



# KWALITEITSJAARVERSLAG 2017

THOON Eerstelijns Ouderenzorg



© augustus 2018, THOON  
Uitgegeven in eigen beheer

Sabina Klinkhamerweg 21  
7555 SK Hengelo

Tel 074 – 256 87 98  
Fax 074 – 760 03 43

*Alle rechten voorbehouden.*

*Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.*

## Revisies

**Versie**  
2.0

**Datum**  
29-08-2018

**Door (initialen)**  
EdG

## INHOUDSOPGAVE

---

INHOUDSOPGAVE .....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
1. INLEIDING .....	4
2. MODULES.....	5
2.1 Algemeen .....	5
2.2 Module organisatie en infrastructuur .....	5
2.3 Indicatoren .....	6
2.3.1 Bespreking indicatoren.....	6
2.3.2 Conclusie .....	7
2.4 Deskundigheidsbevordering .....	8
2.5 Deskundigheid en transitie POH-O .....	8
2.6 Voorlichting aan patiënt en mantelzorger: informatievoorziening .....	8
2.7 Module ouderenzorg in Keten Ondersteunend Systeem.....	8
3. OVERLEGVORMEN .....	10
3.1 Klankbordgroep THOON.....	10
3.2 Pilot expertise team geriatrie Twente .....	10
3.3 Zorg voor kwetsbare ouderen in adherentiegebied MST: transmurale zorgbrug .....	10
4. PLANNEN 2018 .....	12
BIJLAGE 1 LAEGO INDICATOREN.....	13

## 1. INLEIDING

---

Het afgelopen jaar heeft in het teken gestaan van verdere vormgeving van de samenwerking tussen de verschillende hulpverleners in de ouderenzorg én het netwerken. Vooral de samenwerking met ketenpartners als specialist ouderengeneeskunde (SO) en paramedici werd verder geconcretiseerd. Lopende initiatieven werden op elkaar afgestemd. Op gemeenteniveau werd de afstemming gezocht tussen sociaal domein en care/cure. De rol van Zenderen heeft geleidelijk haar vruchten afgeworpen waardoor eenheid in ouderenzorg meer en meer gewaarborgd wordt. De financiering vanuit de zorgverzekeraar geeft enige ruimte voor de opzet van geïntegreerde ouderenzorg binnen de voorbereidingsmodule en vervolgmodule kwetsbare ouderen.

Marieke van Gerwen, kaderhuisarts Ouderengeneeskunde  
Jolande Huizinga, praktijkverpleegkundige en coördinator ouderenzorg

## 2. MODULES

### 2.1 Algemeen

In totaal waren er in verslagjaar 2017 totaal 106 huisartsen in het THOON gebied bezig met ouderenzorg vanuit de verschillende mogelijkheden:

- 7 huisartsen maakten gebruik van de voorbereidingsmodule 'integrale zorg voor kwetsbare ouderen';
- 57 huisartsen maakten gebruik van de vervolgmodule 'integrale zorg voor kwetsbare ouderen';
- 42 huisartsen maakten gebruik van POH- S financiering.

Via de coördinator, Jolande Huizinga, is input en informatie geleverd aan de deelnemende huisartsen en POH's-ouderenzorg (POH-O). Tijdens de voorbereidende fase zijn per praktijk gemiddeld drie ondersteuningsbezoeken afgelegd. Daarnaast vindt zowel per e-mail als telefonisch begeleiding plaats. Regelmatig werden vragen voorgelegd over logistiek of casuïstiek ouderenzorg.

Na het doorlopen van de voorbereidingsmodule heeft de praktijk de organisatie zodanig ingericht dat de praktijk in staat is de groep kwetsbare ouderen gestructureerd op te sporen. Daarnaast kan zij deze groep geïntegreerde zorg bieden binnen het lokale, geriatrische netwerk. Niet alle huisartsenpraktijken maken voor de financiering gebruik van de ouderenzorgmodule, omdat de financiering niet altijd dekkend is. Sommigen maken gebruik van de oude POH-S financiering.

Voor bovengenoemde activiteiten wordt het geactualiseerde zorgprogramma gebruikt en de infographic: een schematisch overzicht van de bouwstenen ouderenzorg.

De [website](#) van THOON bevat alle relevante informatie over ouderenzorg, toegankelijk voor de huisartsen.

Bij THOON zijn de volgende mensen betrokken bij ouderenzorg:

- Marieke van Gerwen, kaderhuisarts ouderenzorg;
- Jolande Huizinga, coördinator ouderenzorg, verpleegkundige;
- Erica de Goeij, manager zorg;
- Monique Troost, innovatie manager;
- Suzan van Vliet, medisch coördinator.

### 2.2 Module organisatie en infrastructuur

Binnen de module Organisatie en Infrastructuur wordt gewerkt aan het opzetten van een ouderenzorgnetwerk rond de praktijk. Huisartsen die zijn gestart met de structurele zorg voor kwetsbare ouderen is gevraagd een ouderenzorgnetwerk op te zetten rond de praktijk. Waar dat gevraagd werd, is dit door THOON ondersteund. Samen met de gemeente, de huisartsen en de betrokken VVT-organisatie is in Oldenzaal gestart met het inrichten van een netwerk ouderenzorg op plaatselijk niveau en kernteams op wijkniveau. In Hengelo is vanuit het bestaande ouderenzorgnetwerk een voorstel uitgewerkt voor het inrichten van kernteams op stadsdeelniveau. In Enschede is door een projectgroep een voorstel uitgewerkt waarin per stadsdeel een steunpunt ouderenzorg wordt ingericht. Vanuit dat steunpunt kunnen op praktijkniveau afspraken worden gemaakt voor het inrichten van een kernteam. Deze werkzaamheden zijn gestart in 2016 en worden nog steeds verder uitgewerkt.

In de omliggende gemeenten is een inventarisatie gemaakt van praktijken die de ouderenzorg gestructureerd hebben opgezet. Deze inventarisatie is eind 2017 in een overzicht verwerkt en per nieuwsbrief met de achterban gecommuniceerd. Deze inventarisatie houdt het volgende in: praktijken die ouderenzorg vorm geven, deskundigheidsniveau POH-O en betrokkenheid van de SO. Het blijft een proces in ontwikkeling!

Tot slot zijn door de coördinator (wel of niet samen met de kaderhuisarts ouderenzorg) praktijken bezocht waar o.a. de huidige en wenselijke samenwerking is besproken. Het zogenoemde "Klanken op de Praktijk". Naar aanleiding van deze gesprekken is een plan ontstaan om deze bezoeken gestructureerd te plannen om zo feeling te krijgen met wat er in de praktijken speelt. De input kan dan weer gebruikt worden voor het beleid.

## 2.3 Indicatoren

Naar aanleiding van het inkoopbeleid ouderenzorg Menzis heeft THOON samen met de FEA, Roset en Menzis afspraken gemaakt over de evaluatiecriteria voor de ouderenzorg. Voor deze evaluatiecriteria is de LAEGO indicatoren set (zie bijlage 1) als maatstaf gebruikt.

Ouderenzorg is zorg op maat. De geformuleerde indicatoren zijn dan ook procesindicatoren en geen uitkomstindicatoren. Het geeft spiegelinformatie waar de praktijken staan in het proces ouderenzorg. In oktober 2016 is de set met de betrokken huisartsenpraktijken gecommuniceerd. In september 2017 is een nulmeting verricht en eind december een uitspoel van de indicatoren over 2017.

Nr.	Omschrijving	Code	30-09-2017		31-12-2017	
			Aantal	%	Aantal	%
a	Aantal en % patiënten 75 jaar en ouder in de praktijkpopulatie	NAW	1822	100	2419	100
b	Aantal en % patiënten met dementie 75jaar en ouder	ICPC P70	181	17,8	245	19,4
c	Aantal en % patiënten van 75 jaar en ouder ooit als kwetsbaar geïdentificeerd	ICPC A05	803	44,1	1033	42,7
d1	Aantal en % kwetsbare ouderen met polyfarmacie in de groep kwetsbare ouderen	POFA A49.02	511	63,6	779	75,4
d2	Aantal en % kwetsbare ouderen met chronische medicatie of polyfarmacie waarbij recent (Max 1jr geleden) een medicatie review heeft plaatsgevonden in de groep KWO met polyfarmacie	Verrichting 13049 Ja/nee in KOS	39	7,6	Niet aangeleverd	
e	Aantal en % kwetsbare ouderen met polyfarmacie waarbij een kreatinine klaring is vastgelegd in de afgelopen 2 jaar in de groep KWO met polyfarmacie		326	63,8	597	76,6
f	Aantal en % kwetsbare ouderen waarbij wensen t.a.v. levenseinde zijn geregistreerd in de groep KWO.	ICPC A20	78	9,7	100	9,7

### 2.3.1 Bespreking indicatoren

Niet iedere praktijk zit in dezelfde fase van ouderenzorg: er zijn praktijken die net gestart zijn met de voorbereidingsmodule of de vervolgmodule en er zijn praktijken die al een aantal jaren de ouderenzorg organiseren en inmiddels samenwerken met een geriatrie-netwerk. Dit is van invloed op de cijfers. Uitspoel van de indicatoren heeft plaatsgevonden vanuit het KOS en niet vanuit de HIS-sen. Dit in verband met de diversiteit aan HIS-sen waarmee gewerkt wordt.

#### a: Praktijkpopulatie 75 jaar en ouder:

Het aantal 75-plussers in de praktijk wordt handmatig één maal per jaar vanuit het HIS ingevuld door de praktijk, de zogenaamde kengetallen. Het aantal is gestegen ten opzichte van de 0-meting. Dit komt deels door toename van het aantal deelnemende huisartsen dat de kengetallen heeft aangeleverd. Deze kengetallen zijn door de handmatige invoer onbetrouwbaar. Men dient in de interpretatie van de indicatoren mee te nemen dat het kengetal 'patiënten 75 jaar en ouder' onbetrouwbaar is, maar wel de basis is voor de percentageberekening van de andere indicatoren.

**b: Dementie:**

Bij het interpreteren van de aantallen patiënten met de diagnose dementie zijn de volgende aandachtspunten:

- Bij het vermoeden op het bestaan van dementie wordt vaak in eerste instantie de ICPC code P20 gebruikt. Deze wordt omgezet naar P70 als de diagnose dementie daadwerkelijk gesteld is.
- Dementie ontstaat vaak al op jongere leeftijd. Patiënten van 65 jaar worden ook gescreend. Deze vallen buiten deze getallen.

Het percentage dementie in de leeftijdscategorie is ten opzichte van de 0-meting licht gestegen.

**c. Percentage van patiënten van 75 jaar en ouder die geïdentificeerd zijn als kwetsbare oudere:**

Dit percentage is vanuit de 0-meting gestegen. Percentage van net boven 40% is een relatief groot percentage kwetsbare ouderen. Dit hangt samen met toename, maar nog niet betrouwbare aantallen van de kengetallen 75-plus. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen laag- en hoog complex kwetsbare ouderen.

**d1: Polyfarmacie:**

Als er sprake is van polyfarmacie wordt de ICPC code A49.02 handmatig aangemaakt. Het percentage kwetsbare ouderen met polyfarmacie is gestegen. Dat betekent een verbetering van de registratie van polyfarmacie in deze groep.

**d2: Medicatie review:**

Een van de bouwstenen is het uitvoeren van een medicatiereview bij kwetsbare ouderen met polyfarmacie. Dit gebeurt in samenwerking met de apotheker. Als een medicatiereview heeft plaatsgevonden, wordt hier geen nieuwe ICPC code aangemaakt. De verrichtingscode 13049 wordt toegekend als er een medicatiereview heeft plaatsgevonden. Deze kan echter niet uit het KOS worden uitgespoeld. In het KOS staat wel de vraag: "Heeft een medicatiereview plaatsgevonden, ja/nee?". Om een betrouwbaar overzicht te krijgen over het percentage ouderen waarbij een review is gedaan, wordt overwogen deze vraag in het KOS tot een verplicht invulveld te maken.

**e: een creatinine klaring in de afgelopen 2 jaar in de groep KWO met polyfarmacie:**

Bij 76% van de kwetsbare ouderen met polyfarmacie is een creatinineklaring bekend. Dit getal is gestegen ten opzichte van de 0-meting, maar naar verwachting zal het percentage daadwerkelijk hoger liggen. Vraag is of deze indicator goed uit KOS gehaald kan worden.

**f: Advance Care Planning:**

Een belangrijke bouwsteen binnen de ouderenzorg is Advance Care Planning (ACP), ofwel het bespreken van wensen in de laatste fase van het leven en levenseinde. Het gesprek hierover en vastleggen van deze wensen blijkt van nut en waarde te zijn. Goede communicatie hierover voorkomt onnodige medische behandelingen en (spoed)opnames. ACP is tijdrovend en kan aan verandering onderhevig zijn. Het percentage gevoerde gesprekken ACP is ten opzichte van de 0-meting gelijk gebleven. Dit is naar verwachting gezien de korte periode tussen 0-meting en jaarmeting.

**2.3.2 Conclusie**

De 0-meting geeft een eerste indruk van de percentages indicatoren. In de tweede meting zijn de kengetallen beter ingevuld. Het percentage kwetsbare ouderen is licht gedaald ten opzichte van toename 75-plussers. Dit heeft te maken met feit dat screening plaatsvindt op basis van casefinding. Registratie Polyfarmacie is verbeterd en ACP scoort nog laag maar is procentueel gelijk gebleven. De fase waarin een praktijk zit in de organisatie van ouderenzorg is van invloed op de cijfers. De mate van gebruik van het KOS is ook een variant die van invloed is op de procesindicatoren. Dit maakt dat de cijfers van meerdere factoren afhankelijk zijn en daardoor lastig met elkaar te vergelijken. De setting, plaats en organisatie van ouderenzorg zijn in huisartsenpraktijken divers. Wel wordt gezien dat praktijken die al langere tijd ouderenzorg vormgeven inzichtelijk maken dat er actief in het KOS wordt gewerkt. Dit blijkt uit cijfers op praktijkniveau.



Bij de interpretatie van de getallen dient de lezer te realiseren dat van het totaal aantal 75-plussers van de praktijkpopulatie, alleen de ouderen die gedefinieerd zijn als kwetsbaar in het KOS daadwerkelijk zijn terug te vinden. Dit zijn bescheiden aantallen. Tevens moet de ouderen daarvoor ook toestemming hebben gegeven.

We willen verhelderen dat proactieve ouderenzorg een lange looptijd nodig heeft om overzicht te verkrijgen over de totale 75-pluspopulatie. Tevens wordt de KOS module in het THOON adherentiegebied nog beperkt gebruikt door huisartsen en de POH-O. Kwetsbaarheid en de snelle veranderingen hierin kunnen maken dat individuele levensverwachting kort is en betreffende oudere niet in het KOS wordt geïnccludeerd.

KOS is geen doel op zich, maar een middel om stap voor stap kwetsbare ouderen met een zorgteam integraal in beeld te krijgen en persoonsgerichte zorg te geven. Het voorziet in de behoefte om zorgvuldig te kunnen registreren in informatie veilig met ketenpartners te kunnen delen.

#### **2.4 Deskundigheidsbevordering**

In het najaar van 2017 is voor huisartsen en praktijkondersteuners een scholing georganiseerd met de titel "Meer (begrip) bij onbegrepen gedrag en migranten met dementie". Er namen dertig deelnemers aan deel, zowel huisartsen als POH-O. Een SO, een ouderenpsychiater, een psycholoog en een casemanager dementie zorgden voor een boeiende en leerzame avond. De scholing werd gewaardeerd met een 8,3.

#### **2.5 Deskundigheid en transitie POH-O**

Op regionaal niveau is een voorstel voor een transitieplan POH-O uitgewerkt. In de werkgroep waren de volgende organisaties vertegenwoordigd: LHV-kring-huisartsen, zorggroepen, VVT-organisaties, Saxion Hogeschool en Menzis. Het plan is in kwartaal vier van 2016 voorgelegd aan het LHV-kring-bestuur, die dit plan verder af zal afstemmen met Menzis (randvoorwaarden, financiering).

De taken van een POH in de integrale ouderenzorg zijn slechts beperkt te protocolleren. De zorg is veelal complex of hoog-complex en dat vraagt om een verpleegkundige achtergrond op HBO-niveau (*Bron: POH transitie, LHV april 2017*).

Op dit moment zijn er te weinig praktijkondersteuners in de ouderenzorg werkzaam en beschikbaar op de arbeidsmarkt die een diploma hebben op het gewenste opleidingsniveau. Daarom geldt een transitieperiode tot 2022 (inkoopvoorwaarden Menzis POH-O, bijlage 9A).

#### **2.6 Voorlichting aan patiënt en mantelzorg: informatievoorziening**

De leden van het TEO ouderenzorg team beschikken met elkaar over veel kennis van de sociale kaart die steeds wordt geüpdatet. De informatie die voor patiënten en diens mantelzorgers relevant is, wordt gedeeld. Daarnaast komen vanuit het lopende kernteam informatie en initiatieven die ook met patiënten en mantelzorgers worden gedeeld. De POH-O zorgt ervoor dat informatie over de sociale kaart 'fysiek' aanwezig is in de praktijk.

#### **2.7 Module ouderenzorg in Keten Ondersteunend Systeem**

Binnen het KIS van Vital Health is de module ouderenzorg afgelopen jaar verder doorontwikkeld. Het registratiedeel is geoptimaliseerd en het communicatiedeel (dit onderdeel maakt veilig communiceren met ketenpartners mogelijk) is verder doorontwikkeld.

Na de pilot van de communicatiemodule is de module breed in gebruik genomen waardoor het mogelijk is om veilig en praktisch mogelijk is om met de ketenpartners digitaal te kunnen communiceren en informatie te delen. Het gebruik van de module is van toegevoegde waarde en draagt bij aan efficiëntie en kwaliteit in de zorg voor kwetsbare ouderen.

In 2017 zijn 47 praktijken ingestroomd en participeren inmiddels 213 ketenpartners. Trainingen en Webinars ondersteunen dit proces.



<b>Overzicht ketenpartners</b>	<b>Aantal</b>	<b>Overzicht ketenpartners</b>	<b>Aantal</b>
Apotheker	3	Geriatric fysiotherapeut	2
Casemanager dementie	21	Ouderen adviseur	2
Eerst Verantwoordelijk Verzorgers	4	Specialist Ouderen geneeskunde	18
Ergotherapeut	9	Welzijnsmedewerker	5
<b>Fysiotherapeut</b>	22	Wijkverpleegkundige	127

### 3. OVERLEGVORMEN

---

#### 3.1 Klankbordgroep THOON

Het afgelopen jaar is de klankbordgroep twee keer bij elkaar geweest.

Naast de uitwisseling van kennis en ervaringen zijn de volgende onderwerpen besproken:

- pilot Expertise Geriatrie team (EGT), zie verder;
- lopende projecten zoals KOS en Transmurale Zorgbrug MST;
- inzet van ergotherapie, samenwerking met EDOMAH.

Medio 2017 werd HAweb THOON ouderenzorg gestart met als doel: klanken en informatie delen. Wekelijks wordt HAweb bekeken en minimaal één keer per maand wordt er informatie gedeeld.

Naast de klankbordgroep zijn er nog een tweetal overlegvormen ouderenzorg:

- Werkoverleg THOON ouderenzorg: maandelijks overleg tussen Jolande Huizinga, Erica de Goeij, Suzan van Vliet, Monique Troost en Ilse Moes. Hier worden de lopende zaken besproken en afgestemd.
- Overleg praktijkverpleegkundigen THOON: vier maal per jaar. Tijdens dit overleg worden lopende zaken en inhoudelijke thema's besproken. Een verplicht onderdeel is casuïstiekbespreking.

#### 3.2 Pilot expertise team geriatrie Twente

In opdracht van de bestuurlijke themagroep Ouderenzorg Zenderen is een plan geschreven voor de inzet van en samenwerking met de SO in de eerste lijn. Dit plan is uitgewerkt in een handboek. In 2017 zijn drie groepspraktijken als pilot gestart.

De inzet van de SO is onderverdeeld in vier modules:

- eenmalige consultatie;
- geriatrisch assessment;
- polyfarmacie;
- medebehandeling.

De inzet van SO in ANW-zorg wordt in een later stadium onderzocht. Speerpunten voor de pilot waren met name de consultatie en medebehandeling waarin het geriatrisch assessment en een rol bij polyfarmacie onderdeel zijn. Suzan van Vliet zit namens THOON in de stuurgroep EGT. Deze stuurgroep komt drie maal per jaar bijeen.

Na een eerste evaluatie bleek de pilot te klein te zijn gestart. De praktijken die meededen hadden al een samenwerking met een SO. Het consulteren van een SO door de huisarts is geen nieuwe mogelijkheid maar bestaat al langer. Medebehandelaarschap is wel nieuw, maar gezien de kleinschaligheid van de pilot niet mogelijk om hier een uitkomst aan te koppelen. Besloten is het project te wijzigen: inventarisatie van huisartspraktijken en beschikbare SO's vanuit de VVT om zo regionaal een koppeling SO-HA te bewerkstelligen zodat elke huisartsenpraktijk voor consultatie gebruik kan maken van een SO. In de regio is een tekort aan SO's en dit is in 2017 zelfs nog groter geworden.

#### 3.3 Zorg voor kwetsbare ouderen in adherentiegebied MST: transmurale zorgbrug

De werkgroep zorg voor Kwetsbare Ouderen van het MST is in 2015 gestart met het project de Transmurale Zorgbrug (TZB). De werkgroep bestaat uit afgevaardigden van Livio (VVT), geriater, verpleegkundig specialist traumatologie en geriatrie en kaderhuisarts ouderenzorg.

Doelen van het project:

- Verbeteren van de zorg voor kwetsbare ouderen op de overgang van ziekenhuis naar huis.
- Verbeteren overdracht (medicatie, medisch en verpleegkundig) op het raakvlak tussen zorg in de thuissituatie en zorg in het ziekenhuis.
- Voorkomen van heropnames en crisisopnames van kwetsbare ouderen in het ziekenhuis.

In 2017 is getracht deze zorgbrug na uitbreiding van het aantal VVT's in 2016 verder vorm te geven. Binnen het ziekenhuis is de logistiek van de TZB lastig te implementeren. Hiervoor zijn binnen MST diverse informatierondes gevoerd. Eind 2017 blijkt dat de afdeling geriatrie wordt gereorganiseerd. Hiermee staat het project TZB helaas weer op de tocht.

## 4. PLANNEN 2018

---

Voor 2018 zijn de onderstaande plannen gemaakt:

- Beleidsmatig:
  - Aanspraak wijkverpleging: meer aandacht voor de rol en positionering van de wijkverpleegkundige in relatie tot het medische en sociale domein.
  - Beleidsafspraken maken (tussen LHV-Kring-huisartsen en Menzis) met betrekking tot het deskundigheidsniveau POH-O en ondersteuning bij de implementatie hiervan door de zorggroepen.
  
- Verbinding in de regio:
  - Verbeteren van verbindingen binnen de gemeenten. Met name in Enschede de rol schakelwijkverpleegkundige inzetten conform het model van Wijkkracht in Hengelo.
  - Indien de geriatrie weer op orde is in MST verder uitbouwen van de TZB.
  - Deelname aan Dementieketen Twente.
  - Inzet van de SO in huisartsenpraktijk:
    - Vervolg EGT:
      - Verzorgen van koppelen SO aan huisartsenpraktijken. Waarbij het toenemend tekort aan SO's in met name de regio Enschede een groot probleem is.
      - Werkafspraken maken voor de samenwerking HA-SO.
  
- Kwaliteitsverbetering:
  - Oriënteren en behoeftepeiling scholing ouderenzorg en het creëren van aanbod. Het organiseren met de FEA van een ouderenzorg symposium.
  
- Organisatie binnen THOON:
  - Opzet en structuur klankbordgroep evalueren en aanpassen.
  - Website blijven optimaliseren inclusief open gedeelte.
  - Verder uitwerken KOS-gebruik door medewerkers huisartsenpraktijk en ketenpartners..
  - Inhoudelijk verbinding zoeken met de chronische zorgprogramma's in de huisartsenpraktijken met als doel van ziektegericht naar persoonsgerichte zorg waarin de zorgprogramma's op elkaar afgestemd worden.

## BIJLAGE 1 LAEGO INDICATOREN



nr	Omschrijving	Codesoort	Code	Toelichting <b>1 opmerking</b>
<b>a</b>	% patiënten 75 jaar en ouder in de praktijkpopulatie	NAW		
<b>b</b>	% patiënten met dementie in de leeftijdscategorie 75 jaar en ouder.	ICPC	P70	Diagnose dementie gesteld: P20 wordt P70
<b>c</b>	<sup>0</sup> /0 patiënten van 75 jaar en ouder die ooit als kwetsbaar geïdentificeerd zijn in de groep patiënten van 75 jaar en ouder.	ICPC.	A05	geregistreerd bij een episode ooit 'een' uitslag
<b>dl</b>	% kwetsbare ouderen met (poly)farmacie* in de groep kwetsbare ouderen (aantal A49.02 / aantal indicator c)	ATC Diagn. Bep ICPC	A t/m S en 2777 POFA AQ = ja A49.02	* polyfarmacie = chronisch gebruik van 5 of meer verschillende middelen, waarbij 'chronisch' gedefinieerd wordt als > 3 voorschriften per jaar of een voorschrift met een gebruiksduur k. 6
<b>d2</b>	% kwetsbare ouderen met chronische medicatie** of polyfarmacie* waarbij recent (max 1 jaar geleden) een medicatie-review heeft plaatsgevonden in de groep kwetsbare ouderen met chronische medicatie of polyfarmacie (aantal indicator dl + declaratiecode13049 afgelopen 12 maand/ aantal indicator dl)	ATC Diagn bep ICPC	A t/m S of A49.02 Verrichtingscode: 13049	* polyfarmacie = chronisch gebruik van 5 of meer verschillende middelen, ** 'chronische' medicatie wordt gedefinieerd als > 3 voorschriften per jaar of een voorschrift met een gebruiksduur 6 maanden.
<b>e</b>	% kwetsbare ouderen met polyfarmacie* waarbij een creatinine klaring is vastgelegd (gemeten of berekend; MDRD, CKD-EPI) in de afgelopen <b>twee</b> jaar in de groep kwetsbare ouderen met polyfarmacie. (aantal indicator e/ aantal indicator dl)	ATC Diagn bep ICPC	A t/m S en A49.02 of 2777 POFA AQ = ja) en (524, KREA 0 MK of 1918, KREA 0 FB of 1919, KREM 0 <b>FB</b> of 3583, KREC 0 F8)	laatste waarde in afgelopen 2 jaar  * polyfarmacie = chronisch gebruik van 5 of meer verschillende middelen, waarbij 'chronisch' gedefinieerd wordt als > 3 voorschriften per jaar of een voorschrift met een gebruiksduur 6 maanden.
<b>f</b>	% kwetsbare patiënten waarbij wens en tav levenseinde geregistreerd zijn in de groep kwetsbare ouderen (aantal indicator f / aantal indicator c)	ICPC	A20	