het er nu uitziet, zal op termijn van 2027 de ouderenzorg nog uitsluitend via de regio-organisatie gecontracteerd kunnen worden.

Bijlage 2 GFI vragenlijst

GFI vragenlijst

Met de GFI vragenlijst schat je de kans op kwetsbaarheid in. Een totaalscore ≥ 4 duidt op een kwetsbare patiënt. De GFI-vragenlijst bevat 15 vragen die betrekking hebben op de volgende domeinen van kwetsbaarheid.

- **Mobiliteit/ADL** Afname van de mobiliteit (door bijvoorbeeld evenwichtsstoornissen, vallen, krachtsverlies of artrose).
- **Cognitie**: Geheugenstoornissen, verminderd vermogen tot het plannen en uitvoeren van handelingen, trager begrip, desoriëntatie.
- **Waarneming**: Achteruitgang van visus en gehoor met als gevolg communicatieproblemen, sociale isolatie, desoriëntatie.
- **Voedingstoestand**: Meer dan 10% ongewild gewichtsverlies in de afgelopen zes maanden geeft een grotere kans op sterfte dan bij mensen waarbij dit niet het geval is.
- **Multimorbiditeit**: Aanwezigheid van meerdere (chronische ziekten) en daaraan gerelateerde polyfarmacie.
- **Sociale toestand**: Afwezigheid van een sociaal netwerk, weinig sociale contacten, ervaren eenzaamheid.
- **Psychische toestand**: Somberheid en depressiviteit (geeft bij ouderen vaak agitatie en angst) waardoor ouderen minder goed met veranderingen kunnen omgaan.

Werkwijze

De 15 vragen kunnen door de patiënt zelf ingevuld worden, maar ook mondeling aan de patiënt gesteld worden door een professional. De vragen gaan over de situatie van de patiënt van de afgelopen maand, de situatie voordat de patiënt bijvoorbeeld acuut ziek werd. Omcirkel het best passende antwoord. Wanneer de patiënt deze vragen zelf niet kan beantwoorden, stel ze dan aan de direct naaste (diegene die bij de anamnese aanwezig is of de eerste contactpersoon).

Interpretatie

Na het invullen van de vragenlijst, tel je de uitkomst van de vragen bij elkaar op.

Scoor het totaal. Bij een uitslag van ≥ 4 is er een vermoeden van kwetsbaarheid en wordt een (vervolg)huisbezoek voorgesteld, zie volgende hoofdstuk.

Als de uitslag < 4 , volgt indien nodig overleg met de huisarts, als er daadwerkelijk geen vermoeden is van kwetsbaarheid wordt dit gerapporteerd onder ICPC A49.01 (ouderenzorg). Iedere drie jaar wordt deze screening opnieuw gedaan of bij bovenstaande risicofactoren als ze van toepassing worden.

Bij vastgestelde kwetsbaarheid wordt de uitkomst gedeeld met het kernteam. De persoon die de GFI afneemt, bespreekt direct met de patiënt of het akkoord is.

Ondanks de goede hulp die de GFI vragenlijst biedt, blijft het belangrijk om een goed oog te houden voor de daadwerkelijke situatie. Let bij een huisbezoek op de lege koelkast of een keuken met vuil en etensresten, de nagels of haren die lang geleden geknipt hadden moeten worden. Zorg mijdende patiënten kunnen om diverse redenen verwaarloosd zijn. Mensen schamen zich vaak om toe te geven dat ze hulp nodig hebben en proberen de schijn op te houden.

Bijlage 3 Welzijn op Recept



Doel van Welzijn op Recept

Welzijn op Recept kent twee doelen namelijk:

1. Het verhogen van het welbevinden van patiënten met psychosociale problematiek.
2. Het verlagen van het zorggebruik in de eerstelijnszorg.

Van ZZ naar GG

Welzijn op Recept past bij de bewegingen van ZZ naar GG (Ziekte en Zorg naar Gezondheid en Gedrag), persoonsgerichte zorg, positieve gezondheid en positieve psychologie.

Integrale zorg

Welzijn op Recept is in hoge mate een vorm van integrale zorg. Integrale zorg is een andere manier van organiseren waarbij de patiënt/inwoner en zijn hele leven centraal staat. Voor Welzijn op Recept betekent dit dat zorg en welzijn nauw met elkaar samenwerken om samen de juiste zorg te kunnen leveren.

Welzijn op Recept

1. Gaat om mensen die zelf niet de weg vinden naar het welzijn (maar via eerstelijnszorg, komen soms met onverklaarbare lichamelijke klachten bij huisarts)
2. WOR onderscheidt zich van ander sociaal werk doordat het om kortdurend, individueel ondersteuningstraject gaat. Gericht op het verhogen van welbevinden van mensen door participatie (stappen zetten om deel te nemen aan activiteiten, maatjesproject, vrijwilligerswerk). Het gaat niet om hulpverlening.

Werkwijze

Welzijn op Recept (WoR) opstarten? De POH-O, VS, PA of praktijkmanager neemt contact op met de welzijnsorganisatie, gemeente of contactpersoon van ROS-Friesland om de mogelijkheden te bespreken. Maak afspraken met de welzijnsorganisatie/gemeente over het proces, werkwijze en werkplek. Vergeet geen evaluatieafspraken te maken.

Alle Friese gemeenten hebben de intentieverklaring ondertekend om WoR op te starten.

Doelgroep: patiënt met lichte psychosociale problematiek: stress, somberheid, angst, eenzaamheid door relatieproblemen, zieke partner, verlies van werk, schulden, rouw, chronische ziekte, armoede of onverklaarbare lichamelijke problemen meldt zich in de huisartsenpraktijk

De huisarts, POH, VS, PA voert het 'andere' gesprek met de patiënt volgens het 4D-model of Positieve Gezondheid. Als er geen medische behandeling of verwijzing nodig is schrijft de huisarts/POH/VS een welzijnsrecept voor

De huisarts, POH, VS vraagt de patiënt toestemming om haar/zijn gegevens door te geven aan de welzijnscoach

De welzijnscoach neemt binnen 2 weken zelf contact op met de patiënt. Hij/zij gaat door middel van het 'andere' gesprek samen bespreken welke activiteit bij de patiënt past, wat hij/zij wil en hoe de activiteit opgepakt kan worden

De welzijnscoach houdt contact met de patiënt en koppelt aan de huisarts terug hoe het gesprek is gegaan en wat het uiteindelijke resultaat is

Meerwaarde voor de patiënt

Mensen die een welzijnsrecept hebben ontvangen geven aan een toename te hebben ervaren in eigen kracht, zelfvertrouwen, zelfredzaamheid en sociale contacten. Verder geven ze aan een betere gezondheid te ervaren. Het bevordert de gezondheidsvaardigheden, welbevinden en veerkracht.

Meerwaarde voor de huisarts

Welzijn op Recept verlaagt het zorggebruik in de huisartsenpraktijk, het verbetert de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg: juiste zorg op de juiste plek. Huisarts/POH heeft wat te bieden voor mensen die regelmatig op het spreekuur komen met lichte psychosociale problematiek. Mensen blijken minder vaak op het spreekuur te komen na Welzijn op Recept (dit in tegenstelling tot verwijzing naar POH-GGZ: dit leidt tot betere en aanvullende kwaliteit maar de patiëntengroep blijft de huisarts in dezelfde mate bezoeken, Magnée (2017)).

Meerwaarde voor de thuiszorg

Wijkverpleging heeft wat te bieden voor mensen die vast lijken te lopen met lichte psychosociale problematiek. Zet in op verbetering van de gezondheidsvaardigheden, welbevinden en veerkracht van de patiënten/cliënten. Door preventie voorkomen van duurdere zorg. Als mensen in zorg zijn met lichte psychosociale problematiek wordt gezocht naar een passende oplossing en gestuurd op eigen regie. Verzorgenden en verpleegkundigen in de teams bieden vooral de persoonlijke verzorging en verpleging van (steeds complexere aard). Zo nodig schakelt de thuiszorg de afdeling thuisbegeleiding in (is een WMO-indicatie voor nodig) voor het stukje welbevinden en veerkracht. Dit zijn geen primaire taken van een wijkverpleegkundige. Preventieve huisbezoeken zijn wel mogelijk.

Meerwaarde voor de welzijnscoach

Welzijn op Recept geeft voor de welzijnscoach verbinding met de eerstelijnszorg en hiermee een nieuwe groep cliënten, die zelf de weg naar welzijn niet vindt of neemt. De welzijnscoach zorgt voor een zachte landing en activatie op een ander niveau. De gesprekken gaan over welbevinden, zingeving en samen zoeken waar je (weer) blij van wordt. De ideale uitkomst is dat de cliënt een zinvolle activiteit vindt en gelukkiger is. Een 'bijvangst' is dat het aantal vrijwilligers in een regio kan toenemen, als de cliënt als vrijwilliger zijn zingeving vindt.

Meerwaarde voor de gemeente

Welzijn op Recept kan als interventie gezien worden die een concrete invulling geeft aan de transformatieopdracht. Een gemeente heeft de wettelijke verantwoordelijkheid om welzijn van haar inwoners te bevorderen of op peil te houden. Welzijn op Recept doorbreekt de status quo en is onder meer een aanpak voor eenzaamheid en sociaal isolement. Gemeentes komen hierdoor op een gestructureerde manier in contact met de eerstelijnszorg. Door Welzijn op Recept kunnen inwoners meer betrokken worden bij hun wijk en een sommigen worden zelfs vrijwilliger. Natuurlijk kunnen activiteiten ook in een andere regio of zelfs online liggen.

De gemeente is de verantwoordelijke en de trekker van het project. De welzijnscoach is in dienst van de gemeente of het is via een aanbesteding door de gemeente geregeld.

De gemeentelijke transitie vragen om meer samenhang en samenwerking tussen zorg en welzijn. Welzijn op Recept blijkt een relatief eenvoudige en krachtige interventie te zijn, die gemeenten, partners uit de eerstelijnszorg en het sociaal domein kan helpen bij deze uitdaging. Welzijn op Recept geeft deze samenwerking op een gestructureerde manier vorm. Als de samenwerking binnen Welzijn op Recept eenmaal loopt, kunnen ook andere interventies en programma's eenvoudiger uitgerold worden.

Doelgroep Welzijn op Recept

Lichte psychosociale problematiek (stress, somberheid, angst, eenzaamheid) door relatieproblemen, ziekte partner, verlies van werk, chronische ziekte, armoede, etc).
(Bij ongeveer 50% van de consulten in de huisartsenpraktijk is er sprake van psychosociale problemen)

Niet: ongemotiveerde mensen, langdurige interventies en zware (stapel)problematiek.

Wel: mensen die zelf de weg naar welzijn niet kunnen vinden en een kortdurend, individueel ondersteuningstraject nodig hebben.

Profiel van de Welzijnscoach

- Een gedragskundige professional (HBO- werk- en denkniveau) die zelfstandig werkt aan het versterken van het welbevinden van mensen met een ondersteuningsvraag in het sociale domein. Hij/zij bevordert participatie en stimuleert mensen om stappen te zetten en contacten te leggen en deel te nemen aan activiteiten of aan vrijwilligerswerk.
- Heeft kennis van het werkgebied (sociale kaart en informeel-, professioneel zorgnetwerk) om zo beter de verbinding met de samenleving te kunnen maken.
- Werkt nauw samen met informele en formele partners binnen de zorg en het sociale domein.
- Biedt kortdurende ondersteuning aan volwassenen met een kwetsbaarheid op meerdere leefdomeneinen, waarbij sociale verbinding een antwoord is. De klanten zijn niet in staat om tot een oplossing voor hun situatie te komen of maken niet voldoende gebruik van bestaande voorzieningen.
- Werkt vraag- en oplossingsgericht vanuit de eigen regie van de klant, gebruikt hiervoor specifieke gesprekstechnieken. Heeft inzicht in agogische processen en levensvragen.
- Heeft kennis en inzicht in de doelgroep in samenhang met ontwikkelingen in de maatschappij.
- Stemt af met verwijzer en aanbieder activiteit over het ondersteuningstraject of coördineert dat.

Welzijn op Recept. Hoe werkt het?

Doorverwijzen naar een welzijnscoach betekent direct helpen

Bij patiënten met psychosociale problemen, waarvoor geen medische behandeling of verwijzing nodig is, kan de eerstelijnszorgverlener een welzijnsrecept voorschrijven. Hiervoor voert de eerstelijnszorgverlener het zogenaamde 'andere gesprek'. Hierbij bevelen we bv het 4D-model of het spinnenweb van positieve gezondheid aan. Het is vooral belangrijk dat het hier gaat om oplossingsgerichte gesprekstechnieken. Nadat de patiënt het eens is met de verwijzing wordt toestemming gevraagd of de huisarts de contactgegevens aan de welzijnscoach mag doorgeven.

Welzijnscoach en Huisarts onder één dak, dat maakt, volgens onderzoek³, het verschil. Nabijheid is cruciaal en zorgt voor continue zichtbaarheid. Letterlijk een deurtje verderop zitten, zorgt voor een betere samenwerking op alle fronten. Het zorgt voor meer doorverwijzingen, een betere samenwerking tussen huisarts en welzijnscoach en geen vertraging voor de patiënt en dus een warme overdracht. Natuurlijk kan de welzijnscoach ook een afspraak bij de mensen thuis maken. Belangrijk is dat de wachttijd op de interventie van de welzijnscoach zo kort mogelijk na de verwijzing komt.

Intakegesprek welzijnscoach

Binnen twee weken (het liefst eerder) neemt de welzijnscoach contact op met de patiënt voor een intakegesprek. Tijdens dit gesprek gaat de welzijnscoach samen met de cliënt op zoek naar wensen, behoeften en mogelijkheden. Omdat ieder individu anders is en andere wensen en behoeften heeft, is hier altijd sprake van maatwerk. Samen met de cliënt gaat de welzijnscoach op zoek naar een activiteit die hierop aansluit.

Welzijnscoaches hebben een goed overzicht van informele netwerken en het activiteitenaanbod in de wijken en gemeente. Hierdoor kunnen zij mensen goed doorverwijzen naar passende activiteiten. De welzijnscoach bekijkt ook samen met de cliënt of voorafgaand of naast het Welzijn op Recept traject een ander traject noodzakelijk is.

³ Handboek Welzijn op Recept, 2019

Dit kan te maken hebben met het oplossen van financiële problematiek, problemen rondom veiligheid en huisvesting of met vaardigheden die nodig zijn voor dit traject.

Passende activiteit is maatwerk

Een geschikte activiteit vinden is maatwerk. Of een match een succes wordt, hangt af van een aantal factoren. Hoe ervaart iemand het welkom bij de activiteit? Is er een klik met de andere deelnemers? Bevallen de ruimte, organisatie en het tijdstip van de activiteit? Het uiteindelijke succes van Welzijn op Recept is tevens afhankelijk van het 'blijven deelnemen'.

Door actief bezig te zijn wordt de aandacht verlegd van de klacht of beperking naar de activiteit waar de deelnemer plezier aan beleeft. Dit heeft direct invloed op de levensvreugde, het zelfbeeld en het welzijn in ruime zin.

Bijlage 4 Inzet van de specialist ouderengeneeskunde

Ondersteuning van de specialist ouderengeneeskunde in/aan de huisartsenpraktijk en regio-organisatie (Dokterszorg/Ketenzorg Friesland)

Oudere patiënten met complexe problematiek vragen speciale aandacht van de huisartspraktijk. Bij complexe problematiek kan de huisarts/V.S/POH-O de specialist ouderengeneeskunde consulteren.

- De specialist ouderengeneeskunde consulteren (voorheen verpleeghuisarts) kan bij kwetsbare ouderen met complexe problematiek in de thuissituatie of in het verzorgingshuis.
- Vaak volstaat een telefonisch advies. In andere gevallen bezoekt een specialist ouderengeneeskunde de patiënt en stuurt daarna een advies over zorg en behandeling aan de huisarts.
- Na consultatie is eventueel medebehandeling mogelijk.

De waarde van de specialist ouderengeneeskunde (SO) ligt voor de huisartspraktijk in de combinatie van generalistische en specialistische geriatrische expertise.

De huisartspraktijk kan bij de SO terecht met vragen om diagnostiek, behandeladvies c.q. medebehandeling, omgangsadvies en prognostiek bij de volgende problemen en onderwerpen:

- Probleemanalyse bij multimorbiditeit
- Mobiliteitsproblemen en verminderde zelfredzaamheid
- Dementie, geheugenproblemen, wanen, hallucinaties en verwardheid
- Apathie en depressie, stemmingsstoornissen in het algemeen
- Agitatie, achterdocht of afwerend gedrag
- Late gevolgen van het CVA (waaronder de 'onzichtbare' gevolgen)
- Chronische progressieve neurologische aandoeningen (MS, M.Parkinson)
- Palliatieve/terminale zorg
- Vallen en valgevolgen
- Advies over medisch beleid en over intentie van behandeling en medicatiebeleid
- Vragen over medische beslissingen bij wilsonbekwaamheid of verminderd ziekte-inzicht
- Advies over zorg of opname
- Advies over somatische of psychogeriatrische indicatie
- Polyfarmacie

Wat doet de specialist ouderengeneeskunde bij een consult?

De specialist ouderengeneeskunde werkt volgens een vaste werkwijze die een meerwaarde heeft voor kwetsbare ouderen. De activiteiten zijn afhankelijk van de vraagstelling en van de bevindingen tijdens het consult.

1. Beoordelen van de medische voorgeschiedenis (op basis van de gegevens van de verwijzende/aanvragende huisarts)
2. Anamnese en onderzoek:
 - Verhelderen van de consultvraag van de huisarts en van de hulpvraag/wensen van de patiënt/mantelzorger
 - Somatische, functionele, maatschappelijke, psychische en communicatieve aandachtsgebieden ('SFMPC') en belevingsaspecten
 - Medicatiegebruik, voedingsstatus, levensloop
 - Zo mogelijk heteroanamnese
 - Eventuele inschakeling paramedici bij diagnostiek
3. Probleeminventarisatie en analyse

4. Bespreken met de huisarts:
 - Bespreken van behandeladvies en van eventueel zorgplan
 - Afspraken met de huisarts over communicatie met patiënt/mantelzorg
 - Afspraak over evaluatiemoment
5. Schriftelijk verslag aan de huisarts

Eigen bijdrage patiënt

De specialist ouderengeneeskunde (SO) en de arts verstandelijk gehandicapten (AVG) zijn per 1 januari 2020 onderdeel van het basispakket. Als de specialist ouderengeneeskunde bij de zorgverlener gecontracteerd is, wordt de zorg gewoon vergoed. De huisarts bepaalt of hij/zij het in een specifieke situatie nodig acht om de hulp van de specialist ouderengeneeskunde in te roepen. Mocht dat zo zijn wordt de patiënt doorverwezen.

De huisarts kan ook voorstellen om de specialist ouderengeneeskunde een keer mee te laten kijken of te raadplegen voor een collegiale toetsing. Dan staat de patiënt niet meteen onder behandeling, maar wordt het meer als eenmalig consult gezien. Een behandeling, collegiale toetsing of eenmalig consult door een specialist ouderengeneeskunde valt onder het eigen risico. De patiënt krijgt hiervoor via zijn/haar zorgverzekering een factuur.

Bij patiënten thuis met een WLZ-indicatie wordt de SO betaald uit de Wet Langdurige Zorg, dit gaat in overleg met de huisarts en het zorgkantoor.

Hoe vindt de huisartspraktijk een specialist ouderengeneeskunde?

De SO kan eenvoudig via Zorgdomein aangevraagd worden, kies voor zorgvraag Medisch specialistische zorg en dan voor specialist ouderengeneeskunde of zoek op consult specialist ouderengeneeskunde.

Het is verstandig om vaste afspraken te maken met de specialist ouderengeneeskunde in de regio. Helaas zijn er niet genoeg specialisten ouderengeneeskunde om een vaste combi met alle huisartspraktijken te maken. In Friesland wordt besproken of de SO via het Zorgcoördinatiepunt Ouderenzorg Friesland (ZOF) geconsulteerd kan worden.

Specialist ouderengeneeskunde bij Dokterszorg/KZF

Op patiëntniveau kan de SO via afspraken in de regio, via zorgdomein en hopelijk in de toekomst via het ZOF benaderd worden. Om de samenwerking en de communicatie binnen de verschillende regio's/ binnen het netwerk vorm te geven kan Dokterszorg/KZF ondersteunen. Een SO deel uit laten maken van Dokterszorg/KZF zal voor, verdieping en versterking van de uitwerking van het Ouderenzorgprogramma zorgen. Ze kan een signalerende en adviserende functie hebben als het gaat om de kwaliteit en uitvoering van het Ouderenzorgprogramma.