



Zorgprogramma Friese Ouderenzorg

Praktische handreiking voor de huisartsenzorg

2024 - 2030

April 2025
Expertgroep ouderenzorg van DZ/KZF

Inhoud

Inleiding.....	3
Bouwsteen 1: Praktijkorganisatie	6
Bouwsteen 2	9
Signaleren en vaststellen van kwetsbaarheid, inventariseren en analyse.....	9
Bouwsteen 3 Individueel Zorgplan en interventies	12
Bouwsteen 4 Proactieve Zorg Planning (PZP, voorheen ACP).....	14
Bouwsteen 5 Polyfarmacie/Medicatiebeoordeling	15
Bouwsteen 6 MDO	18
Bouwsteen 7 Netwerkgorg middels wijkgericht werken (algemeen)	20
Structurele samenwerking met sociaal en welzijnsdomein	21
Structurele samenwerking met specialist ouderengeneeskunde.....	21
Structurele samenwerking met thuiszorg.....	21
Structurele samenwerking met Casemanagers Dementie	21
Bouwsteen 8 Mantelzorg	23
Bouwsteen 9 VIPLive Samenwerken	25
Gezondheidsbevordering	26
Somatisch.....	26
Functioneel	28
Maatschappelijk.....	30
Psychisch.....	31
Communicatie.....	33
Bijlage 1 Financiering van de inrichting en uitvoering van de Ouderenzorg vanaf 2024	37
Bijlage 2 Format praktijkplan ouderenzorg.....	38
Bijlage 3 Inzet van de specialist ouderengeneeskunde.....	41
Bronnenlijst.....	43

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 (*Planbureau Fryslân: Cijfers | Mensen | Inzicht, 2025*) en de beperkte beschikbaarheid van zorg en personeel vormen de uitdagingen voor de inrichting van een toekomstgerichte ouderenzorg.

Dit zorgprogramma is een praktische handleiding voor alle zorgverleners die werkzaam zijn in een huisartsenpraktijk in Friesland en betrokken zijn bij ouderenzorg. Voor de leesbaarheid van dit programma wordt de term praktijkondersteuner ouderenzorg (POH-o) gebruikt. Hiermee worden ook andere disciplines bedoeld, zoals de verpleegkundig specialist (VS) of de physician assistant (PA).

De ouderenzorg in de Friese huisartspraktijken is de afgelopen jaren verschillend ingevuld. In het najaar van 2022 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 en een deel van de praktijken heeft dit beperkt ingericht. Om alle praktijken tegemoet te komen, is dit zorgprogramma 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 deze zorg.

1. De ouderenzorg zoals beschreven in dit zorgprogramma 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: bij signalen van kwetsbaarheid wordt vroegtijdig het gesprek met de betrokkene(n) opgestart, zodat er bij toenemende zorgcomplexiteit de wensen van betrokkene en mogelijkheden van zorg duidelijk zijn.
4. Er is specifieke aandacht voor gesprekken over het levenseinde, waarbij de huisarts of verpleegkundig specialist eindverantwoordelijk is voor de medische besluitvorming, zoals het staken van medisch niet-zinnige of disproportionele behandelingen. Er is een goede overdracht in de gehele (acute) zorgketen van deze afspraken.
5. Ouderenzorg is teamwork. Binnen de praktijk (of samenwerkingsverband van praktijken) moet een heldere taakverdeling zijn en moet het duidelijk zijn wie aanspreekpunt is. Een in ouderenzorg geschoolde zorgverlener, bv. een POH-o 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, bijvoorbeeld de ouderenpsychiater en de ouderenfysiotherapeut.
7. Bovenstaande uitgangspunten worden uitgewerkt in onderstaande bouwstenen. De randvoorwaarden worden aangegeven. Bij de uitvoering staan links naar bruikbare tools.

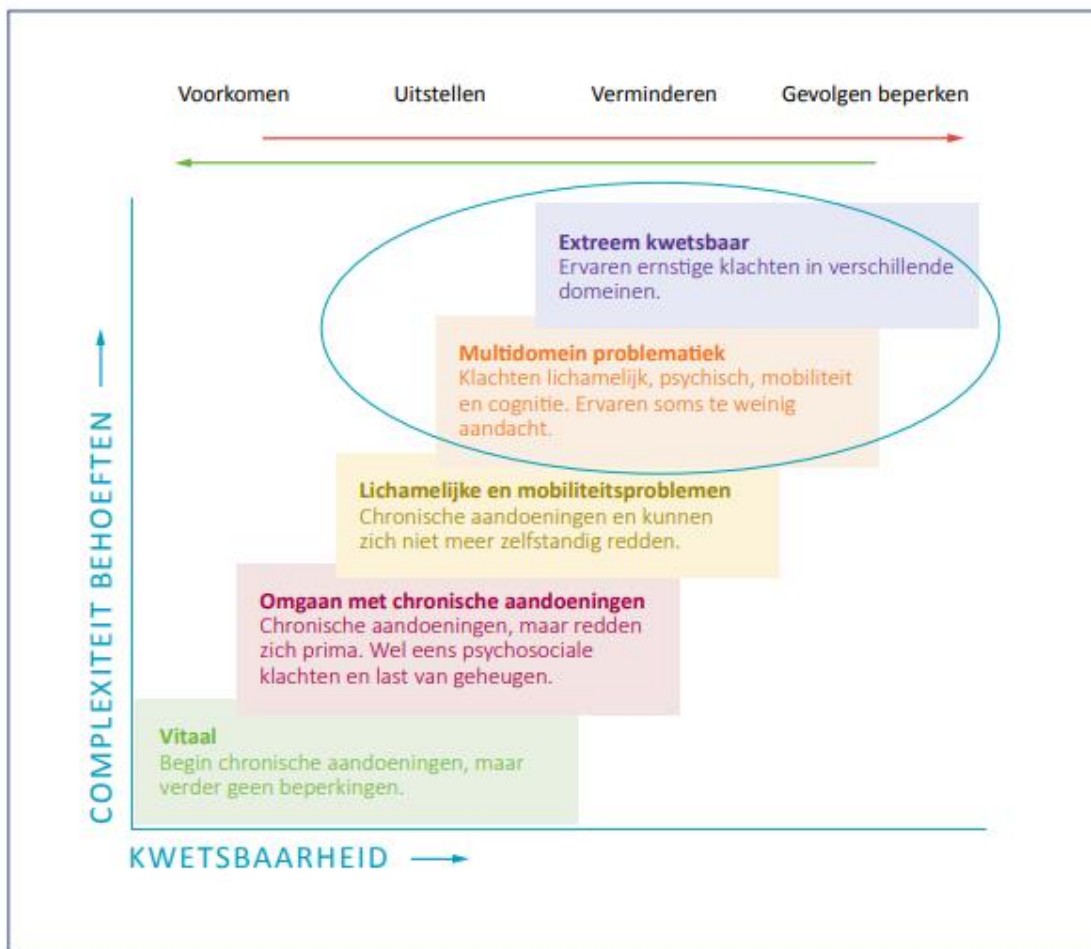
Voor welke ouderen is dit zorgprogramma bedoeld?

- Ouderenzorg zoals in dit programma beschreven, is bedoeld voor mensen vanaf 75 jaar. Echter, wanneer kwetsbaarheid wordt vastgesteld bij een patiënt jonger dan 75 jaar én er noodzaak is tot betrokkenheid van meerdere disciplines, dan kan ook deze patiënt geïncludeerd worden
- Er is sprake van kwetsbaarheid, vastgesteld o.b.v. klinische blik en/of afname GFI
- Er is noodzaak tot betrokkenheid van meerdere disciplines
- De kwetsbare oudere staat ingeschreven bij de huisartsenpraktijk.

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)” (*Kwetsbare Patiënten*, z.d.).

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 zorgbehoefte is verbonden met de mate van kwetsbaarheid en 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/verpleeghuis of overlijden is het in beeld brengen van de complexiteit van de situatie 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.

Het is belangrijk om de zorg anders te organiseren dan nu gebeurt, omdat we weten dat in de komende jaren het aantal ouderen fors toeneemt. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) zijn er in 2041 4,7 miljoen 65-plussers, terwijl dit in 2012 nog 2.7 miljoen waren (*Demografische Overgang in Fryslân - Planbureau Fryslân*, 2024). Dit heeft een enorme impact op de zorg en begeleiding die nodig is vanuit welzijn en de zorg in de eerste en tweede lijn.

Nb: In het kader van de leesbaarheid van dit zorgprogramma, wordt er steeds gesproken over de patiënt in mannelijke vorm. Hiermee verwijzen we niet naar een bepaald gender, maar 'de patiënt' is een mannelijk woord. Over de POH-o wordt geschreven in vrouwelijke vorm, maar ook hiervoor geldt dat we niet één bepaald gen

Bouwsteen 1: Praktijkorganisatie

Inleiding

Ouderenzorg is *netwerkgorg* en breder dan andere zorgprogramma's vanuit de huisartsenpraktijk. De organisatie van het netwerk, de multidisciplinaire samenwerking, de samenwerking in de wijk en met het sociaal domein, zijn 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 zorgverlener(s) met specifiek kennis van ouderenzorg zet(ten) deze zorg op en voeren de zorg uit. Denk aan de huisarts (evt. in grote praktijken een huisarts benoemen met aandachtsveld ouderenzorg), de verpleegkundig specialist/PA Ouderenzorg en/of praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige specifiek voor de ouderenzorg. 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-o. Vanuit de verzekeraar worden echter geen specifieke specialisatie-eisen gevraagd.

Binnen de huisartsenpraktijk zijn de huisarts 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 multidisciplinair overleg (MDO): zie bouwsteen 6 en voor deelnemers van het netwerk: zie bouwsteen 7.

Werkwijze

Stel een praktijkplan op, waarin de doelstelling bepaald wordt. Ook een definitie van de doelgroep, werkafspraken en de manier waarop geregistreerd wordt, neem je in het plan op.

Om de doelstelling te bepalen, zijn de volgende vragen van belang:

- Wat is ons uitgangspunt en wat willen we bereiken m.b.t. de ouderenzorg in ons werkgebied?
- Hoe groot is onze groep (potentieel) kwetsbare ouderen?
- Met welke groep kwetsbare ouderen willen we starten?
- Wat willen we bereiken/wat moet het opleveren voor de ouderen en voor ons?
- Hoeveel tijd geven we onszelf om de doelstelling te behalen?

Naast casefinding organiseert de POH-o het proces van selectieve screening op kwetsbaarheid (zie bouwsteen 2). Bij voorkeur worden beide werkwijzen vastgelegd in een praktijkplan. Een voorbeeld hiervan is als bijlage 2 opgenomen.

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 worden ingezet 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.

Overlegstructuren

Ouderenzorg is netwerkgorg, waarbij een structurele samenwerking tussen zorgverleners van belang is. Periodiek overleg is hierbij noodzakelijk, waarbij we onderstaande overlegstructuren adviseren:

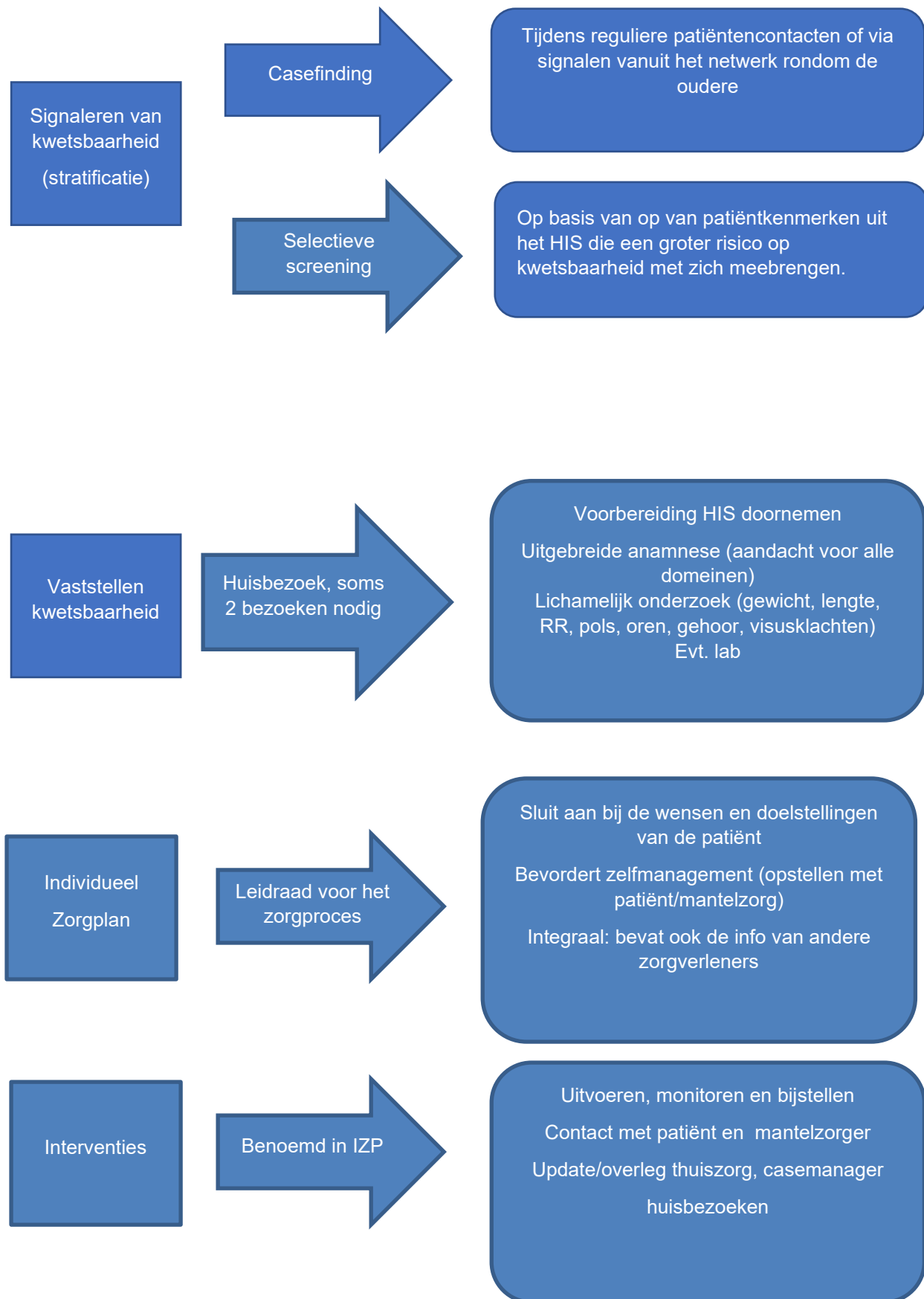
- De huisarts en POH-o hebben een periodieke patiëntbespreking over kwetsbare ouderen waaraan de huisartsenpraktijk zorg verleent.
- Er is een periodieke patiëntbespreking tussen huisartsenpraktijk en wijkverpleging, waarbij de situatie van patiënten die zorg nodig hebben worden besproken. De huisartsenpraktijk initieert en organiseert deze bespreking en nodigt de wijkverpleging uit. Wanneer nodig, kun je besluiten de situatie van de patiënt te bespreken in het MDO.

- Het multidisciplinaire overleg (MDO) wordt georganiseerd vanuit de huisartsenpraktijk en is bij uitstek patiëntgericht. Alleen de bij de casus betrokken disciplines en/of de patiënt-/mantelzorg worden uitgenodigd.
- Aangezien ouderenzorg netwerkzorg is, wordt naast het MDO een kernteam opgericht. Hier kan de POH-o het initiatief voor nemen, maar ook de wijkverpleegkundige. Het kernteam wordt in Friesland ook wel driehoeksoverleg (sociaal domein, VVT en huisartsenpraktijk), wijkgericht werken of geriatrisch team genoemd. ROS-Friesland kan bij het opzetten faciliteren: [Contact - ROS Friesland](#). 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.
- De huisartsenpraktijk/regio-organisatie (afhankelijk van wijze van contracteren) neemt het voortouw bij de introductie van het netwerk informatiesysteem (NIS), VIPLive en het borgen van werkafspraken met de gebruikers 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 eventueel bij directe patiëntenzorg vanuit consulten en verrichtingen.

Stappenplan Kwetsbare ouderen



Bouwsteen 2 Signaleren en vaststellen van kwetsbaarheid, inventariseren en 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 kwetsbare ouderen om proactief te kunnen handelen in overleg met oudere
- Bieden van gerichte zorg en ondersteuning om hun welzijn te verbeteren
- Negatieve gezondheidsuitkomsten voorkomen: bijvoorbeeld opnames in het ziekenhuis of verpleeghuis
- Verminderen van onnodige en belastende specialistische zorg

Wie & Werkwijze

Via casefinding

Een belangrijke manier om kwetsbaarheid te signaleren is casefinding. Hiervoor is het belangrijk dat alle medewerkers van de huisartsenpraktijk alert zijn op signalen van mogelijke kwetsbaarheid. Deze signalen kunnen zijn:

- 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(enpraktijk)
- Consultation gap: het laatste contact met de praktijk is langer dan 3 jaar geleden. Psychosociale problematiek zoals eenzaamheid of financiële problemen
- Recente ziekenhuis- of verpleeghuisopname
- Cognitieve beperkingen
- Motorische beperkingen
- Onveilige woonsituatie
- Toenemende vraag naar thuiszorg
- Overbelaste mantelzorger
- Laag opleidingsniveau of laaggeletterdheid
- Relatief afgenomen levensverwachting

Wanneer een vermoeden van kwetsbaarheid bestaat, volgt overleg tussen de huisarts en POH-o. Samen bepaal je of de kwetsbaarheid van de oudere verdere inventarisatie behoeft, die bijvoorbeeld middels een visite wordt vastgesteld. De Groninger Frailty Index (GFI) kun je inzetten als *hulpmiddel*, aangezien de uitkomst van deze vragenlijst niet altijd overeenkomt met de mate van kwetsbaarheid¹. Kwetsbaarheidsvragenlijsten waar onderzoek naar is gedaan, blijken negatieve gebeurtenissen niet beter te voorspellen dan de huisarts zelf. Het heeft dan geen zin om kwetsbaarheid alleen te scoren met een standaard vragenlijst.

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 medewerkers fysiotherapie of apotheek
- Andere samenwerkingspartners, zoals woningbouwvereniging en politie
- Een opmerking over kwetsbaarheid door een specialist bij een opname of SEH-bezoek

¹ [Screen kwetsbare ouderen niet met standaard vragenlijsten | Huisarts & Wetenschap \(henw.org\)](https://henw.org/)

Zij signaleren mogelijke kwetsbaarheid vanuit hun eigen perspectief en discipline. Wanneer dit wordt doorgegeven aan de huisartsenpraktijk, beoordeelt de huisarts en/of POH-o de veronderstelde kwetsbaarheid.

Via selectieve screening

Er kan geselecteerd worden op diverse patiëntgegevens uit het HIS. Door middel van selectieve screening is er meer kans om zorgmijders en patiënten met een cognitieve stoornis te vinden. Hiervoor is het van belang dat er goed geregistreerd wordt in het HIS.

Er zijn verschillende methoden voor selectieve screening. Eén hiervan is een selectie maken van alle patiënten van ≥ 75 jaar. Deze methode is tijdrovend. Er kunnen ook selecties in het HIS gemaakt worden, bijvoorbeeld met behulp van de Q-module in Medicom. Een andere (kosten) efficiënte methode is selectieve screening in VIPLive, een hulpmiddel voor populatiemanagement. Op deze manier kunnen risicoprofielen worden gemaakt op basis van leeftijd en medische gegevens uit het huisartsinformatiesysteem (HIS).² Ouderen worden gescreeend op kwetsbaarheidsindicatoren, zoals cognitie, medicijngebruik, mate van contact met de praktijk, chronische aandoeningen en de clinical frailty index. Deze gegevens worden weergegeven in het ouderenrapport en de selecties kunnen in het Excel bestand aangepast worden (Dam et al., 2013).

Inventarisatie actuele kwetsbaarheid tijdens een huisbezoek

Tijdens een huisbezoek bespreek je 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 de somatische, functionele, maatschappelijke, psychische en communicatieve domeinen (SFMPC-model) en vindt plaats bij de oudere thuis.

Het SFMPC-model

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 je het volgende gebruiken:

- Trazag [ACUTE KLAPPER \(pohkennisbank.nl\)](https://pohkennisbank.nl)
- Easycare [Kwetsbare ouderen in beeld met Easycare](#).
- [Zorgbehandelplan-format.pdf \(laego.nl\)](#) [SFMPC – werken in de ouderengeneeskunde](#)

Als hier aanleiding voor is, kun je een specifieke inventarisatie per onderwerp doen. In het hoofdstuk Gezondheidsbevordering staan veelvoorkomende problemen/klachten beschreven en, indien mogelijk, voorzien van links naar meer informatie.

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

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

Optioneel: geriatisch laboratoriumonderzoek. Doe dit in overleg met de huisarts en alleen op indicatie. Deze indicaties kunnen zijn een verhoogd valgevaar, ondervoeding, aanwijzingen voor alcoholmisbruik en/of acute afgenomen zelfredzaamheid. 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](#)

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,

² [Alternatieven voor het screenen van kwetsbare ouderen | Huisarts & Wetenschap \(henw.org\)](#)

welzijnsnetwerk. Hierbij bespreek je: woon- en leefsituatie, participatie, geestelijk en lichamelijk welbevinden en gezondheid. Voor het inzichtelijk maken en zoeken naar mogelijke oplossingen door de kwetsbare oudere zelf, kun je het Spinnenweb van Positieve Gezondheid gebruiken.

[Volwassentool Mijn Positieve Gezondheid - Institute for Positive Health \(iph.nl\)](https://www.volwassentool.nl/)

Toestemming uitwisselen van gegevens

Vraag aan de patiënt 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 noteer je de resultaten van verschillende vragenlijsten en de eindconclusie. Is de conclusie dat de patiënt kwetsbaar is, dan wordt de episode aangepast naar een ICPC A05. Open het Friese ouderenprotocol en vul tenminste de eerste 3 items in: aanwijzingen voor kwetsbaarheid, hoofdbehandelaar en deelname ketenzorg.

Financiering

Vanuit de taakdelegatietool 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) kun je altijd apart declareren.

Bouwsteen 3 Individueel Zorgplan en interventies

Inleiding

In deze bouwsteen worden stap 3 en 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, opstelt en uitvoert. Hierbij gaat het niet alleen over ziekten en aandoeningen, maar is er vooral aandacht voor het welbevinden van de oudere.

Een zorgplan opstellen heeft met name toegevoegde waarde wanneer:

- De patiënt of zijn/haar netwerk meerdere zorgvragen heeft
- Zorgvragen op meerdere domeinen (niet alleen fysiek)
- Er meerdere zorgverleners/disciplines betrokken zijn

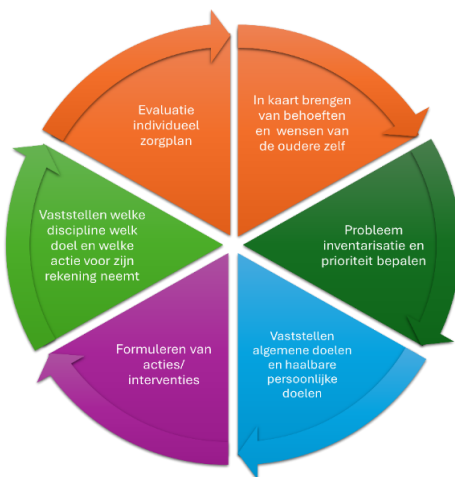
Doel

Er zijn diverse redenen om een zorgplan op te stellen, zowel vanuit de professional gezien als vanuit de patiënt:

- Een zorgplan draagt bij aan de kwaliteit van de zorg
- Het is een vorm van methodisch werken, waarmee je overzicht creëert en kunt prioriteren
- Het is een goede basis voor samenwerking en het vastleggen met het betrokken zorgnetwerk rondom één plan
- Een zorgplan is een vorm van patiëntgerichte zorg, waarbij de patiënt eigenaar is van het plan en zijn/haar eigen regie centraal staat
- Het zorgplan wordt opgesteld in voor de patiënt begrijpelijke taal

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

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



Wie

Het gesprek over het zorgplan wordt door de POH-o of wijkverpleegkundige met de patiënt gevoerd. Het kan zinvol zijn om hier ook een naaste van de patiënt bij te vragen, mits de patiënt hier toestemming voor geeft.

Werkwijze

- Het inventariserend gesprek (zie bouwsteen 2) is een belangrijke basis voor het individuele zorgplan (IZP). Om de patiënt in dit opzicht goed te leren kennen, is één gesprek niet altijd voldoende. Voer, indien nodig, meerdere gesprekken om duidelijk te krijgen wat voor de patiënt belangrijk is en leg dit vast in het HIS. Maak hierbij gebruik van de principes van Positieve Gezondheid: 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 ziet u graag anders in de zorg die u ontvangt?

Opstellen individueel zorgplan

Bepaal samen met de patiënt bij elk vastgesteld probleem het bijbehorende doel.

Leg haalbare algemene en persoonlijke doelen vast, formuleer deze vanuit de oudere zelf. 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:

- Herstel van functioneren
- Behoud van functioneren
- Symptoombestrijding
- Acceptatie van achteruitgang

Formuleer acties en interventies.

Maak de acties uitvoerbaar: wees specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden (SMART). Na het vaststellen van de doelen, bespreek je met de oudere de acties 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.

Leg vast welke discipline verantwoordelijk is voor de uitvoering hiervan. Denk hierbij niet alleen aan de formele zorg, maar ook aan de patiënt zelf en het informele zorgnetwerk.

Evalueren

Het IZP is een werkdocument wat je regelmatig evalueert. 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. Het zorgplan staat centraal bij de samenwerking binnen het zorgnetwerk en het MDO. VIPLive biedt ook de mogelijkheid tot een digitaal MDO per kwetsbare oudere.

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 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 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 leidend met betrekking tot medische besluitvorming en/of euthanasiewensen. Ook zijn er situaties denkbaar waarbij je de specialist ouderengeneeskunde in consult kan vragen voor PZP.

Werkwijze

Overweeg het proces van PZP in te zetten bij de volgende doelgroepen:

- Personen die zich (op basis van de surprise question) bevinden in de palliatieve fase
- 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 zijn geïdentificeerd
- 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
 - personen die zich in de palliatieve fase van het leven bevinden
 - 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 onderzoek (Glaudemans, 2018) blijkt dat ouderen het liefst tussen hun zeventigste en tachtigste jaar een PZP-gesprek met hun behandelend arts willen voeren. Het is dan ook goed om dit belangrijke onderdeel een vaste plek te geven in het ouderenzorgtraject. 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 de patiënt het document zelf in bezit heeft, bij voorkeur op een herkenbare plaats, en zelf eigenaar is.
5. Communicatie van het beleid naar de wijkverpleegkundige, Dokterswacht Friesland en bij opname: het ziekenhuis of de VVT-instelling.
6. Regelmatig de afspraken met betrokkenen evalueren en eventueel bijstellen, bijv. bij (nieuwe) gezondheidsproblemen of belangrijke life-events. Een wilsverklaring, als onderdeel van een PZP, heeft geen geldigheidsduur. Het kan belangrijk zijn om, bij belangrijke gebeurtenissen, deze verklaring opnieuw met de patiënt te bespreken.

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-o kan, met behulp van het ouderenrapport in VIPLive, 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-o 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 een onderdeel van het inkoopbeleid Huisartsenzorg 2024-2025.

31244 Eerste behandelwensgesprek Per verrichting € 94,18

31242 Vervolg behandelwensgesprek Per verrichting € 47,08

Websites voor de huisartsenpraktijk

Er zijn veel tools en ondersteunende websites rondom dit onderwerp. Ook voor 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 Proactieve Zorgplanning - Netwerk Friesland](#)

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

Websites voor betrokkenen en hun naasten

[Wensenboekje - Netwerk Friesland \(palliaweb.nl\)](#)

[Levenseinde | Thuisarts.nl](#)

Bouwsteen 5 Polyfarmacie/medicatiebeoordeling

Inleiding

Verkeerd medicijngebruik komt veel voor en leidt tot extra ziekenhuisopnames (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008). Uit vervolgonderzoek blijkt dat medicatie gerelateerde ziekenhuisopnames vier keer vaker voorkomen bij personen van 65+, dan bij jongere personen. In deze bouwsteen lees je hoe je de medicatiebeoordeling uitvoert.

Doel

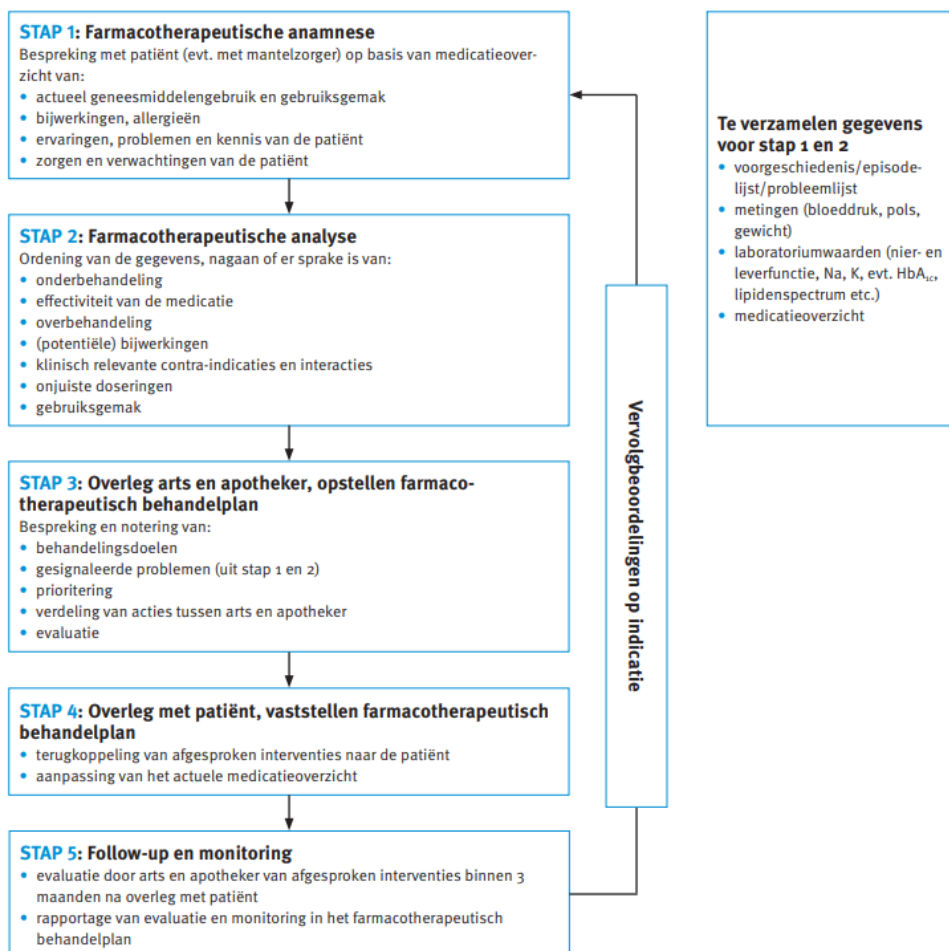
Een medicatiebeoordeling (MBO) is een beoordeling van de farmacotherapie van een patiënt. Het doel is te streven naar een optimaal doelmatige, effectieve en patiëntvriendelijke behandeling. Ook streef je met een MBO naar het verminderen van de kans op farmacotherapeutische problemen.

Wie

De medicatiebeoordeling wordt uitgevoerd door de (apothekhoudende) huisarts en/of apotheker. De POH-o kan hierin een ondersteunende rol aannemen door o.a. het selecteren van patiënten die in aanmerking komen voor een MBO, het afnemen van een medicatie-anamnese, zorg dragen voor een actuele bloeddrukmeting en laboratoriumonderzoek van < 1 jaar.

Werkwijze

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



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

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

STRIP-methode: [uitwerking stappenplan \(STRIP\).pdf](#)

STOPP- en START- criteria: [STOP-START-NL-criteria versie 2021.pdf](#)

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

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, kun 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 minder regie kan voeren, is het belangrijk dat goede onderlinge informatie-uitwisseling en afstemming plaatsvindt tussen de zorgverleners. Dit om tot een beleid te komen dat door iedereen gedragen wordt. Daarnaast is het zinvol en leerzaam om de expertise van andere disciplines te gebruiken binnen de zorg voor de kwetsbare oudere. Gezien de druk op de ouderenzorg is het niet haalbaar om bij elke kwetsbare patiënt een MDO te houden. Maak hierin keuzes en richt je bijvoorbeeld op patiënten met complexe zorgvraagstukken.

Doel

Het doel van het Multidisciplinair Overleg is het komen tot gezamenlijk gedragen beleid waarbij de wensen van de oudere centraal staan. Het MDO leent zich voor het afstemmen van het individueel zorgplan (IZP) en het maken van afspraken over verdere coördinatie en casemanagement. Ook biedt het structuur om de zorg voor de kwetsbare oudere te evalueren en integraal aan te pakken, waarbij het IZP leidend is.

Wie

Bij het multidisciplinair overleg zitten de volgende personen aan tafel:

- huisarts
- praktijkondersteuner ouderenzorg
- wijkverpleegkundige
- specialist ouderengeneeskunde (SO)

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

- casemanager dementie (CMD)
- apotheker
- ergotherapeut
- fysiotherapeut
- diëtist
- praktijkondersteuner GGZ
- welzijnscoach
- sociaal (maatschappelijk) werker

Werkwijze

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

- complexe problematiek
- behoefte aan onderlinge afstemming en samenwerking van het zorgnetwerk
- “vastlopen” in de zorg voor de patiënt

Nb: vraag altijd toestemming aan de patiënt, zeker als het sociaal domein betrokken is. Indien de patiënt geen toestemming geeft voor een MDO, bespreek de casus eventueel anoniem.

In het MDO wordt een zorgcoördinator aangewezen. Dat kan een POH-o zijn, een wijkverpleegkundige of casemanager dementie. Deze zorgcoördinator voert samen met de huisarts de regie: de huisarts heeft de (medische) eindverantwoordelijkheid en de coördinator neemt het meer operationele deel voor haar rekening:

- Jaarplanning van de MDO's met het kernteam, incl. frequentie, tijdstip, duur en locatie
- Versturen van de agenda en herinnering
- Het verwerken van alle afspraken en acties in het IZP

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 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 zorgcoördinator het Individueel Zorgplan met de oudere en eventueel zijn/haarverzorgende (b.v. wijkverpleegkundige) en mantelzorger. De zorgcoördinator stelt samen met de patiënt het IZP vast, inclusief mogelijke zelfmanagementacties voor de oudere.

[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

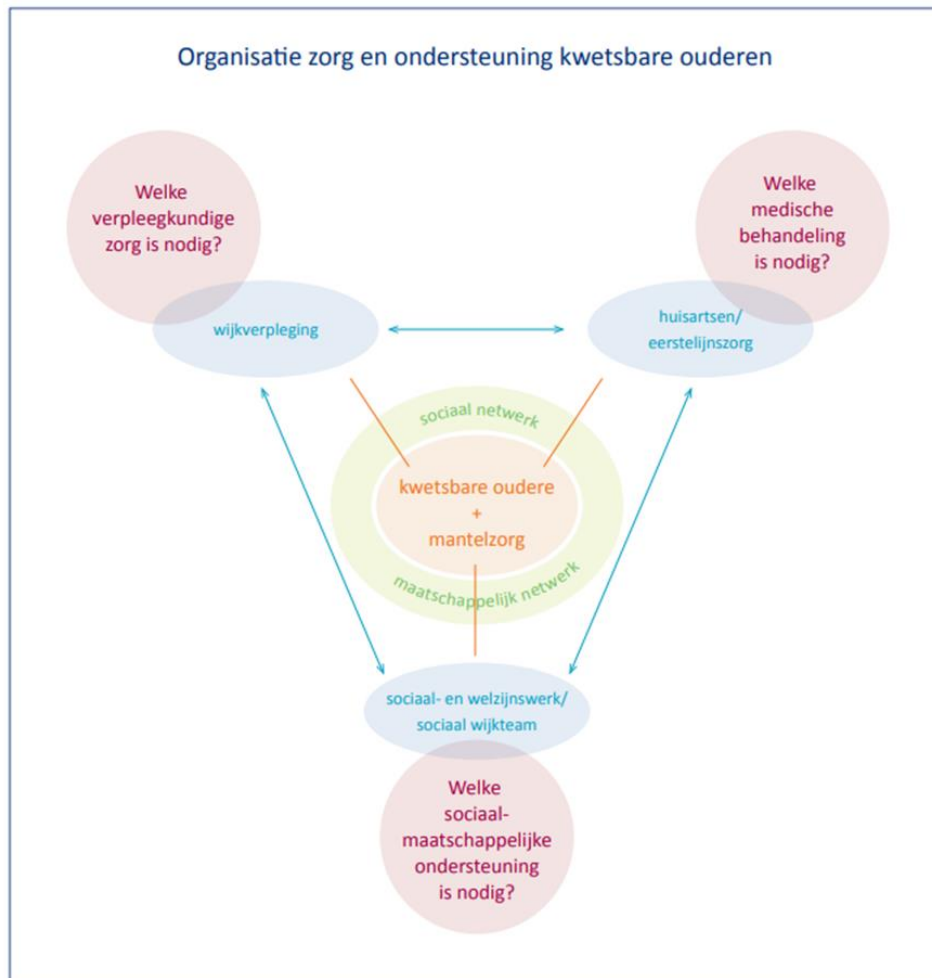
Bouwsteen 7 Netwerkzorg middels wijkgericht werken (algemeen)

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 zorgverlener of hulpverlener op de juiste plaats op het juiste moment (passende zorg). Om goede zorg te kunnen leveren aan kwetsbare ouderen 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 en ondersteuning kunnen bieden aan de kwetsbare oudere.

Werkwijze

Als er nog geen kernteam (VVT, gemeente en huisartsen) voor netwerkzorg aanwezig is, kan ROS Friesland helpen bij het opzetten.

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 Friesland (info@doktersdiensten.nl) hoe deze vergoeding kan worden aangevraagd.

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

Structurele samenwerking met sociaal en welzijnsdomein

De diverse domeinen van het leven, zoals beschreven bij bouwsteen drie, vormen samen de ervaren gezondheid van een persoon. Ze kunnen elkaar zowel positief als negatief beïnvloeden. Het is dan ook belangrijk om naast zorg ook aandacht te hebben voor het (gevoel van) welzijn. 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 de gemeente, dit kan via het WMO-loket. Voor meer informatie over Welzijn Op Recept, 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'. Het gaat hierbij altijd om maatwerk: wát heeft de betrokkene nodig om zich weer gezond(er) te voelen? Want meer leuke betekenisvolle activiteiten, zoals vrijwilligerswerk sportieve activiteiten of (lotgenoten-)contacten leiden tot meer welzijn en minder klachten!

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. Zij 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.

Structurele samenwerking met thuiszorg

De wijkverpleegkundige is vaak 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 kan zij het sociale domein erbij betrekken. Wanneer zowel een wijkverpleegkundige, een casemanager dementie en een POH-o betrokken zijn bij een oudere, is een nauwe samenwerking en afstemming over de zorg essentieel.

Structurele samenwerking met Casemanagers Dementie

Een casemanager dementie (CMD) is een specifiek opgeleide professional die mensen met dementie en hun naasten ondersteunt. Ook is deze casemanager de vaste contactpersoon. Vragen over dementie, maar ook over wonen, zorg, relaties en een zinvolle invulling van de dag kunnen beantwoord worden.

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

Er kunnen diverse redenen zijn om te verwijzen naar een CMD (zie ook het stroomschema via onderstaande link):

- Wanneer de diagnose dementie of mild cognitive impairment is gesteld
- Voor overleg bij een niet-pluisgevoel

- Wanneer er een vermoeden van dementie is, maar de patiënt staat niet open voor diagnostiek

Nb: verwijs bij dementie op jonge leeftijd bij voorkeur naar een casemanager die hiervoor opgeleid is.
[Casemanagement aanvragen | Netwerk Dementie Fryslân](#)

Financiering

- Aanvragen bij Dokterszorg indienen.
- Groeimodel netwerk MTVP: [Meer tijd voor de patiënt - Doktersdiensten](#)
- De betrokken disciplines hebben hun eigen financiering via zorgverzekeraarswet (ZVW), Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), Wet Langdurige Zorg (WLZ) etc.

Bouwsteen 8 Mantelzorg

Inleiding

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

Doel

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

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 tijd besteedt aan de zorg voor een ander of dat hij 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 liefst in een één-op-één-gesprek
- Benadruk dat de mantelzorger ook aan de eigen gezondheid moet denken
- Bespreek wat de mantelzorger nodig heeft om hulp te kunnen blijven geven
- Stimuleer de mantelzorger om de zorg te delen met andere naasten
- Spreek je waardering uit over de mantelzorger
- Maak samen met de mantelzorger een noodplan voor het geval hij/zij uitvalt

Verwijzen

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

Aanbevolen wordt om ook met de naaste in gesprek te gaan, vaak zegt hij 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)

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](#) Dit kan via het 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 of sportschool, maaltijdbezorging, onderhoud van tuin, etc.) voor de mantelzorger gaat via de gemeente.

Bouwsteen 9 VIPLive Samenwerken

Inleiding

Communicatie binnen het betrokken zorgnetwerk rondom de oudere gebeurt steeds vaker digitaal. Vanaf 1 januari 2024 werken vrijwel alle Friese huisartsenpraktijk met VIPLive. Voor de ouderenzorg is de aanvullende module VIPLive Samenwerken beschikbaar.

Doel

Zorgverleners kunnen met VIPLive gemakkelijker de zorg afstemmen, op een verantwoorde manier gegevens, zoals het PZP, delen en doeltreffender de zorg rondom de kwetsbare oudere plannen.

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.

Als 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

In VIPLive kun je samenwerken met andere zorgverleners. Dit kan via berichten of een digitaal MDO, waarbij beeldbellen mogelijk is. Centraal bij deze samenwerking staat het gezondheidsplan, wat voor iedere betrokken zorgverlener inzichtelijk en te bewerken is. Ook het PZP kan op een actieve manier inzichtelijk gemaakt worden voor de verschillende betrokken zorgverleners.

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 de 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 PZP-gesprek.

PZP

VIPLive beschikt over de mogelijkheid om PZP-gegevens te registreren (in VIPLive wordt de afkorting ACP nog gebruikt) 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, kunnen de gegevens 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 patiënt communiceren. De wijkverpleegkundige kan via deze appmetingen doorgeven aan de huisartsenpraktijk.

Gezondheidsbevordering

Inleiding

In dit hoofdstuk worden geen bouwsteen beschreven, maar aandoeningen die bij ouderen kunnen voorkomen. Het is belangrijk deze aandoeningen te herkennen, want problemen in het ene aandachtsgebied kunnen leiden tot problemen in één of meer van de andere aandachtsgebieden. Zo is een zorgvrager met incontinentie kwetsbaarder voor eenzaamheid of depressie. Alert zijn op veelvoorkomende aandoeningen is dus van belang, maar gezondheid is meer dan wel of geen ziekte hebben. Als we ook naar veerkracht en compensatievermogen kijken, komen we al snel uit bij Positieve Gezondheid. Deze theorie gaat uit van de mens als geheel en is uitgewerkt in zes dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Deze dimensies worden weergegeven in een spinnenweb, wat dient als een gesprekstool. Zo ontdek je ook op welke dimensies/gebieden de patiënt iets zou willen veranderen.

Doel

Tijdige signalering van problemen/beperkingen en hierop actie ondernemen is belangrijk om andere problemen of verergering te voorkomen. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan datgene wat wel goed gaat en waar iemands veerkracht ligt.

SFMPC-model

Zoals eerder in het zorgprogramma beschreven, staat de afkorting SFMPC voor somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatief. Per domein zijn een aantal veelvoorkomende problemen beschreven. Deze worden de komende tijd aangevuld.

Somatisch

Incontinentie

Incontinentie bij ouderen is een veelvoorkomende klacht. Van thuiswonende vrouwen boven de 65 jaar is 14% dagelijks incontinent, van mannen in dezelfde leeftijdscategorie is dit 5-7%. Incontinentie voor ontlasting komt minder vaak voor, toch speelt dit probleem bij ongeveer 1:10 ouderen (Oostveen & Kenter, 2024). Het is belangrijk dat de POH-o aandacht heeft voor dit veelvoorkomende probleem bij ouderen, want het kan gevolgen hebben op diverse vlakken, zoals een verminderd zelfvertrouwen en minder deelname aan activiteiten. Ook op seksueel gebied kan incontinentie een negatieve rol spelen. Daarnaast neemt het valrisico toe en hebben mensen met incontinentieproblemen vaker huidaandoeningen.

Wees alert op incontinentieklachten bij:

- Beperkingen die de toiletgang bemoeilijken
- Medicijnen zoals opiaten, diuretica, antidepressiva en calciumantagonisten
- Co-morbiditeit, zoals een CVA, m. Parkinson, MS, COPD, reuma, dementie, DM en hartfalen.
- Bij een voorgeschiedenis met vaginale bevallingen, operaties, radiotherapie in het kleine bekken of prostaatoperaties

Nb: zijn er mictieklachten in korte tijd ontstaan of toegenomen? Denk dan aan differentiaaldiagnosen, zoals diabetes, een urineweginfectie, nierstenen of een blaastumor.

Vul de anamnese (Oostveen & Kenter, 2024, p. 206-207) aan met lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek indien nodig. Dit kan bestaan uit het bijhouden van een mictie- en defecatieboek, urineonderzoek en/of fecesonderzoek.

Stel, afhankelijk van de bevindingen, de ernst van de klachten, de evt. predisponerende factoren én de wens van de patiënt (Oostveen & Kenter, 2024), een behandelplan op. Hierbij kan o.a. aandacht zijn voor goed passend incontinentiemateriaal, het herzien of voorschrijven van medicatie, een goede vochtintake of oefentherapie (Oostveen & Kenter, 2024).

Links:

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

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

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

Ondervoeding en uitdroging

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 of onvolwaardig eten, een probleem met de voedselopname of een hoger energieverbruik door veroudering of een onderliggend probleem. Door dit tekort worden spieren afgebroken om als energiebron te dienen. Dit verhoogt de kwetsbaarheid, want ouderen hebben hun spiermassa en spierkracht hard nodig om goed te kunnen blijven functioneren.

Er is sprake van ondervoeding bij ouderen bij onbedoeld gewichtsverlies van 5% in een maand, 10% in een half jaar en/of bij een BMI <20. Wees hierbij alert op oedeem, wat verlies van spiermassa kan maskeren. Risico op ondervoeding is er wanneer er sprake is van gewichtsverlies tussen 5 en 10% in het afgelopen half jaar, 3 dagen (vrijwel) niet gegeten hebben of gedurende 1 week minder dan normaal gegeten hebben. De SNAQ65+ is het screeningsinstrument voor voeding voor thuiswonende ouderen.

Bij een risico op ondervoeding geeft de huisarts/POH-o zelf adviezen over gezonde eiwit- en energieverrijkte voeding. Wanneer er sprake is van ondervoeding, vindt er een verwijzing naar de diëtiste plaats (*NHG Ondervoeding*, z.d.).

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 met zomerhitte is dit meer. Dit lukt veel mensen niet of met veel moeite, mede omdat het dorstgevoel afneemt (Van Binsbergen et al., 2013). Met name ouderen met cognitieve problemen, slikproblemen en ouderen die afhankelijk zijn van hulp of zorg, lopen een verhoogd risico op uitdroging.

Geef bij (dreigende) uitdroging adviezen op basis van Thuisarts.nl (zie link). Overleg met de huisarts bij alarmsymptomen, als de patiënt bekend is met nier- of hartfalen en bespreek of er medicatie (tijdelijk) verminderd of gestaakt moet worden.

Links:

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

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

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

[Hoe zorg ik dat ik niet uitdroog? | Thuisarts.nl](#)

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

Mondzorg bij kwetsbare ouderen

In Nederland gaat 50% van de 75-plussers niet meer jaarlijks naar de tandarts. Van de thuiswonende kwetsbare ouderen hebben 200.000 personen een slecht gebit. Per normpraktijk zijn dit 25-30 patiënten. Dit is relevant, want onderzoeken hebben aangetoond dat er een relatie bestaat tussen een slecht gebit en longaandoeningen, cardiovasculaire aandoeningen, DM en kanker. Daarnaast geeft een slecht gebit een grotere kans op verminderde kwaliteit van leven, pijn, sociaal isolement, ondervoeding (spiermassaverlies) en verminderde capaciteit ADL. En wanneer cariës leidt tot een ontsteking in de kaak, kan dit zelfs leiden tot een delier (verwardheid die plotseling optreedt).

Goede mondzorg bestaat uit vroegtijdige signalering van (risico op) mondproblemen en een mondzorgplan dat aansluit bij en rekening houdt met de kwetsbaarheid. Samenwerking en een duidelijke taakverdeling van betrokken zorgverleners en de oudere zelf op het gebied van signaleren, behandeling en opvolging is noodzakelijk. Het advies hierbij is om de regierol bij mondzorg voor aan

huis gebonden ouderen te laten vervullen door een tandarts/tandartsgeriatrie. De eerste lijn ouderenzorg kan een belangrijke rol in spelen in de signalering en het scheppen van voorwaarden om de mondzorg te organiseren.

Links:

[Mondgezondheid in kaart brengen](#)

www.demondnietvergeten.nl

[Vijf vragen die je stelt om gebitsproblemen te signaleren - Nursing.nl | Nursing voor verpleegkundigen](#)

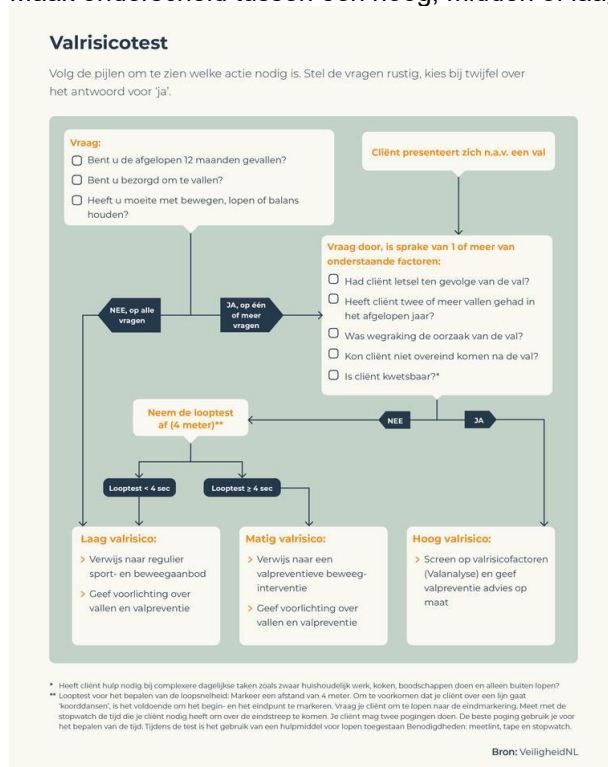
[Mondproblemen | Thuisarts.nl](#)

Functioneel

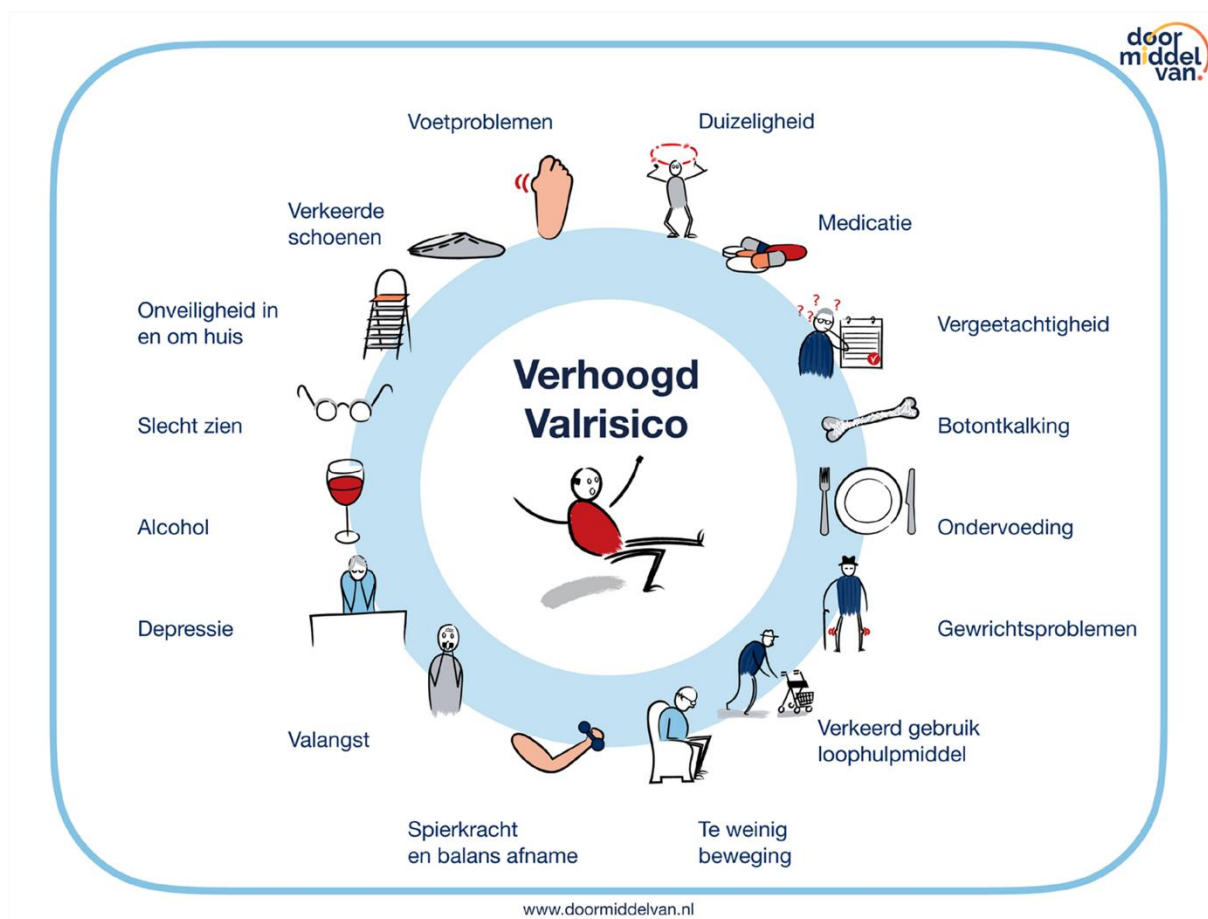
Immobiliteit & vallen

Bekend is dat één op de drie thuiswonende ouderen minstens eenmaal per jaar valt en dat 70% van deze ouderen lichamelijke gevolgen hiervan ondervindt. Bij thuiswonende ouderen zijn de belangrijkste risicofactoren: mobiliteitsstoornissen (stoornissen in balans, spierkracht en lopen/transfers), een eerdere val, psychofarmaca, polyfarmacie, beperkingen in de uitvoering van ADL-taken, gewrichtsaandoeningen, visusstoornissen, urine-incontinentie, hoge leeftijd, depressie, cognitieve stoornissen en valangst.

Maak onderscheid tussen een hoog, midden of laag valrisico m.b.v. dit stroomschema:



Bij de categorie ouderen met een hoog valrisico is het van belang dat er aandacht is voor alle risicofactoren, zoals hierboven genoemd. Een handig instrument wat ondersteunt bij deze multifactoriële manier van kijken is deze praatplaat. Interventies vinden plaats aan de hand van de wensen en mogelijkheden van de patiënt en de gevonden risicofactoren.



Links:

[Opsporen | VeiligheidNL](#)

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

[Fractuurpreventie | NHG-Richtlijnen](#)

Slaapproblemen

Een gezond slaappatroon zorgt er o.a. voor dat lichaam kan herstellen en geest tot rust kan komen. Van de 75-plussers geeft 19% van de mannen en 34% van de vrouwen aan dat men slaapproblemen ervaart. Mensen uit de lagere inkomensgroepen hebben tot twee keer zo vaak slaapproblemen dan mensen uit de hogere inkomensgroep. Ook mensen met een slechte gezondheid ervaren meer slaapproblemen (11). Andere oorzaken die een rol kunnen spelen zijn het normale verouderingsproces, lichamelijke problemen (pijn, nycturie), een langzamere afbraak van medicatie en middelen, stress door bijvoorbeeld een verlies of een afname van een actieve leefstijl (1). Slaapproblemen die langer dan drie maanden aanhouden en chronische en ernstige klachten geven die het functioneren overdag beperken, worden een slaapstoornis of insomnia genoemd.

Slapeloosheid kan op lange en korte termijn gevolgen hebben. Men kan zich minder goed concentreren, de prikkelbaarheid neemt toe en het geheugen kan afnemen. Ook ongelukjes in en rond het huis vinden vaker plaats bij mensen die slecht slapen. Het slechte slapen zelf kan ook stress veroorzaken, waardoor men in een vicieuze cirkel kan belanden.

Wanneer een slaapanamnese of het slaapdagboek slaapproblemen of een slaapstoornis aantonen, dan worden er bij voorkeur niet-medicamenteuze interventies ingezet, zoals voorlichting en gedragsmatige adviezen. Verwijs hiervoor naar Thuisarts.nl of naar de poh-GGZ. Slaapmiddelen verhogen het risico op vallen, ongelukken, verslaving en een wisselwerking met andere medicijnen. Zij

zijn alleen voor kortdurend gebruik geïndiceerd bij een hoge lijdensdruk en een ernstig effect op het dagelijks functioneren (1).

Links:

[Slaapproblemen | NHG-Richtlijnen](#)

[Ik ga een slaapdagboek invullen om te zien hoeveel ik slaap | Thuisarts.nl](#)

[Ik wil beter slapen: slaapadviezen | Thuisarts.nl](#)

Maatschappelijk

Het gedachtegoed van Positieve Gezondheid is dat je de mens ziet als geheel, waarbij er ook aandacht nodig is voor het maatschappelijk domein. Hier kunnen problemen ontstaan als gevolg van fysieke, psychische of functionele beperkingen. Andersom kunnen bijvoorbeeld eenzaamheid, ervaren cultuurverschillen of geldzorgen leiden tot een verminderd vermogen om deel te nemen aan de maatschappij.

Sommige problemen zijn voor ouderen moeilijk bespreekbaar, vanwege schaamte. Het is daarom van belang dat een POH-o hier op een actieve manier aandacht voor heeft. In eerste instantie kan dit via een brede anamnese of het spinnenweb als gesprekstool. Er kunnen ook gerichte interventies worden ingezet, zoals de eenzaamheidsschaal: Eenzaamheidsschaal – Meetinstrumenten in de zorg ([meetinstrumentenzorg.nl](#)).

Welzijn op recept

In Friesland is het mogelijk om gebruik te maken van Welzijn op Recept (WOR) als interventie. WOR kent twee doelen, namelijk:

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

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.

Welzijn op Recept is 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. Het gaat hierbij vooral om mensen die zelf niet de weg vinden naar het welzijn, maar via eerstelijnszorg in beeld komen. Denk aan (kwetsbare) ouderen.

WOR onderscheidt zich van ander sociaal werk doordat het om een kortdurend, individueel ondersteuningstraject gaat. De doelgroepen zijn: patiënten met lichte psychosociale problematiek zoals stress, somberheid, angst en eenzaamheid. Het is gericht op het verhogen van het welbevinden van mensen door participatie (stappen zetten om deel te nemen aan activiteiten, maatjesproject, vrijwilligerswerk). Het gaat hierbij niet om hulpverlening.

Werkwijze

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

Psychisch

Dementie

In Nederland krijgt één op de vijf mensen dementie. Bij vrouwen is dat één op de drie (*Feiten en Cijfers Over Dementie* | *Alzheimer Nederland*, z.d.). Wees alert op de mogelijkheid van dementie bij geheugenklachten, veranderingen in het gedrag en minder specifieke signalen, zoals lichte verwondingen, valneiging en/of loopstoornissen affectieve klachten, zoals apathie, depressie en angst, maar ook verwardheid, concentratie- en oriëntatiestoornissen, gewichtsverandering of veranderde eetlust en/of signalen van derden (*Dementie*, z.d.).

Het is belangrijk om je te realiseren dat er meer oorzaken kunnen zijn van bovenstaande signalen, zoals een delier of een depressie. Onderstaand schema laat de verschillen duidelijk zien.

	delier	dementie	depressie
beloop	Symptomen fluctueren gedurende het etmaal (doorgaans meer uitgesproken in avond en nacht)	stabiel gedurende het etmaal	dagschommelingen: doorgaans zijn de klachten 's morgens erger dan 's avonds
bewustzijn	(afwisselend) gedaald of hyperalert	ongestoord	ongestoord
aandacht	gestoord	in beginstadium ongestoord	kan gestoord zijn door interesseverlies
oriëntatie	fluctuerend	gestoord (afhankelijk van ernst dementie)	ongestoord
spraak	incoherent	afasie (afhankelijk van de ernst)	ongestoord of langzaam
denken	ongeorganiseerd	verarmd	ongestoord
geheugen	kortetermijngeheugen gestoord	korte- en langetermijngeheugen gestoord	intact, maar soms gestoord t.g.v. gestoorde aandacht en concentratie
hallucinaties en wanen	doorgaans aanwezig (vluchtig en inhoudelijk niet-complex) (zie details)	doorgaans afwezig (behalve in latere stadia) (zie details)	doorgaans afwezig (behalve bij psychotische depressie)
beloop	symptomen fluctueren gedurende het etmaal (doorgaans meer uitgesproken in avond en nacht)	stabiel gedurende het etmaal	dagschommelingen: doorgaans zijn de klachten 's morgens erger dan 's avonds

Bron: NHG-Standaard Delier, 2020

Bij dementie is er sprake van een chronische en vaak progressieve hersenziekte, die problemen kan veroorzaken op het gebied van geheugen, de aandacht, het spreken en uitvoerende functies. Als er wel cognitieve stoornissen zijn, maar de patiënt is nog zelfstandig (met of zonder hulp van een mantelzorger), dan wordt er gesproken over mild cognitive impairment (MCI). In beide fasen, maar ook nog voor een diagnosestelling, kan er een verwijzing naar een casemanager dementie (CMD)

plaatsvinden. Een handig stroomschema vind je via deze link: [Casemanagement aanvragen | Netwerk Dementie Fryslân](#).

De huisarts kan, met de hulp van een POH-o, in veel gevallen zelf de diagnostiek doen, op basis van de (hetero)anamnese, lichamelijk onderzoek en evt. aanvullend onderzoek volgens de NHG-richtlijn dementie. Deze onderzoeken worden bij voorkeur over meerdere consulten verspreid, zodat de huisarts de patiënt meerdere keren ziet. Let wel, diagnostiek wordt alleen gedaan als de patiënt hiermee instemt en na overweging van de voor- en nadelen van diagnostiek (Dementie, z.d.). Indien nodig kan de huisarts een specialist ouderengeneeskunde (SOG) betrekken bij de diagnostiek of de patiënt verwijzen naar de tweede lijn.

Na diagnostiek inventariseert de huisarts of de POH-o de zorgbehoefte van de patiënt en zijn/haar mantelzorger. Op basis hiervan wordt in overleg met de patiënt een zorgplan gemaakt, waarbij eventuele andere zorgverleners uit het zorgnetwerk worden betrokken.

Links:

[Dementie | NHG-Richtlijnen](#)

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

[Voor professionals | Netwerk Dementie Fryslân](#)

Delier

Een delier komt naar schatting bij 5 op de 1000 75-plussers voor (1) per jaar. Een delier is ingrijpend om mee te maken en is vaak een signaal van een kwetsbaar brein en/of een onderliggend ziektebeeld. Het is goed om hier binnen de ouderenzorg aandacht voor te hebben.

Kenmerkend voor een delier zijn dat het beeld acuut ontstaat, binnen enkele dagen tot uren. Gedurende de dag wisselt de ernst van de symptomen. Ook is er een aandachts- en bewustzijnsstoornis en een verandering in cognitie of waarnemen (hallucinaties) met soms (paranoïde) wanen.

Er zijn meerdere mogelijke oorzaken voor een delier, zoals een ontsteking, alcoholgebruik, medicatie(wijzigingen), verstoring in de elektrolyten, pijn of uitdroging. Risicofactoren op het ontwikkelen van een delier zijn onder andere een hoge leeftijd, al bestaande cognitieve problemen, een eerder doorgemaakt delier of problemen op het gebied van het gehoor of zicht (5).

Wanneer een delier is vastgesteld, is het belangrijk om de oorzaak te behandelen. Daarnaast moet er een veilige, rustige omgeving worden geboden. De symptomen kunnen, indien nodig, met medicijnen worden behandeld. (1)

Voor een POH-o is het belangrijk onderscheid te kunnen maken tussen een delier en andere voorkomende aandoeningen, die elkaar wat betreft symptomen kunnen overlappen.

Links:

[Delier en dementie: overeenkomsten en verschillen \(youtube.com\)](#).

[09c3b9eb-a538-c066-3f47-70c2e434dbb5 \(umcg.nl\)](#) of

[5f0dbc21-77eb-90ec-c8b9-c074763d19ee \(umcg.nl\)](#)

[Ik heb een delier gehad | Thuisarts.nl](#)

Communicatie

Gehoörproblemen

Gehoörproblemen bij ouderen komen veel voor. Ruim 30% van 65-plussers heeft relevant gehoorverlies en dit percentage neemt toe bij het ouder worden (*KNO-Ledensite | Login*, z.d.) Men lijkt ervan uit te gaan dat het "gewoon bij de leeftijd hoort", maar slechthorendheid bij ouderen kan veel gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven. Zo komt dementie vijf keer vaker voor bij slechthorenden en ook de kans op angsten, depressie en stress neemt toe. Ook gaat het onderhouden van sociale contacten moeilijker waardoor mensen in een isolement terecht kunnen komen.

Veelvoorkomende oorzaken van slechthorendheid zijn presbycusis (door fysiologische veroudering van het gehoorzintuig), overmatig cerumen, ototoxiciteit (bijvoorbeeld door chemo), tinnitus en een overmatige blootstelling aan lawaai. Omdat ouderen vaak afwachtend zijn in het bespreken van hun gehoorproblemen en het vragen om hulp, heeft de huisartsenpraktijk een belangrijke signalerende rol. Als POH-o is het goed om te vragen naar problemen met het horen en alert te zijn op signalen, zoals wanneer de patiënt:

- vaak "hè?" zegt
- niet op aanspreken reageert
- antwoord geeft die niet bij de vraag past
- opeens over een ander onderwerp begint
- sociale contacten vermijdt

De NHG-standaard slechthorendheid (zie link) bevat richtlijnen voor het verwijzen naar een KNO-arts. Ook hebben ouderen vaak baat bij een gehoorapparaat. Omdat wennen aan een gehoorapparaat moeilijker gaat naarmate het gehoor slechter wordt, en de leeftijd vordert, is het van belang dat er niet te lang gewacht wordt met een verwijzing (Oostveen & Kenter, 2024).

Link:

[Slechthorendheid | NHG-Richtlijnen](#)

Problemen met het zicht

Net als gehoorverlies, heeft het verlies van gezichtsvermogen vaak een grote impact op het leven van ouderen. Bij 70-plussers is 20% van de mannen en 22% van de vrouwen slechtziend (*Visuele Beperkingen - Verwijzing en Revalidatie*, z.d.). Er zijn diverse oorzaken voor deze visuele beperking bij ouderen, waarbij de belangrijkste de veroudering van de ogen is: het glasvocht in de oogbol verandert, waardoor dit troebel kan worden of het netvlies kan loslaten. De ooglenzen worden stugger en de pupillen worden nauwer. Maar ook hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, een hoge bloeddruk en een slechte leefstijl kunnen een rol spelen bij het ontstaan van slechtziendheid.

Een belangrijke rol van de POH-o ligt op het gebied van preventie en signalering:

- vraag naar problemen met het zicht (lezen, tv kijken, telefoon bedienen, het lezen van medicatievoorschriften)
- let op signalen die kunnen wijzen op problemen met lezen en schrijven, zoals het niet verschijnen op een afspraak en medicatie onjuist innemen
- let op vlekken in de kleding en andere zaken die kunnen wijzen op beperkingen in de zelfzorg
- heeft de patiënt een oude bril en is de visus de afgelopen drie jaar nog gecontroleerd?
- is er sprake van vallen zonder aanwijsbare oorzaak?
- bij mensen met diabetes: gaat de patiënt nog naar reguliere controles en is er een fundusstatus bekend?
- hoe is de leefstijl en zijn bloeddruk en cholesterol bekend?

Heb als POH-o aandacht voor:

- medicatiegebruik
- heeft patiënt de juiste hulpmiddelen* om het beperkte zicht te compenseren?
- is het veilig in en om het huis (obstakels, voldoende licht etc.)
- zijn er beperkingen in de zelfzorg door de slechtziendheid? Kan de patiënt zijn (financiële) administratie nog doen?
- Zijn er problemen op sociaal of psychisch gebied a.g.v. de slechtziendheid?

Hulpmiddelen zijn verkrijgbaar bij de hulpmiddelenwinkel. Ook kunnen mensen door een specialist verwezen worden naar expertisecentra zoals Visio en Bartimeus voor hulp(middelen) en ondersteuning (Oostveen & Kenter, 2024).

Links:

[Visusklachten | NHG-Richtlijnen](#)

[Koninklijke Visio - Expertisecentrum voor slechtziende en blinde mensen - Blindeninstituut Bartimeus - Bartimeus, voor mensen die slechtziend of blind zijn.](#)

Eerstelijnsverblijf

Het Zorgcoördinatiepunt Ouderenzorg Friesland (ZOF) ondersteunt de huisarts, Verpleegkundig Specialist en/of POH-o. De triagisten van het triagepunt Friesland bieden advies en ondersteuning, zodat de juiste zorg op de juiste plek komt. Zij hebben een compleet overzicht van beschikbare bedden voor verschillende zorgvormen. Voor opname en advies is het ZOF Friesland bereikbaar via 088-5127777.

Verschillende soorten zorg

Soort zorg	Vergoeding van	Bijbetalen?
Huisartsenzorg	Zorgverzekeraar	nee
Zorg van de apotheek	Zorgverzekeraar	Soms eigen bijdrage medicatie
Verzorging en verpleging thuis	Zorgverzekeraar of Wlz als er een Wlz-indicatie is	Nee bij de zorgverzekeraar Ja bij een Wlz-indicatie
Verzorging en verpleging in een hospice of bijna thuis-huis	Zorgverzekeraar of Wlz als er een Wlz-indicatie is	Meestal niet bij zorgverzekeraar, Ja bij een Wlz-indicatie
Hulpmiddelen	Zorgverzekeraar, WMO of (bij een indicatie) Wlz	Nee bij zorgverzekeraar of Wlz, Ja bij WMO
Wijkverpleging	Zorgverzekeraar	Nee
Huishoudelijke hulp	WMO of (bij indicatie) Wlz	Ja
Aanpassingen in huis	WMO	ja
Ondersteuning voor je naasten	WMO	ja
Vervoer in de regio	WMO	ja

[Herstellzorg](#)

[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](#)

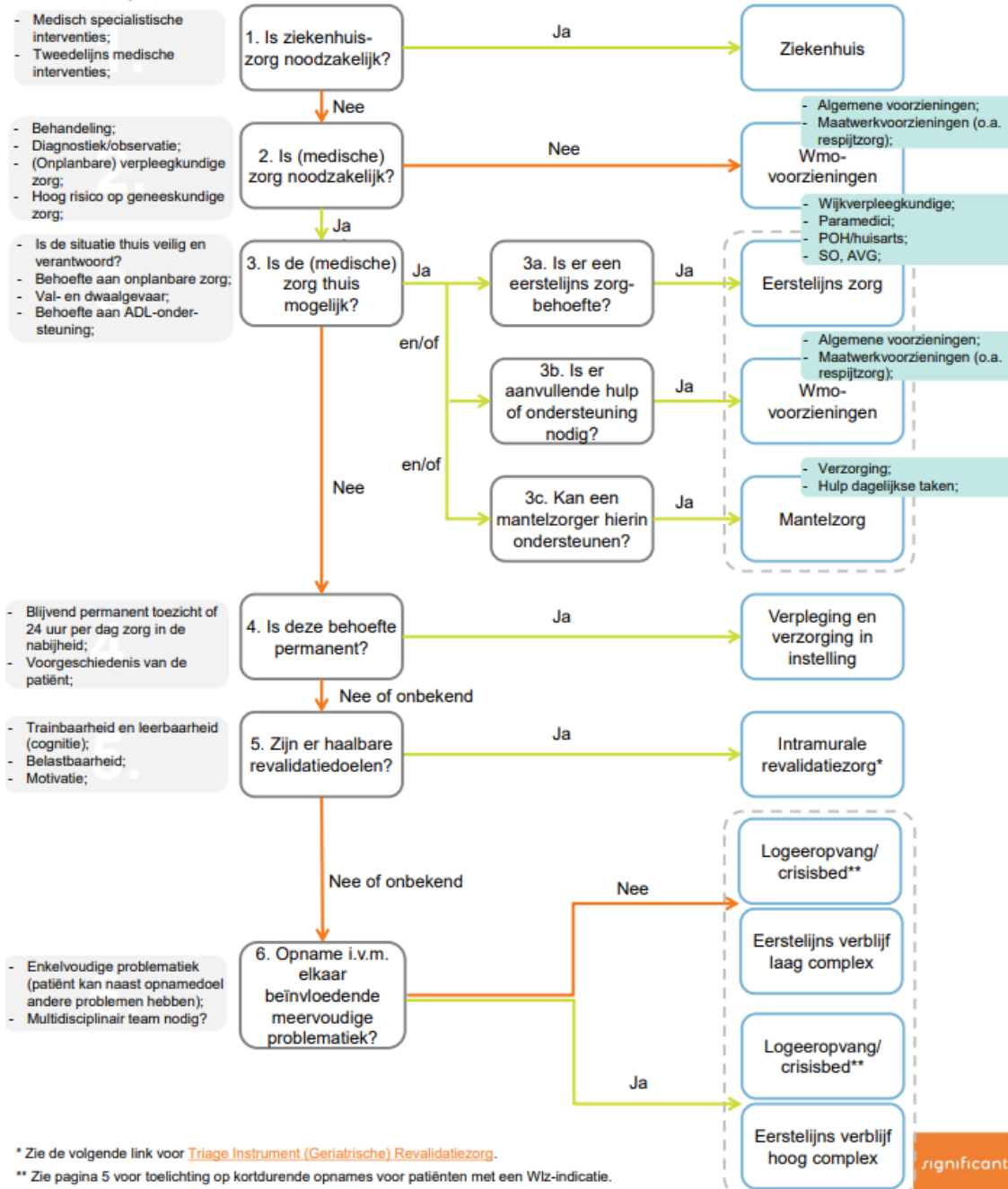
[Crisis zorg - CZ zorgkantoor \(cz-zorgkantoor.nl\)](#)

[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 lichten we de financiering toe.

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-o, 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 Friesland.

Twee contracteeropties voor de ouderenzorg in 2024-2025:

- 1) *Via de regio-organisatie, zie aparte notitie: 'De ondersteuning van Dokterszorg Friesland/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
- Proactieve Zorgplanning (PZP, voorheen ACP)
- Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP)
- Polyfarmacie.

Bijlage 2 Format praktijkplan ouderenzorg

Dit format om een praktijkplan ouderenzorg op te stellen is geschreven ter ondersteuning van de huisartsenpraktijk. Het is belangrijk dat de inhoud past bij de praktijk. Om deze reden is er alleen een omschrijving gegeven voor de diverse onderdelen. In het Zorgprogramma Friese Ouderenzorg staat een meer specifieke werkwijze beschreven. Het advies is om de werkwijzen die in dit zorgprogramma beschreven worden als basis te gebruiken,

Meer informatie over het praktijkplan ouderenzorg is te vinden hoofdstuk 3.2 van het boek Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk van Birgit Oostveen en Vivian Kenter (2024).

Visie en doelstelling van het programma

Beschrijf de visie van de praktijk en de doelstelling(en) van de ouderenzorg binnen de praktijk:

- Wat is het uitgangspunt: wat is het percentage (kwetsbare) ouderen in de praktijk? Wat zijn de verwachtingen naar de toekomst?
- Wat willen we bereiken (voor de ouderen en/of voor de praktijk)?
- Wie doet wat?
- Doen we naast casefinding ook aan (selectieve) screening?
- Met welke groep willen we starten?
- Hoeveel tijd geven we ons om de doelstelling(en) te behalen?
- Wat zijn de voorwaarden om de doelstelling(en) te kunnen behalen (tijd, scholing, samenwerking, digitale vaardigheden...)
- (Hoe) informeren we de patiënten?

Doelgroep

Definitie kwetsbare oudere: oudere (75 jaar en ouder) met een verhoogd risico op functieverlies. Dit functieverlies wordt geassocieerd met veroudering, beperkingen en multimorbiditeit. Basis is dat een verstoring in meerdere onderling gerelateerde systemen resulteert in afname van de reservecapaciteit van de oudere (bron: www.nhg.org).

Beschrijf:

Het aantal 75+ in de praktijk:

Het verwacht aantal kwetsbaren (28% van de 75+):

Proces casefinding

Alert zijn op signalen van kwetsbaarheid is een taak voor iedereen in de praktijk die patiëntcontacten heeft, maar denk ook aan het informeren van netwerkpartners (apotheek, thuiszorg, fysiotherapie, het sociaal domein en de tweede lijn). Maak en beschrijf afspraken over waar men deze signalen kan melden en welke vervolgstappen genomen worden.

Proces selectieve screening

Maak en beschrijf afspraken over het proces selectieve screening, bv.

- met welke groep patiënten wordt er gestart
- hoe wordt de selectie gemaakt (bv. HIS of VIPlive)
- welke instrumenten worden hierbij gebruikt
- hoe worden patiënten geïnformeerd?

Registratie

Maak en beschrijf werkafspraken over het uniform registreren. Zo draag je bij aan continuïteit en de kwaliteit van zorg.

ICPC A49.01 voor verslaglegging en acties in het kader van ouderenzorg.

ICPC A49.01 wijzigen in ICPC A05 wanneer kwetsbaarheid vastgesteld en de probleemregel wijzigen in “kwetsbare oudere”.

ICPC A49.02 voor medicatiebeoordeling

ICPC A20 voor gesprek proactieve zorgplanning (voorheen ACP).

Verrichtingen/declaraties

Beschrijf de verrichtingen die per actie gedeclareerd worden. Denk hierbij ook aan het afnemen van instrumenten, zoals een MMSE of het verrichten van een medicatiebeoordeling en het verrichten van proactieve zorgplanning.

Proces anamnese

Maak en beschrijf praktijkafspraken over

- de instrumenten die gebruikt worden bij de intake en het afnemen van de anamnese,
- het vastleggen van de gegevens en
- het vragen van toestemming van de patiënt om deze gegevens met evt. derden te delen.

Opstellen van en werken met een individueel zorgplan

Maak en beschrijf praktijkafspraken over

- het opstellen van een IZP en het vastleggen hiervan en
- het informeren van en samenwerken met evt. derden.

Proces ACP

Maak en beschrijf praktijkafspraken over

- het informeren van de patiënt en evt. naasten
- het voeren van een voorbereidend gesprek

- de (schriftelijke) informatie die bij bovenstaande stappen gebruikt wordt
- het voeren van de PZP-gesprekken, maak hierbij evt. onderscheid tussen het voorbereidende gesprek en vervolggesprekken
- het vastleggen van deze gegevens in HIS en VIPLive
- het delen van deze gegevens met derden (thuiszorg, Dokterswacht etc). Nb: met toestemming van de patiënt.
- het declareren van de verrichtingen.

Proces medicatiebeoordeling

Maak en beschrijf afspraken over de doelgroep. Medicatiebeoordeling, ook wel polyfarmaciebeoordeling, gebeurt in de regel bij alle patiënten met vijf of meer verschillende medicijnen op ACT-niveau. Soms is dit praktisch niet haalbaar en is het nodig om met een kleinere doelgroep te starten.

Maak praktijk- en samenwerkingsafspraken met o.a. de apotheker over dit proces. Baseer de werkwijze op de STRIP-methode, waarin alle aspecten aan bod komen.

Samenwerken en overlegstructuren

Samenwerken vindt op diverse niveaus plaats, zoals

- tussen POH-o en huisarts
- huisartsenzorg en thuiszorg
- op patiëntniveau in geval van multidisciplinaire zorg met het zorgnetwerk en
- wijkgericht, waarbij het sociaal domein wordt betrokken.

Maak en beschrijf praktijkafspraken over overlegstructuren, het doel van de overleggen en de frequentie hiervan. Zorg voor overeenstemming over randvoorwaarden, zoals tijd (ook voor de voorbereiding en het afhandelen van notulen en actiepunten) en evt. digitale mogelijkheden.

Evaluatie

Zorg voor een periodieke evaluatie van het praktijkplan. Gebruik hierbij evt. de PDCA-cirkel (Plan, Do, Check, Act). Vragen die gesteld kunnen worden:

- Is het praktijkplan nog actueel of zijn er nieuwe ontwikkelingen/inzichten?
- Zijn de beschreven doelstellingen haalbaar?
- Indien de doelstellingen niet behaald worden, moeten deze herzien worden? Of moet er kritisch gekeken worden naar de (rand)voorwaarden, zoals tijd, kennis en samenwerkingsafspraken binnen en buiten de praktijk?

Klik [hier](#) voor een pdf-versie van dit format praktijkplan.

Bijlage 3 Inzet van de specialist ouderengeneeskunde

Ondersteuning van de specialist ouderengeneeskunde in/aan de huisartsenpraktijk

Oudere patiënten met complexe problematiek vragen extra aandacht binnen de huisartsenzorg. In zulke gevallen kan de huisarts of POH-O de specialist ouderengeneeskunde (SO) inschakelen voor consultatie, advies of medebehandeling in de thuissituatie. Een telefonisch advies is vaak voldoende, maar soms bezoekt de SO de patiënt voor uitgebreider onderzoek. Dit resulteert in een schriftelijk behandeladvies voor de huisarts. Indien nodig volgt een medebehandeling. De waarde van de SO ligt voor de huisartspraktijk in de combinatie van generalistische en specialistische geriatrie expertise.

Mogelijke hulpvragen aan de SO

- Multimorbiditeit en complexe probleemanalyse
- Geheugenproblemen, dementie, wanen of verwardheid
- Stemningsstoornissen zoals apathie of depressie
- Gedragsproblemen: agitatie, achterdocht, afweer
- Vallen en valpreventie
- Medische besluitvorming bij wilsonbekwaamheid
- Advies over opname of indicatiestelling (somatisch/psychogeriatrisch)
- Polyfarmacie

Werkwijze van een SO bij een 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 beleavingsaspecten
 - Medicatiegebruik, voedingsstatus, levensloop
 - Zo mogelijk heteroanamnese
 - Eventuele inschakeling paramedici bij diagnostiek
3. Probleeminventarisatie en analyse
Bespreken met de huisarts:
 - Bespreken van behandeladvies en van eventueel zorgplan
 - Afspraken met de huisarts over communicatie met patiënt/mantelzorg
 - Afspraak over evaluatiemoment
4. Schriftelijk verslag aan de huisarts

Vergoeding en eigen bijdrage

Sinds 2020 valt de SO onder het basispakket van de zorgverzekering. Consulten worden vergoed, mits de SO gecontracteerd is. Consultering van een SO valt wel onder het eigen risico. Bij patiënten met een WLZ-indicatie wordt de zorg vergoed via de Wet Langdurige Zorg, in overleg met huisarts en zorgkantoor.

Hoe vindt de huisartspraktijk een specialist ouderengeneeskunde?

De SO is aan te vragen via ZorgDomein: kies 'Medisch specialistische zorg' > 'Specialist ouderengeneeskunde'.

Huisartsenpraktijken doen er goed aan om vaste afspraken te maken met een SO in de regio. Door capaciteitstekort is een structurele samenwerking met een vaste SO niet altijd mogelijk.

Specialist ouderengeneeskunde binnen Dokterszorg/KZF

Dokterszorg/KZF ondersteunt de samenwerking tussen huisartspraktijken en SO's. De, bij Dokterszorg betrokken, SO heeft een signalerende en adviserende rol in de uitvoering en kwaliteitsbewaking van het Ouderenzorgprogramma. Dit versterkt de zorg voor kwetsbare ouderen in de regio.

Bronnenlijst

- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2018, 15 maart). Eén op de vijf meldt slaapproblemen. *Centraal Bureau Voor de Statistiek*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/11/een-op-de-vijf-meldt-slaapproblemen>
- Cijfers en kosten van ondervoeding. (2017, 5 februari). Zorgvoorbeter_NL. <https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/eten-en-drinken/problemen-bij-eten-en-drinken/ondervoeding/cijfers-en-kosten-van-ondervoeding>
- Dam, V. H. T., Bleijenberg, N., Numans, M. E., Drubbel, I., Schuurmans, M. J., & De Wit, N. J. (2013). Proactieve en gestructureerde zorg voor kwetsbare oudere patiënten in de eerstelijns: Achtergrond, opzet en uitvoering van een screenings- en zorgprogramma. *Tijdschrift Voor Gerontologie en Geriatrie*, 44(2), 81–89. <https://doi.org/10.1007/s12439-013-0013-9>
- Delier. (z.d.). NHG-Richtlijnen. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/delier#volledige-tekst-begrippen>
- Dementie. (z.d.). NHG-Richtlijnen. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/dementie>
- Demografische overgang in Fryslân - Planbureau Fryslân. (2024, 29 november). Planbureau Fryslân. <https://www.planbureau Fryslan.nl/monitoren/bevolking/>
- Feiten en cijfers over dementie | Alzheimer Nederland. (z.d.). Alzheimer Nederland. <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie/feiten-en-cijfers-over-dementie>
- Glaudemans, J. J. (2018). <https://pure.amsterdamumc.nl/en/publications/future-care-advance-care-planning-with-older-people-and-their-Fam>. www.pure.amsterdamumc.nl. Geraadpleegd op 6 februari 2025, van <https://pure.amsterdamumc.nl/en/publications/future-care-advance-care-planning-with-older-people-and-their-fam>
- Heijmans, M. J. W. M., Knottnerus, B. J., Groot, K., & Francke, A. L. (2021). *Mondzorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen: probleemanalyse, knelpunten en oplossingsrichtingen*.
- Home | VeiligheidNL. (z.d.). Unc Inc / Unc Inc Amsterdam - uncinc.nl. <https://www.veiligheid.nl/>
- Huber, M., Van Den Brekel-Dijkstra, K., & Jung, H. P. (2021). *Handboek Positieve gezondheid in de huisartspraktijk: Samenwerken Aan Betekenisvolle Zorg*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- KNO-Ledensite | Login. (z.d.). <https://www.kno-leden.nl/>
- Kwetsbare ouderen in beeld met Easycare. (z.d.). Easycare. <https://www.easycare.nl/>
- Kwetsbare patiënten. (z.d.). Verenso. [https://www.verenso.nl/de-specialist-ouderengeneeskunde/kwetsbare-patienten#:~:text=Kwetsbare%20ouderen%20hebben%20verminderde%20\(of,Daardoor%20vermindert%20de%20functionele%20autonomie](https://www.verenso.nl/de-specialist-ouderengeneeskunde/kwetsbare-patienten#:~:text=Kwetsbare%20ouderen%20hebben%20verminderde%20(of,Daardoor%20vermindert%20de%20functionele%20autonomie)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2008). <https://ephor.nl/wp-content/uploads/2018/12/harm-wrestling-rapport>. www.ephor.nl. Geraadpleegd op 6 februari 2025, van <https://ephor.nl/wp-content/uploads/2018/12/harm-wrestling-rapport-feb-08.pdf>
- Ondervoeding. (z.d.). NHG-Richtlijnen. <https://richtlijnen.nhg.org/landelijke-eerstelijns-samenwerkingsafspraken/ondervoeding>
- Oostveen, B., & Kenter, V. (2024). *Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk* (1ste editie, Vol. 2) [Boek]. Prelum.
- Planbureau Fryslân: Cijfers | mensen | Inzicht. (2025, 3 februari). Planbureau Fryslân. <https://www.planbureau Fryslan.nl/>
- Prestatie Samenwerking rondom kwetsbare ouderen - Zilveren Kruis. (z.d.). <https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/huisartsenzorg/beleid-en-contract/huisartsenzorg/2024-2025/prestatie-samenwerking-rondom-kwetsbare-ouderen>

Preventie van valincidenten bij ouderen. (z.d.).

https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/risicofactoren_voor_valincidenten_bij_ouderen.html

Redirecting. (z.d.). <https://aorta.dokterszorgfriesland.nl/>

Schatting valrisico bij thuiswonende ouderen - Richtlijn - Richtlijnendatabase. (z.d.).

https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/schatting_valrisico_bij_thuiswonende_ouderen.html

Startpagina – Richtlijn Urine-incontinentie in de 2e en 3e lijnszorg - Richtlijn - Richtlijnendatabase. (z.d.).

https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_ui_2e-_en_3e-lijnszorg/startpagina_richtlijn_urine-incontinentie_in_de_2e_en_3e_lijnszorg_2024.html#:~:text=Ongewild%20urineverlies%20komt%20vaak%20voor,neemt%20toe%20met%20de%20leeftijd.

Valpreventie, een te weinig benutte optie. (z.d.). Huisarts & Wetenschap.

<https://www.henw.org/artikelen/valpreventie-een-te-weinig-benutte-optie>

Van Binsbergen, J., Schols, J., & De Groot, C. (2013). Voeding van ouderen. In *Bohn Stafleu van Loghum eBooks* (pp. 64–82). https://doi.org/10.1007/978-90-313-9265-0_5

Van Der Putten, G. (2019). The relationship between oral health and general health in the elderly. *Nederlands Tijdschrift Voor Tandheelkunde*, 126(12), 653–656. <https://doi.org/10.5177/ntvt.2019.12.19091>

Visuele beperkingen - verwijzing en revalidatie. (z.d.).

[https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/visuele_beperkingen_-_verwijzing_en_revalidatie/kwetsbare_ouderen_met_visuele_beperkingen.html#:~:text=Deze%20getallen%20komen%20overeen%20met,vrouwen%20\(Bourne%2C%202017\).](https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/visuele_beperkingen_-_verwijzing_en_revalidatie/kwetsbare_ouderen_met_visuele_beperkingen.html#:~:text=Deze%20getallen%20komen%20overeen%20met,vrouwen%20(Bourne%2C%202017).)

Waarom inzetten op het voorkomen van ondervoeding bij ouderen. (z.d.). Loketgezondleven.nl.

<https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/wat-werkt-ouderen-en-ondervoeding/ondervoeding-bij-ouderen#:~:text=Omvang%20ondervoeding%20bij%20ouderen&text=Dit%20percentage%20loopt%20op%20van,van%2075%20jaar%20en%20ouder.>