

**Zorgprogramma
Ouderenzorg
in de huisartsenpraktijk**

Regio Rivierenland



Werkgroep Ouderenzorg

Laatste evaluatie: najaar 2025

Datum herziening: elke 2 jaar

Contactgegevens

secretariaat@ecttiel.nl

secretariaat@gezondrivierenland.nl

Inhoud

1. Inleiding	3
1.1 Ouderenzorgvisie	3
1.2 Doelgroep	3
2. Het zorgproces.....	6
2.1 Basiselementen ouderenzorg in de huisartsenpraktijk	6
2.2 Visuele weergave van Stepped Care	7
2.3 Casefinding	8
2.4 Kwetsbaarheid onderzoeken en vaststellen	8
2.5 Uitvoering van de zorg	9
2.5.1 Onderlinge afstemming	9
2.5.2 Individueel Zorgplan (IZP).....	11
2.5.3 Medicatiebeoordeling (MBO)	12
2.5.4 Dementie	13
2.5.5 Valrisico	14
2.5.6 Proactieve Zorg Planning (PZP)	15
2.5.7 Mantelzorgondersteuning	16
2.5.8 Wet Zorg en dwang (IBS/RM)	16
2.5.9 Huisartsenzorg leveren aan WLZ-patiënten	17
2.5.10 Registratie	18
2.5.11 Overige aandachtspunten.....	18
3. Samenwerking	20
3.1 Verantwoordelijkheidsverdeling in de netwerkzorg	20
3.1.1 De huisarts	20
3.1.2 Praktijkondersteuner-ouderenzorg	20
3.1.3 Specialist Ouderengeneeskunde (SO)	21
3.2 Onderlinge berichtgeving en verslaglegging	21
4. Organisatie	23
4.1 Verantwoordelijkheid zorggroepen	23
4.2 Kwaliteitscommissie ouderenzorg	23
5. Bijlagen.....	24
Bijlage 1: ICPC-codes voor ouderenzorg	24
Bijlage 2: SFMPC-lijst.....	25

1. Inleiding

1.1 Ouderenzorgvisie

De visie die bepalend is voor de wijze waarop ouderenzorg in de huisartsenpraktijken in Rivierenland wordt geleverd is als volgt:

‘Ouderen in Rivierenland kunnen zo lang mogelijk, mits verantwoord, zelfstandig met de nodige hulp en ondersteuning in hun vertrouwde omgeving blijven wonen. Wat de oudere belangrijk vindt in zijn of haar leven is het uitgangspunt. Zo kunnen zij ook in hun laatste levensfase hun eigen koers bepalen. Bij het leveren van zorg wordt uitgegaan van het principe van positieve gezondheid (denken in mogelijkheden in plaats van in beperkingen) en wordt gewerkt vanuit het Stepped Care principe (zo licht als kan, zo zwaar als moet). Een behandeling van een patiënt is niet intensiever dan nodig en complexere interventies komen veelal pas in beeld als eenvoudiger interventies onvoldoende resultaat hebben. Het is desalniettemin niet zo dat het zorgproces per definitie lineair verloopt. Er kan op- en afgeschakeld worden en er kunnen stappen overgeslagen worden.’

Om goede zorg vanuit deze visie te bewerkstelligen werken allerlei partners, te weten de zorggroep Gelders Rivierenland, het Eerstelijns Centrum Tiel (ECT), Zorgcentra De Betuwe (ZdB), Santé Partners, SZR, Ziekenhuis Rivierenland, GGD Gelderland Zuid en de gemeenten Buren, Culemborg, Neder-Betuwe, Tiel, West-Betuwe en West Maas en Waal, samen. Ook bestaan het Netwerk Dementie Rivierenland, het Netwerk Palliatieve Zorg en vijf geriatrische netwerken (Netwerk Buren, Netwerk Neder-Betuwe, Netwerk Tiel, Netwerk West-Betuwe, Netwerk West Maas en Waal), die zijn opgericht om specifieke typen patiëntengroepen beter te kunnen bedienen.

Kortom: ouderenzorg is netwerkzorg. Het opbouwen en onderhouden van relaties met partners in de lokale context (bijvoorbeeld in hechte wijkverbanden (die in ontwikkeling zijn)) is een belangrijke basis van de ouderenzorg in de huisartsenpraktijk.

1.2 Doelgroep

Dit zorgprogramma is gericht op de zorg voor kwetsbare ouderen. Om al dan niet geïnccludeerd te worden in de ouderenzorgmodule van de in de regio Rivierenland preferente zorgverzekeraar Menzis, moet vastgesteld worden of een patiënt kwetsbaar is én of deze kwetsbaarheid samenhangt met veroudering. Leeftijd speelt hierin geen doorslaggevende rol. Sommigen zijn al duidelijk kwetsbaar door veroudering wanneer zij 55 jaar zijn, terwijl anderen pas kwetsbaar worden door veroudering wanneer zij 80 jaar oud zijn.

Het is niet mogelijk om harde criteria vast te leggen waaraan iemand moet voldoen om als 'kwetsbaar door ouderdom' aangemerkt te worden. Alleen wanneer bij iemand de diagnose dementie is gesteld, is die persoon in alle gevallen aan te merken als 'kwetsbaar door ouderdom'. Hiernaast kan als leidraad aangehouden worden dat het gerechtvaardigd is om iemand als 'kwetsbaar door ouderdom' aan te merken wanneer op 4 vragen of meer van de Groningse Frailty Indicator (GFI)-vragenlijst gescoord wordt.

Omdat leeftijd geen doorslaggevende rol speelt, kan iemand van 55 jaar die alleen in een zelfstandige woning leeft, bij wie net Parkinson is geconstateerd in het zorgprogramma 'kwetsbare ouderen' terecht komen. Ook iemand met een leeftijd van 50 jaar oud die een CVA/hartinfarct heeft doorgemaakt en daardoor beperkt is in zijn dagelijks functioneren, kan opgenomen worden in dit zorgprogramma. Echter: iemand met een verstandelijke beperking van dertig, kan ondanks zijn/haar kwetsbaarheid door de verstandelijke beperking, niet in dit zorgprogramma komen. Maar de kans dat iemand met een verstandelijke beperking al in het zorgprogramma voor kwetsbare ouderen wordt opgenomen wanneer hij/zij 50 jaar oud is, is groter dan dat een ander willekeurig gekozen iemand met een leeftijd van 50 jaar wordt in dit zorgprogramma.

Naast de elementen die expliciet aan de orde komen in de GFI-vragenlijst, zijn er een aantal elementen die in ogenschouw genomen moeten worden wanneer de mate van kwetsbaarheid bepaald wordt, namelijk de volgende:

- multimorbiditeit;
- één of meer Geriatric Giants (cognitieve stoornissen, mobiliteitsstoornissen, ondervoeding, communicatiestoornissen, geheugenproblemen, psychische stoornissen en incontinentie)
- vallen en motorische/functionele beperkingen;
- onveilige woonsituatie;
- ontbreken van een sociaal netwerk;
- verlies van zingeving;
- een overbelaste mantelzorger;
- frequent contact met de huisartsenpraktijk, HAP en/of SEH;
- het aantal visites dat wordt afgelegd door huisarts/POH;
- kortgeleden weduwe/weduwnaar geworden;
- alleenstaand zijn;
- een ziekenhuis- of verpleeghuisopname kortgeleden;
- polyfarmacie (≥ 5 verschillende medicijnen) /medicijngebruik;

Wanneer iemand laagopgeleid en/of laaggeletterd is, is er altijd een grotere kans op kwetsbaarheid. Dit geldt ook voor kwetsbaarheid door ouderdom.

Er zal altijd generalistisch gekeken moeten worden. Wanneer iemand nog zelfredzaam is in het alledaagse leven (zelf boodschappen kan doen) is iemand (nog) niet kwetsbaar.

Wanneer de diagnose dementie gesteld is, is iemand in alle gevallen kwetsbaar. Ook het doormaken van een delier duidt sowieso op kwetsbaarheid. Wanneer ook aan ouderdom gerelateerde problemen aan de orde zijn, kan iemand geïnccludeerd worden in de module kwetsbare ouderen van Menzis.

Wanneer een niet-huisarts vaststelt dat iemand kwetsbaar is, dient in alle gevallen overleg met de huisarts plaats te vinden. De huisarts bepaalt of er daadwerkelijk sprake is van kwetsbaarheid.

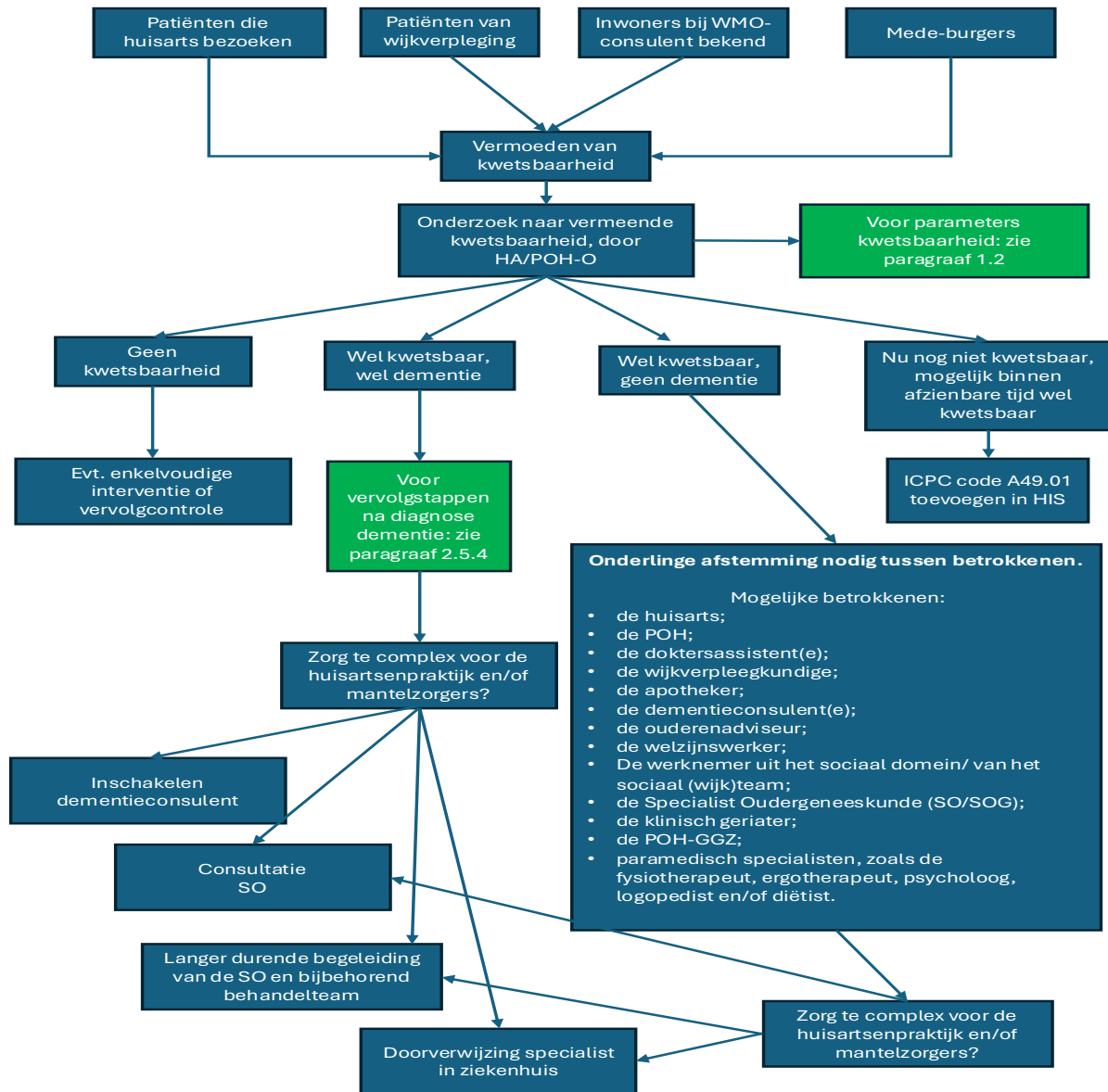
Er dient in ogenschouw genomen te worden dat vanwege de wijze waarop het zorglandschap nu is ingericht, kwetsbare ouderen en ouderen die geïnccludeerd kunnen worden in de module kwetsbare ouderen van de preferente zorgverzekeraar Menzis, ook thuiswonende ouderen met een WLZ-indicatie kunnen zijn. Kwetsbare ouderen ontvangen nu vanuit een Volledige Pakket Thuis (VPT)- of een Modulair Pakket Thuis (MPT)-zorgpakket zorg die in eerdere tijden intramuraal in zorginstellingen werd verleend. Deze patiënten ontvangen dan zorg van zowel de huisarts als de Specialist Oudergeneeskunde (SO/SOG).

2. Het zorgproces

2.1 *Basiselementen ouderenzorg in de huisartsenpraktijk*

1. Een goede sociale kaart is een belangrijke randvoorwaarde om de ouderenzorg goed te kunnen leveren.
2. De POH-O speelt een centrale rol in de ouderenzorg binnen de huisartsenpraktijk. Alle werkzaamheden die beschreven worden in hoofdstuk twee behoren tot het takenpakket van de POH-O. Het is belangrijk om te realiseren dat een POH-O ook veel indirecte tijd aan de patiënt besteedt. Zeker 50% van de tijd die een POH-O aan de zorg voor een kwetsbare ouderen besteedt is indirecte tijd.
3. Registratie vindt plaats in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). Hierbij worden de registratieadviezen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de daarbij horende ICPC-codes gebruikt. De meest relevante ICPC-codes voor de zorg van kwetsbare ouderen, zijn opgenomen in bijlage 1. Gegevens dienen uniform geregistreerd te worden in het eigen zorgverleners dossier. Dit is van belang voor een juiste financiële afhandeling, maar ook in het kader van indicatoren en benchmarks.

2.2 Visuele weergave van Stepped Care



2.3 Casefinding

In de regio Rivierenland komen kwetsbare ouderen in beeld door casefinding. Er vindt geen selectieve screening plaats, omdat het niet zinvol geacht wordt en omdat de menskracht ervoor ontbreekt. Het is zodoende de bedoeling dat tijdens reguliere contacten achteruitgang en het ontstaan van kwetsbaarheid tijdig gesignaleerd wordt. Wanneer de huisartsen-praktijk benaderd wordt door anderen (bijvoorbeeld een bezorgde buurvrouw) met zorgen over iemand, is het van belang dat er nagegaan wordt of deze zorgen terecht zijn. Wanneer er een vermoeden van kwetsbaarheid door ouderdom is, wordt zodoende altijd verder onderzoek gedaan.

2.4 Kwetsbaarheid onderzoeken en vaststellen

Wanneer er een vermoeden is van kwetsbaarheid strekt het tot aanbeveling om tijdens een consult, dat mogelijk een andere aanleiding heeft, het vermoeden te bespreken met de patiënt. In contact wordt gezocht naar mogelijkheden om de kwetsbaarheid verder te onderzoeken. Na de eerste constatering van mogelijke kwetsbaarheid:

- wordt eerst nagegaan of de oudere al als kwetsbaar bekend is bij huisarts, praktijkondersteuner, wijkverpleging, casemanager dementie, ouderenadviseur en/of maatschappelijk werker.
- neemt de praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige (namens de huisarts) contact op met de oudere. Tijdens dit contact worden de vragen gesteld zoals deze zijn opgenomen in de GFI-vragenlijst en worden de items besproken die opgenomen zijn in paragraaf 1.2 van dit zorgprogramma. Wanneer een directe bespreking niet mogelijk of wenselijk is of wanneer lichamelijk onderzoek gedaan moet worden, wordt een huisbezoek gepland waarin dit gedaan kan worden. Wanneer een huisbezoek gepland moet worden, vindt het bezoek bij voorkeur binnen 4 weken plaats.
- kan eventueel ook lichamelijk onderzoek verricht worden, kan gekeken worden naar het lichaamsgewicht van de patiënt, kan aanvullende diagnostiek gedaan worden met behulp van lab, ECG, urineonderzoek, audiogram, visustest of, bij het vermoeden van psychiatrische problematiek, kan diagnostiek gedaan worden met behulp van 4DLK, GDS, OLD, MMSE, MOCA, kloktekentest of RUDAS (de RUDAS vragenlijst is ontwikkeld voor mensen bij wie een vermoeden van dementie is, waarbij MMSE of kloktekentest niet gebruik kan worden door laaggeletterdheid of een niet-westerse achtergrond). Bij een vermoeden van dementie dient, indien mogelijk, een hetero anamnese gedaan te worden. In (ingewikkelde) diagnostische processen bij een vermoeden van dementie kan hulp ingeschakeld worden van een SO of medisch specialist.

De uitkomsten van de GFI-vragenlijst en van het gesprek over de andere onderwerpen die vermeld zijn in paragraaf 1.2 worden door de POH-O in

het HIS geregistreerd. Als de GFI door de wijkverpleegkundige is afgenomen wordt dit via zorgmail aan de huisarts doorgegeven.

Wanneer 'kwetsbaarheid door ouderdom' is vastgesteld wordt de ICPC-code A05 aan de patiënt gekoppeld. Ook wordt, wanneer meerdere hulpverleners betrokken zijn of zullen worden, onderlinge afstemming geïnitieerd.

Wanneer vastgesteld wordt dat iemand nog niet als 'kwetsbaar door ouderdom' geregistreerd kan worden, wordt de ICPC-code A49.01 aan de patiënt gekoppeld. Zo is duidelijk dat de patiënt mogelijk op korte termijn wel als 'kwetsbaar door ouderdom' aangemerkt moet worden en dat oplettendheid zodoende geboden is. Ook wordt met de patiënt besproken hoe en door wie eventuele geconstateerde problemen worden afgehandeld.

2.5 Uitvoering van de zorg

Wanneer vastgesteld is dat iemand kwetsbaar is door ouderdom, is verder onderzoek en het opzetten van passende zorg voor die patiënt nodig. Er zijn een aantal onderwerpen, die in de basis vaak ook al in het onderzoek naar de mate van kwetsbaarheid zijn voorgekomen, waaraan aandacht besteed moet of kan worden. Deze onderwerpen komen in de volgende sub paragrafen aan bod. Er wordt beschreven welke elementen van belang zijn om in gedachte te houden en er worden potentiële vervolgacties omschreven. Het zal per patiënt verschillen wat relevant en nodig is. De generalistische blik van de betrokken zorgverleners blijft zodoende noodzakelijk.

2.5.1 Onderlinge afstemming

Wanneer iemand kwetsbaar is door ouderdom zijn er vaak meerdere hulpverleners bij die patiënt betrokken. Hierbij kan gedacht worden aan:

- de huisarts;
- de POH;
- de doktersassistent(e);
- de wijkverpleegkundige;
- de apotheker;
- de dementieconsulent(e);
- de ouderenadviseur;
- de welzijnswerker;
- de werknemer uit het sociaal domein/het sociaal (wijk)team;
- de Specialist Oudergeneeskunde (SO/SOG);
- de klinisch geriater;
- de POH-GGZ;
- de paramedisch specialisten, zoals de fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog, logopedist en/of diëtist.

Regelmatig zijn ook mantelzorgers betrokken. Het is belangrijk dat de verschillende personen die betrokken zijn bij de patiënt weten van elkaars betrokkenheid. Onderlinge afstemming is dan ook van wezenlijk belang. Onderlinge afstemming is nodig om de zorg te organiseren, om te controleren of de verschillende betrokkenen op dezelfde lijn zitten en om afspraken te maken over de rolverdeling. Hoe, hoe vaak, met wie en waarover er onderlinge afstemming is, verschilt per patiënt en per lokale context.

Er dient in ieder geval onderling afgestemd te worden:

- wie de casemanager is (voor uitleg over casemanagement, zie paragraaf 3.1.2);
- bij wie de patiënt en eventuele mantelzorgers terecht kunnen met welke vragen;
- wie in de gaten houdt of de patiënt en eventuele mantelzorgers voldoende op de hoogte zijn van wat andere betrokkenen over hen en hun situatie bespreken;
- wat er in het Individuele Zorg Plan (IZP) moet staan (in paragraaf 2.5.2 wordt dieper ingegaan op het IZP).

OZOverbindzorg

Wanneer gebruik gemaakt wordt van het digitale communicatieplatform OZOverbindzorg vindt veel van de onderlinge afstemming en communicatie tussen de verschillende betrokkenen plaats op dit platform. De oudere is de eigenaar van het account. Er zijn ook vaak mantelzorgers betrokken. Zij geven aan welke zorg- en hulpverleners toegang krijgen tot de informatie in OZOverbindzorg. Werken met het platform OZOverbindzorg heeft een aantal voordelen. Het is een voordeel dat:

- Meerdere betrokkenen op dit platform met elkaar een gesprek kunnen hebben.
- Ook de patiënt en de mantelzorger toegang kunnen hebben tot dit platform (bij veel andere systemen die professionals kunnen gebruiken voor onderlinge communicatie is dit niet mogelijk).
- Berichten ook door een deel van de bij de patiënt betrokkenen gezien kunnen worden. De hulpverleners kunnen dus ook een gesprek voeren, zonder dat dit voor de patiënt zichtbaar is.
- Berichten opgepakt kunnen worden op een moment dat het uitkomt. De verschillende betrokkenen hoeven niet synchroon online te zijn.

MDO

Een vorm van onderlinge afstemming is het Multi Disciplinair Overleg (MDO). Een MDO is de vorm van een onderlinge afstemming waarbij verschillende betrokkenen op hetzelfde moment online of offline (fysiek) beschikbaar zijn. Er kunnen gedurende de tijd verstrijkt meerdere MDO's over één patiënt zijn. De POH-O neemt meestal de praktische aspecten (prikken van een moment en versturen van de uitnodiging) rondom zo'n bijeenkomst voor haar/zijn rekening. De casemanager neemt inhoudelijk de leiding.

Bij MDO's is het verder van belang dat in ogenschouw genomen wordt dat:

- De patiënt toestemming moet geven om een MDO rondom hem/haar te organiseren.
- Er gevoelige onderwerpen aan bod kunnen komen. In verband met de privacy van de patiënt is het van belang dat medische problemen, zo veel als redelijkerwijs mogelijk is, alleen besproken worden met de zorgverleners.
- Het een optie is om gegevens te anonimiseren en daarmee de privacy van de patiënt te beschermen.

Een partij waarmee ook in veel gevallen onderlinge afstemming moet plaatsvinden is de wijkverpleging. Huisartsen en wijkverplegingsorganisaties maken onderling schriftelijke afspraken over:

- onderlinge bereikbaarheid en communicatie (te denken valt aan afspraken over vaste aanspreekpunten binnen beide organisaties);
- het uitzetten van acties en het tijdpad;
- terugkoppeling van acties van de wijkverpleging aan de huisartsenpraktijk.

Wanneer er bij een huisartsenpraktijk veel patiënten zijn waarbij zowel de huisarts als de wijkverpleging betrokken is, wordt er regelmatig voor gekozen om een regulier overleg te plannen waarin onderlinge afstemming plaatsvindt over verschillende patiënten. Ook deze overleggen zijn een vorm van onderlinge afstemming.

2.5.2 Individueel Zorgplan (IZP)

Bij het opstellen van een IZP wordt gebruik gemaakt van het zogenaamde SFMPC-model. De verschillende letters in de naam van dit model staan voor verschillende aandachtsgebieden, te weten:

- **S**omatisch: lichamelijke gevolgen van een aandoening;
- **F**unctioneel: mate van zelfzorg, mobiliteit, transfers, incontinentie;
- **M**aatschappelijk: sociale relaties, dagbesteding;
- **P**sychisch: cognitie, coping;
- **C**ommunicatie: zintuigen, utingsbeperkingen.

In bijlage 2 wordt aangegeven welke verschillende deelaspecten onderscheiden kunnen worden binnen de verschillende aandachtsgebieden.

De POH-O's en de wijkverpleging hebben verschillende zorgplannen. Deze worden niet integraal gedeeld. De elementen die in zorgplannen worden opgeschreven die relevant zijn voor samenwerkingspartners, dienen onderling gedeeld te worden. De POH-O schrijft de belangrijkste delen van

het individueel zorgplan van de patiënt uit op de, in de eigen huisartsenpraktijk, afgesproken plaats in het HIS.

2.5.3 Medicatiebeoordeling (MBO)

Bij patiënten die kwetsbaar zijn door ouderdom is vaak sprake van polyfarmacie. Bij patiënten bij wie sprake is van polyfarmacie, maar ook bij patiënten die kwetsbaar zijn door ouderdom, maar bij wie daar geen sprake van is, dient de medicatie minimaal eens per twee jaar beoordeeld te worden. Er is sprake van polyfarmacie wanneer er vijf of meer geneesmiddelen chronisch gebruikt worden door een patiënt. Dermatologische preparaten en geneesmiddelen die niet chronisch gebruikt worden, worden niet meegeteld bij de bepaling van het aantal geneesmiddelen bij polyfarmacie. Het woord polyfarmacie kan een negatieve associatie hebben, maar polyfarmacie is op zich niet fout.

Het doel van een medicatiebeoordeling (MBO) is het waarborgen van de kwaliteit en veiligheid van geneesmiddelengebruik. Hiernaast wordt een optimale medicamenteuze behandeling, het verminderen van risico's op geneesmiddel-gerelateerde problemen en het bevorderen van therapietrouw beoogd. Voor kwetsbare ouderen gelden de volgende specifieke aandachtspunten:

- Weeg af of er een noodzaak is voor voortzetting van medicatie.
- Weeg af of er een noodzaak is voor het starten van medicatie.
- Houdt de nierfunctie goed in de gaten.
- Ga na of de medicatie trouw wordt ingenomen en of de patiënt nog voldoende in staat is hiertoe. Schakel zo nodig hulpmiddelen als de baxterverpakking in of de Medido medicijn dispenser.
- Ga na welke bijwerkingen medicijnen hebben en of (en zo ja welke) interacties er tussen verschillende medicaties zijn.

Over hoe gewaarborgd wordt dat de medicatiebeoordeling (minimaal) eens in de twee jaar gebeurt dienen lokale afspraken gemaakt te worden tussen de huisarts en de apotheker. Aangezien de apotheker niet op voorhand weet welke patiënten de huisarts als 'kwetsbaar door ouderdom' heeft aangemerkt dient de huisarts hierin het voortouw te nemen. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat de huisarts een recept A05 uitschrijft om aan de apotheker kenbaar te maken dat een tweejaarlijkse medicatiebeoordeling voor de patiënt waarvoor dit recept wordt uitgeschreven, uitgevoerd dient te worden. Een huisarts kan ook ieder jaar een lijst uitdraaien van alle patiënten waaraan ICPC-code A05 is

gekoppeld en deze aan de apotheker overhandigen met het verzoek om te controleren of een medicatiebeoordeling nodig is voor deze patiënten.

Naast het verstrijken van twee jaar tijd kunnen er ook andere aanleidingen zijn om een medicatiebeoordeling uit te voeren. Hierbij kan gedacht worden aan:

- een verzoek van de patiënt of mantelzorger;
- signalen van (mogelijke) farmacotherapie gerelateerde problemen (FTP's) vanuit huisarts of apotheker of vanuit derden (zoals ziekenhuis of wijkverpleging), zoals een recente val door onbekende oorzaak, cognitieve achteruitgang of verminderde therapietrouw;
- relevant nierfunctieverlies;
- een acute of structurele verandering van de gezondheidstoestand, zoals bij of na een ziekenhuisopname, of na recente opname door een mogelijk farmacotherapeutisch probleem;
- na recent verlies van de partner, alleenstaand of zonder sociaal netwerk;
- met een lage opleiding of laaggeletterdheid.

2.5.4 Dementie

Zoals beschreven in paragraaf 1.2 is de diagnose dementie een reden om een patiënt als 'kwetsbaar door ouderdom' aan te merken. Zoals aangegeven in paragraaf 2.4 zijn er verschillende instrumenten die gebruikt kunnen worden bij het diagnosticeren van dementie. Er is ook een NHG standaard waarin beschreven wordt hoe onderzoek naar dementie kan plaatsvinden. In de zorg voor patiënten waarbij dementie gediagnosticeerd is of waarbij een vermoeden van dementie aanwezig is, heeft de huisarts soms ook contact met andere zorgverleners. Soms verwijst de huisarts ook naar hen door.

Dementieconsulent

De huisarts kan besluiten een gespecialiseerd verpleegkundige dementie of dementieconsulente te consulteren of in te zetten, wanneer:

- hij/zij consultatie wenselijk vindt;
- de patiënt behoort tot een complexe doelgroep waarvoor specialistische kennis vereist is (te denken valt aan 'jonge mensen met dementie', 'erfelijke vormen van dementie', 'zeldzame vormen van dementie, zoals Creutzfeld Jacob', 'mensen met Fronto Temporale dementie', 'mensen met Lewy Body dementie', 'mensen met Korsakov dementie');
- er geen mantelzorger en/of sociaal netwerk aanwezig is of de mantelzorger en/of het sociaal netwerk de nodige zorg en betrokkenheid niet meer (geheel) kan verlenen;
- er gedragsproblemen zijn bij de patiënt;
- er co-morbiteit is met psychiatrisch ziektebeeld (verslaving, stemmingsstoornissen, autisme, persoonlijkheidsproblematiek);

- een patiënt een zorgmijder is en hij/zij overlast veroorzaakt t.g.v. de dementie.

De huisarts kan besluiten om een SO te consulteren wanneer:

- er onzekerheid is over het bestaan van dementie;
- diagnostiek moet plaatsvinden bij mensen die geen Nederlands spreken;
- er behoefte is aan een nosologische diagnose;
- er een bijkomende ernstige psychiatrische ziekte is.

Wanneer de zorg voor de patiënt met dementie te complex wordt voor de huisarts en het team in de huisartsenpraktijk, kan (een deel van) de behandeling overgedragen worden aan een behandelteam, bestaande uit een SO en (verschillende) andere zorgverleners. Over de precieze verantwoordelijkheidsverdeling worden op het moment van schrijven van dit zorgprogramma regionale afspraken gemaakt. Die zullen bij vaststelling als addendum aan dit zorgprogramma worden toegevoegd.

Verwijzing naar een medisch specialist in de 2e lijn kan plaatsvinden wanneer:

- sprake is van (vermoeden op) dementie op jonge leeftijd;
- er recent hoofdletsel is ontstaan, met name in geval van een stollingsstoornis of gebruik van anticoagulantia;
- er een recente voorgeschiedenis van maligniteit is;
- er nieuwe onverklaarde mictiedrang of urine-incontinentie is in combinatie met een loopstoornis;
- er een atypisch beloop is, er een vermoeden is van fronto-temporale dementie, Lewy-Body-dementie of Parkinsondementie (deze ziektebeelden hebben ook vaak neurologisch en/of beeldvormend onderzoek nodig);
- er sprake is van nieuwe focale neurologische uitval, bewegingsstoornissen, epilepsie de novo, parese etc.;
- er een forse toename van de cognitieve stoornissen is binnen twee maanden.

Er is afgesproken dat de POH-O twee weken nadat dementie gediagnosticeerd is een belafsprak inplant en initiatief neemt om een vervolgafspraak te maken.

2.5.5 Valrisico

Wanneer de huisarts of POH contact heeft met een patiënt die (potentieel) kwetsbaar is door ouderdom, dient hij/zij alert te zijn op het risico dat iemand loopt om te vallen. Hierbij kan nagegaan worden of de patiënt:

- slecht zittende schoenen draagt;
- slecht ziet;
- in de woonruimte losse snoeren of kledjes heeft liggen;

- in de woonruimte wankelende meubels, weinig bewegingsruimte en/of slechte verlichting heeft;
- in de 12 maanden voorafgaand aan het moment dat ernaar gevraagd wordt gevallen is;
- bang is om te vallen;
- moeite heeft om balans te houden, te lopen en/of te bewegen.

Hiernaast kan:

- een looptest worden gedaan. Voor informatie over de looptest en andere delen van een zogenaamde valrisicotest, zie: <https://www.veiligheid.nl/themas/valpreventie/protocol/valrisicotest>;
- de bloeddruk gemeten worden (omdat een erg lage bloeddruk oorzaak kan zijn van vallen);
- een medicatiebeoordeling wordt uitgevoerd, met specifieke aandacht voor de mogelijke invloed van medicatie op het valrisico.

Bij een hoog valrisico moet gekeken worden of onderliggend lijden het vallen (mogelijk mede) veroorzaakt. De huisarts of praktijkondersteuner kan de patiënt wijzen op de mogelijkheden van valpreventieve beweeginterventies, zoals bijvoorbeeld In Balans en Otago bij een fysiotherapeut.

2.5.6 Proactieve Zorg Planning (PZP)¹

Bij patiënten die kwetsbaar zijn door veroudering kan het moment aanbreken dat een PZP-gesprek dient plaats te vinden. Een PZP-gesprek wordt gevoerd:

- wanneer de casemanager de vraag "Zou ik verbaasd zijn als deze patiënt het komende jaar zou overlijden?" met 'nee' beantwoordt;
- in een vroeg stadium van ziekten met cognitieve stoornissen tot gevolg, zoals dementie;
- bij de overgang van ziektegerichte naar symptoomgerichte behandeling.

In een PZP-gesprek wordt met de patiënt besproken welke wensen en ideeën er zijn ten aanzien van behandelwensen en behandelgrenzen. Hier is een toolkit te vinden die gebruikt kan worden voor PZP-gesprekken: [Toolkit Proactieve Zorgplanning](#)

Het is van belang dat de voor andere zorgverleners relevante uitkomsten van het PZP-gesprek met de betreffende zorgverleners gedeeld worden. Dit kan bijvoorbeeld via OZOverbindzorg of via een memo 'complexe zorg' (bijvoorbeeld naar de huisartsenpost).

¹ Soms wordt dit ook aangeduid met de term Advance Care Planning (ACP).

2.5.7 Mantelzorgondersteuning

Bij veel kwetsbare ouderen zijn (gelukkig!) mantelzorgers betrokken. Het is van belang om ook het welzijn van deze mantelzorgers in ogenschouw te houden. Er kan gelet worden op de volgende aspecten bij zowel patiënt als mantelzorger:

- voeding en gewichtsverandering;
- (behoefte aan meer) dagstructuur, bezigheden en sociale contacten;
- verantwoordelijkheid voor financiën, medicatie en vervoer;
- behoefte aan huishoudelijke hulp of hulp bij de persoonlijke verzorging;
- noodzaak voor aanpassingen in de woonsituatie;
- onveiligheid en risicogedrag (denk aan brandgevaar (gasfornuis), autorijden, verdwalen).

Hiernaast is het van belang dat er zicht is op de zogenaamde volhoudtijd. Door de vraag te stellen hoelang de mantelzorger denkt de mantelzorg die hij/zij verleent nog vol te kunnen houden, wordt duidelijk of de situatie nog houdbaar is. Een instrument dat hier ook bij kan helpen is de zogenaamde [EDIZ-vragenlijst](#). Het is goed alert te zijn op sociaal wenselijke antwoorden. Veel mensen (met name ook mensen met een niet-westerse migratie-achtergrond) zien het als een zwakte om te zeggen dat ze de zorg niet (langer) kunnen dragen.

2.5.8 Wet Zorg en dwang (IBS/RM)

Ook bij kwetsbare ouderen kunnen zich situaties voordoen waarin de patiënt een gevaar is voor zichzelf en/of de omgeving en niet vrijwillig opgenomen wil worden. Onvrijwillige opname is een zware maatregel. Zodoende dient goed overwogen te worden of er nog andere opties zijn. Wanneer opname onafwendbaar, maar opname door verzet onmogelijk is kan de procedure in gang gezet worden om een inbewaringstelling (IBS) (bij acuut gevaar) of rechtelijke machtiging (RM) aan te vragen.

Een aanvraag voor een IBS of RM kan door de huisarts (of POH) gedaan worden, maar ook door bijvoorbeeld familie, wettelijke vertegenwoordigers, de wijkverpleging, de casemanager, de SO of de WZD functionaris.

Wanneer de huisarts een IBS aanvraagt, dienen de volgende stappen gezet te worden:

- De huisarts meldt de patiënt telefonisch aan bij het Coördinatiepunt Rivierenland Zorgt via telefoonnummer 0800-1235.
- De huisarts plaatst aansluitend een plaatsingsverzoek via Zorgdomein op naam van het Coördinatiepunt Rivierenland Zorgt.
- De crisisdienst gaat pas beoordelen als er een bed gevonden is. In ANW uren is er geen opname op het crisisbed in de regio mogelijk.

- Na afgifte van de IBS volgt er binnen 24 uur een opname.
- Vervoer en noodmedicatie wordt geregeld door de crisisdienst.

Wanneer een huisarts een RM aanvraagt, dienen de volgende stappen gezet te worden:

- De huisarts verwijst de patiënt via Zorgdomein door naar een onafhankelijke SO voor een beoordeling, dit valt onder 'SO spoedconsult'.
- Als de huisarts de beoordeling van deze onafhankelijke SO heeft ontvangen, wordt deze in principe binnen 1 week² gemaild naar: info.wzd@ciz.nl. Het kan aangeleverd worden via Portero.
- Wanneer er sprake is van bewindvoering of mentorschap dient er hiernaast nog een afschrift van de beschikking tot mentorschap of onderbewindstelling te worden gemaild naar info.wzd@ciz.nl;
- De huisarts moet contact opnemen met de dossierhouder WLZ voor het regelen van een bed.
- Als de dossierhouder WLZ onbekend is kan er contact opgenomen worden met het zorgkantoor in Nijmegen om de dossierhouder op te vragen. Als er geen dossierhouder is dan kan deze aangewezen worden in overleg met wettelijk vertegenwoordigers, familie en/of mantelzorgers.
- Een RM wordt afgegeven tijdens een RM rechterlijke zitting. Hier dient de aanvrager fysiek bij aanwezig te zijn. Als de aanvrager niet fysiek aanwezig kan zijn, kan iemand als plaatsvervanger aanwezig zijn. Dit moet dan voorafgaand aan de zitting geregeld zijn. De huisarts dient telefonisch bereikbaar te zijn.
- Als een RM is afgegeven vindt opname in principe binnen 4 tot 6 weken plaats.
- Er moet een plan voor vervoer naar de instelling en de evt. benodigde noodmedicatie (bijvoorbeeld midazolam neusspray, haldol, benzodiazepinen) gemaakt worden door de huisarts, zo nodig in overleg met een SO. Wanneer (stevig) verzet verwacht wordt tegen het innemen van de medicatie, dient er een huisarts of SO aanwezig te zijn op het moment dat de medicatie ingenomen of toegediend moet worden.
- Als vervoer met een ambulance noodzakelijk is, dan is het goed om te weten dat de psycholance in de regio Rivierenland geen medicatie mag toedienen.

2.5.9 Huisartsenzorg leveren aan WLZ-patiënten

Steeds meer patiënten met een WLZ-indicatie wonen thuis. Soms betreft dit huis een woonhuis waar mensen in allerlei levensfasen woonachtig kunnen zijn. Soms betreft het een zogenaamde kleinschalige woonvorm. Deze patiënten hebben geregeld zorg vanuit VPT of MPT-zorgpakket nodig.

² Er kan toestemming gevraagd worden om het later op te sturen.

De huisarts blijft bij veel van deze patiënten een rol spelen. Het is belangrijk om alert te blijven op dat huisartsen huisartsenzorg leveren en SO's (en evt. anderen) andere zorg. Hierover zijn goede werkafspraken in de regio noodzakelijk. De huisarts dient bij complexe problematiek laagdrempelig een specialist, bijvoorbeeld een SO of geriater, te consulteren of de verantwoordelijkheid voor de zorg (deels) aan hen over te dragen. Hierover worden op het moment van schrijven van dit zorgprogramma regionale afspraken gemaakt. Die zullen bij vaststelling als addendum aan dit zorgprogramma worden toegevoegd.

2.5.10 Registratie

De huisarts en de POH-O registreren over de werkzaamheden die zij uitvoeren in het HIS. Er zijn verschillende plekken in het HIS waar zaken ten aanzien van de ouderenzorg geregistreerd kunnen worden, namelijk de volgende:

- in de episodelijst;
- in het protocol ouderenzorg;
- in de SOEP.

Het kan behulpzaam zijn om naast medische gegevens ook het volgende te registreren:

- naam en functie van de casemanager
- naam en contactgegevens van het aanspreekpunt namens de mantelzorgers;
- het opleidingsniveau en/of het (voormalige) beroep van de patiënt;
- bijzonderheden, bijvoorbeeld over verstoorde relaties in het gezin.

2.5.11 Overige aandachtspunten

- Als niet tijdens een consult op de praktijk of tijdens een telefonisch consult is vastgesteld dat iemand kwetsbaar is door ouderdom, is het raadzaam om alsnog een huisbezoek af te leggen. Een blik in de thuissituatie geeft vaak veel inzichten. Een kwetsbare oudere wordt gemiddeld genomen vier keer per jaar thuis opgezocht door iemand uit de huisartsenpraktijk.
- Incontinentie en gehoorproblemen komen bij veel kwetsbare patiënten voor, maar worden veelal niet spontaan door de patiënt gemeld.
- Het is belangrijk om het in de probleemlijst in het HIS te registreren wanneer iemand een delier heeft doorgemaakt. Wanneer een delier alleen als episode is aangemaakt, verdwijnt deze weer, terwijl het van belang is het gegeven van een doorgemaakt delier mee te nemen in latere afwegingen.

- Het is goed om in gedachte te houden dat welzijns- of ouderenadviseurs ook veel kunnen oppakken samen met de patiënt.
- Er kan overwogen worden een leefwensenformulier in te vullen met de patiënt die kwetsbaar is door ouderdom. Dit formulier is beschikbaar in OZOverbindzorg.

3. Samenwerking

3.1 Verantwoordelijkheidsverdeling in de netwerkzorg

Zoals in paragraaf 2.5.1 al beschreven is zijn er in de zorg voor kwetsbare ouderen vaak veel verschillende personen betrokken. Samenwerking tussen de verschillende betrokkenen is cruciaal. Om goed te kunnen samenwerken is het van belang dat de sociale kaart duidelijk en up-to-date is. Ook is het van belang dat er duidelijkheid is over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden. In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de verantwoordelijkheden die de verschillende professionals in de huisartsenpraktijk kunnen hebben.

3.1.1 De huisarts

De huisarts is te alle tijd eindverantwoordelijk voor de eerstelijnszorg. De huisarts is verantwoordelijk voor medicatiebeoordeling, consultatie en verwijzing en speelt in de meeste gevallen ook een belangrijke rol in de casefinding. Het is van belang dat de huisarts in het oog houdt waar zijn verantwoordelijkheid ophoudt en de verantwoordelijkheid van een SO of een andere medisch specialist, zoals een geriater, begint. SO's en geriaters kunnen voor een periode en/of een afgebakend aspect van zorg medebehandelaar zijn.

3.1.2 Praktijkondersteuner-ouderenzorg

De taken van de praktijkondersteuner ouderenzorg zijn als volgt:

- casefinding;
- huisbezoeken;
- signaalfunctie voor diverse problematiek (als dementie, psychische problematiek, palliatieve zorg, valpreventie);
- begeleiding van mantelzorgers;
- opstellen, bewaking en coördinatie van het IZP.

Een POH-O kan ook casemanager zijn. Maar het kan bijvoorbeeld ook de wijkverpleegkundige of dementieconsulent zijn. Wie de casemanager is wordt bepaald door waar het zwaartepunt van de problematiek ligt. De casemanager is het eerste aanspreekpunt voor de oudere. In de onderlinge afstemming wordt de casemanager benoemd. De casemanager heeft een coördinatiefunctie bij het organiseren van de zorg en begeleiding van de patiënt die kwetsbaar is door ouderdom. In het proces kan op enig moment ook een andere betrokken zorgverlener de rol van casemanager overnemen. Voor de oudere en de eventuele mantelzorger moet op ieder moment duidelijk zijn wie de casemanager is. Omdat de

POH-O geregeld de functie van casemanager vervult, worden hieronder de taken van de casemanager beschreven.

De casemanager:

- bespreekt het IZP met de oudere en eventuele mantelzorger;
- brengt alle betrokken zorgverleners in beeld en nodigt alle betrokken zorgverleners uit voor afstemmingsmomenten, wanneer nodig;
- legt het IZP, de betrokken partijen, evaluatiefrequentie en alle acties en uitkomsten vast in OZOverbindzorg;
- houdt periodiek contact met de patiënt die kwetsbaar is door ouderdom en eventueel betrokken mantelzorgers om vinger aan de pols te houden en te zien of het plan het beoogde resultaat oplevert;
- agendeert de voortgang en bijstelling van het IZP in de onderlinge afstemming;

3.1.3 Specialist Ouderengeneeskunde (SO)

De SO is beschikbaar voor de eerstelijns voor overleg c.q. consultatie. De SO komt vaak in beeld wanneer de zorg en de te nemen afwegingen de protocollen overstijgen. Dit kan het geval zijn bij bijvoorbeeld geriatrie problemen, chronische en neurodegeneratieve ziekten, vraagstukken van wilsbekwaamheid, de terminale fase en waar multidisciplinaire samenwerking nodig is. Vaak zijn er ook ethische dilemma's, die vaak ook door psychische of sociale factoren extra complexiteit kennen, die zorgvuldig beoordeeld moeten worden. De huisarts kan de SO consulteren, maar de SO kan de oudere ook persoonlijk zien, spreken en onderzoeken of op aanvraag een huisbezoek afleggen. De SO kan bij bepaalde problemen zoals dementie en rivastigmine gebruik, decubitus enz. als medebehandelaar de huisarts ondersteunen. Zoals al in paragraaf 2.5.9 aangegeven worden op het moment van schrijven van dit zorgprogramma regionale afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheidsverdeling. Die zullen bij vaststelling als addendum aan dit zorgprogramma worden toegevoegd.

3.2 Onderlinge berichtgeving en verslaglegging

Voor onderlinge communicatie met specialisten in het ziekenhuis worden verschillende middelen gebruikt. Voor consultatie wordt veelal de telefoon of het meekijkconsult gebruikt. Meekijkconsulten kunnen aangevraagd worden via Zorgdomein. Ook verwijzingen naar de specialistische zorg (van bijvoorbeeld SO's, geriateren en neurologen), apothekers en dementieconsulenten verlopen in de regio zoveel mogelijk via Zorgdomein. Zorgdomein bevat verwijsformats en heeft de mogelijkheid om relevante informatie digitaal veilig mee te sturen met verwijsbrieven. De verwijzing naar de dementieconsulent is te vinden onder 'VVVT/Verblijf en wonen/ Casemanagement Dementie'.

Voor de overige onderlinge communicatie wordt in de meeste gevallen OZOverbindzorg gebruikt. Hierin kunnen bijvoorbeeld de behandelwensen en grenzen worden geregistreerd.

4. Organisatie

4.1 *Verantwoordelijkheid zorggroepen*

Het ECT en Zorggroep Gelders Rivierenland monitoren de implementatie van dit Zorgprogramma ouderenzorg in de huisartsenpraktijk. Het zorgprogramma wordt in ieder geval eens in de twee jaar geactualiseerd. Hiernaast organiseren het ECT en de Zorggroep Gelders Rivierenland nascholingen om de kennis van medewerkers in de aangesloten huisartsenpraktijken op het gebied van ouderenzorg up-to-date te houden. Er wordt door Zorggroep Gelders Rivierenland ook intervisie georganiseerd voor de POH-O's die werkzaam zijn in de aangesloten huisartsenpraktijken.

4.2 *Kwaliteitscommissie ouderenzorg*

Omdat ouderenzorg netwerkzorg is, wordt de samenwerking tussen de verschillende actieve actoren in de ouderenzorg gemonitord door een kwaliteitscommissie ouderenzorg. In deze kwaliteitscommissie bezetten vertegenwoordigers van alle disciplines die samenwerken de verschillende zetels. De commissie wordt bijeengeroepen indien noodzakelijk. Wanneer het wenselijk geacht wordt dat deze commissie bij elkaar komt, kan het secretariaat van Zorggroep Gelders Rivierenland benaderd worden.

5. Bijlagen

Bijlage 1: ICPC-codes voor ouderenzorg

Probleem	ICPC-code	Omschrijving
Potentieel Kwetsbare oudere	A 49.01	Casefinding ouderenzorg
	A 05	Kwetsbare oudere, algehele achteruitgang
Complexe Oudere	P 05	Zich oud voelen/gedragen
Polyfarmacie	A 49.02	Polyfarmacie/ medicatie beoordeling
Incontinentie	U 04.1	Urine incontinentie
	U 04.2	Urge incontinentie
	U 04.3	Gemengde incontinentie
	D 17	Incontinentie van ontlasting
Stemming/depressie	P 03	Down/depressief gevoel
Depressie	P 76	Depressie bij diagnose door huisarts
Eenzaamheid	Z 04.3	Eenzaamheid
Cognitieve stoornis	P 20	Geheugen/concentratie/oriëntatiestoornis
Cognitieve stoornis	P 70	Seniele dementie/Alzheimer
	P 70.1	Ziekte van Alzheimer
	P 70.2	Multi-infarct Dementie
Vallen	A 80	Ongeval/Trauma
Visus	F 05	Andere Visus symptomen/klacht
Horen	H 02	Gehoorklachten
Functionaliteit	L 28	Functiebeperking/ handicap bewegingsapparaat
Voeding	T 05	Voedingsprobleem volwassenen
Mantelzorg	Z 14	Probleem met zieke partner
	Z 22	Probleem met zieke van ouders/familie
Bespreking levenseinde	A 20	Tijdig bespreken levenseinde

Bijlage 2: SFMPC-lijst

De afkorting SFMPC staat voor de verschillende deelgebieden (Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch, Communicatie), die allemaal samen het hele systeem van en rondom een cliënt vormen. Hieronder wordt weergegeven aan welke aspecten er onder de verschillende deelgebieden vallen.

S. Somatisch

Hieronder vallen actuele somatische problemen. Alle lichamelijke problemen die nu actueel zijn kunnen hier besproken worden.

- Pijn
- Oedeem
- Verblijfskatheter (problemen met)
- Ademhalingsproblemen
- Verminderde inspanningstolerantie
- Tonusstoornis
- Contracturen
- Voedingstoestand
- Vochthuishouding
- Instabiele bloedsuikerspiegels
- Obstipatie
- Diarree
- Incontinentie (urine/ faeces)
- Kauw/ slikstoornissen
- Gebitsproblemen
- Stemstoornis
- Gevaar voor letsel
 - valrisico
 - risico op verwonding
 - bloedingsneiging
- Medicijngebruik

F. Functioneel

Hieronder vallen actuele functionele problemen, deze worden zowel onder somatisch als functioneel beschreven.

- Beperking persoonlijke verzorging
 - eten en drinken
 - wassen (onder/ boven) uiterlijke verzorging
 - kleden (onder/ boven)
 - handhaving continentie/ toiletgang

- Beperking gezondheidshandhaving
 - regelen medicatie
 - stomazorg
 - katheteriseren
 - insulinetoediening
 - huid- en wondverzorging
 - slaap- en rustgewoonten
- Beperking houdingshandhaving
 - zitten
 - staan (statisch/ dynamisch)
- Beperking houdingsverandering
 - lig/ lig (bed mobiliteit)
 - zit/ staan zit/ zit
- Beperking lichaamsbeweging
 - reiken
 - grijpen
 - manipuleren
 - bukken
 - knielen
- Beperking voortbeweging
 - lopen binnen
 - lopen buiten
 - traplopen
 - gebruik loophulpmiddelen
- Beperking huishoudelijke activiteiten
 - inkopen doen
 - maaltijden bereiden
 - zorg voor de omgeving
 - zorg voor de kleding
- Beperking beheer administratie/ financiën
- Beperking gebruik communicatiemiddelen
- Beperking gebruik eigen of openbaar vervoer

M. Maatschappelijk

Hiermee wordt zowel het sociale netwerk (microcultuur) als de participatie in de maatschappij (macrocultuur) bedoeld. Ook de ervaren zingeving is onderdeel van het maatschappelijk domein.

Immaterieel

- Mantelzorg/ relatieproblemen
- Verwerkingsproblemen familie/ relatie
- Beperkte sociale contacten
- Beperkt in het vinden van een dagbesteding/ dagstructuur
- Inadequate sociale interactie
 - omgaan met zorgverleners
 - omgang met mede cliënten

- Religie/ levensbeschouwing
- Problemen ten aanzien van overplaatsing
 - naar eigen woning
 - naar andere woonomgeving definitieve plaatsing in zorginstelling

Materieel

- Woning/ woonomstandigheden
- Professionele zorg (wijkverpleging, dagzorg, dagbehandeling)

P. Psychisch

- Bewustzijnsstoornissen
- Cognitieve stoornissen
 - geheugen (kort/ lang)
 - concentratiestoornissen
 - oriëntatiestoornissen (tijd, plaats, persoon)
 - apraxie
- Adaptatieproblemen
 - inadequate verwerking
 - probleemvermijding
 - probleemontkenning
- Gedragsproblemen
 - decorumverlies
 - façadegedrag
 - agressie
- Stemningsproblemen
 - angst
 - hallucinatie/ wanen
 - depressie
- Slaapstoornissen
 - inslaapstoornis
 - doorslaapstoornis
 - omkering dag/ nachtritme
- Motivatieproblemen
- Persoonlijke waarden
 - wilsbeschikking
 - gestoorde rolvulling
 - verstoord zelfbeeld
- Psychofarmacagebruik
Vrijheidsbeperkende maatregelen
- Zingeving
Geborgenheid/ intimiteit
- Acceptatie van en omgaan met ziekte en achteruitgang
- Problemen met rouwverwerking

C. Communicatie

- Visusbeperking
- Beperking communicatieve interactie
 - taal (spreken, schrijven, lezen)
 - non-verbale communicatie
 - spraak
 - gehoor
 - begrijpen