

Multidisciplinair
zorgprogramma Ouderen
Kwetsbare ouderen in beeld



hadoks

Multidisciplinair zorgprogramma Ouderen

Stappenplan voor de POH-Ouderen

In deze praktische handleiding is alle belangrijke informatie over de ouderenzorg samengevoegd tot één document.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Zorgprogramma Ouderen	3
Hoofdstuk 2: Casefinding: kwetsbare ouderen in kaart brengen.....	3
Hoofdstuk 3: Op huisbezoek bij (kwetsbare) oudere + bepalen kwetsbaarheid	4
Hoofdstuk 4: Zorgplan en coördinatie	5
Organiseren van zorg en ondersteuning	5
Organiseren van een gestructureerd periodiek overleg (GPO)	6
Hoofdstuk 5: Netwerk van zorgorganisaties.....	10
Hoofdstuk 6: Registraties en declaraties	10
Hoofdstuk 7: Ouderenzorg expertteam.....	11
Hoofdstuk 8: Handige websites	12
 Bijlagen	
Bijlage 1: Rollen tijdens het GPO	13
Bijlage 2: Formulier bespreking patiënt in GPO met/zonder toestemming.....	14
Bijlage 3: Sociale kaart regio Haaglanden.....	15

1. Zorgprogramma Ouderen

We worden steeds ouder en ouderen wonen steeds langer thuis. Kwetsbare ouderen doen vaker een beroep op de huisarts, thuiszorg, wijkverpleging en andere hulpverleners in de eerste lijn. Om aan deze toenemende vraag te kunnen voldoen, is het noodzakelijk dat de huisartsenzorg actief kan inspelen op deze ontwikkelingen, zowel inhoudelijk als organisatorisch. Dit vraagt onder andere een hogere organisatiegraad van de huisartsenzorg in samenwerking met andere zorgprofessionals in de eerste lijn.

Om huisartsen te ondersteunen bij deze maatschappelijke ontwikkelingen, heeft Hadoks het zorgprogramma Ouderenzorg ontwikkeld wat is afgeleid van [het visiedocument toekomstbestendige ouderen zorg](#) in de regio Haaglanden. Deze visie is gebaseerd op de [landelijke handreiking kwetsbare ouderen](#). Dit zorgprogramma ondersteunt huisartsenpraktijken bij het bieden van de best mogelijke samenhangende ouderen zorg, die ervoor zorgt dat kwetsbare ouderen langer op een veilige manier en met kwaliteit van leven thuis kunnen blijven wonen.

2. Casefinding: kwetsbare ouderen in kaart brengen

U start met het in kaart brengen van de ouderenpopulatie binnen jouw huisartsenpraktijk. Om te bepalen welke ouderen mogelijk kwetsbaar zijn en u als eerst wilt gaan bezoeken kunnen de volgende stappen ondernomen worden:

- Signaleren van kwetsbare ouderen door huisarts, POH-Ou, doktersassistente, thuiszorg, ouderenadviseur etc. (bijv. frequent callers, overbelaste mantelzorgers).
- Signalen/zorgen van mantelzorgers/sociale omgeving
- Maak een uitdraai (1-2x per jaar) vanuit het HIS op basis van leeftijd/episodes.
Onderstaande episodes komen geregeld voor bij kwetsbare ouderen:
 - Leeftijd ≥ 75 jaar
 - A20 ACP gesprek behandelwens
levenseinde
 - Z04.3 Eenzaamheid
 - A49.02 Polyfarmacie
 - P20 Geheugen- of
concentratieproblemen
 - P70 Seniele dementie/ Alzheimer
 - P71.04 Delier
 - H84 Presbycusis
 - P76 Depressie
 - L49.01 Valpreventie
 - T05 Voedingsproblemen
 - U04 Urine incontinentie
 - Z14 Overbelaste mantelzorgers
 - A13 Medicatiebeoordeling
- Denk ook aan ouderen die opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis en ouderen die de huisartsenpost (vaak) bezocht hebben.

3. Op huisbezoek bij (kwetsbare) oudere + bepalen kwetsbaarheid

Of een oudere daadwerkelijk kwetsbaar is wordt duidelijk tijdens het huisbezoek met de oudere en eventueel mantelzorger. In dit huisbezoek bespreekt de POH-Ouderen de wensen en behoeften van de oudere en stelt de kwetsbaarheid van oudere vast middels een screeningsinstrument. Er bestaan diverse screeningsinstrumenten om de kwetsbaarheid van een oudere in beeld te brengen. Vanuit Hadoks adviseren we de volgende screeningsinstrumenten:

- [Groningen Frailty Index](#) (GFI). Score van >4 duidt op kwetsbaarheid
- [Trazag](#). Score van >3 duidt op kwetsbaarheid.

Op basis van de uitkomst van de screeningsinstrumenten of eigen inzicht bepaalt u of een oudere kwetsbaar is of niet en maakt u een episode in het HIS aan:

- [A49.01 Ouderenzorg](#) gebruikt u wanneer er *geen* sprake is van kwetsbaarheid. U koppelt dit aan de oudere terug en maakt een nieuwe afspraak om de oudere over een jaar opnieuw te bezoeken/in kaart te brengen.
- [A05 Kwetsbare oudere](#) gebruikt u wanneer u te maken heeft met een kwetsbare oudere. Voor kwetsbare ouderen geldt in ieder geval dat u binnen het half jaar een vervolg huisbezoek plant.

Naast het vaststellen van de kwetsbaarheid worden ook de wensen en behoeften van de oudere geïnventariseerd. Wanneer mogelijk wordt nu ook al een ACP-gesprek gevoerd (advance care planning) over de kwaliteit van leven en het levenseinde.

Verwerking in het Keten Informatie Systeem (KIS)

Stap 1. Episode in HIS aanmaken: A49.01 Ouderenzorg of A05 Kwetsbare oudere.

Voorblad KIS

Stap 2. Zorgprogramma gegevens

- Incluseren zorgprogramma ouderen.

Stap 3. Inclusie reden zorgprogramma

- Nieuwe gediagnosticeerde patiënt. Noot: Tenzij overgenomen van andere praktijk!

Stap 4. Deelname ketenzorg-> nee

- Let op! Dit wijkt af van de zorgprogramma's Diabetes Mellitus type 2, COPD, Astma, CVRM.

Stap 5. Hoofdbehandelaar -> huisarts

Stap 6. Controlebeleid afhankelijk van kwetsbaarheid!

4. Zorgplan en coördinatie

Nadat de POH-Ouderen informatie over wensen en behoeften van de oudere in kaart heeft gebracht, wordt zo nodig zorg en ondersteuning georganiseerd. Eventueel aanvullend wordt de oudere besproken in het gestructureerde periodiek overleg (GPO).

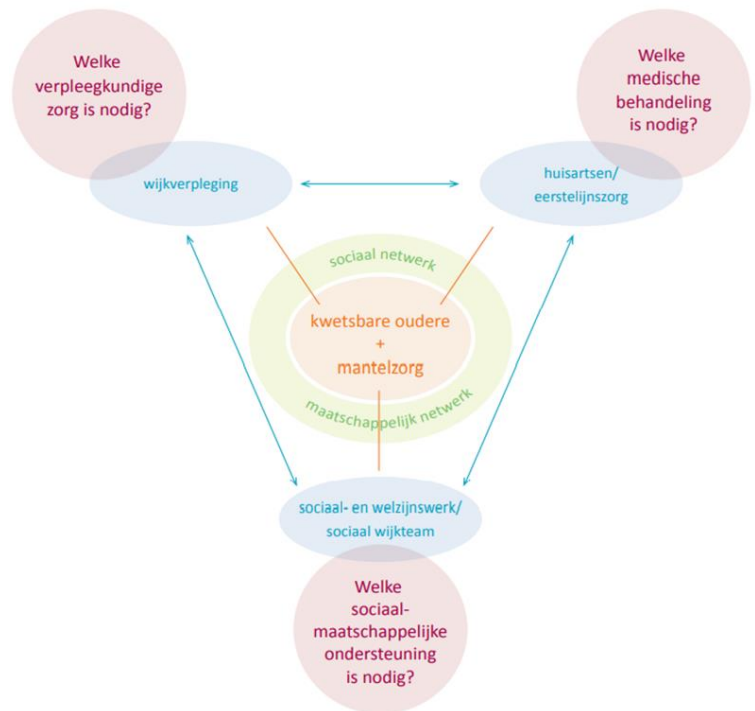
Organiseren van zorg en ondersteuning

Op basis van de wensen en behoeften van de oudere wordt gekeken welke zorg en ondersteuning georganiseerd moet worden. In samenspraak met de oudere wordt een individueel zorgplan opgesteld. In dit zorgplan is terug te vinden welke acties nodig zijn en welke zorg- of hulpverlener de actie uitvoert. Denk bijvoorbeeld aan het organiseren van huishoudelijke hulp of het inschakelen van een vrijwilliger. Belangrijk hierbij is dat de POH-Ouderen verantwoordelijk is voor het regievoeren op de samenhangende zorg aan kwetsbare oudere maar niet verantwoordelijk voor de uitvoering van de acties in andere domeinen.

Daarnaast wordt bepaald wie het beste de rol van zorgcoördinator kan oppakken. Meestal is dit de POH-Ouderen. In situaties waarbij een casemanager dementie betrokken is kan de casemanager dit oppakken.

Een aantal belangrijke onderdelen van proactieve ouderenzorg

- Advance care planning
ACP ofwel vroegtijdige zorgplanning is een proces waarbij de patiënt met zijn behandelend arts zijn wensen, doelen en voorkeuren voor zorg rond het levenseinde bespreekt en vastlegt. Bespreek met de huisarts wie wat in het ACP proces oppakt en welke formulieren worden ingevuld. Op [de website van VTZ](#) is uitgebreide informatie te vinden over wat hierbij komt kijken, hoe u deze gesprekken voert en vastlegt en hoe u de planning rondom ACP aanpakt. Meer achtergrondinformatie over zorgplanning is ook te vinden in de [landelijke leidraad proactieve zorgplanning](#).
- Medicatiereview (of polyfarmaciecheck)
De [medicatiereview](#) dient 1x per 2 jaar door de huisarts in samenwerking met de apotheker gedaan te worden. Het is mogelijk om bij de apotheker een lijst op te vragen van patiënten waar sprake is van polyfarmacie. Daarnaast is het mogelijk ook interessant



om een lijst op te vragen van patiënten die een baxter gebruiken. De medicatiereview kan voorafgaand aan het GPO ook door de Specialist ouderengeneeskunde gedaan worden. Zorg voorafgaand aan de medicatiereview dat er bloed geprikt wordt. Hierbij kan gekozen worden voor het afnemen van een 'geriatisch lab' ([Richtlijn laboratoriumonderzoek bij CGA](#)) of alleen bepaling van de nierfunctie. Stem de keuze wat in te zetten af met de huisarts en/of SO (indien de SO de review verricht).

Verwerking in het Keten Informatie Systeem (KIS)

Tabblad ouderenzorg

1. Patiënten profiel

Deze zoveel mogelijk invullen. *Tip*: Print deze uit bij elk volgend huisbezoek om verder aan te vullen!

- Minimaal 1x per 2 jaar nierfunctie (of geriatisch lab) afnemen.

2. Behandelbeleid ouderenzorg

- Controlebeleid A49.01 minimaal 1x per jaar, indien nodig vaker.
- Controlebeleid A05 minimaal 1x 6 maanden, indien nodig vaker.

3. Netwerk patiënt

Onderstaande gegevens kunnen ook in het HIS vastgelegd worden.

- Professional vermelden die geen KIS-account heeft.
- Familieleden / kennissen etc. kunt u hier vermelden.

4. Professional die ook betrokken is bij ouderen en KIS-account hebben

5. Vitale parameters

Onderstaande gegevens zijn gekoppeld met het HIS.

- Hier kunt u bloeddruk/ gewicht invullen en heeft u snel overzicht.

6. Vragenlijst

- GFI. Patiënt is kwetsbaar bij een score van > 4 op de GFI.

7. Zorgplan

Het is niet nodig de functionaliteit zorgbehandelplan in te vullen in het KIS. Uw acties/verslag kunnen in het journaal ouderenzorg onder de P van de SOEP vastgelegd worden.

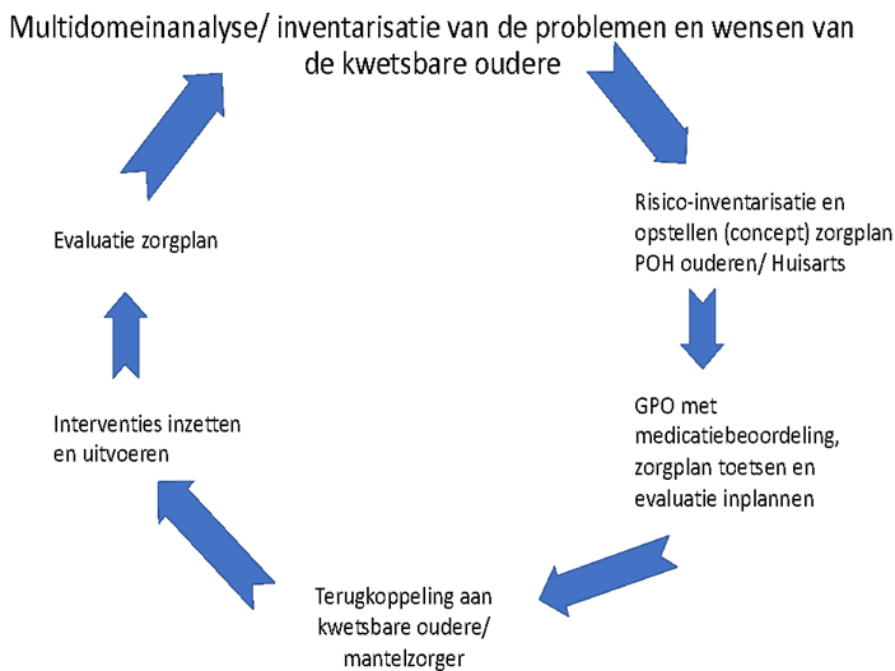
Organiseren van een gestructureerd periodiek overleg (GPO)

Van een huisartsenpraktijk wordt verwacht dat minimaal 6x per jaar een GPO wordt georganiseerd om kwetsbare ouderen te bespreken. Het GPO is een overleg waarbij verschillende professionals actuele problemen en wensen van de oudere bespreken en samen de bijpassende zorg- en behandeldoelen formuleren en interventies afspreken en evalueren. In [bijlage 1](#) zijn de verschillende rollen tijdens het GPO terug te vinden. Vergeet niet om de kwetsbare oudere/mantelzorger op de hoogte te stellen dat hij/zij besproken wordt in het GPO.

Het kernteam van een GPO bestaat uit de huisarts, POH-Ouderen, wijkverpleegkundige en bij voorkeur aangevuld met een specialist ouderengeneeskunde (SO) en een afvaardiging uit het sociale domein (bijv. ouderenconsulent). Afhankelijk van de te bespreken ouderen kan dit nog aangevuld worden met andere disciplines. Bijvoorbeeld een casemanager uitnodigen om de stand van zaken terug te koppelen rondom de ingezette zorg van een patiënt met dementie.

Doelen van het GPO

- Uitwisselen van informatie over wensen/doelen/problemen van de kwetsbare oudere.
- Formuleren van zorg- en behandeldoelen en deze met betrokken ketenpartners afstemmen.
- Evalueren van zorg- en behandeldoelen bijbehorende interventies en bij eventuele knelpunten gezamenlijk naar oplossingen zoeken.
- Van de verschillende ketenpartners leren
- Samenwerking met ketenpartners verbeteren (korte lijntjes, elkaar kennen)



Stappenplan GPO organiseren

<p><u>Opzetten van het GPO</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • In overleg met de huisarts maakt de POH-Ouderen een jaarplanning voor de GPO's. • Bepaal welke zorg- of hulpverlener u bij uw kernteam wil uitnodigen. Benader de deelnemers of ze willen deelnemen aan het GPO en geef zo nodig extra uitleg over het GPO. • Plan met het kernteam een kennismakingsafpraak en maak werkafspraken over het GPO: <ul style="list-style-type: none"> ○ Stem af wie de voorzitter is en wie er notuleert. ○ Bepaal of het GPO fysiek of digitaal wordt georganiseerd. Het is soms lastig om alle betrokken zorg/hulpverleners aan tafel te krijgen ivm tijdsinvestering. De zorg/hulpverlener via Teams uitnodigen kan hierin een oplossing bieden. Zo kan een zorg/hulpverlener voor een kwartier aansluiten en vervolgens weer uitloggen. ○ Maak een standaard agenda en bepaal hoeveel tijd u per patiënt reserveert. Doorgaans wordt er één kwartier per patiënt gereserveerd. ○ Stem af hoe de te bespreken patiënten worden aangeleverd. ○ Maak een afspraak over wie de patiënt inlicht (de kwetsbare oudere/mantelzorger dient voorafgaand aan het GPO op de hoogte gesteld te worden dat hij/zij in het GPO wordt besproken) • Maak een jaarplanning (dag + tijd) en deel deze met het kernteam • Plan alle GPO's vanuit de jaarplanning in de agenda van de huisarts en de POH-Ouderen
<p><u>Voorafgaand aan het GPO</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verstuur (veilig) twee weken van tevoren een uitnodiging voor deelname aan GPO en de vraag of er nog patiënten ingebracht willen worden in het GPO (verzenden breder dan alleen kernteam). • Verstuur (veilig) een week van tevoren de definitieve agenda met evt. Teams-link (alleen naar kernteam). Verstuur een uitnodiging (incl. agenda met de te bespreken patiënten) voor het GPO via het KIS zodat iedere deelnemer zich kan voorbereiden.
<p><u>Tijdens het GPO</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bespreek per patiënt de probleemstelling (adhv het SFMPC model). Eventuele vragen die tijdens het GPO voer de patiënt besproken kunnen worden: <ul style="list-style-type: none"> ○ wie zijn er verder betrokken bij de oudere? ○ problemen, hulpvraag en doelen/mogelijkheden ○ medicatiereview nodig? ○ consultatie nodig? Denk aan SO, psychiater, geriater, etc. ○ acties (wat, wie, wanneer?) ○ evaluaties (wanneer, hoe?)
<p><u>Na het GPO</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • De POH-ouderen legt de afgesproken acties vast in het journaal en/of zorgplan in KIS. • De POH-Ou checkt tussentijds met betrokken zorgverleners of tijdens een volgend huisbezoek of de uitgezette acties het beoogde resultaat opleveren.

Beroepsgeheim en informatie-uitwisseling

Zorgprofessionals (artsen, psychologen, verpleegkundigen, verzorgenden en andere zorgprofessionals) hebben een wettelijke geheimhoudingsplicht. Dit beroepsgeheim vloeit voort uit de aard van het vertrouwelijke beroep van de zorgprofessional. Vanzelfsprekend worden bij het GPO de wettelijke vereisten omtrent privacy en gegevensuitwisseling in acht genomen. Omdat u met uw kwetsbare oudere een behandelrelatie hebt *mag* u in het kader van de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) overleggen met **direct betrokken zorgprofessionals** *zonder* nadrukkelijke toestemming van de kwetsbare oudere.

Wanneer er tijdens het GPO ook niet **direct betrokken zorgprofessionals** aanwezig zijn, heeft u in het kader van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) *toestemming* van de kwetsbare oudere nodig. Als er bij patiënten aarzelingen bestaan over de mate waarin hun gegevens bij een hulpverlener veilig zijn, dan zal dit ertoe leiden dat zij geen hulp zoeken of op een te laat moment.

Het beroepsgeheim is echter niet absoluut. Belangrijke uitzonderingen op de geheimhoudingsplicht zijn:

- een wettelijke verplichting;
- uitdrukkelijke toestemming van de cliënt/patiënt;
- conflict van plichten;
- meldrechten.

Zie het webdossier [Medisch dossier \(beroepsgeheim\)](#) van de KNMG voor meer informatie.

Het formulier in [bijlage 2](#) is te gebruiken om op een veilige en verantwoordelijke manier te overleggen met betrokken zorgprofessionals / netwerkpartners.

Verwerking in het Keten Informatie Systeem (KIS)

- Datum invullen wanneer GPO plaatsvindt.
- Tijdstip begin-en eindtijd (reken in het begin ongeveer 15 min. per patiënt).
- Locatie (live of via Teams).
- Selecteer de deelnemers.
- Selecteer welke patiënten u wilt bespreken.
- GPO aanmaken als u meerdere patiënten selecteert en de daarbij betrokken netwerkpartners vraagt het systeem: 'Wilt u alle behandelrelaties aanmaken?' Ze worden dan automatisch toegevoegd aan het zorgteam, en hebben daarmee inzicht in de patiëntgegevens van **alle** patiënten die in het GPO besproken worden. Indien dit niet wenselijk is, kan men kiezen voor 'Geen behandelrelaties aanmaken'. De netwerkpartners zien dan ook niet de namen van de patiënten terug in het GPO en kunnen dus het dossier niet openen.
- GPO versturen vanuit het KIS.

5. Netwerk van zorgorganisaties

Afhankelijk van hoe de zorg specifiek in uw wijk is ingeregeld, hebt u te maken met verschillende zorgverleners en -organisaties. Binnen de regio Haaglanden faciliteert en stimuleert Vereniging Transmurale Zorg (VTZ) de onderlinge samenwerking van verschillende zorgaanbieders. Onder deze stichting vallen verschillende netwerken en kennisgroepen waar Hadoks deel van uitmaakt. Deze netwerken geven belangrijke informatie rondom ouderenzorg:

- [Netwerk Dementie Haaglanden](#).
- [Kennisgroep transfer](#); met als doel het transferproces te optimaliseren.
- [Netwerk Palliatieve Zorg](#); regionale uitwerking van het nationaal programma palliatieve zorg.

Overige gerelateerde netwerkorganisaties

- [Haagsche Zin](#); geestelijke verzorging in de thuissituatie.
- [Filica](#); een toegankelijk en informatief online platform dat ouderen en naasten helpt om een keuze te maken voor een zorginstelling, wanneer thuis wonen voor ouderen niet meer gaat.

In [bijlage 3](#) is meer informatie te vinden over belangrijke netwerkpartners op de sociale kaart van de regio Haaglanden.

6. Registraties en declaraties

Belangrijkste episodes bij ouderenzorg

- A49.01 Ouderenzorg.
- A05 Kwetsbare oudere.

Kwetsbare ouderen

Onderstaande episodes komen geregeld voor bij kwetsbare ouderen. Om de kwetsbare oudere actief te benaderen, kan binnen het HIS gezocht worden op deze episodes:

- A20 ACP gesprek behandelwensen + levenseinde
- Z04.3 Eenzaamheid
- A49.02 Polyfarmacie
- P20 Geheugen- en of concentratieproblemen
- P70 Seniele dementie/ Alzheimer
- P71.04 Delier
- A13 Medicatiebeoordeling
- H84 Presbycusis
- P76 Depressie
- L49.01 Valpreventie
- T05 Voedingsproblemen
- U04 Urine incontinentie
- Z14 Overbelaste mantelzorger

Declaraties (zie prestatie- en tariefbeschikking huisartsen)

- Huisbezoek als een *Visite regulier 20 minuten en langer* .
- Telefonisch consult langer dan 5 min als *Consult regulier vanaf 5 minuten en korter dan 20 minuten*
- Telefonisch consult korter dan 5 min als *Consult regulier korter dan 5 minuten* .
- Afname MMSE mag ook gedeclareerd worden als *Cognitieve functietest (MMSE)* naast een *Visite regulier 20 minuten en langer* .
- Thuiswonende ouderen met de diagnose dementie die zorg ontvangen vanuit de ZVW kunnen niet gedeclareerd worden als *intensieve zorg* maar als *Visite regulier 20 minuten en langer* .
- Vanaf een ZZP5 (WLZ indicatie) kan gedeclareerd worden op *intensieve zorg*.
- GPO kan niet apart gedeclareerd worden, de tijdsbesteding van de POH-Ouderen en huisarts vallen binnen de financiering van de prestatie ouderenzorg.
- Advies is om in overleg met eigen SO te kijken wanneer er wel en wanneer geen verwijzing nodig is voor de deelname aan het GPO.

7. Ouderenzorg expertteam

Het expertteam ouderenzorg bestaat uit de volgende collega's:

- Christel Stolte – projectmedewerker ouderenzorg
- Nicole Lock – projectmedewerker ouderenzorg
- Anne-Wil Eewold – projectmanager ouderenzorg
- Hanneke Jonkman – POH-Ouderen
- Rob Leinders – Kaderhuisarts ouderenzorg
- Ingrid Kroon – specialist ouderengeneeskunde
- Susanne Noordermeer – beleidsadviseur

Praktijkbezoeken ouderenzorg

De projectmedewerkers ouderenzorg komen bij de start van de ouderenzorg langs op de praktijk om uitleg te geven over de ouderenzorgmodule. Vervolgens wordt dit praktijkbezoek ongeveer jaarlijks herhaalt. Tussentijds vragen of extra ondersteuning nodig? Stuur een mail naar chronischezorg@hadoks.nl

Nieuwsbrieven ouderenzorg

Het expertteam ouderenzorg stuurt geregeld een nieuwsbrief rond met interessante informatie m.b.t. ouderenzorg. Ontvangt u deze nog niet? Stuur een mail naar chronischezorg@hadoks.nl

Hadoks lunch scholing

Ongeveer 4x per jaar wordt een Hadoks kennislunch georganiseerd in het kader van de ouderenzorg. Mocht u nog geen uitnodigingen ontvangen voor deze kennislunch, stuur een mail naar chronischezorg@hadoks.nl om u aan te melden.

8. Handige websites

- www.hadoks.nl/app/uploads/2022/10/Visie-Hadoks-Ouderenzorg-2021-2031.pdf
- www.beteroud.nl/tips-tools/tools/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis
- www.beteroud.nl
- www.zorgvoorbeter.nl
- www.vilans.nl
- www.ouderworden2040.nl/programma-ouder-worden-2040
- www.krachtigebasiszorg.nl
- www.ineen.nl/thema/multidisciplinaire-zorg/
- www.keuzehulp.info/front-page/keuzehulpen/behandelgrenzen/
- www.transmuralezorg.nl/programma-dementie/
- [www.transmuralezorg.nl/project_themas/kennisgroep-transfer/;](http://www.transmuralezorg.nl/project_themas/kennisgroep-transfer/)
- www.transmuralezorg.nl/project_themas/palliatieve-zorg/
- www.haagsche-zin.nl/
- www.filica.nl/
- www.laego.nl/wp-content/uploads/2018/04/Zorgbehandelplan-format.pdf
- www.hadoks.nl/app/uploads/2021/08/Leidraad-proactieve-zorgplanning-acp_22102020.pdf
- www.transmuralezorg.nl/kennisbank/advance-care-planning/
- www.venvn.nl/media/kjel3uhf/gfi-steverink-2001.pdf
- www.pohkennisbank.nl/wp-content/uploads/trazag_vierde_druk_inleiding.pdf

Bijlage 1: Rollen tijdens het GPO

Tijdens het GPO zijn er verschillende rollen:

- Voorzitter: opent het GPO met een kennismakingsronde. Maakt duidelijk wat het algemene doel is en legt de spelregels uit. De voorzitter leidt het overleg, bewaakt de tijd, het patiënten perspectief en dat alle deelnemers aan bod komen.
- Notulist: vult of wijzigt de interventies en doelen in het zorgplan in KIS en vult in het journaal overige informatie/ afspraken aan.
- POH-Ouderen (POH-Ou): presenteert de casus (aan de hand van een concept zorgplan), bewaakt de doelen van de oudere en zorgt dat deze centraal staan. Indien de casus wordt ingebracht door een andere professional, zal in overleg de casus door de betrokkene gepresenteerd worden.
- Huisarts: vult gepresenteerde casus, indien van toepassing, aan en heeft regie over de cure.
- Ouderenconsulent: heeft de coördinatie op sociale problemen, waarbij afstemming zorg en welzijn plaatsvindt.
- Wijkverpleegkundige/ Casemanager dementie: regie over de care en korte lijnen met de cure. Bevordert signalering en werkt samen met het sociale domein.
- Zorg coördinator: POH-Ou heeft bij voorkeur deze rol tenzij anders wordt besloten binnen het kernteam. Dit wordt overlegd met de patiënt/ mantelzorger. Hierbij is van belang dat de patiënt een goede relatie heeft met de zorg coördinator. De zorg coördinator brengt een eventuele vraag in en/ of presenteert update rondom eerder besproken kwetsbare oudere, bewaakt de doelen van de oudere en zorgt dat deze centraal staan. In situaties waarbij een casemanager dementie betrokken is kan de casemanager dit oppakken.
- Specialist Ouderengeneeskunde: geeft indien actief betrokken na bijvoorbeeld een Geriatrisch Assessment een terugkoppeling van bevindingen en daarbij behorende adviezen. Geeft in consulterende rol advies en draagt de zorg bij afwezigheid van apotheker over de medicatie beoordeling.
- Apotheker: heeft de medicatie beoordeling voorbereid en bespreekt dit tijdens het GPO.
- Andere aanwezige netwerkpartners: geven (desgevraagd) een update vanuit de eigen professionaliteit en visie op de problemen en/ of aandachtspunten van de kwetsbare oudere en kunnen ook een kwetsbare oudere inbrengen ter multidisciplinaire afstemming.

Bijlage 2: Formulier bespreking patiënt in GPO met/zonder toestemming

Het volgende formulier kunt u gebruiken om op een veilige en verantwoordelijke manier te overleggen met betrokken zorgprofessionals/netwerkpartners.

Toestemmingsverklaring gegevensuitwisseling

We willen u erop wijzen dat het in uw belang is dat u deze toestemmingsverklaring gegevensuitwisseling voor akkoord tekent en meewerkt aan een persoonsgericht zorgplan. Wij gaan uiterst zorgvuldig en betrouwbaar om met uw gegevens. Deze gebruiken wij alleen als dat nodig is om de juiste zorg af te stemmen met de betrokken zorgverleners. U moet hierbij denken aan gegevens over uw gezondheid, woonsituatie, relaties en betrokken hulpverleners.

Deelnemers die kunnen deelnemen aan het overleg:

- Wijkverpleging
- Specialist Ouderengeneeskunde
- Welzijn (ouderencoördinator)
- Diëtiste
- Fysiotherapeut/Ergotherapeut
- Apotheker
- WMO consulent
- GGZ

Met dit formulier geef ik toestemming om relevante gegevens te delen met alle betrokken zorgprofessionals/ netwerkpartners en vast te leggen in mijn dossier bij de huisarts: ja/ nee.

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Datum:

Handtekening patiënt/ wettelijke vertegenwoordiger:

Handtekening huisarts/ POH-Ou:

Zonder toestemming, patiënt niet bespreken.

Uitzonderingen op bespreken zonder toestemming patiënt/wettelijk vertegenwoordiger:

- Patiënt verkeert in zorgelijke omstandigheden: ja/ nee
- Patiënt geeft overlast: ja/ nee
- Patiënt dreigt gevaar voor zichzelf en anderen te zijn: ja/ nee
- Patiënt is onbereikbaar
- Patiënt kan geen oordeel vormen

Bijlage 3: Sociale kaart regio Haaglanden

In regio Haaglanden zijn veel verschillende organisaties betrokken bij ouderenzorg. Wij hebben een overzicht gemaakt van een aantal van deze organisaties.

Thuiszorg

Binnen regio Haaglanden zijn er verschillende thuiszorgorganisaties actief. In dit overzicht vindt u een aantal organisaties voor persoonlijke verzorging en verpleging:

- Florence
- Haagse Wijk- en Woonzorg
- Respectzorg
- Cardia
- WoonZorgcentra Haaglanden
- Stichting Eijkenburg
- Royaal Thuis
- Henriëlla Zorg
- Evita zorg
- Thuiszorg De Zorgster
- HVP zorg
- Buurtzorg

Psychogeriatrische zorg

Bij onder andere de volgende instellingen kunt u terecht voor een casemanager dementie:

- WoonZorgcentra Haaglanden
- HVP Zorg
- Haagse Wijk- en Woonzorg
- Florence
- Cardia
- Saffier
- Respect
- De ZorgSter
- Stichting Eijkenburg

Valpreventie

- Sportief Plus
- OTAGO
- Origo Oefentherapeuten
- In Balans bij Houding
- In Balans valpreventie
- M&O fysio
- TIM fysio

Vanuit de Gemeente Den Haag

WMO

Voor aanvraag van huishoudelijke verzorging, individuele begeleiding, dagbesteding en vervoer kunt u terecht bij de gemeente Den Haag.

www.denhaag.nl

*Wijkteams kunt u bereiken
via het centrale nummer
14070*

Sociale kaart

De gemeente Den Haag heeft op hun website [een sociale kaart](#) samengesteld met de thema's Sociale kaart met indeling op volgende thema's

- Actief zijn en meedoen
- Geldzaken
- Wonen en huishouden
- Ondersteuning en zorg
- Werk en dagbesteding
- Sporten en bewegen

www.socialekaartdenhaag.nl

Maaltijden aan huis

- Versmarkt Vreeburg
- Uitgekookt
- Vers aan tafel
- Apetito
- De Participatie keuken
- Lekker eten met gemak

Boodschappendiensten aan huis

- Boodschappen Begeleidingsdienst
- Albert Heijn
- Picnic
- Jumbo
- Buurtsuper Ben van Andel

Diëtist

- Diëtist in Den Haag
- Vie diëtisten
- Prima voeding
- Dieet op maat
- Diëtistenpraktijk DeVa
- Mix diëtisten

Ergotherapie

- Adapt
- Basalt
- Haagse Wijk- en Woonzorg
- Florence
- Respect
- Ergotherapie Hand in Hand
- Ergotherapie thuis
- Gezond aan Zee

Mondzorg aan huis

- Dental Clinics
- Novodent
- Tandarts aan huis

Pedicure aan huis

- ProVoet
- Florence

Palliatieve- en terminale zorg

- Helpdesk Palliatieve Zorg Haaglanden
- Hospice diverse locaties
- Stichting Palliatieve Terminale Zorg
- Stichting Terminale Zorg door Vrijwilligers
- HWW en specialistisch verpleegkundig team
- Florence en team Thuiszorgtechnologie
- Expertise centrum Euthanasie

Vrijwilligers organisatie

- Blijmakers De Volharding
- Buddy Netwerk
- Samen Vitaal
- STEK

Informatie voor patiënten

Haagse Senioren

[Haagse Senioren](#) is een website met alle informatie rondom ouder worden in Den Haag.

Daarbij is aandacht voor onder andere:

- Inzet voor ouderenconsulent en maatschappelijk werker
- Hulp bij invullen van formulieren en ordenen van post en administratie
- Praktische hulp
- Vrijwilligerspunt Den Haag Doet
- Burenhulpcentrale
- Mantelzorgondersteuning
- Wonen

www.haagse senioren.nl

GGZ Parnassia

In opdracht van de gemeente Den Haag, is Parnassia achter de voordeur actief op zoek gegaan naar kwetsbare Haagse burgers die hulp nodig hebben, maar zelf de weg naar hulpverlening niet kunnen vinden.

Het gaat om mensen bij wie een vermoeden is van psychische problemen en/of een verslaving. Meestal hebben deze mensen veel problemen, op meerdere levensgebieden.

Contactgegevens

SecretariaatDorestad@Parnassia.nl
Telefoon: 088-3575500 | Fax: 088-3584184

Consultatieteam Ouderenpsychiatrie Haaglanden

Passievruuchtstraat 2 | 2552 BJ Den Haag

Het Haagse Steunsysteem

[Het Haags Steunsysteem \(HSS\)](#) verbindt professionals, cliënten, ervaringsdeskundigen, mantelzorgers en vrijwilligers van ruim 120 Haagse organisaties, met als doel: Hagenaars met psychische beperkingen ondersteunen om weer actief deel te nemen aan activiteiten in hun eigen omgeving. Het Haags steunpunt is actief in Den Haag, Rijswijk, Wassenaar en Leidschendam-Voorburg.

Een van de initiatieven van het HHS is de Haagse werktafel. De werktafel is een netwerk van professionals, vrijwilligers en mensen met eigen ervaring in de psychiatrie. Maandelijks komen mensen van vele organisaties binnen zorg- en welzijn bij elkaar in vijf verschillende stadsdelen. Gezamenlijk hebben ze brede kennis van de sociale kaart en een enorm netwerk. Dit wordt ingezet om cliënten op weg te helpen. In [deze folder](#) is meer informatie te vinden over de Haagse werktafel.