

FAQ keten DBC kwetsbare ouderen

DBC

- **Zit het behandelwensengesprek in de DBC of kan je dit apart declareren?**

Normaliter vindt het behandelwensengesprek plaats voor inclusie in de keten. Het advies is dan ook om het gesprek te voltooien voor inclusie in de keten DBC kwetsbare ouderen. Een follow up op het behandelwensengesprek is opgenomen als onderdeel van de DBC Kwetsbare ouderen.

- **De keten DBC kwetsbare ouderen overstijgt alle andere ketens (CVRM, DM, COPD, AF). Hoe wordt de zorg binnen deze ketens geleverd en bekostigd na inclusie in de keten DBC kwetsbare ouderen?**

Bij casefinding voor de keten DBC kwetsbare ouderen is het van belang om te inventariseren of de zorg die momenteel aan een patiënt uit andere ketens wordt geleverd nog (lang) moet worden voortgezet. Mogelijk is er een verschuiving van de zorg wenselijk waarbij de nadruk komt te liggen op de kwetsbaarheid en kwaliteit van leven en kan de zorg zoals die werd geleverd uit de andere ketens worden afgebouwd of beëindigd. De zorg die eventueel gecontinueerd moet worden, ligt dan bij de POH ouderen in samenspraak met collega's.

Als de inschatting is dat de zorg uit de andere ketens primair is en (langdurig) gecontinueerd moet worden dan ligt inclusie in de keten DBC kwetsbare ouderen niet voor de hand.

Na inclusie in de keten DBC kwetsbare ouderen kan de huisarts geen losse consulten meer declareren voor de kwetsbare oudere. Bij de hoogte van de vergoeding binnen de DBC is ook gekeken naar alle verrichtingen bij deze patiëntengroep. Hiervoor is ruimte onderhandeld binnen de keten en is een bedrag voor opgenomen als onderdeel van de totale DBC.

Binnen de keten DBC kwetsbare ouderen is beperkt ruimte voor voetzorg door de pedicure. Dit geldt alleen voor patiënten die uit de DM2 keten afkomstig zijn en overgaan naar de keten DBC kwetsbare ouderen. De resterende zorg door de pedicure die reeds was geïndiceerd binnen de keten DM2 wordt gedurende de periode van maximaal een jaar na indicering van de voetzorg nog vergoed vanuit de DBC kwetsbare ouderen. Daarna komt de voetzorg door de pedicure ten laste van de zorgverzekering van de patiënt. Overige paramedische inzet is niet voorzien in de DBC kwetsbare ouderen en komt ten laste van de zorgverzekering van patiënt.

- **Wie informeert de patiënt over inclusie in de keten en de betrokken paramedici van de keten(s) die worden afgesloten?**

De huisarts neemt het initiatief om de patiënt te informeren over de inclusie in de keten DBC kwetsbare ouderen. De huisarts attendeert de patiënt erop dat de zorg die vanuit de andere ketens werd geleverd stopt als zodanig met uitzondering van de eventuele resterende pedicure behandelingen, geïndiceerd binnen de keten DM2. NB: zie vraag [De keten DBC kwetsbare ouderen overstijgt alle andere ketens \(CVRM, DM, COPD, AF\). Hoe wordt de zorg binnen deze ketens geleverd en bekostigd na inclusie in de keten DBC kwetsbare ouderen?](#)

Tevens informeert de huisarts de zorgverleners die een behandelrelatie hadden met de patiënt binnen de keten(s) die word(t)(en) afgesloten.

- **Wat gebeurt er bij afmelding van de keten?**

Het kan voorkomen dat de huisarts een reeds geïnccludeerde patiënt besluit af te melden voor de keten. Dit kan bijvoorbeeld als de patiënt een WLZ-indicatie krijgt of in aanmerking komt voor palliatieve zorg. De keten kan per kwartaal worden beëindigd. De afmelding dient uiterlijk 2 weken voor het einde van het lopende kwartaal ontvangen te zijn via services@zorgkoepelwf.nl. Over het lopende kwartaal ontvangt de huisarts dan nog de DBC vergoeding. In het eerstvolgende kwartaal na afmelding kan de huisarts weer losse declaraties indienen. Zie vraag: [Tot wanneer is het doorvoeren van aanpassingen betreffende de keten DBC kwetsbare ouderen mogelijk?](#)

Afmeldingen die later binnen komen dan de deadline worden verwerkt in het eerstvolgende kwartaal.

- **Tot wanneer is het doorvoeren van aanpassingen betreffende de keten DBC kwetsbare ouderen mogelijk?**

Voor het aanmelden, afmelden en mutaties betreffende de keten DBC kwetsbare ouderen gelden de deadlines zoals aangegeven in onderstaande tabel.

Kwartaal	Deadline aanmelding	Deadline afmelding en mutaties	Na afmelding zijn lossen declaraties mogelijk vanaf
1. januari – februari – maart	15 december	15 maart	1 april
2. april – mei – juni	15 maart	15 juni	1 juli
3. juli – augustus – september	15 juni	15 september	1 oktober
4. oktober – november – december	15 september	15 december	1 januari

ZORGPROCES

- **Is het gebruik van het zorgprogramma verplicht?**

Het doel van het zorgprogramma is om zorg en ondersteuning te bieden aan ouderen met complexe problematiek die aansluit bij de wensen van de oudere en hun familie en waarbij ouderen zo lang mogelijk verantwoord op de plaats van hun voorkeur kunnen blijven wonen. Daarbij ondersteunt het toepassen van het zorgprogramma zorgverleners in de eerste lijn bij het verder verbeteren van hun zorg aan ouderen.

Het zorgprogramma is gebaseerd op het geriatriesch zorgmodel. Dit model wordt op grote schaal gebruikt in Nederland. Het is *de manier* om grip te houden op de complexe problematiek van de patiënt en zijn omgeving. In de regio is ook gebleken dat deze aanpak zorgt voor het beter kunnen inschatten van de risico's voor en de wensen van de specifieke oudere. Dit voorkomt crisissituaties en heeft een positieve uitwerking op gevolgen van gebeurtenissen die de oudere doormaakt. Gezien het doel en het resultaat van het zorgprogramma op basis van het geriatriesch

zorgmodel is het hanteren van de werkwijze zoals is beschreven in het zorgprogramma absoluut een sterke aanbeveling. Bovendien is dit de leidraad waarlangs de POH werkt. Dus ja, in feite is het toepassen van de elementen uit het zorgprogramma verplicht.

- **Het aantal MDO's dat staat beschreven in het zorgprogramma ligt hoger dan het aantal MDO's dat ik momenteel in de praktijk organiseer. Mag ik ook minder MDO's organiseren?**

Het aantal MDO's dat de praktijk organiseert is afhankelijk van het aantal patiënten die zijn aangemeld binnen de keten DBC kwetsbare ouderen en in aanmerking komen voor een MDO. Binnen het zorgprogramma is het advies om aan het begin van het jaar te bepalen welke ouderen er in aanmerking komen voor een MDO en hiervoor een jaarplanning te maken. De Huisarts en de POH bepalen dit in onderling overleg. Denk aan de inclusie voor een MDO vooral aan ouderen bij wie verschillende hulpverleners betrokken zijn. Elke oudere die de praktijk includeert voor een MDO wordt één keer per jaar besproken in een MDO. In één MDO kunnen 6-8 patiënten worden besproken. Bij een praktijk die 26 patiënten aanmeldt in de keten DBC kwetsbare ouderen en waarvan 14 ouderen geïnccludeerd worden voor een MDO organiseert de praktijk dus 2 MDO's per jaar. Het kan zijn dat de situatie van een oudere zodanig verandert, dat het zinvol is om voor hem/haar ook een MDO te plannen. Deze oudere kan dan bij een al gepland MDO gevoegd worden. Naast het MDO vindt natuurlijk ad hoc overleg plaats tussen de betrokken hulpverleners.

- **Indien de oudere reeds langere tijd geïnccludeerd is in de keten DBC kwetsbare ouderen is het dan noodzakelijk om nog jaarlijks een MDO te doen?**

De inclusie voor een MDO wordt gebaseerd op de omstandigheden waarin de kwetsbare oudere verkeert. De duur van de inclusie binnen de DBC is hierin niet leidend.

- **Wat wordt verstaan onder een POH ouderen, zoals genoemd in het zorgprogramma?**

Als de praktijk nog geen POH ouderen heeft en op zoek is naar een POH ouderen dan is het advies om een POH aan te stellen met ervaring/opleiding op het gebied van ouderen, zodat er beschikking is over de competenties die nodig zijn voor het uitvoeren van het zorgprogramma.

Praktijken die een POH somatiek hebben en het niet wenselijk vinden om uit te breiden met een POH ouderen kunnen ervoor kiezen om de POH somatiek bij te scholen tot POH ouderen (vrijwillige keus) of gebruik te maken van het specifiek aanbod (scholing, intervisie, ondersteuning door Vivian Kenter) dat KZWF ontwikkelt voor de groep POH-ers. Beide kan ook. Een verplichte (dure) opleiding is geen harde eis.

De taken van een POH-ouderen zijn wezenlijk anders dan die van een POH-somatiek. Er wordt niet protocollair gewerkt, maar volgens een werkwijze waarin de POH moet kunnen inschatten wat de belangrijkste items zijn om met elkaar aan te werken. Het is ook belangrijk dat de POH-ouderen goede kennis heeft van de sociale kaart, lokaal en regionaal.

- **De beschikbare inzet van mijn POH is momenteel minder dan de indicatieve inzet van de POH-ouderen binnen de keten DBC kwetsbare ouderen. Hoe kan ik hier mee omgaan?**

De praktijk is verantwoordelijk voor het kunnen leveren van de benodigde inzet. Dit kan op verschillende manieren worden bereikt. Denk aan taakherschikking, aanvullen van de huidige inzet en een kleiner aantal kwetsbare ouderen includeren.

- **Welke indicatoren moeten worden toegepast bij het vastleggen van informatie in het HIS?**

Momenteel zijn er nog geen specifieke indicatoren vastgesteld voor de keten-DBC kwetsbare ouderen. In samenwerking met de ketencoördinator, de kaderarts en de deelnemende praktijken wordt nader verkend op welke manier kwaliteit van zorg geleverd en geborgd kan worden. Indicatoren kunnen hierbij mogelijk een rol spelen. Wel belangrijk om meteen goed te registreren en coderen. De te gebruiken ICPC-codes staan in bijlage 2 van het zorgprogramma.

ONDERSTEUNING

- **Wil je alle informatie over de keten DBC kwetsbare ouderen nog eens eenvoudig en vlot tot je nemen?**

Er is een e-learning (bestaande uit een aantal informatieve filmpjes) beschikbaar die je op een compacte manier informeert over de DBC kwetsbare ouderen en het geriatrisch zorgmodel. De filmpjes gaan over: het behandelwensengesprek (te doen voor inclusie), de DBC ouderen algemeen, het geriatrisch zorgmodel, multidomeinanalyse en zorgplan en MDO en het geriatrisch team. Bekijk de filmpjes op de [website van de Zorgkoepel](#). De filmpjes staan onder e-learning, hiervoor is een inlog vereist. Maak gebruik van het wachtwoord: zorgkoepelwf1990

- **Heeft u nog geen vast contact met een specialist ouderengeneeskunde (van Omring of Geriant)?**

Laat het ons weten via amulder@ketenzorgwf.nl. We informeren u dan graag over de mogelijkheden.

- **Wat kan u verwachten aan ondersteuning van KZWF?**

Ketencoördinator – Angela Mulder

Beantwoorden van algemene vragen, coördineren van alle activiteiten binnen de keten, ontwikkelen en monitoren van de keten.

amulder@ketenzorgwf.nl

Kaderarts ouderenzorg – Annet Wind

Beantwoorden van beleidsmatige vragen

a.wind@zorgkoepelwf.nl

Kaderarts ouderenzorg - Anouk Meijer

Beantwoorden van zorginhoudelijke vragen

anouk@medischcentrumoost.com

POH Geriatrie en Somatiek – Vivian Kenter

Bij- en nascholing, advies en ondersteuning POH-ers

viviankenter@gmail.com