

Aanleiding

De vergrijzing in Nederland stelt ons zorgsysteem voor grote uitdagingen. Kwetsbare ouderen blijven langer zelfstandig wonen, maar kampen vaak met een combinatie van fysieke, psychische en sociale kwetsbaarheden. Goede zorg voor kwetsbare ouderen is gericht op het behoud van dagelijks functioneren, het bevorderen van zelfredzaamheid en het tijdig signaleren van risico's. Dit vraagt om een integraal zorgsysteem dat kwetsbare ouderen tijdig herkent en proactief ondersteunt. Hierin worden niet alleen de medische, maar ook de functionele, sociale en psychologische dimensies van de kwetsbare ouderen meegenomen.

Binnen de huisartsenpraktijk vormt **samenwerking** de kern van goede ouderenzorg. Het is essentieel dat huisartsen intensief samenwerken met de POH ouderenzorg, wijkverpleegkundige, casemanager dementie, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, eventueel maatschappelijk werker en andere betrokken zorg- en welzijnspartners. Het **multidisciplinair overleg (MDO)** is het fundament voor deze samenwerking en het gezamenlijk opstellen van een passend zorgplan, afgestemd op de behoeften en wensen van de kwetsbare oudere. De samenwerking binnen de praktijk en met ketenpartners zoals welzijnsorganisaties, thuiszorg en specialistische zorg, maakt het mogelijk om crisissituaties te voorkomen, mantelzorgers te ondersteunen en de kwaliteit van leven van ouderen te verbeteren.

1. Module

Doelgroep

De module kwetsbare ouderen richt zich op ouderen van **75 jaar en ouder** die kampen met **meervoudige complexe problematiek** en waarbij sprake is van **problematisch verlies van vermogen tot eigen regie**.

- Voor de inventarisatie is het dan ook van belang dat indien u concludeert dat er bij een oudere van 75 jaar en ouder sprake is van kwetsbaarheid en complexe zorg, u de episode Kwetsbare oudere (**ICPC code A49.01/A05 Ouderenzorg/Algehele achteruitgang**) bij deze patiënt aanmaakt. Noteer in deze episode de met de patiënt afgesproken behandeldoelen, taken, verantwoordelijkheden van (mede)behandelaars en de opvolging ervan.

Binnen de module zijn er verschillende **zorgonderdelen** die bijdragen aan de zorg voor kwetsbare ouderen:

- **Intensieve samenwerking binnen het kernteam ouderen**

Dit kernteam bestaat uit een groep vaste professionals, namelijk

- de huisarts,
- de POH ouderenzorg,
- de specialist ouderengeneeskunde (SO) en/of verpleegkundig specialist (VS),
- de wijkverpleegkundige,
- de casemanager dementie (CMD) en
- eventueel de maatschappelijk werker.

Het **MDO** is het fundament voor deze samenwerking en het gezamenlijk opstellen van een passend zorgplan, afgestemd op de behoeften en wensen van de kwetsbare oudere.

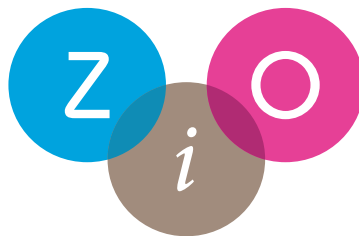
- **Proactieve zorgplanning**

Het is van belang dat er in samenwerking met het kernteam ouderen een zorgplan voor de kwetsbare oudere wordt opgesteld waarin wordt rekening gehouden met de doelen en wensen van de kwetsbare oudere. Hierbij wordt vroegtijdig nagedacht over toekomstige zorgbehoeften, waarin proactieve zorgplanning een belangrijke rol speelt.

- **Inzet van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO)**

In Maastricht-Heuvelland kunnen huisartsen en POH's terecht bij een SO met vragen over complexe problematiek bij kwetsbare oudere patiënten, consultatie en advies. Binnen de huisartsenpraktijk wordt structureel samengewerkt met een vaste SO, die betrokken is bij het MDO en beschikbaar is voor consultatie en advies.

Verder is het bij de zorg voor (kwetsbare) ouderen van belang dat er aandacht is voor dieetzorg, fysiotherapie en valpreventie, en de uitvoer van medicatiebeoordelingen.

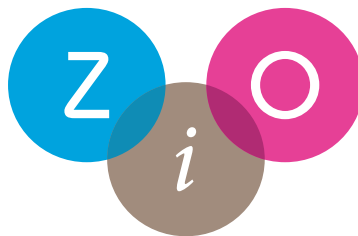


2. Opbrengst

Korte termijn opbrengst	Lange termijn opbrengst
Verbeterde samenwerking en vroegsignalering Door deelname aan MDO en samenwerking met SO en casemanager dementie ontstaat er betere afstemming van zorg. Efficiëntere praktijkvoering Door het structureren van ouderenzorgprocessen (zoals ACP, signalering en zorgplanning) ontstaat meer overzicht en rust in de praktijkvoering, wat werkdrukverlichting oplevert voor de huisarts en POH. Gezamenlijke afspraken worden vastgelegd in het individuele zorgplan.	Toename praktijkrendement via preventie Door vroegtijdige signalering en proactieve zorg kunnen crisissituaties worden voorkomen, en leiden mogelijk tot minder spoedconsulten, minder ziekenhuisopnames en minder belasting van de huisarts op lange termijn. Versterking van de positie in de wijk Praktijken die deelnemen aan de keten voor kwetsbare ouderen worden gezien als spil in de ouderenzorgketen en bouwen een sterk netwerk op met wijkverpleging, sociaal domein en welzijnspartijen. Dit versterkt hun positie in regionale samenwerkingsverbanden. Toekomstbestendige praktijkvoering De module kwetsbare ouderen draagt bij aan de transitie naar persoonsgerichte en preventieve ouderenzorg. Praktijken die hierin investeren, zijn beter voorbereid op de toenemende vergrijzing en complexiteit van zorgvragen.

4. Stappenplan volgens PDCA: het kader

Fase	Kernactiviteit	Wie
Plan	Voorbereiding ✓ Stel een multidisciplinair kernteam samen (huisarts, POH, wijkverpleegkundige, casemanager dementie, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, eventueel maatschappelijk werker). ✓ Plan vervolgens structurele MDO's samen en leg ieders rol en verantwoordelijkheden vast. ✓ Maak afspraken met de wijkverpleegkundige/casemanager dementie/specialist ouderengeneeskunde over de samenwerking. ✓ Betrek het hele team bij de afspraken en het proces binnen de zorg voor kwetsbare ouderen. ✓ Binnen de zorg voor kwetsbare ouderen is er aandacht voor de bevordering van zelfredzaamheid van de kwetsbare oudere en wordt er een individueel zorgplan opgesteld. ✓ De beperkingen en problemen op verschillende levensgebieden van de kwetsbare oudere zijn in beeld (via MDO, huisbezoek). Samen met de patiënt bekijkt de POH/WVK of er zaken spelen die afgelopen jaar veranderd danwel verslechterd zijn. ✓ Er is goede kennis van de voorzieningen in de wijk, zoals fysiotherapie, ergotherapie, welzijnswerk of dagopvang in een verzorgingshuis.	Huisarts, POH, SO, VS, CMD, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker

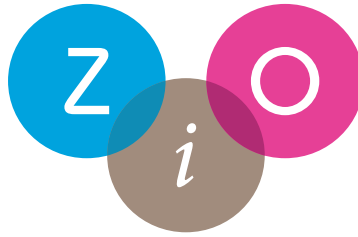


Do	<u>Uitvoering</u> ✓ MDO's worden uitgevoerd volgens een vaste planning en alle relevante disciplines worden betrokken. ✓ Er wordt samengewerkt met de casemanager dementie bij ouderen met cognitieve achteruitgang of verdenking op dementie. ✓ Consulteer en win advies in bij de SO bij complexe casussen. ✓ In samenwerking met ketenpartners wordt een individueel zorgplan (IZP) opgesteld. Hierin staat welke doelen zijn afgesproken, welke beslissingen zijn genomen, welke begeleiding de patiënt krijgt, hoe en wanneer wordt gecontroleerd en bijgesteld en wie vanuit het behandelteam verantwoordelijk is voor het behandelbeleid. Het IZP is onder andere afhankelijk van de wensen van de patiënt, de zorgbehoefte, de beschikbare zorg, de daadkracht en draaglast van patiënt en de ondersteuningsbehoeften vanuit de mantelzorg. Het IZP wordt in het HIS gerapporteerd.	Huisarts, POH, SO, VS, CMD, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker
Check	<u>Evaluatie en monitoring</u> ✓ Evalueer de samenwerking binnen het team en met ketenpartners. Zijn de MDO's effectief, worden ze goed bezocht en is iedereen betrokken. ✓ Hoe verloopt de samenwerking met de casemanager dementie? Is er een vaste casemanager? Zijn de lijnen kort? ✓ De casemanager monitort het ziekteverloop en van de functionele mogelijkheden en beperkingen, begeleiding en ondersteuning van de patiënt. Aan de hand hiervan wordt het IZP zo nodig bijgesteld. Bij tussentijdse escalaties of belangrijke wijzigingen in het IZP van een individuele patiënt, wordt afstemming gezocht met de benodigde disciplines. ✓ Hoe verloopt de samenwerking met de SO? Wordt deze geconsulteerd bij complexe casussen? ✓ Zijn er crisissituaties voorkomen? Zijn patiënten en hun mantelzorgers tevreden? ✓ Verzamel feedback van teamleden en ketenpartners.	Huisarts, POH, SO, VS, CMD, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker
Act	<u>Bijsturen en verbeteren</u> ✓ Pas zo nodig het zorgproces aan, zoals de frequentie van MDO's, de samenstelling van de samenwerking, afspraken in de samenwerking met CMD/SO/wijkverpleegkundige etc.	Huisarts, POH, SO, VS, CMD, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker

5. Ondersteuning

ZIO werkt nauw samen met huisartsenpraktijken en andere ketenpartners om de kwaliteit van ouderenzorg in de eerste lijn continu door te ontwikkelen en te borgen. ZIO ondersteunt huisartsenpraktijken door het beschikbaar stellen van praktische hulpmiddelen, zoals vragenlijsten, protocollen, en handleidingen (*linkjes naar onderstaande documenten volgen z.s.m*):

- [2.3.2 Proactieve Zorgplanning](#)
- [2.3.3 Multidisciplinair overleg \(MDO\)](#)
- [2.3.4 Samenwerken met de Specialist Ouderengeneeskunde \(SO\)](#)
- [2.3.5 Valpreventie](#)
- [3.7.1 Medicatiebeoordeling \(MBO\)](#)



6. Monitoring en financiering

Monitoring

Monitoring binnen de module Ouderenzorg is essentieel om inzicht te krijgen in de voortgang en kwaliteit van de zorg voor kwetsbare ouderen. Het doel is om tijdig knelpunten te signaleren, goede voorbeelden te delen en ondersteuning te bieden waar nodig. De monitoring vindt plaats op twee manieren:

1. HIS

Voor de inventarisatie en de monitoring van de Module Ouderenzorg is het van belang dat u (kwetsbare) ouderen op de volgende manier registreert in uw HIS:

- Indien u concludeert dat er bij een oudere van 75 jaar en ouder sprake is van kwetsbaarheid en complexe zorg, u de episode Kwetsbare oudere (**ICPC code A49.01/A05 Ouderenzorg/Algehele achteruitgang**) bij deze patiënt aanmaakt. Noteer in deze episode de met de patiënt afgesproken behandeldoelen, taken, verantwoordelijkheden van (mede)behandelaars en de opvolging ervan.
- Zodra er een behandelwens gesprek is gevoerd met de (kwetsbare) oudere, maak dan de episode **Proactieve zorgplanning (ICPC A20)** aan. Koppel de SOEP-verslagen en ook eventuele schriftelijke wilsverklaringen van de oudere aan deze episode. Zo behoud je overzicht over het hele proces van proactieve zorgplanning.

Twee keer per jaar zullen we u verzoeken om **een uitdraai van uw HIS** inclusief bovenstaande episoden aan te leveren.

2. Praktijkbezoek

Naast de HIS-gegevens organiseert ZIO praktijkbezoeken om in gesprek te gaan met de praktijken (onderdeel van de gebruikelijke praktijkbezoeken). Tijdens deze gesprekken bespreken we:

- **Voortgang** en stand van zaken: Wat gaat goed? Waar liggen uitdagingen?
- **Ondersteuningsbehoefte**: Waarin kan ZIO ondersteunen?
- Organisatie van **MDO's**: Hoe vaak worden deze georganiseerd? Is iedereen uit het kernteam Ouderen aanwezig?
- **Samenwerking**: Hoe verloopt de samenwerking met andere ketenpartners/het kernteam/de Specialist Ouderengeneeskunde?

Praktijkbezoeken vinden minimaal **één keer per jaar** plaats, aanvullend op de HIS-monitoring.

Na elk bezoek wordt een terugkoppeling gedeeld met de praktijk en meegenomen in de regionale rapportage.

Financiering

Binnen de module ouderenzorg is er sprake van **modulebekostiging**; een vast bedrag per ingeschreven patiënt per jaar. De hoogte van dit bedrag per patiënt hangt af van het procentuele aandeel 75+ers in uw praktijk op 1 januari van het desbetreffende jaar. Elk jaar wordt opnieuw bepaald in welke categorie uw praktijk valt met als peildatum 1 januari.

De vergoeding voor de Zorg voor kwetsbare ouderen is een gericht op de **indirect en niet patiëntgebonden tijd** die nodig is voor het opbouwen en in stand houden van de **samenwerking** van het (wijk)netwerk rondom de oudere zoals overleg met de specialist ouderengeneeskunde of wijkverpleegkundige, multidisciplinair overleg (MDO) en casemanagement, afstemming met het sociale domein (Wmo en Wlz), het opstellen en bijhouden van leefzorgplannen en de samenwerking en coördinatie binnen het kernteam ouderen.

Voor de **direct patiëntgebonden tijd** kan gebruik gemaakt worden van de **reguliere declaratiemogelijkheden** (denk aan consulten, visites, verrichtingen, M&I's ACP gesprekken (via addendum ACP), medicatiebeoordeling, valpreventie en intensieve zorg visites).