



Handleiding Ouderenzorg voor (nieuwe) POH

Aanvullende informatie op het werkprotocol

Organisatie zorg en ondersteuning kwetsbare ouderen



Coöperatie Zorggroep Katwijk U.A.
Vinkeweg 70
2231 JR Katwijk

Tel 071 4035253
Fax 071 4086581

email info@zkatwijk.nl
www.zkatwijk.nl

Kamer van Koophandel nr 50365282
AGB 53/53036



Inleiding

Deze handleiding is bedoeld voor (nieuwe) POH werkzaam bij een huisartsenpraktijk aangesloten bij Zorggroep Katwijk. We hopen dat deze handleiding genoeg handvatten biedt om je thuis te voelen binnen de Zorggroep en dat je op de hoogte bent van alle lokaal gemaakte werkafspraken. Maak samen met je huisarts een plan als je gaat starten met ouderenzorg en kijk wat voor jullie prioriteit heeft

Als POH werk je m.n. met de zorgprogramma's diabetes, HVZ, hartfalen, Astma, COPD en Ouderenzorg. De werkgroepen hebben werkprotocollen gemaakt die kort en bondig alle noodzakelijke werkzaamheden en lokale werkafspraken weergeven.

De ketenzorgprogramma's en werkprotocollen vind je op de website van www.zgkatwijk.nl en op de **ZHN-app** bij werkafspraken > Eerste lijn én Zorggroep Katwijk.

Het ketenzorgprogramma [complexe ouderenzorg](#) bevat monodisciplinaire werkprotocollen van iedere discipline, o.a. het werkprotocol voor huisarts en POH en een aantal multidisciplinaire zorgpaden:

- Zorgpad kwetsbare oudere met acute onbegrepen verwardheid (delier)
- Zorgpad polyfarmacie
- Zorgpad Advance care planning
- Zorgpad cognitieve problemen, dementie
- Zorgpad valpreventie
- Zorgpad (risico op) ondervoeding
- Meldcode ouderemishandeling

Er zijn de afgelopen jaren veel hulpmiddelen ontwikkeld en tips gecommuniceerd die niet in het ketenzorgprogramma complexe ouderenzorg vermeld staan. Juist deze vind je terug in deze handleiding. Op de website van Zorggroep Katwijk vind je alle sociale kaarten, toolkits en overige documenten rond bovengenoemde zorgpaden. Let op: denk er aan om regelmatig je scherm te verversen via Ctrl + F5 als je bepaalde (nieuwe) documenten niet op de website kunt vinden. Voor vragen kan je altijd contact opnemen met de coördinerend POH van je POH groep of aan de werkgroep ouderen via m.dekonink@zgkatwijk.nl



Inhoud

Inleiding.....	2
1.0 Complexe ouderenzorg.....	5
1.1 Doelgroep (Inclusiecriteria Zorg en Zekerheid)	5
1.2 Kwetsbaarheid	6
1.3. Eerste bezoek.....	6
1.3.1. Doelen behandelplan	7
1.3.2. Ketenpartners.....	7
1.3.3. Aanmelden bij de huisartsenpost.....	8
1.3.4. Casemanager dementie.....	8
Bijlage 1: ICPC-codering ouderenzorg	9
Minimale set:.....	9
Overige icpc codes ouderenzorg:	9
Bijlage 2: Meetinstrumenten en Toolkit Mantelzorg	10
2.1 TRAZAG	10
2.2 Overig	10
2.2.1. Meetinstrument overbelasting mantelzorg – EDIZ.....	10
2.2.2. Toolkit Mantelzorg	10
Bijlage 3: Sociale kaart, naast de TRAZAG	11
Bijlage 4 : SFMPC – toolbox interventies	12
Bijlage 5: GPO.....	15
5.1. Voorwaarden Zorg en Zekerheid	15
5.2 Deelnemers, plannen en Inhoud GPO.....	15
5.3 Groepsgesprek GPO in VIP Live	16
5.4 Zorgplan opstellen in VIP (delen met ketenpartners)	17
5.5 SMART formuleren	19
Bijlage 6 : Behandelwensengesprek - Advance Care Planning (ACP).....	20
6.1 Handleiding verwerken WILSVERKLARING TOT NIET-REANIMEREN	20
Bijlage 7: drie wetten.....	21
7.1 Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO).....	21
7.2 De zorgverzekeringswet (Zvw)	21
7.3 Wet langdurige zorg (WLZ)	21
7.3.1 Eigen bijdrage.....	21
Bijlage 8: En wat als het thuis niet meer gaat.....	22



8.1 RAP-ZHN	22
8.1.1 WLZ Crisisbed	22
8.1.2. ELV bed	22
8.1.3. WLZ indicatie	23
Bijlage 9 Praktische tips en weetjes	24
9.1 Wonen	24
9.2 Regelhulp	24
9.3 Respijtzorg	24
9.4 Dagbesteding	24
9.5.1 Eigen bijdrage	25
9.5.2 Vervoer naar dagbesteding	25
9.5.3 Mogelijkheden dagopvang	26
9.5.4 Wachtlijst verzorgings- en verpleeghuizen	26



1.0 Complexe ouderenzorg

1.1 Doelgroep (Inclusiecriteria Zorg en Zekerheid)

1. Ouder dan 75 jaar (geen harde eis)
2. De geïncludeerde patiënt doet met een hoge frequentie een beroep op de huisartsenpraktijk
3. Er is behoefte aan regie op het zorgproces i.v.m. de complexiteit en/ of de hoeveelheid van zorgvragen. De gestructureerde zorg voor de chronische aandoeningen diabetes, COPD, CVRM mag niet meegerekend worden. Hier wordt al regie op gevoerd vanuit de ketenzorgactiviteiten
en/ of
4. De patiënt is beginnend dementerend. Dit maakt dat de patiënt en/of de mantelzorger(s) behoefte heeft/hebben aan regie op de zorgvraag

Waar vind je de doelgroep (ICT-actie 2022-2023 Zorggroep)

- In principe onder ICPC A05
- Mogelijk zijn er nog patiënten met ICPC P70 (dementie) die nog niet de A05 gekregen hebben
- Controleer de ICPC P20 (o.a. cognitieve stoornis), mogelijk bevinden zich hier nog mensen die inmiddels een diagnose dementie zouden moeten krijgen.
- Signaleren bij casefinding

Alertheid/signaleren (door HA, POH, assistente, thuiszorg, apotheek, FT) is geboden bij:

- Chronische protocollaire zorg aan ouderen en DM2, CVRM en COPD
- Ouderen waar frequent visite gereden wordt
- Ouderen die frequent de praktijk bellen of waarover veel gebeld wordt (door familie en/of thuiszorg)
- Reguliere consulten
- Recente opname in ziekenhuis langer dan 3 dagen
- Recent verlies van partner

Voor overzicht te gebruiken ICPC zie bijlage 1.



1.2 Kwetsbaarheid

Het doel is het vaststellen of een oudere al dan niet kwetsbaar is, middels het verkrijgen van een indruk van het functioneren van de patiënt op somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatief (SFMPC) vlak.

De uitkomst hiervan is 'kwetsbaar' of 'niet kwetsbaar'.

Er zijn verschillende screeningsvragenlijsten om kwetsbaarheid bij ouderen vast te stellen. In deze lijsten wordt onder andere gevraagd naar mobiliteit, zelfredzaamheid, visus, gehoor, incontinentie, voeding en afvallen, polyfarmacie, cognitie, depressie en eenzaamheid.

Wij maken gebruik van de TRAZAG startlijst, die vind je bij ons op de website: [hier](#). Zie voor meetinstrumenten bijlage 2.

1.3. Eerste bezoek

Vaststellen van kwetsbaarheid is geen doel op zich, maar een startpunt voor nader onderzoek en diagnostiek. Het maakt een behandelplan en preventieve acties mogelijk.

Het eerste bezoek is bedoeld als kennismaking en inventarisatie wat er wel en niet geregeld is en door wie. Je kan hiervoor een uitgeprinte versie van de TRAZAG gebruiken en/of de sociale kaart voor de visite (bijlage 3)

Het TRAZAG startdocument is een hulpmiddel om duidelijk te maken welke probleem gebieden voor patiënt actueel zijn. Scoort de patiënt "ja" op een van de vragen dan kan dit zorggebied nader in kaart worden gebracht via de verwijzing naar het volgende formulier.

Heeft de patiënt een gehoorapparaat dan is dit afdoende en telt niet als gehoorprobleem, hetzelfde geldt voor een bril.

Als je het gesprek aangaat kan je een groot deel van het formulier al invullen. De vervolgf formulieren kunnen (zo nodig) in een later stadium doorgenomen worden. Er is sprake van kwetsbaarheid bij een score > 3.

Gebruik in Medicom het Protocol Ouderenzorg met zorgplan.

Gebruik de juiste ICPC code voor Ouderenzorg. Zie bijlage 1.

Binnen dit protocol vind je ook het TRAZAG startdocument en de vervolfdocumenten. Binnen dit protocol kan eventueel ook het zorgbehandelplan worden ingevuld (voor jezelf/praktijk). Communicatie gaat via VIPLive waar de ketenpartners/casemanagers inzage hebben in relevante informatie en communicatie mogelijk is via gesprekken met de thuiszorg.

1.3.1. Doelen behandelplan

Het is wenselijk om de patiënt **zelf** keuzes te laten maken over de aard en mate van ondersteuning die hij/zij wenst.

Als voorbeeld:

Als iemand eenzaam is kan je mogelijkheden aandragen, zoals koffiedrinken in de buurt, activiteiten enz. Indien iemand aangeeft wel eenzaam te zijn maar het thuis prima te vinden, dan is dat wat het is. Er is dan geen actie nodig.

Heeft iemand moeite met lopen, maar wil wel graag zelf de krant kunnen halen (flat). Dan is de inzet van fysiotherapie/ergotherapie een manier om de spierkracht te vergroten, waardoor de patiënt zelfstandig de krant kan halen, de hond kan uitlaten of naar een kennis twee straten verderop kan lopen. Je ziet aan deze doelen dat het komt vanuit de patiënt en niet vanuit de zorgverlener!! Dit is echt heel belangrijk!

Als de patiënt wel complex is maar de situatie stabiel dan is het niet altijd noodzakelijk om behandelplannen op te stellen.

1.3.2. Ketenpartners

Voor het zorgbehandelplan geldt: Ken je ketenpartners!!

Probeer de acties daar te laten waar de verantwoordelijkheid ligt.

Bijvoorbeeld aanvraag dagbesteding; dit kan digitaal (zonder digiD) door kinderen/mantelzorgers of door het formulier te downloaden via website van de gemeente Katwijk, zie [hier](#).

Zijn er geen mantelzorgers schakel dan [het Wijkteam](#) in via Zorgdomein -> welzijn en hulpmiddelen-> wijkteam Welzijnskwartier.

De belangrijkste bij het ketenzorgprogramma complexe ouderenzorg betrokken eerstelijns-hulpverleners (kern) zijn huisarts, POH, wijkverpleegkundige, apotheker, sociale wijkteam, fysiotherapeut, verpleegkundig specialist, ergotherapeut, diëtist, specialist Ouderengeneeskunde en de casemanager dementie. Zie de sociale kaart voor alle contactgegevens op de website.

Maak een kernteam (zorgbehandelteam) aan in VIPLive

Start een gesprek en voeg de thuiszorg, casemanager, apotheker en zo nodig de fysiotherapeut, diëtiste of specialist ouderengeneeskunde toe zodat jullie



laagdrempelig met elkaar kunnen communiceren of een (digitaal) GPO kunnen plannen.

1.3.3. Aanmelden bij de huisartsenpost

Een oudere met een complexe zorgvraag wordt als aandacht patiënt aangemeld bij de huisartsenpost via Topicus. Dit is i.p. een taak van de huisarts. Een aanmeldingsformulier staat op de website van Zorggroep Katwijk en de ZHNapp. Aan de oudere wordt toestemming gevraagd voor aanmelding LSP om informatieoverdracht te faciliteren.

1.3.4. Casemanager dementie

De financiering complexe ouderenzorg heeft o.a. als voorwaarden dat de POH de zorgt levert en pas een casemanager dementie inschakelt als de problematiek je boven het hoofd groeit*. Overleg dit ook met je huisarts.

In een stabiele fase is monitoren genoeg. Het kan wel handig zijn om een gesprek te voeren met de mantelzorgers om te inventariseren welke zorg zij leveren en of er sprake is van overbelasting ([EDIZ](#) vragenlijst, zie bijlage 2). Op deze manier krijg je ook inzicht in het sociale netwerk.

**Met de huidige wachtlijsten en de wens van de casemanagers is het verstandig om bij de diagnose dementie al direct casemanagement aan te vragen en in overleg samen de zorg te coördineren.*

De contactgegevens van alle casemanagers dementie in Katwijk staan op de website van Zorggroep Katwijk. Zie [hier](#).

Bijlage 1: ICPC-codering ouderenzorg

Minimale set:

A49.01: Ouderenzorg

Voor de inventarisatiefase van zorg aan ouderen luidt het advies om een episode Ouderenzorg aan te maken. Noteer in deze episode de bijzonderheden van de inventarisatie van de kwetsbaarheid. Indien de oudere niet kwetsbaar is zet dan op de episoderegel: “Niet kwetsbare oudere” of “Vitale oudere”

A05: Kwetsbaar

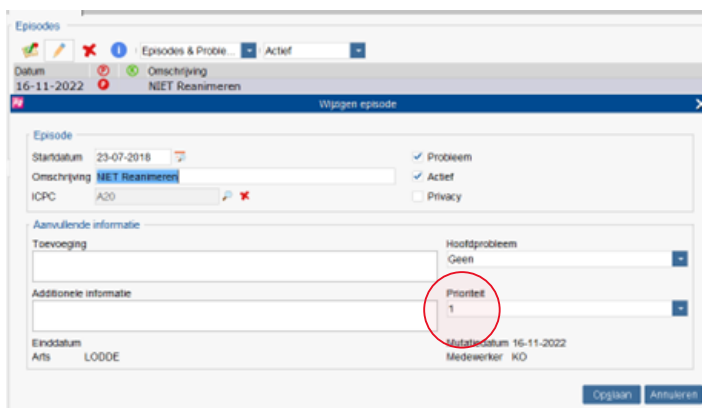
Indien uit de inventarisatie blijkt dat de oudere kwetsbaar is maak dan een episode A05 aan: “Kwetsbare oudere” of “Kwetsbare complexe oudere”
Noteer in deze episode de met de patiënt afgesproken behandeldoelen, taken, verantwoordelijkheden van (mede)behandelaars en de opvolging ervan.
Voor een episode kwetsbaar of kwetsbaar complex geldt een probleemstatus.

A20: Wensen/afspraken t.a.v. behandeling en levenseinde

Behandelwensen van de oudere en afspraken hierover met de oudere en/of mantelzorgers worden vastgelegd onder de episode A20. De titeltekst bij de ICPC-code A20 kan worden aangepast naar een specifieke omschrijving.
Bijvoorbeeld: levenseinde gesprek, heeft een wilsverklaring, wil wel/niet reanimatie, euthanasie, opname etc.

Deze episode dient een probleemstatus met prioriteit 1 te krijgen:

Klik op Niet Reanimeren en dan op wijzigen (potloodje), je komt dan in het scherm wijzigen episode:



Overige icpc codes ouderenzorg:

- A13: Medicatiebeoordeling
- A49.02: Polyfarmacie
- Z04: Eenzaamheid
- Z14: Mantelzorgers
- L49.01: Fractuurpreventie

Bijlage 2: Meetinstrumenten en Toolkit Mantelzorg

2.1 TRAZAG

Met behulp van de TRAZAG (TRANsmurale Zorg Assessment Geriatrie) voer je een functioneel assessment uit en breng je relevante probleemgebieden bij de patiënt thuis in beeld.

1. Startdocument TRAZAG met de TRAZAG Verdiepende vragenlijsten, zie [hier](#).

De verdiepende vragenlijsten bestaan uit:

2. HDL problematiek – IADL vragenlijst
3. ADL problematiek – Barthel index en GARS
4. Voeding en voedingstoestand - MNA (mini nutritional assessment)
5. Mobiliteit en valrisico - Get-up and go-test
6. Incontinentie – de 3IQ-test en PRAFAB score lijst
7. Medicatie gebruik
8. Visus en gehoorproblematiek bij ouderen
9. Geheugen problematiek
MMSE en Klok tekenen
10. Stemming en depressie - GDS
Eenzaamheid

2.2 Overig

Klik [hier](#) voor verschillende meetinstrumenten (in alfabetische volgorde).

2.2.1. Meetinstrument overbelasting mantelzorgers – EDIZ

De EDIZ is ontwikkeld voor mantelzorgers van mensen met dementie. De EDIZ-plus kan gebruikt worden voor mantelzorgers van mensen met diverse problematieken. De items zijn meer arbeidsgerelateerd en richten zich ook op de gezondheid van de mantelzorgers.

2.2.2. Toolkit Mantelzorg

Toolkit Mantelzorg en (over)belasting biedt informatie en hulpmiddelen voor het ondersteunen van mantelzorgers.

[Download hier de-toolkit_mantelzorg_2020.pdf](#), je vindt hem ook op de website van Zorggroep Katwijk. Bij de toolkit hoort een handige [praktijkaart mantelzorgondersteuning](#) (pdf) voor de huisarts. Deze kan als geheugensteuntje worden gebruikt tijdens het spreekuur.

Bijlage 3: Sociale kaart, naast de TRAZAG

Sociale kaart van naam:

Geboortedatum: datum:

Contactpersoon met telefoonnummer(s)

1. zoon/dochter

Tel:

2. zoon/dochter

Tel:

Sleuteladres:

Mantelzorg, wie doet wat en hoe vaak:

1.

2.

3.

Familiaire voorgeschiedenis:

Wilsverklaring:

Wensen rond levenseind besproken

ja

nee

Gesprek met huisarts

ja

nee

Wilsverklaring in dossier (incl DDDB en map thuiszorg)

ja

nee

Beperkte behandelovereenkomst

ja

nee

CIZ indicatie ja/ nee

ZZP:

zo ja welke zorg wordt geleverd:

0 Huishoudelijke hulp door:

0 Verzorging door:

0 Verpleging door:

0 Overige zorg:

Maakt gebruik van: Indien nee, interesse ??

0 Persoonsalarmering

ja

nee

0 Hulpmiddelen (rollator, scootmobiel, WC verhoger etc.)

ja

nee

0 Maaltijdvoorziening (Apetito, Eetgemak, Uitgekookt)

ja

nee

0 Automaatje of andere vervoersmogelijkheden

ja

nee

0 Gemakdiensten (kussendienst, kapper aan huis, wasservice etc.)

ja

nee

0 Activiteiten buitenhuis (Koffie Plus, 'soos', senioren gym etc.)

ja

nee

0 Dagbesteding (inclusief dagopvang)

ja

nee

Paramedische diensten:

Specialist ouderengeneeskunde:

Specialisten ziekenhuizen:

Ketenpartners (diëtiste/fysiotherapie, ergotherapie):

Geloof – kerk

Dominee, Pastoor of Iman?



Bijlage 4 : SFMPC – toolbox interventies

Het Zorgbehandelplan volgens het SFMPC model (in Medicom protocol Ouderenzorg met zorgplan) is een tool om problemen om te zetten in een individueel zorgplan en kan dienen als leidraad voor een gesprek met een patiënt over de behandeling. Het geeft een duidelijk overzicht van doelen en afspraken voor huisarts, POH en verpleegkundig specialist en laat zien wie de regiehouder is.

Zie voor contactadressen [Sociale-kaart-ouderenzorg-voor-zorgverleners](#) en het [Stroomschema-ouderen-bevindingen-visite](#).

Somatisch aandachtsgebied		
Problemen	Mogelijke interventies	Uitvoering door
Chronische ziekten zoals DM 2, COPD, CVRM, Osteoporose	Verwijzing naar ketenzorgprogramma's.	Ketenzorgprogramma's
Duizeligheid	Uitsluiten cardiovasculaire en neurologische oorzaken	Huisarts, zo nodig medisch specialist
Gewrichtsaandoeningen	Spierversterking, Balansverbetering, Cursus valpreventie	(geriatrie) Fysiotherapie, WMO beweegprogramma's voor ouderen
Gebitsproblemen	Hulpmiddelen	Tandarts
Incontinentie	Blaastraining, training bekkenbodemspieren	(bekkenbodem) fysiotherapeut (zie LESA incontinentie)
	Advisering incontinentiemateriaal	Apotheker (assistent)
Ondervoeding en voedingsproblemen	Zorgpad (onder)voeding	Zie Hoofdstuk 3 van het Regionaal ketenzorgprogramma
Slikproblemen		Logopedie
Pijn	Monitoring	Huisarts
	Activeren	Fysiotherapie
	Hulpmiddelen	Ergotherapeut
Parkinson	Optimaliseren medicamenteuze behandeling	Huisarts z.n. medisch specialist, SOG via Parkinsonnet
	Evenwicht en ADL training	Fysiotherapeut, via Parkinsonnet
	ADL training, eventueel hulpmiddelen/voorzieningen/aanpassen adviseren en realiseren	Ergotherapeut, via Parkinsonnet
Polyfarmacie	Zorgpad polyfarmacie	Zie hoofdstuk 3 van het



Somatisch aandachtsgebied		
Problemen	Mogelijke interventies	Uitvoering door
		Regionaal ketenzorgprogramma
Valrisico	Zorgpad valpreventie	Hoofdstuk 3 van het Regionaal ketenzorgprogramma
Voeten en schoeisel	Aanpassing schoeisel	Podotherapie
	Voetbehandeling	Pedicure
Vitamine D profylaxe	Zelfzorgadvies dan wel voorschrijven Vitamine D	POH

Functioneel aandachtsgebied		
Problemen	Mogelijke interventies	Uitvoering door
Beperking persoonlijke verzorging	ADL ondersteuning	Mantelzorg
		Ergotherapeut
		Thuiszorg, in samenwerking wijkteam
Beperking in en om huis	Aanpassing woning	Ergotherapeut, WMO/Wijkteam
	Huishoudelijke ondersteuning	Huishoudelijke hulp, particulier of WMO
	Hand- en spandiensten	Welzijnswijk/WMO; inzet klusjesman, boodschappendienst
Beperking voortbewegen	Mobiliteit en spierkracht verbeteren	Fysiotherapeut
	Adviseren hulpmiddelen	Ergotherapeut
		WMO
Beperking vervoer	Ondersteuning vervoer	Welzijnswijk; inzet gemaksdiensten zoals: maaltijdvoorziening, boodschappendienst, klussendienst
		Regiotaxi, Valys
		WMO

Maatschappelijk aandachtsgebied		
Problemen	Mogelijke interventies	Uitvoering door
Financiële situatie	Praktische hulp	Maatschappelijke dienstverlening; financiële ondersteuning (AMW/MEE); Wijkteam Grip op de Knip
Onveilige woonsituatie	Woningaanpassing en voorzieningen	Ergotherapeut
		WMO/Wijkteam
	persoonsalarmering	Via huisarts
	Telefooncirkel, domotica	Ergotherapeut
		Wijkverpleegkundige



Maatschappelijk aandachtsgebied		
Problemen	Mogelijke interventies	Uitvoering door
Financiële situatie	Praktische hulp	Maatschappelijke dienstverlening; financiële ondersteuning (AMW/MEE); Wijkteam Grip op de Knip
Problemen met mantelzorg	Ondersteuning mantelzorg (te coderen als Z14.00)	Wijkteam, AMW, steunpunt mantelzorgondersteuning
Psychische problemen zoals eenzaamheid, rouwverwerking en relatieproblemen	Inventarisatie problematiek, steunende gesprekken	POH-GGZ
	Steunende gesprekken...	AMW, Geestelijk verzorger
Afname mogelijkheden tot zelfregie	Inventarisatie problematiek	Afhankelijk van de zwaarte problematiek: wijkverpleging, ergotherapeut of consultatie SOG

Psychisch aandachtsgebied		
Problemen	Mogelijke interventies	Uitvoering door
Cognitieve stoornissen/dementie	Zorgpad cognitieve stoornissen/dementie	Hoofdstuk 3 van het Regionaal ketenzorgprogramma Routekaart Dementie ZHN
Ouderenmishandeling	Inschakelen: 'Veilig Thuis'	Zie meldcode in het Regionaal ketenzorgprogramma
Psychische stoornissen zoals depressie, angst	Zorgprogramma depressie, angst indien aanwezig	Zoals uitgewerkt in het betreffende ketenzorgprogramma indien aanwezig Anders POH-GGZ
Verslavingsproblematiek	Motiverende gesprekken	POH-GGZ, verslavingszorg, de Brug, Brijder
Vragen rond levenseinde en euthanasie	Zorgpad wilsverklaring en wensen levenseinde	Zoals uitgewerkt in het zorgpad advance care planning (wilsverklaring en wensen levenseinde)
Zelfbeeld en zingeving		AMW
		Geestelijk verzorger

Communicatie aandachtsgebied		
Problemen	Mogelijke interventies	Uitvoering door
Digitale communicatie	Cursus/hulpmiddel	Bibliotheek, Welzijnswartier, ergotherapeut
Gehoörproblemen	Vervolgdiagnostiek	KNO-arts
	Hulpmiddelen	Audicien
Sprakstoornissen	Training	Logopedist
	Hulpmiddelen	Ergotherapeut/logopedist
Visuele problemen	Vervolgdiagnostiek en behandeling	Oogarts
	Hulpmiddelen	Opticien, VISIO
		Ergotherapeut



Bijlage 5: GPO

Het **G**estructureerd **P**eriodiek **O**verleg (GPO) is een belangrijk onderdeel van het zorgprogramma. Omdat de patiënt kwetsbaar is en de regie niet goed zelf kan voeren, en (vaak) veel zorg- en hulpverleners betrokken zijn, is het erg belangrijk dat er goede onderlinge afstemming plaats vindt. Het GPO is een overleg zonder de patiënt, dit kan ook digitaal en verschilt met het multidisciplinair overleg (MDO) waarbij de patiënt en mantelzorger wel betrokken zijn.

5.1. Voorwaarden Zorg en Zekerheid

- De praktijk heeft de module Ouderenzorg gecontracteerd
- Er zijn minimaal 3 disciplines betrokken bij het GPO
- Een GPO mag je maximaal 2x per kalenderjaar declareren: "OUDERENTM" (= prestatiecode 31272) waarbij ten minste 1x per jaar ook de apotheek betrokken is.
- De GPO methode met alle voorwaarden vind je op de website van zorgzekerheid.nl/huisartsen onder het kopje 'Contractinformatie' en op de ZHN app (werkafspraken/eerste lijn/ouderenzorg/Handleiding GPO Ouderen (LAEGO/MOVIT/LUMC))

5.2 Deelnemers, plannen en Inhoud GPO

Stel een kernteam samen (huisarts/POH/VS, apotheker, thuiszorg en zo nodig de specialist ouderengeneeskunde) en denk daarnaast goed na over wie je nog meer wilt uitnodigen en formuleer vooraf een duidelijke zorgvraag (diëtiste, fysiotherapeut, ergotherapeut, wijkteam). Alle contactgegevens vind je op de website in de [Sociale-kaart-ouderenzorg-voor-zorgverleners](#)

Maakt een planning voor (digitaal) overleg, hoeveel tijd (15 minuten/patiënt) en welke patiënten. Vraag toestemming aan de patiënt. Leg de regiehouder van het zorgplan vast (wie houdt het overzicht) en nodig de gesprekpartners uit. Een handleiding over deze stappen vind je in de ZHN app.

Het GPO kan bestaan uit de volgende onderdelen:

- Informatie-uitwisseling
- Het vaststellen van zorgdoelen met concrete doelen en acties (zie bijlage 5.3 en bijlage 5.4)
- ACP/behandelwensen (zie bijlage 6)
- Interventies afspreken en evalueren

5.3 Groepsgesprek GPO in VIP Live

In VIPLive kan er een groepsgesprek GPO worden aangemaakt. Als onderwerp wordt er dan gekozen *GPO + Praktijk+ datum*. Aan dit groepsgesprek kunnen alle deelnemers van het GPO worden toegevoegd. Je kunt ook bijlagen versturen.

Wanneer je een deelnemer mist, kan deze altijd op een later tijdstip worden toegevoegd. Deze kan dan de gehele gespreksgeschiedenis terug lezen, dus ook daarvoor verstuurd bijlagen downloaden.

TIP: Zijn er steeds dezelfde professionals betrokken bij het GPO, je kunt het onderwerp aanpassen van het groepsgesprek naar de nieuwe datum van het GPO.

Eventueel kun je ook beeldbellen tijdens het GPO, dit kan ook via VIPLive.

[Zie ook handleiding beeldbellen:](#)

-> Klik op het icoontje van beeldbellen in de gespreksbalk.

Wanneer je op dit icoontje hebt geklikt wordt er een linkje verzonden in het chatgesprek. De deelnemers van het gesprek, inclusief jijzelf, kunnen op deze link klikken om het beeldbellen te starten.

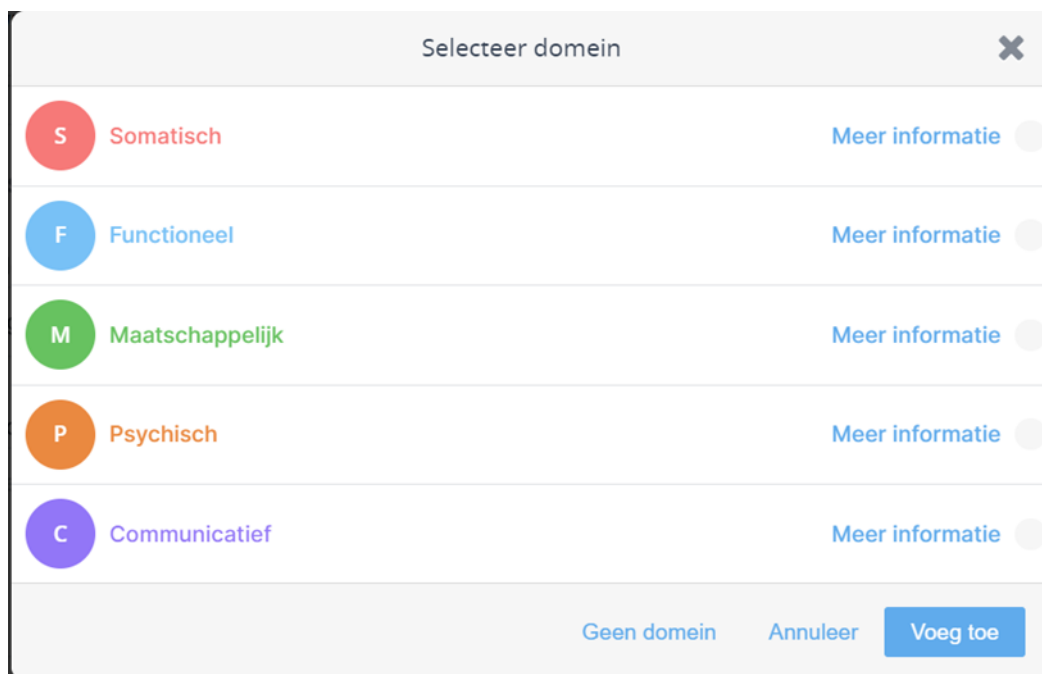
Let op: De link van de beeldbelafpraak is 4 uur geldig.

5.4 Zorgplan opstellen in VIP (delen met ketenpartners)

In VIPLive is het mogelijk om een gezondheidsplan aan te maken voor een patiënt. In het gezondheidsplan kan dan kort en bondig worden vast gelegd welke doelen en acties er gesteld zijn voor de patiënt. Voordeel is dat iedereen van het zorgnetwerk van de patiënt dit gezondheidsplan kunnen zien.

[Klik hier voor de handleiding 'Gezondheidsplan':](#)

1. Ga naar de actiepagina van de patiënt. Klik op het tab 'Gezondheidsplan' in het linker menu om deze te openen.
2. Selecteer boven aan de pagina het tabblad 'Gezondheidsplan'
3. Indien u voor het eerst een plan maakt, klik dan op 'Nieuw gezondheidsplan'.
Indien er al een gezondheidsplan is, klik dan op 'Bewerken'.
4. Scroll naar beneden en klik op 'Voeg probleem toe'. Noteer de titel van het probleem en geef in de ruimte daaronder desgewenst een toelichting op het probleem en het doel.
5. Selecteer desgewenst achter de probleemtitel een domein door te klikken op 'Selecteer domein' (zie hiervoor bijlage 4, dit is hetzelfde als het SFMPC model)



Selecteer domein		
S	Somatisch	Meer informatie <input type="radio"/>
F	Functioneel	Meer informatie <input type="radio"/>
M	Maatschappelijk	Meer informatie <input type="radio"/>
P	Psychisch	Meer informatie <input type="radio"/>
C	Communicatief	Meer informatie <input type="radio"/>

6. Verwijder een probleem door te klikken op het 'vuilnisbak icoon' rechts naast het betreffende probleem.



...

[Verwijder probleem](#)

Probleem *

...

[Selecteer domein](#)

3 / 25

Toelichting / Doel

Toelichting / doel

0 / 3000

Actiepunten

[Voeg actiepunt toe](#)

[Voeg probleem toe](#)

7. Voeg aan het probleem desgewenst één of meerdere actiepunten toe door te klikken op de knop 'Voeg actiepunt toe'

8. Rechts naast het actiepunt kunt u desgewenst selecteren wie deze actie moet uitvoeren; wat de prioriteit van de actie is en wat de deadline is. Standaard krijgt een actie prioriteit 'drie'.

Actiepunten

Actiepunt toevoegen 3. Medium Geen deadline

0 / 200

9. De problemen worden getoond op basis van prioriteit. Problemen met de hoogste prioriteit staan bovenaan in het plan. U wijzigt het prioriteitsniveau door achter de titel van een probleem op 'Medium' te klikken.

10. Als u klaar bent met het gezondheidsplan, dan klikt u rechts onder de pagina op 'Plan opslaan'.

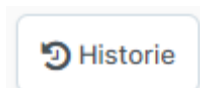
11. Na dat u het plan heeft opgeslagen, kunt u het als Edifact bericht terugsturen naar uw HIS of als pdf downloaden. U vindt de knoppen hiervoor bovenaan de pagina.

Gezondheidsoverzicht

Zorgnetwerk **Gezondheidsplan** Advance Care Planning

Terugkoppelen naar het bronsysteem [Exporteer naar PDF](#) Zorgcoördinator onbekend

12. Het opgeslagen gezondheidsplan en de voorgaande gezondheidsplannen blijven bewaard. Klik op 'historie' pijltje links in beeld om de voorgaande plannen in te zien. Het overzicht van voorgaande gezondheidsplannen klapt aan de rechterkant van het scherm uit.



Let op! Oude versies van de gezondheidsplannen zijn alleen te bekijken en kunnen niet bewerkt worden



5.5 SMART formuleren

Tijdens het GPO worden de individuele doelen van de patiënt vastgesteld. Het is belangrijk om verder te gaan dan algemene doelen (zoals 'langer thuis blijven wonen') en deze SMART (zie bijlage...) te maken.

- Samen ga je na wat precies nodig is om de doelen te behalen.

Specifiek
• Waar gaat de verandering over?
• Op welke afdeling vindt het plaats?
• Is de doelgroep duidelijk beschreven?
• Beschrijf de specifieke doelstelling, niet de activiteiten die nodig zijn om dit te bereiken. Dat wil zeggen output in plaats van input.
Meetbaar
• Waarop gaat u meten?
• Zijn er percentages of aantallen aangegeven?
• Is de beleving weer te geven door een cijfer?
• Om hoeveel medewerkers gaat het?
Acceptabel
• Sluit het aan bij de dagelijkse praktijk?
• Is het in overeenstemming met het beleid en de doelstellingen van de organisatie?
• Schaad je geen belangen van anderen?
Realistisch
• Is het haalbaar in de organisatie? Is er slaagkans? Is het haalbaar binnen de tijd?
• Kunnen de betrokkenen de gevraagde resultaten daadwerkelijk beïnvloeden?
• Is de doelstelling realistisch is met het oog op de beschikbare middelen en de eisen van andere prioriteiten?
Tijdsgebonden
• Wanneer wordt gestart met de activiteiten?
• Is de periode, dus de maand en het jaar aangegeven waarop het doel gerealiseerd moet zijn?
• Zijn er tussentijdse mijlpalen en evaluatiepunten (als totale tijdsduur lang is)?
Inspirerend
• Is het een uitdagend (niet te makkelijk, niet te moeilijk) doel waar je helemaal voor wilt gaan?
Engagerend
• Zijn de betrokkenen bereid zich te verbinden aan de doelstelling?



Bijlage 6 : Behandelwensengesprek - Advance Care Planning (ACP)

De huisarts (en POH) gaan het gesprek aan met iedere kwetsbare oudere waarbij de volgende vraag geldt: “zou het mij verbazen als deze patiënt binnen een jaar komt te overlijden”. Maak met je huisarts een taakverdeling: b.v. de POH doet een voorbereid gesprek en geeft info aan de patiënt.

ACP is extra belangrijk bij mensen met dementie. Vanwege het verlies van capaciteiten en de mogelijkheden tot communiceren kunnen of mogen zij in een later stadium geen keuzes meer voor zichzelf maken. Bij iedere patiënt met dementie dient een behandelwensengesprek gevoerd te worden waar ten minste wel/niet reanimeren wordt vastgelegd.

Op onze website is de toolkit behandelwensengesprek (met uitleg voor de patiënt [Het-behandelwensengesprek-voorlichting-voor-patienten.docx](#), een leidraad voor het gesprek, een behandelwensenformulier) te vinden. Zie [hier](#).

Wijs patiënten ook op thuisarts.nl:

- [keuzehulp/verken-uw-wensen-voor-zorg-en-behandeling](#)
- [ik-wil-nadenken-over-reanimatie](#)
- [wilsverklaring.pdf](#)

6.1 Handleiding verwerken WILSVERKLARING TOT NIET-REANIMEREN

De wilsverklaring van de patiënt :

- Zorg dat de patiënt een kopie heeft van de wilsverklaring die het beste bewaard kan worden bij het verzekerings- en/of ziekenhuispasje.
- patiënt adviseren naasten te informeren
- in geval van thuiszorg ook thuiszorgorganisatie kopie verklaring sturen
- patiënt adviseren een niet reanimeerpenning te dragen

Voor de huisartsenpraktijk/ invoeren in HIS:

- Episode A 20 aanmaken en daar NR wilsverklaring invullen
- Formulier scannen en koppelen aan episode NR wilsverklaring
- Invoeren (via Topicus) in dossier Huisartsenpost, zie handleiding [hier](#)
- in geval van thuiszorg ook thuiszorgorganisatie kopie verklaring sturen



Bijlage 7: drie wetten

7.1 Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO)

De WMO biedt ouderen ondersteuning om zo lang mogelijk thuis te wonen. *De WMO wordt uitgevoerd door de gemeente, denk hierbij ook aan het “keukentafelgesprek.*

Overige taken in de WMO:

- [begeleiding](#)
- [hulp bij het huishouden](#)
- [hulpmiddelen](#)
- [vervoer](#)
- [aanpassing van woning](#)
- [maaltijdservice](#)

7.2 De zorgverzekeringswet (Zvw)

De Zvw zorgt ervoor dat iedereen met een basisverzekering zorg krijgt waaronder verzorging en verpleging thuis (wijkverpleging).

De wijkverpleegkundige indiceert zelf welke verzorging en verpleging nodig is. Onder de Zvw valt ook het herstelbed (ELV bed)

7.3 Wet langdurige zorg (WLZ)

Een WLZ indicatie wordt afgegeven als zorg via de zorgverzekeringswet en de WMO niet meer toereikend is. Dat is als verzorging en verpleging 24 uur per dag noodzakelijk is ofwel “zorg of toezicht in de nabijheid van de patiënt” Deze WLZ-zorg is noodzakelijk voor een opname in een verpleeghuis maar kan ook thuis ingezet worden. Het aanvragen van een WLZ indicatie is geen taak van de huisarts of POH. Een mantelzorger of de wijkverpleging/casemanager dementie kan een aanvraag indienen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)

7.3.1 Eigen bijdrage

Bij een WLZ indicatie gaat de patiënt een eigen bijdrage betalen. Het aanvragen van een WLZ indicatie heeft dus financiële consequenties voor de patiënt.

De eigen bijdrage voor de WIZ wordt berekend aan de hand van het inkomen, het vermogen, de indicatie en de samenstelling van het huishouden van een patiënt. Meer informatie en een rekenhulp is te vinden bij hetcak.nl

Voor de WMO betaalt de patiënt een abonnementstarief van 19 euro per maand.



Bijlage 8: En wat als het thuis niet meer gaat

Op enig moment kan het voorkomen dat een oudere door een combinatie van factoren beter niet meer zelfstandig thuis blijft wonen. De zorg van mantelzorg, WMO voorzieningen, vrijwilligers, thuiszorg, paramedici en medici schiet tekort in de waarborg van een veilig dagelijks leven.

Wat zijn dan de stappen?

8.1 RAP-ZHN

Alle informatie over beschikbare bedden (ELV laagcomplex, ELV hoog-complex en WLz crisis) , incl. een stroomschema en het [afwegingsinstrument](#) is te vinden op de website: www.rap-zhn.nl. Het RAP-ZHN is enkel bedoeld ter ondersteuning van verwijzers (huisartsen, HAP, SEH en transferverpleegkundige).

We hopen snel het interventiesteam erbij te kunnen zetten.

Toelichting op het afwegingsinstrument:

8.1.1 WLZ Crisisbed

Een crisisopname op een crisisbed is bedoeld voor patiënten met een acute zorgbehoefte, *waarbij terugkeer naar huis niet meer mogelijk is*. Crisis vereist een opname binnen 24 uur en kan in heel Nederland plaatsvinden.

Het verschil in aanspraak op een crisisbed en ELV is, dat bij de aanspraak op een crisisbed altijd een WLZ-indicatie hoort te zijn gesteld. Zie ook

Een patiënt met een WLZ-indicatie komt dus niet in aanmerking voor een ELV.

8.1.2. ELV bed

Eerstelijns verblijf laag complex is medisch noodzakelijk *kortdurend verblijf* voor patiënten die tijdelijk niet meer of nog niet thuis kunnen verblijven.

Kenmerkend is dat de patiënt terugkeert naar de thuissituatie.

De huisarts blijft verantwoordelijk voor de geneeskundige behandeling, aangevuld met verpleging en verzorging.

Eerstelijns verblijf hoog complex is medisch noodzakelijk *kortdurend verblijf* voor patiënten die tijdelijk niet meer of nog niet thuis kunnen verblijven. Doel is multidisciplinair analyseren en behandelen van de aandoening(en) en/of beperking(en) *zodat terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie mogelijk is*. De huisarts draagt de medische verantwoordelijkheid tijdelijk over aan de specialist ouderengeneeskunde.



Duur en vergoeding

Eerstelijns verblijf wordt vergoed vanuit de basisverzekering (het eigen risico is van toepassing). Het verblijf duurt minimaal 24 uur en maximaal 3 maanden. Mocht het verblijf langer dan 3 maanden (91 dagen) noodzakelijk zijn dan vraagt de ELV-instelling twee weken voorafgaand aan het verlopen van deze periode toestemming aan.

Het ELV kan worden beëindigd om drie redenen:

1. De medische noodzaak voor het verblijf vervalt
2. De patiënt kan dan naar huis of naar een ander verblijfadres. Het tegenovergestelde kan ook aan de orde zijn: de zorg moet worden uitgebreid. Bijvoorbeeld naar een ziekenhuis of naar een WLZ-instelling.
3. De patiënt krijgt tijdens het verblijf in het ELV een indicatie voor de WLZ. Het verblijf kan worden voortgezet totdat een plek beschikbaar is. De kosten voor het verblijf vallen nu onder de WLZ (en niet meer onder de basisverzekering)

8.1.3. WLZ indicatie

Als herstel minder waarschijnlijk is en een blijvende opname nodig is!

Vraagt de familie, in samenwerking met wijkverpleegkundige of casemanager dementie, een WLZ indicatie aan bij het [CIZ](#).

De huisarts kan informatie meesturen of later de medisch adviseur informatie geven.

Ook na toekenning van een WLZ indicatie kan iemand gebruik blijven maken van thuiszorg en dagbesteding. Het voordeel van een toegewezen indicatie is, is dat bij een spoedsituatie eerder een opname geregeld kan worden, omdat de VVT organisatie waar de oudere op de wachtlijst staat "dossierhouder" is en een spoedopname kan faciliteren.

Meer informatie over de WLZ vind je hier:

- Informatie over WLZ-pakketen: [Zorginstituutnederland](#)
- Informatie of de gewenste zorg onder de WLZ valt www.ciz.nl
- website Regelhulp.nl



Bijlage 9 Praktische tips en weetjes

9.1 Wonen

Adviseer huurders, maar ook eigenaren van een koopwoning, zich in te schrijven bij de woningbouwvereniging als **woningzoekende**. Dat maakt het makkelijker als andere woonruimte gewenst is. Er is een woonconsulent bij Dunavie voor ondersteuning/zoeken naar passende woning, zie website

9.2 Regelhulp

Regelhulp is een routewijzer van het ministerie van VWS voor het regelen van langdurige zorg en hulp. Via de regelhulp-gidsen lees je relevante informatie over verschillende onderwerpen.

Lees meer: <https://www.beteroud.nl/thema-s/vroegsignalering/regelhulp-gids-editie-ouderen/>

9.3 Respijtzorg

Respijtzorg betekent dat iemand de zorg overneemt van de mantelzorger. Bijvoorbeeld als de mantelzorger op vakantie gaat, of als hij of zij de zorg tijdelijk niet aan kan. Ook logeren of dagopvang is een vorm van vervangende zorg die de mantelzorger ontlast. Respijtzorg gaat via de WMO (gemeente)

9.4 Dagbesteding

Dagbesteding zijn activiteiten overdag om de tijd prettig en/of zinnig te vullen.

De gemeente (via Welzijnskwartier) organiseert activiteiten waar iedereen naar toe kan. Dit worden 'algemene voorzieningen' genoemd.

Het gaat bijvoorbeeld om:

- koffieochtend in een buurthuis
- bewegingsprogramma's in een buurthuis
- verschillende vormen van welzijnswerk

Je kunt bij het Welzijnskwartier navragen welke mogelijkheden er zijn en wat de kosten zijn.

9.5 Dagbesteding met intensieve begeleiding

Intensieve begeleiding kan bijvoorbeeld nodig zijn vanwege dementie, een beperking of ter ontlasting van partner/mantelzorger.

Iemand krijgt dagbesteding vanuit de Wmo (via de gemeente) als:

- Er (nog) geen indicatie is voor de Wet langdurige zorg, en
- Er niet voldoende hulp meer mogelijk is uit eigen omgeving (bijvoorbeeld van partner, familieleden of anderen)

De kosten worden betaald door de gemeente **met** eigen bijdrage van standaard 19 euro (ongeveer) per maand, ongeacht inkomen

Heeft iemand een WLZ-indicatie, dan valt dagbesteding onder de WLZ. Bij deze indicatie hoort een [zorgprofiel](#). Met het zorgkantoor wordt besproken hoe de zorg wordt ingevuld. Bijvoorbeeld hoeveel dagdelen dagbesteding nodig is. Kosten moeten betaald worden uit het bij het ZP behorende bedrag, hierbij is ook sprake van een eigen bijdrage!

9.5.1 Eigen bijdrage

Deze is afhankelijk van het (gezins)inkomen en vermogen.

Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) bepaalt en int deze eigen bijdrage.

Men kan zelf een proefberekening maken <https://hetcak.nl/zelf-regelen/eigen-bijdrage-rekenhulp> of bel met het CAK via 0800 - 19 22 (gratis).

NB: Het ZP gaat uit van groepswonen dit betekent dat er minder mogelijk is voor een zelfstandig wonende oudere of het moet uit eigen middelen betaald worden. Voorheen 3 dagen dagbesteding? Na indicatie misschien maar 2 dagen mogelijk omdat ook de thuiszorg uit hetzelfde budget betaald moet worden.

9.5.2 Vervoer naar dagbesteding

Zo nodig krijgt iemand vervoer naar de dagbesteding vergoed. Dat geldt voor de dagbesteding vanuit de WMO en WLZ.

9.5.3 Mogelijkheden dagopvang

Duinrand en Vlietstede (DSV)

dsv-verzorgdleven.nl/zorg/dagbesteding

Zorgbemiddeling dsv– 071 20 490 30

Herberg Welgelegen

herbergwelgelegen.nl/zorg_dagbesteding

Tel: 071-889181

De Wilbert (Marente)

marente.nl/woonzorglocaties/locaties/de-wilbert/dagbesteding

Overduin (Topaz)

<https://topaz.nl/zorgaanbod/dagbesteding>

9.5.4 Wachtlijst verzorgings- en verpleeghuizen

Een patiënt heeft altijd een WLZ indicatie nodig om op een wachtlijst te komen
Informeel bij de verschillende huizen naar de wachttijd, dit kan enorm fluctueren!