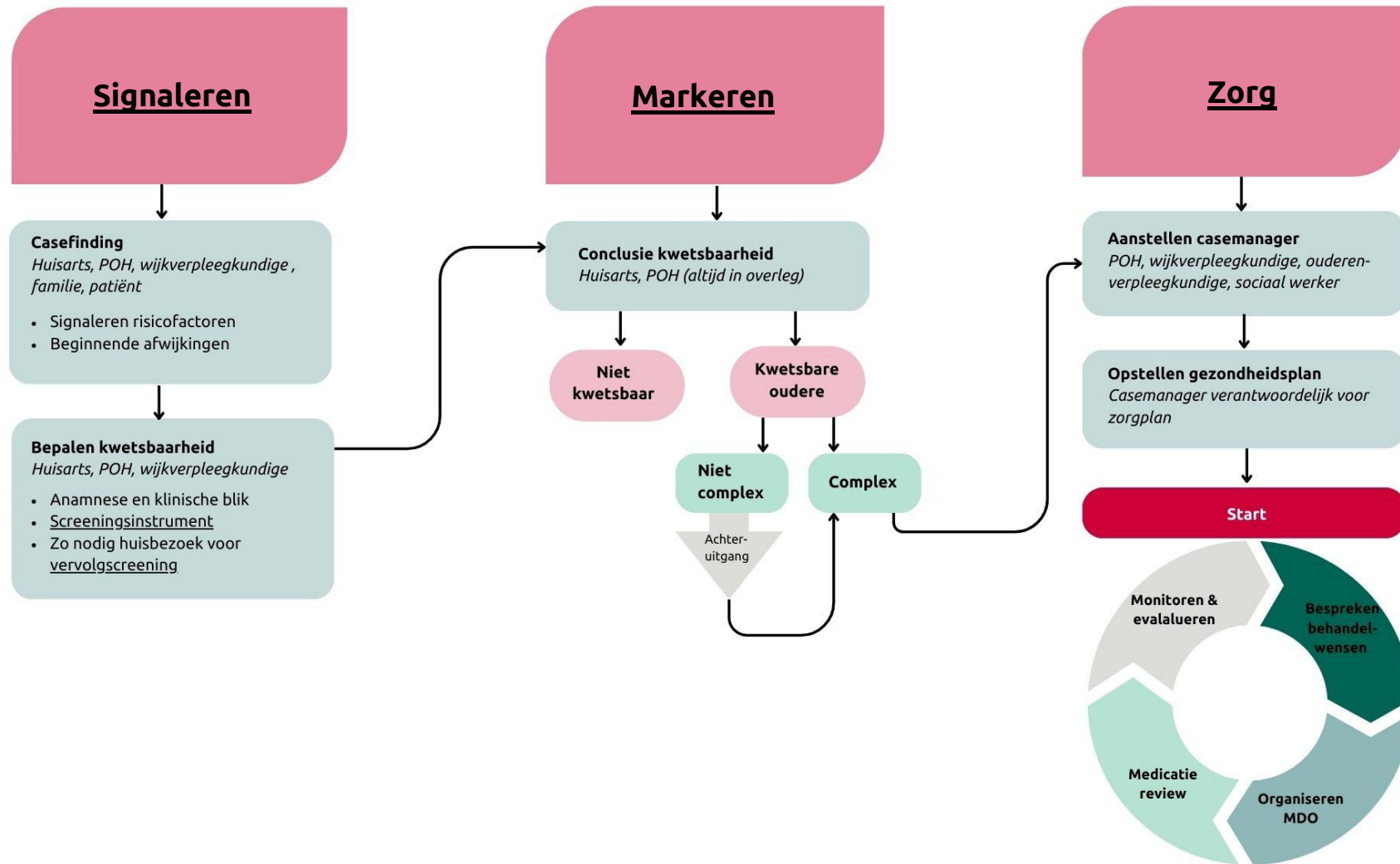


Zorgproces Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk 2026



Zorgproces ouderenzorg 2026 - januari

Onderstaand zorgproces beschrijft welke stappen te nemen zijn om de ouderenpopulatie in beeld te krijgen. Ook gaat het specifiek in op de kwetsbare ouderen en de complex kwetsbare ouderen.

Bij een kwetsbare oudere is er sprake van:

1. Een toenemend risico op verlies van functies, zowel fysiek als cognitief;
2. Waarschijnlijke afname van zelfredzaamheid.

Kwetsbare ouderen met complexe problematiek hebben vaak te maken met meerdere hulpverleners. Dat maakt een gestructureerde en lokaal georganiseerde aanpak van belang. Dit document biedt een handreiking en is gebaseerd op het [6-stappenplan van Beter Oud](#).

In de bijlagen van dit document staan uitwerkingen rondom registraties van (complex) kwetsbare ouderen in het HIS opgenomen.

- Bijlage 1: Stroomschema registratie ouderenzorg VIPLive
- Bijlage 2: Declaratiecodes
- Bijlage 3: Registratie en verslaglegging ouderenzorg - HIS ouderenprotocol

Signaleren		
Stap	Wat	Wie
	<p>Casefinding 'Casefinding' is het signaleren van risicofactoren of beginnende afwijkingen bij personen, die om een andere reden de zorgverlener raadplegen. Het is een preventieve activiteit om de kwetsbare ouderen in je praktijk goed in beeld te krijgen en houden.</p> <p>Risicofactoren zijn o.a. vallen, polyfarmacie, partnerverlies, klein sociaal netwerk, gewichtsverlies, dementie, multi-morbiditeit. Signalen uit het netwerk zoals thuiszorg, apotheker, paramedici, naasten e.d. zijn hierbij van grote waarde.</p>	HA/POH/wijkvpk/ familie/patiënt
	<p>Bepalen kwetsbaarheid De huisarts bepaalt of een patiënt kwetsbaar is. Dit kan met of zonder een screeningsinstrument (op basis van anamnese en klinische blik). POH en wijkverpleegkundige kunnen huisarts adviseren.</p> <p>Een goed hulpmiddel voor een eerste screening is de Easycare trap 1.</p> <p>Actie: Maak afspraken binnen de praktijk wie de registratie van de ouderenzorg op zich neemt.</p>	HA/POH/wijkvpk
	<p>Zo nodig: huisbezoek voor vervolgscreening Bij onduidelijkheid over de mate van kwetsbaarheid wordt een vervolgscreening ingezet. De huisarts bepaalt wie deze vervolgscreening uitvoert: POH/ovpk/wpvk (afhankelijk van de situatie van de patiënt).</p>	POH/ovpk/ wvpk

	<p>Zorg- en welzijnsvragen worden geïnventariseerd tijdens een huisbezoek door de POH of ovpk/wpvk. Een goed hulpmiddel hiervoor is de screening Easycare trap 2.</p> <p>Voor andere gevalideerde screeningsinstrumenten zie ook www.beteroud.nl.</p> <p>Bij een screening dient er ook aandacht te zijn voor de mantelzorgers. Indien van toepassing wordt een aparte vragenlijst voorgelegd aan de mantelzorger.</p> <p>De zorgverlener die het huisbezoek heeft afgelegd, koppelt aan de huisarts de bevindingen terug. Als de POH het huisbezoek heeft afgelegd, registreert deze de conclusies in het HIS. Overige zorgverleners geven hun conclusies door (via VIPLive). De huisarts bepaalt met die informatie de kwetsbaarheid van de patiënt.</p>	
--	---	--

Markeren		
	Wat	Wie
	<p>Conclusie kwetsbaarheid De huisarts registreert de bevindingen in het HIS.</p> <p>Niet kwetsbaar: A49.01 Oud met enkelvoudige aandoening: de huisarts noteert de episode A49.01: ouderenzorg (oudere is beoordeeld en in beeld, niet kwetsbaar, maar wel bijvoorbeeld chronische ziekte)</p> <p>Kwetsbare oudere, niet complex: A05 De oudere moet minimaal jaarlijks gezien worden en heeft risicofactoren op verliezen van functionaliteit. De huisarts maakt de probleem episode A05: kwetsbare oudere (als A49.01 al bestond, overschrijf je deze). Vervolgens inventariseert de huisarts of er bij de kwetsbare oudere sprake is van complexe problematiek*.</p> <p>Complex kwetsbare oudere: A05 en onderstaand Als er sprake is van een kwetsbare oudere met complexe problematiek, dan wordt deze oudere in de "Zorg" geïnccludeerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Probleem episode A05 kwetsbare oudere met complexe problematiek • Meetwaarde "hoofdbehandelaar ouderenzorg = huisarts" • Meetwaarde "deelname keten ouderenzorg = ja" <p>*Bij de kwetsbare ouderen met complexe problematiek kan een kleine gebeurtenis voor grote achteruitgang zorgen. Er is vaak sprake van regieverlies, er zijn meerdere risicofactoren, er zijn vaak meerdere hulpverleners betrokken. Er is sprake van kwetsbaarheid op een of meerdere domeinen: problemen in dagelijks functioneren, cognitief, psychisch en sociaal.</p>	HA

	<p>Vervolgacties voor ouderen met enkelvoudige problematiek (A49.01) Spreek in de praktijk af wie na 2 jaar opnieuw een screening uitvoert.</p> <p>Actie: Download hiervoor het ouderenrapport uit VIPLive en selecteer de patiënten met A49.01.</p>	HA/POH
	<p>Vervolgacties voor kwetsbare ouderen (A05) Bij achteruitgang bepaal je opnieuw de kwetsbaarheid, conform <i>kwetsbare oudere, niet complex: A05</i> op bovenstaande pagina.</p>	HA/POH

Zorg		
Stap	Wat	Wie
	<p>Vaststellen casemanager Spreek af wie casemanager is: dit kan de ouderenverpleegkundige, wijkverpleegkundige, sociaal werker, POH of andere betrokken professionele hulpverlener zijn.</p> <ul style="list-style-type: none"> De maatschappelijk werker, indien problematiek rondom eenzaamheid, financiën e.d. voorliggend zijn. De wijkverpleegkundige bij ouderen met complexe somatische problematiek (in overleg) De ouderenverpleegkundige als er sprake is van cognitieve problematiek. In sommige gevallen kan de POH het casemanagement op zich nemen. <p>De taken van de casemanager zijn: zorgdiagnostiek, opstellen en monitoring van het zorgplan, coördineren van zorg en welzijn, het plannen van de MDO's, aandacht voor de mantelzorger.</p> <p>Actie: Registreer in het HIS de casemanager (bijvoorbeeld in de memo).</p>	HA
	<p>Opstellen gezondheidsplan* <i>* Gezondheidsplan = zorgplan</i></p> <p>De casemanager is verantwoordelijk voor het beheer van het gezondheidsplan.</p> <p>Acties:</p> <ul style="list-style-type: none"> Formuleer acties en doelen, die zijn afgestemd op de wensen en behoeften van de oudere. Een goed hulpmiddel hierbij is het SFMPC-model, waarbij de domeinen Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch en Communicatie in kaart worden gebracht of de domeinen van positieve gezondheid. Er is ook een eenvoudige tool, geschikt voor laag-geletterden; Inventariseer het netwerk rondom de oudere (formeel en informeel); Koppel relevante gegevens aan de huisartsenpraktijk terug (via VIPLive of MDO). 	Casemanager

	<p>Bespreken behandelwensen met oudere/mantelzorg (A20) Door met de patiënt in gesprek te gaan worden de waarden, wensen en behoeften duidelijk. Dan wordt het makkelijker om passende zorg te organiseren en te plannen. Dit noemen we proactieve zorgplanning (PZP). Dit is hetzelfde als ACP.</p> <p>Acties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bespreek behandeldoelen en wensen met de oudere en de mantelzorger; • Noteer dit als behandelwensen ICPC A20 in het HIS met datum; • Deel deze wensen in het MDO met betrokken zorgverleners; • Maak een memo* aan voor NEO Spoedzorg in Topicus (basis of complexe memo); • Bij verwijzing via Zorgdomein: vul het bestemde vak in (onderin). Geef hier ook aan als de behandelwensen nog niet besproken zijn; • Activeer het LSP (zodat in de ANW-uren de probleemlijst en actuele medicatie bekend zijn). <p>De huisarts is eindverantwoordelijk voor registratie van behandelwensen in het HIS en actualiseert deze zo nodig. Andere hulpverleners kunnen een voorbereidend gesprek houden met de inwoner. De huisarts is uiteindelijk eindverantwoordelijk om het gesprek over behandelwensen te voeren.</p> <p>*Memo: gebruik de memo basis of complexe zorg in Topicus. Noteer de eerste contactpersoon (naam en telefoonnummer) en de belangrijkste afspraken en behandeldoelen (reanimeerbeleid, insturen, curatief/ palliatief/ symptomatisch). Zorg dat, als de oudere toestemming heeft gegeven, het LSP geactiveerd is, zodat de probleemlijst en actuele medicatie bekend is in de ANW-uren.</p>	HA
	<p>Organiseren MDO (tenminste 2x per jaar) De huisarts is eindverantwoordelijk voor het organiseren van de MDO's. Echter, in de praktijk wordt de organisatie hiervan vaak opgepakt door de ouderenverpleegkundige en/of wijkverpleegkundige.</p> <p>De casemanager is verantwoordelijk dat een oudere in een MDO besproken wordt.</p> <p>Acties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maak afspraken over de vorm van MDO (fysiek, hometeam, VIPLive); • Bespreek een kwetsbare oudere met complexe problematiek minimaal 2 keer per jaar in een MDO; • De uitkomsten en eventuele acties worden genoteerd in het HIS; • Registreer de datum als meetwaarde MDO in het HIS. 	HA/ casemanager/ POH
	<p>Organiseren medicatiereview (minimaal 1x per jaar) De huisarts is verantwoordelijk voor het beoordelen van de medicatie.</p>	HA/POH/apotheker

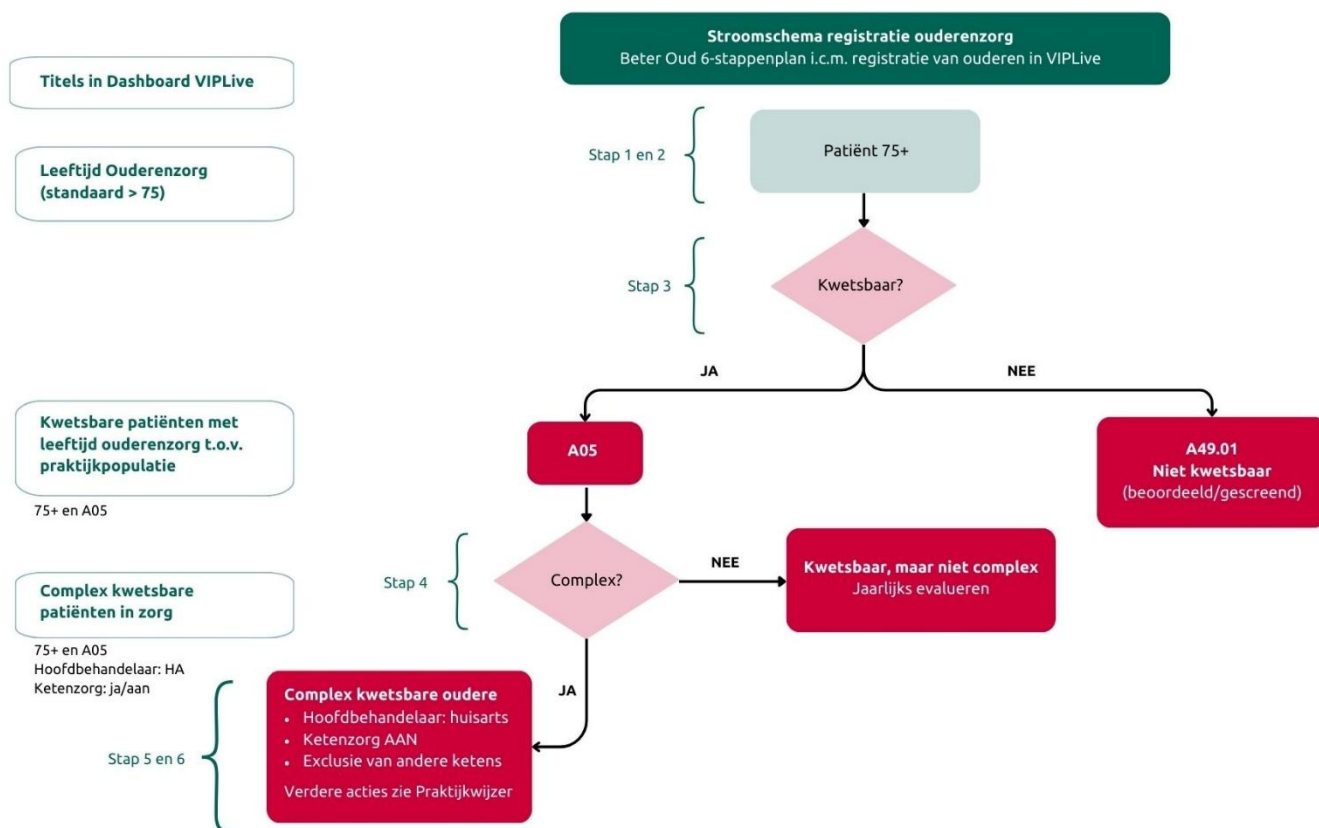
	<p>Acties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polyfarmacie: alle ouderen met polyfarmacie moeten minimaal één keer per jaar in een medicatiereview besproken worden. Daar worden indicatie, voorschrift, afgifte, gebruik en eventuele bijwerkingen besproken; • Medicatiereview over-/onderbehandeling: alle ouderen (ook zonder polyfarmacie) worden jaarlijks besproken in een medicatiereview om over- en onder behandeling te voorkomen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de start- en stop criteria voor ouderen van de NHG; • Stem af met de apotheker wie dit coördineert en welke taak apotheker en HA hebben; • Noteer de uitkomsten en eventuele acties in het HIS; • Registreer de datum als meetwaarde "Datum medicatiebeoordeling" in het HIS. 	
	<p>Beheren gezondheidsplan en uitvoeren en afstemmen acties Elke oudere heeft een gezondheidsplan. De casemanager zorgt samen met de oudere dat dit actueel is en deelt dit waar nodig met overige betrokkenen.</p> <p>Alle mutaties worden hierin bijgehouden en besproken acties worden uitgevoerd in afstemming met betrokken zorgverleners.</p> <p>Acties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spreek af wie in het HIS de relevante wijzingen en acties noteert; • Stem af wie de terugkoppeling geeft aan de oudere; • Spreek af hoe je wijzigingen met elkaar deelt (VIP live, hometeam etc.). 	Casemanager

Randvoorwaarden om ouderenzorg te kunnen leveren		
	<p>Communicatie m.b.v. VIPLive Actie: Activeer het portaal en de app. Actie: Maak afspraken met het netwerk over communicatie, bereikbaarheid en gebruik van digitale hulpmiddelen. Tip: klik hier voor meer informatie over de veilige chatfunctie. Tip: klik hier voor meer informatie over het activeren van de app.</p>	HA/POH/ovpk/ wvpk
Kwaliteit zorg aan kwetsbare ouderen		
	<ul style="list-style-type: none"> • 6-Stappenplan Beter Oud • De kaderarts ouderenzorg kan door de praktijk geconsulteerd worden. • De kaderarts bezoekt 1x per 2 jaar de praktijk (dit gesprek wordt door de praktijk voorbereid m.b.v. een checklist en het ouderenzorgrapport en/of dashboard). • Een afvaardiging van de praktijk neemt deel aan de jaarlijkse scholing door kaderhuisarts ouderenzorg. 	HA

Contactpersonen

- Karin Roskes (kaderhuisarts ouderengeneeskunde); k.roskes@syntein.nl
- Lisette van Wensveen (coördinator zorg, gezondheid en innovatie); l.vanwensveen@syntein.nl
- Rian Hendriks (coördinator zorg, gezondheid en innovatie); r.hendriks@syntein.nl

Bijlage 1: Stroomschema registratie ouderenzorg



Bijlage 2: Registratie en verslaglegging ouderenzorg - HIS ouderenprotocol

Dikgedrukt is verplicht en niet dikgedrukt is aanbevolen

Ouderenzorg Alg		Episodes	Aanbevolen frequentie
A49.01		Ouderenzorg: enkelvoudige problematiek *	2-Jaarlijks
A05		Kwetsbare ouderen * / algehele achteruitgang	Jaarlijks
A49.02		Polyfarmacie-Medicatiebeoordeling	Jaarlijks
A20		Gespreklevenseinde/behandelwensen	Jaarlijks
Ouderenzorg		Diagnostische bepalingen	Aanbevolen frequentie
3015	OZHB AZ	Hoofdbehandelaar ouderenzorg	Jaarlijks en bij wijziging
3982	DMDO AZ	Datum waarop patiënt besproken is in MDO	Jaarlijks en bij wijziging
4021	MBO AZ	Datum medicatiebeoordeling	Jaarlijks en bij wijziging
2803	ZZPV AZ	Zorgzwaarte pakket verpl.verzorg	Indien van toepassing
4163	VRIT AA	Valrisicobeoordeling	Indien van toepassing
Deelname ketenzorg		Deelname complexe ouderenzorg	
3832	OZKZ AZ	Deelname ketenzorg ouderenzorg: om te includeren in programma kwetsbaar & complex	Jaarlijks en bij wijziging
Zorgplan			
2789	OZP AZ	Aanvullende gegevens plan (ouderenzorg) of	Op maat
3882	IZP AZ	Individueel zorgplan aanwezig (nieuw)	Jaarlijks en bij wijziging
Meetwaarden ouderenzorg			
1919	KREM O FB	eGFR volgens MDRD-formule of	Jaarlijks
3583	KREC O FB	eGFR volgens CKD-EPI formule ¹	Jaarlijks
523	KREA B	Kreatinine	Jaarlijks
357	GEW AO	Gewicht patiënt	Jaarlijks
560	LNGP AO	Lengte patiënt	Eenmalig
1272	QUET AO	Quetelet-index (BMI) patiënt	Jaarlijks
1744	RRSY KA	Systolische bloeddruk	Jaarlijks
1740	RRDI KA	Diastolische bloeddruk	Jaarlijks
1875	POLR AO	Polsfrequentie	Jaarlijks
2102	POLS AO	Polsritme	Jaarlijks
2773	AVAL AQ	Aantal keer gevallen in afgelopen jaar	Op maat
Functionele testen			

2810	GDST PQ	Score Geriatric Depression Scale15 (GDS)	Op maat
2435	MMST PQ	Totaalscore MMSE	Op maat
2800	CLDT AQ	Kloktekentest (Clock Drawing) Shulman	Op maat

Vastleggen van de casemanager en hoofdbehandelaar bij kwetsbare ouderen met complexe problematiek

Registreer in het HIS de casemanager. Spreek af binnen de praktijk waar in het HIS. Dit kan op verschillende manieren:

- In de tekstregel van de episode onder de episode A05;
- In het ouderenzorgprotocol aanvinken dat de huisarts de hoofdbehandelaar is;
- In de tekstregel 'aanvullende gegevens plan' de functie en naam van de casemanager noteren;
- In een memo in het HIS;
- Bij contactpersonen.

Risicofactoren met bijbehorende ICPC-codes

A80	Trauma/letsel als patiënt gevallen is	T05	Voedingsprobleem volwassenen
L 95	Osteoporose	T08	Gewichtsverlies
P20	Geheugen concentratie/oriëntatie-stoornissen	U04	Urine-incontinentie
P76	Depressie	Z07.01	Analfabetisme; registratie van laaggeletterdheid
P74	Angst	Z04.03	Eenzaamheid
		Z15	Verlies /overlijden van partner

Bijlage 3: Declaratiecodes

Declaratiecodes			
31457		Valrisicobeoordeling uitgevoerd door huisarts	Prestatie per 15 min.
31467		Valrisicobeoordeling uitgevoerd door POH-O	Prestatie per 15 min.
31244	VGZ-verzekerden en volgers	Prestatie behandelwensgesprek De prestatie ACP kan eenmalig worden gedeclareerd per patiënt.	Prestatie per verrichting
31342	VGZ-verzekerden en volgers	Prestatie actualisatie behandelwensgesprek Actualisatiegesprek kan eenmaal per jaar worden gedeclareerd vanaf het jaar volgend op het jaar, waarin het behandelwensgesprek is gehouden.	Prestatie per verrichting

Bijlage 4: het opstellen van een zorgplan

Zorgplan specifiek (niet verplicht)			
Geen NHG	Meting	SFMPC-model - Somatisch	Op maat
Geen NHG	Meting	SFMPC-model - Functioneel	Op maat
Geen NHG	Meting	SFMPC-model - Maatschappelijk	Op maat
Geen NHG	Meting	SFMPC-model - Psychisch	Op maat
Geen NHG	Meting	SFMPC-model - Communicatief	Op maat

Zorgplan specifiek voor PG - praktijken (scoren 0-10) vragenlijst volwassentool niet verplicht			
3886	MPG1 AZ	Score lichaamsfuncties MPGLich	Op maat
3887	MPG2 AZ	Score mentaal welbevinden MPGMent	Op maat
3888	MPG3 AZ	Score zingeving MPGZing	Op maat
3890	MPG5 AZ	Score meedoen MPGMeedn	Op maat
3891	MPG6 AZ	Score dagelijks functioneren MPGDagFun	Op maat
3892	MPGT AZ	Totaal, gezondheidsoppervlakte	Op maat