

# Multidisciplinair zorgprogramma Ouderen

## Kwetsbare ouderen in beeld

*Versie september 2024*



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 .....	3
Hoofdstuk 4: Zorgplan en coördinatie .....	4
Organiseren van zorg en ondersteuning .....	5
Organiseren van een gestructureerd periodiek overleg (GPO).....	6
Hoofdstuk 5: Netwerk van zorgorganisaties.....	8
Hoofdstuk 6: Registraties en declaraties .....	9
Hoofdstuk 7: Kwaliteitsteam Ouderenzorg.....	10
Hoofdstuk 8: Handige websites .....	11
<b>Bijlagen</b>	
Bijlage 1: Sociale kaart regio Haaglanden.....	12

## 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 inspeelt 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. Dit zorgprogramma is afgeleid van [het visiedocument toekomstbestendige ouderenzorg](#) 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 ouderenzorg, 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

Er zijn verschillende mogelijkheden om kwetsbare ouderen binnen de huisartsenpraktijk op te sporen. Casefinding is één van deze mogelijkheden. Bij casefinding ben je alert op signalen die tot kwetsbaarheid kunnen leiden en bepaal je welke ouderen je zou willen bezoeken om de kwetsbaarheid in kaart te brengen. Casefinding bestaat uit de volgende onderdelen:

- Alertheid van de huisarts, POH-Ouderen (POH-O), POH Somatiek (POH-S) en doktersassistente op signalen die duiden op een kwetsbare oudere zoals frequente bellers en overbelaste mantelzorger.
- Signalen van netwerkwerkpartners zoals thuiszorg, ouderenadviseur, fysiotherapeut.
- Signalen en/of zorgen van mantelzorgers/sociale omgeving.
- Tevens zijn er diverse patiëntkenmerken die kwetsbaarheid van een patiënt kunnen voorspellen. Een aantal van deze patiëntkenmerken zijn terug te vinden in het ouderenzorgrapport in VIPLive. Denk hierbij bijvoorbeeld aan polyfarmacie of cognitieve stoornissen. Klik [hier](#) voor de werkinstructie ouderenzorgrapport.
- Alertheid voor ouderen die opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis en ouderen die de huisartsenpost (vaak) bezocht hebben.

Let op: een nadeel van casefinding kan zijn dat patiënten met cognitieve stoornissen en zorgmijders gemist worden. Hierbij kan het ouderenzorgrapport helpen door de kolommen 'cognitieve achteruitgang' dan wel 'consultation gap' te bekijken. De kolom 'consultation gap' geeft namelijk het aantal dagen weer dat er geen contact is geweest tussen de oudere en de huisartsenpraktijk.

### Ondersteuning VIPLive

Het [ouderenzorg rapport](#) is een handig hulpmiddel voor casefinding.

### 3. Op huisbezoek bij (kwetsbare) oudere om eventuele kwetsbaarheid te bepalen

Als blijkt (onder andere vanuit casefinding) dat een patiënt mogelijk kwetsbaar is volgt een huisbezoek door de POH-O met de oudere en eventuele mantelzorg. In dit huisbezoek bespreekt de POH-O de wensen en behoeften van de oudere. Daarnaast stelt de POH-O de kwetsbaarheid van de oudere vast middels een screeningsinstrument. Er bestaan diverse screeningsinstrumenten om de kwetsbaarheid van een oudere in beeld te brengen. Vanuit Hadoks adviseren we de [Groningen Frailty Index](#) als screeningsinstrument. Een score van  $\geq 4$  duidt op kwetsbaarheid.

Op basis van de uitkomst van het screeningsinstrument en/of het eigen inzicht bepaal je of een oudere kwetsbaar is of niet en maak je een Ik in het HIS aan:

- [A49.01 Ouderenzorg](#) gebruikt u wanneer er *geen* sprake is van kwetsbaarheid. Bij deze groep patiënten is de *termijn vervolgsconsult ouderenzorg* 1x per jaar en indien nodig vaker.
- [A05 Kwetsbare oudere](#) gebruikt u wanneer u te maken heeft met een kwetsbare oudere. Bij deze groep patiënten is de *termijn vervolgsconsult ouderenzorg* minimaal 1x per 6 maanden en indien nodig vaker.

Naast het vaststellen van de kwetsbaarheid worden ook de wensen en behoeften van de oudere geïnventariseerd. Wanneer mogelijk wordt een ACP-gesprek gevoerd (advance care planning) over de kwaliteit van leven en het levenseinde. Het kan lastig zijn om in een eerste gesprek meteen voldoende vertrouwen te hebben om dit onderwerp bespreekbaar te maken. Het is goed om dit onderwerp te benoemen en af te spreken hier een volgend bezoek verder over door te praten.

#### Verwerking in het HIS

Gebruik [het Hadoks protocol ouderenzorg](#) om de oudere in kaart te brengen. Koppel het ouderenzorg protocol aan de juiste ICPC code (A05 of A49.01).

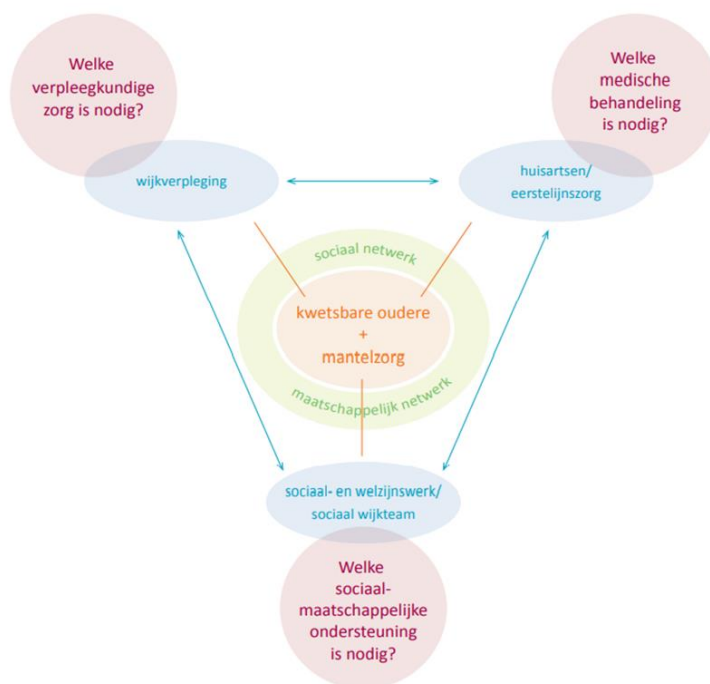
Is de uitkomst een A05, maak van de A05 een probleemepisode.

### 4. Zorgplan en coördinatie

Nadat de POH-O 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 (onder meer voortvloeiend uit het ACP gesprek) wordt gekeken welke zorg en ondersteuning georganiseerd moet worden. In samenspraak met de oudere wordt een individueel zorgplan opgesteld. In dit individuele zorgplan zijn SMART-doelen opgesteld en 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. Indien van toepassing wordt dit zorgplan ook afgestemd met de wijkverpleegkundige. Belangrijk hierbij is dat de POH-O 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. Dit zodat het voor de kwetsbare oudere en mantelzorgers duidelijk is wie het aanspreekpunt is. Meestal is dit de POH-O. In situaties waarbij een casemanager dementie betrokken is kan de casemanager dit oppakken.

### Verwerking in het HIS en ondersteuning VIPLive

Het individuele zorgplan wordt vastgelegd onder de P van de SOEP. Vergeet niet de vraag 'individueel zorgplan (IZP) aanwezig' op ja te zetten.

Wanneer je een individueel zorgplan hebt gemaakt waarbij netwerkpartners betrokken zijn kan binnen VIPLive gebruik gemaakt worden van de functionaliteit [gezondheidsplan](#).

### Een aantal belangrijke onderdelen van proactieve ouderenzorg zijn:

- Advance care planning/proactieve zorgplanning  
ACP ofwel proactieve 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 als POH-O met de huisarts wie welk onderdeel in het ACP proces oppakt. Op [de website van VTZ](#) is uitgebreide informatie te vinden over wat hierbij komt kijken, hoe je deze gesprekken voert en hoe de planning rondom ACP aangepakt kan worden. Meer achtergrondinformatie over zorgplanning is ook te vinden in [de landelijke leidraad proactieve zorgplanning](#).

### Verwerking in het HIS

Het vastleggen van de uitkomsten van het ACP gesprek is ook belangrijk. Registreer het ACP onder de ICPC A20. In [bijgaand advies](#) is te lezen hoe dit vast te leggen in het HIS .

- **Medicatiereview (of polyfarmaciecheck)**

De [medicatiereview](#) dient 1x per 2 jaar door de huisarts in samenwerking met de apotheker gedaan te worden. In het ouderenzorgrapport is het mogelijk om het aantal medicijnen per patiënt in te zien, zie hiervoor [de werkinstructie ouderenzorgrapport](#). Daarnaast is het mogelijk om bij de apotheker een lijst op te vragen van patiënten die een baxter gebruiken. De medicatiereview kan voorafgaand aan het GPO ook door de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) gedaan worden. Zorg voorafgaand aan de medicatiereview dat er bloed geprikt wordt. Hierbij kan gekozen worden voor het afnemen van een 'geriatrisch 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 HIS

Is er sprake van polyfarmacie? Leg dit dan vast in het ouderenzorg protocol. Registreer wanneer er een medicatiereview heeft plaats gevonden ook de datum van de medicatiereview.

## Organiseren van een gestructureerd periodiek overleg (GPO)

Van een huisartsenpraktijk wordt verwacht dat minimaal 6x per jaar een Gestructureerd Periodiek Overleg (GPO) dan wel Multi Disciplinair Overleg (MDO) 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 de [regionale handleiding GPO](#) (initiatief vanuit VTZ) is meer informatie te vinden wat de betrokken disciplines kunnen betekenen binnen het GPO. Daarnaast is informatie terug te vinden over het delen van informatie rondom de patiënt. 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, 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.
- Leren van de verschillende ketenpartners
- Samenwerking met ketenpartners verbeteren (korte lijntjes, elkaar kennen)

### Verwerking in het HIS en ondersteuning VIPLive

Heb je een patiënt in het GPO besproken vergeet dan niet de vraag 'datum MDO bespreking' in te vullen.

Binnen VIPLive is het mogelijk om het GPO/MDO te organiseren. Hier is informatie te vinden over [deze MDO ondersteuning](#).

## Stappenplan GPO organiseren

<u>Opzetten van het GPO</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>• In overleg met de huisarts maakt de POH-Ouderen een jaarplanning voor de GPO's.</li><li>• 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.</li><li>• Plan met het kernteam een kennismakingsafpraak en maak werkafspraken over het GPO:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Stem af wie de voorzitter is en wie er notuleert.</li><li>○ 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.</li><li>○ Maak een standaard agenda en bepaal hoeveel tijd u per patiënt reserveert. Doorgaans wordt er één kwartier per patiënt gereserveerd.</li><li>○ Stem af hoe de te bespreken patiënten worden aangeleverd.</li><li>○ 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)</li></ul></li><li>• Maak een jaarplanning (dag + tijd) en deel deze met het kernteam</li><li>• Plan alle GPO's vanuit de jaarplanning in de agenda van de huisarts en de POH-Ouderen</li></ul>
-----------------------------	--

<u>Voorafgaand aan het GPO</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• 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 VIPLive zodat iedere deelnemer zich kan voorbereiden.</li> </ul>
<u>Tijdens het GPO</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bespreek per patiënt de probleemstelling (adhv het <a href="#">SFMPC model</a>). Eventuele vragen die tijdens het GPO voer de patiënt besproken kunnen worden: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ wie zijn er verder betrokken bij de oudere?</li> <li>○ problemen, hulpvraag en doelen/mogelijkheden</li> <li>○ medicatiereview nodig?</li> <li>○ consultatie nodig? Denk aan SO, psychiater, geriater, etc.</li> <li>○ acties (wat, wie, wanneer?)</li> <li>○ evaluaties (wanneer, hoe?)</li> </ul> </li> </ul>
<u>Na het GPO</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De POH-ouderen legt de afgesproken acties vast in het journaal en/of gezondheidsplan in VIPLive.</li> <li>• De POH-Ou checkt tussentijds met betrokken zorgverleners of tijdens een volgend huisbezoek of de uitgezette acties het beoogde resultaat opleveren.</li> </ul>

## 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 vereniging vallen verschillende netwerken en kennisgroepen waar Hadoks deel van uitmaakt. Deze netwerken geven belangrijke informatie over o.a. de ouderenzorg:

- [Netwerk Dementie Haaglanden](#); regionale uitwerking van de zorgstandaard dementie
  - Regionale werkafspraken diagnostiek bij dementie
  - Informatiegids voor mensen met dementie en hun naasten
  - Handleiding gestructureerd periodiek overleg (GPO)
- [Netwerk Palliatieve Zorg](#); regionale uitwerking van het nationaal programma palliatieve zorg.
  - Informatiegids voor mensen die niet meer beter worden
  - Palliatieve Kit
  - Huisbezoeken in de palliatieve fase
  - Zorgpad palliatieve zorg

In [bijlage 1](#) 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.
- A20 ACP gesprek behandelwensen + levenseinde

### Kwetsbare ouderen

Onderstaande episodes komen geregeld voor bij kwetsbare ouderen. Om de kwetsbare oudere actief te benaderen, kan je binnen VIPLive [patiënt selecties](#) maken van o.a. (combinaties) van verschillende ICPC codes:

- P20 Geheugen- en of concentratieproblemen
- Z04.3 Eenzaamheid
- A49.02 Polyfarmacie
- L95/L95.02 Osteoporose
- 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*
- Patiëntencontact (medisch-inhoudelijk)
  - Korter dan 5 min als *Consult regulier korter dan 5 minuten*
  - Langer dan 5 min als *Consult regulier vanaf 5 minuten en korter dan 20 minuten*.

Welk tarief je voor een consult declareert, is afhankelijk van de duur van het patiëntcontact. Het maakt dus niet uit op welke wijze het contact plaatsvindt (bijvoorbeeld face-to-face, telefonisch, of via beeldbellen, e-mail of een portaal).

- Afname MMSE, MOCA of RUD 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 ZZP/VV-5 (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 je eigen SO te kijken wanneer er wel en wanneer geen verwijzing nodig is voor de deelname aan het GPO. Wanneer naar de SO verwezen wordt komt dit ten laste van het eigen risico van de patiënt. Net zoals je verwijst naar een specialist in het ziekenhuis.

- Het uitvoeren, vastleggen en aanpassen van medicatie bij een *medicatiebeoordeling* voor de patiënten die deze naar oordeel van de Huisarts, of het oordeel van de apotheek, nodig hebben op basis van de richtlijn polyfarmacie bij ouderen. Voor werkzaamheden door de Huisarts bij een medicatiebeoordeling kan een consult langer dan 20 minuten worden gedeclareerd. Zie voor de volledige tekst: [CZ Overeenkomst Huisartsenzorg 2024-2025](#)

Wil je meer informatie over de verschillende financieringsvormen raadpleeg dan [bijgaande website van de LHV](#).

## 7. Kwaliteitsteam Ouderenzorg

Het expertteam ouderenzorg bestaat uit de volgende collega's:

- Hanneke den Heijer – POH-Ouderen en praktijkadviseur ouderenzorg
- Nicole Lock – praktijkadviseur ouderenzorg
- Sash Ishwardat – praktijkadviseur ouderenzorg
- Christel Stolte – praktijkadviseur ouderenzorg
- Anne-Wil Eewold – Projectmanager ouderenzorg
- Mariëlle Schingenga – Huisarts aandachtsgebied ouderenzorg
- Sanneke Mannaert – Kader specialist ouderengeneeskunde (SO)
- Susanne Noordermeer – beleidsadviseur

### **Praktijkbezoeken ouderenzorg**

De praktijkadviseurs ouderenzorg komen bij de start van de ouderenzorg langs op de praktijk om uitleg te geven over de ouderenzorg(module). Vervolgens wordt dit praktijkbezoek ongeveer 1-3x per jaar herhaalt. Tussentijds vragen of extra ondersteuning nodig? Neem contact op met je 'eigen' praktijkadviseur of stuur een mail naar [chronischezorg@hadoks.nl](mailto: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](mailto: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? Meld je aan via de Hadoks Academie: [mijn.hadoks.nl/academie](https://mijn.hadoks.nl/academie)

## 8. Handige websites

- [www.hadoks.nl/app/uploads/2022/10/Visie-Hadoks-Ouderenzorg-2021-2031.pdf](http://www.hadoks.nl/app/uploads/2022/10/Visie-Hadoks-Ouderenzorg-2021-2031.pdf)
- [www.beteroud.nl/tips-tools/tools/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis](http://www.beteroud.nl/tips-tools/tools/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis)
- [www.beteroud.nl](http://www.beteroud.nl)
- [www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl)
- [www.vilans.nl](http://www.vilans.nl)
- [www.ouderworden2040.nl/programma-ouder-worden-2040](http://www.ouderworden2040.nl/programma-ouder-worden-2040)
- [www.krachtigebasiszorg.nl](http://www.krachtigebasiszorg.nl)
- [www.ineen.nl/thema/multidisciplinaire-zorg/](http://www.ineen.nl/thema/multidisciplinaire-zorg/)
- [www.keuzehulp.info/front-page/keuzehulpen/behandelgrenzen/](http://www.keuzehulp.info/front-page/keuzehulpen/behandelgrenzen/)
- [www.transmuralezorg.nl/programma-dementie/](http://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/](http://www.transmuralezorg.nl/project_themas/palliatieve-zorg/)
- [www.haagsche-zin.nl/](http://www.haagsche-zin.nl/)
- [www.filica.nl/](http://www.filica.nl/)
- [www.laego.nl/wp-content/uploads/2018/04/Zorgbehandelplan-format.pdf](http://www.laego.nl/wp-content/uploads/2018/04/Zorgbehandelplan-format.pdf)
- <https://palliaweb.nl/getmedia/d7c71021-012f-4cf2-b0ef-630efc7ca9ec/12317-Proactieve-Zorgplanning-20240624015429.pdf>
- [www.transmuralezorg.nl/kennisbank/advance-care-planning/](http://www.transmuralezorg.nl/kennisbank/advance-care-planning/)
- [www.lhv.nl/product/schema-huisartsenzorg-per-woonvorm-en-wlz-indicatie/](http://www.lhv.nl/product/schema-huisartsenzorg-per-woonvorm-en-wlz-indicatie/)

## Bijlage 1: 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

### Geestelijke verzorging in de eerste lijn

- Haagsche Zin

## Vanuit de Gemeente Den Haag

*Wijkteams kunt u bereiken  
via het centrale nummer  
14070*

### WMO

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

### 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

### 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

## Mantelzorgmakelaar

- Zorgkompas Haaglanden

## 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

## GGZ - Parnassia

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

Het team 'Achter de Voordeur' ondersteunt mensen bij wie vermoeden is van psychische problemen en/of een verslaving. Meestal hebben deze mensen veel problemen, op meerdere levensgebieden. Meer informatie: [GGZ in de wijk | Parnassia](#)

## 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.

## 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. Meer informatie raadpleeg de website van [Filica](#)