

Regionale Transmurale Afspraak Medische Zorg voor Ouderen



| | | | |
|--|--------------------------------|--|---|
| Status: Definitief 26 juni 2017 | Looptijd: 2 jaar | Eigenaar: Regionaal Transmuraal Platform Utrecht (Trijn) | Beheerder: Regionaal Transmuraal Platform Utrecht (Trijn) |
| Wijze van publicatie: Websites partijen, RTA app | Evaluatiedatum: na één jaar | Verantwoordelijke: Voorzitter Trijn | E-mailadres contactpersoon: Borgdorff@huisartsenutrechtstad.nl |

Inhoudsopgave

| | | |
|--|---|----|
| Deelnemende partijen | 3 | |
| Bijbehorende documenten | 3 | |
| Inleiding | 4 | |
| 1. Huisarts | 5 | |
| 1.1 Diagnostiek door de huisarts | 5 | |
| 2. Specialist Ouderengeneeskunde (SO) | 7 | |
| 2.1 Consultatie van de Specialist Ouderengeneeskunde | 7 | |
| 2.2 Aanvullende diagnostiek en behandeladvies door Specialist Ouderengeneeskunde | 8 | |
| 2.3 Verwijzen naar Specialist Ouderengeneeskunde | 9 | |
| 2.4 Medebehandelaarschap | 9 | |
| 2.5 Terugverwijzen van specialist ouderengeneeskunde naar huisarts | 9 | |
| 3. Medisch specialist | 10 | |
| 3.1. Consultatie van medisch specialist | 10 | |
| 3.2. Verwijzen naar medisch specialist | 11 | |
| 3.3. Aanvullende diagnostiek door geriater/internist ouderengeneeskunde | 13 | |
| 3.4. Behandeling door de medisch specialist | 14 | |
| 3.5 Afspraken voor behandeling bij klinische opname | 15 | |
| 3.6 Afspraken bij een spoedopname | 15 | |
| 3.7 Interne verwijzingen in het ziekenhuis | 15 | |
| 3.8 Terugverwijzen van specialist naar huisarts | 15 | |
| 4. Berichtgeving | 16 | |
| 4.1. Berichtgeving bij verwijzing naar medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde | 16 | |
| 4.2. Berichtgeving bij terugverwijzing van medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde naar huisarts | 16 | |
| Bijlage 1 | Contactpersonen voor RTA ouderen | 18 |
| Bijlage 2 | Specialisten ouderengeneeskunde in regio Utrecht | 19 |
| Bijlage 3 | Convenant Transmurale Zorg Kwetsbare Ouderen Utrecht (oktober 2016) | 20 |
| Bijlage 4 | Medicatie Convenant Midden Nederland (juni 2016) | 20 |
| Bijlage 5 | Afwegingsinstrument Eerstelijns Verblijf | 20 |

Deelnemende partijen

De RTA wordt gedragen door:

1. Zorggroepen regio Utrecht die de samenwerkingsovereenkomst 'Zorg op de Juiste Plek' getekend hebben.
2. Ziekenhuizen regio Utrecht die de samenwerkingsovereenkomst 'Zorg op de Juiste Plek' getekend hebben.
3. Organisaties die Specialististen Ouderengeneeskunde (SO) in dienst hebben.
4. Altrecht ouderenpsychiatrie*

Bijbehorende documenten

Deze RTA is gekoppeld aan de samenwerkingsovereenkomst 'Zorg op de juiste plek' (2015).

Voor transmurale afspraken met betrekking tot medicatieveiligheid en transmurale ouderenzorg in de samenwerking tussen ziekenhuis, huisartsenpraktijk, apotheek, wijkverpleging en sociaal domein wordt verwezen naar het Convenant Transmurale Zorg Kwetsbare Ouderen Utrecht (2016) en het Medicatieconvenant Midden Nederland (2016) in de bijlagen.

Voor evaluatie na 1 jaar wordt o.a. gebruikt gemaakt van de trends in de Transmurale Incident Meldingen (TIM).

*Verwijzing naar en behandeling door ouderenpsychiatrie wordt voor de eerstvolgende evaluatie nog verder uitgewerkt.

Inleiding

Voor u ligt de Regionale Transmurale Afspraak (RTA) Ouderen van het Transmuraal Platform 'Trijn'. Deze afspraak is tot stand gekomen in afstemming met (kader)huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en specialisten in het werkgebied van Trijn.

Het doel van de Regionale Transmurale Afspraak (RTA) is het uniformeren van afspraken tussen de eerste en tweede/derde lijn met betrekking tot de **diagnostiek, behandeling, consultatie, (terug)verwijzing en berichtgeving.**

Deze RTA vormt daarmee de basis voor medisch inhoudelijke en organisatorische afspraken ten behoeve van samenwerking in de regio Utrecht. Bij de beschrijving is uitgegaan van Landelijke Transmurale Afspraken, richtlijnen en standaarden vanuit de beroepsgroepen. Waar mogelijk wordt daarnaar verwezen. Het is van belang dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment krijgt. Er wordt daarom uitgegaan van het stepped care principe: in de eerste lijn (huisarts-specialist ouderengeneeskunde) waar het kan en in de tweede/derde lijn (medisch specialist) waar het moet. In de praktijk is, afhankelijk van lokale situaties, overlap aanwezig tussen de activiteiten van de klinisch geriater en de specialist ouderengeneeskunde. Deze RTA kan dat niet in zijn geheel wegnemen. Van belang is dat men onderling afspreekt wie waar verantwoordelijk voor is. Indien een geheugenpoli aanwezig is in een ziekenhuis wordt daar door verschillende specialisten samengewerkt. In andere gevallen wordt intern geconsulteerd of doorverwezen. De specialist, die de op de voorgrond staande aandoening behandelt, is de hoofdbehandelaar (ook wel casemanager genoemd). Daarmee geldt deze RTA voor alle specialismes waar de oudere met onderstaande problematiek mee te maken kan krijgen.

Deze RTA richt zich op de volgende probleemgebieden bij de oudere patiënt met (complexe) multimorbiditeit en/of polyfarmacie:

- A. Algehele achteruitgang, knik in functioneren
- B. Vallen/mobiliteit
- C. Cognitieve problematiek
 - C1. delier
 - C2. dementie

1. Huisarts

1.1 Diagnostiek door de huisarts

| Diagnostiek | Algehele fysieke achteruitgang | Vallen | Cognitieve achteruitgang (acute verwardheid/delir) | Cognitieve achteruitgang (dementie) |
|---|--------------------------------|--|--|-------------------------------------|
| Geriatrisch lab* | X | X vit D3 op indicatie | Volgens NHG Richtlijn Delir | Volgens NHG Richtlijn Dementie |
| Urine | X | X | | |
| Anamnese en LO: | X | Gericht op orthopedische, neurologische en cardiale oorzaken van een val en omgevingsfactoren. Specifiek aandacht voor valangst. | | |
| Medicatiecheck vlgs. richtlijn polyfarmacie | X | X | | |
| Visus/gehoor | X | X | | |
| Hetero anamnese | X | X | | |
| Bloeddruk | X | Liggend en staand | | |
| Cognitie/Stemming | X | X | | |
| Mobiliteit | X | Sta-op test; staand voet voor de andere plaatsen; looppatroon | | |
| ADL/IADL | X | X | | |
| Incontinentie urine | X | X | | |

*Geriatrisch lab: BSE, HB/HT, leucocyten, gluc, natrium, kalium, calcium, creatinine, ALAT, TSH, Alb

NHG Richtlijn Delir: <https://www.nhg.org/standaarden/ volledig/nhg-standaard-delir>

NHG Richtlijn Dementie: <https://www.nhg.org/standaarden/ volledig/nhg-standaard-dementie>

NHG Richtlijn Polyfarmacie:

https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/polyfarmacie_bij_ouderen.pdf

| Aanvullende diagnostiek op indicatie | Algehele fysieke achteruitgang | Vallen | Cognitieve achteruitgang (acute verwardheid/delir) | Cognitieve achteruitgang (dementie) |
|--|--------------------------------|--|--|-------------------------------------|
| Valanalyse | | X, indien: presentatie naar aanleiding van een acute val; twee of meer valincidenten in het afgelopen jaar; een val in het afgelopen jaar in combinatie met een mobiliteitsprobleem, wegraking of een verhoogd fractuurrisico | Volgens NHG Standaard Delir | Volgens NHG Standaard Dementie |
| DEXA | | X, indien een recente fractuur X op indicatie | | |
| X-wervelkolom | | X | | |
| Schoeisel/ voetproblemen | | X | | |
| Voedingstoestand/ gewicht | X | X | | |
| Aandacht advance care planning | X | | | |
| Aandacht risicovolle situaties (uitbuiting, mishandeling, terugtrekken uit sociale contacten/ netwerken) | X | X | | |

Aan het eind van het consult heeft de huisarts een indruk van de patiënt via de 4-assen:

- Somatisch: o.a. actuele acute en chronische somatische problematiek
- Psychisch: o.a. stemming en cognitie
- Functioneel: o.a. ADL/IADL, visus/gehoor, mobiliteit/vallen
- Sociaal: o.a. huisvesting, professionele hulp, mantelzorg, netwerk

2. Specialist Ouderengeneeskunde (SO)

2.1 Consultatie van de Specialist Ouderengeneeskunde

Bij consultatie van de SO blijft de huisarts hoofdbehandelaar.

Er zijn 4 consultatiemogelijkheden:

1. Telefonische consultatie
2. Consultatie per (beveiligde) email
3. Face to face consultatie (met patiënt)
4. Casuïstiekbespreking /MDO (zonder patiënt)

Vragen waarvoor SO geconsulteerd kan worden en waarbij, naar inschatting van de huisarts, niet direct een verwijzing naar de klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde geïndiceerd is:

- Vragen rondom medisch beleid bij patiënten met complexe co- en multimorbiditeit, waarbij huisbezoek geïndiceerd is en/of aanvullende diagnostiek te belastend is
- (Onbegrepen of plotselinge) atypische klachten en problemen die de kwaliteit van leven van de patiënt aantasten
- Medicatievragen/polyfarmacie
- Gedrags-, geheugen- en /of stemmingsproblemen bij dementie, zoals wanen, hallucinaties, verwardheid
- Vragen over medische beslissingen bij wilsonbekwaamheid of verminderd ziekte-inzicht
- Advies over (medische) zorg, opname of advance care planning
- Advisering over somatische-, revalidatie- en psychogeriatrische indicatiestelling
- Advies behandeling bij chronische neurologische, interne of cardiopulmonale aandoeningen (o.a. MS, Parkinson, CVA, hartfalen, COPD) indien zinvolheid poli-controle ter discussie staat of bij late gevolgen CVA
- Advisering t.a.v. optimalisatie thuissituatie gericht op veilig en comfortabel thuis wonen
- Complexe behandel- en (mantel)zorgvragen bij patiënten met een WLZ indicatie die niet in een WLZ instelling verblijven of patiënten die gebruik maken van een ELV bed
- Palliatief (of terminaal) behandel/zorgbeleid gericht op kwaliteit van leven bij complexe multimorbiditeit
- Vragen rondom levenseinde en euthanasie bij dementie
- Overbelasting van de mantelzorger of alleenwonende patiënt zonder mantelzorger
- Zorgmijders bij wie professionele hulp wel geïndiceerd is
- Mogelijke gevaren (zoals autorijden, zwerven, verwaarlozing)

2.2 Aanvullende diagnostiek en behandeladvies door Specialist Ouderengeneeskunde

Diagnostiek vindt over het algemeen plaats in het multidisciplinair team. Dit heet op veel plaatsen Mobiel Geriatrisch Team (MGT). Afhankelijk van locatie zitten hierin: SO, psycholoog, psychiater, paramedici, casemanager dementie. Diagnostiek wordt gevolgd door multidisciplinair behandeladvies en evt. indicatiestelling voor verwijzing, behandeling of begeleiding ter optimalisering van de thuissituatie.

| Diagnostiek | Algehele fysieke achteruitgang | Vallen | Cognitieve achteruitgang (acute verwardheid/ delier) | Cognitieve achteruitgang (dementie) >65 jaar |
|------------------------------|--------------------------------|--------|--|--|
| Geriatrisch Assessment | X | X | X | X |
| NHG standaard Delier | | | X | X |
| NHG standaard Dementie | | | | X |
| Handreiking Dementie | | | | X |
| Cross Culturele dementietest | | | | X bij migranten |
| Beoordeling Polyfarmacie | X | X | X | X |
| Beoordeling probleemgedrag | | | X | X |

NB. Bij acuut delier bij een oudere met complexe multimorbiditeit en/of ernstige sociale-, psychiatrische- of gedragsproblematiek - waarbij opname met ziekenhuisdiagnostiek nodig is - is verwijzing naar een medisch specialist geïndiceerd.

Geriatrisch Assessment: <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Handreikingen/VER-003-29-handrGeriatrischAssesement-v4.pdf>

Beoordeling polyfarmacie: http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/2012/2012-05-11%20MDR_Polyfarmacie.pdf

Diagnostiek Dementie: <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Handreikingen/Handreiking-Dementie.pdf>

Diagnostiek Probleemgedrag:

<http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Richtlijnen/VER00316Probleemgedragherzien02.pdf>

Aan het eind van het consult heeft de SO een indruk van de patiënt via de 4-assen:

- Somatisch: o.a. actuele acute en chronische somatische problematiek
- Psychisch: o.a. stemming en cognitie
- Functioneel: o.a. ADL/IADL, visus/gehoor, mobiliteit/vallen
- Sociaal: o.a. huisvesting, professionele hulp, mantelzorg, netwerk

2.3 Verwijzen naar Specialist Ouderengeneeskunde

Een verwijzing van een patiënt naar de SO, waarbij het hoofdbehandelaarschap (deels) wordt overgenomen door de SO, is gewenst indien:

- Patiënt met hoog-complexe problematiek wordt opgenomen voor kortdurende opname in het verpleeghuis, waarbij de SO hoofdbehandelaar is tijdens de opname (dus niet zg. laag complexe eerstelijns verblijf (ELV); daarin blijft huisarts hoofdbehandelaar en consulteert de SO). Zie hiervoor afwegingsinstrument ELV: <https://www.denieuwepraktijk.nl/wp-content/uploads/2016/11/Afwegingsinstrument-eerstelijns-verblijf-2-0-9-november-2016.defdef.pdf>
- Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ)
- Definitieve opname in verpleeghuis

2.4 Medebehandelaarschap

De huisarts kan er samen met de SO voor kiezen het behandelarschap te delen. Zie voor specifieke situaties de handreiking van de LHV:

https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/products/handreiking_samenwerking_huisarts_en_specialist_ouderengeneeskunde.pdf

2.5 Terugverwijzen van specialist ouderengeneeskunde naar huisarts

Na terugverwijzing is de huisarts weer hoofdbehandelaar en regisseur. De huisarts neemt het behandeladvies over en verzorgt zo nodig verwijzingen naar andere disciplines, indien dit nog niet door de SO geregeld is. Indien nodig kan de zorg gedeeld worden met de SO en kan deze medebehandelaar zijn, huisarts blijft hoofdbehandelaar. Zie hiervoor handreiking LHV.

3. Medisch specialist

3.1. Consultatie van medisch specialist

Bij consultatie van de medisch specialist blijft de huisarts hoofdbehandelaar.

Er zijn 3 consultatiemogelijkheden:

1. Telefonische consultatie
2. Consultatie per (beveiligde) email
3. Casuïstiekbespreking/MDO (zonder patiënt)*

*Mogelijk in Diakonessenhuis en UMCU

Criteria voor consultatie medisch specialist (klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde/
neuroloog/psychiater/geheugenpoli):

- Advies bij acute en chronische complexe somatische en psychische problemen zoals een delier, (ernstige) gedragsproblemen bij dementie
- Medicatievragen bij complexe multimorbiditeit en complexe polyfarmacie
- Advies over al dan geen opname in het ziekenhuis of poliklinische verwijzing
- Advies over (aanvullend) onderzoek, diagnostiek en behandeling
- Advies over afwijkende labuitslagen
- Palliatief (of terminaal) (zorg)beleid, gericht op kwaliteit van leven bij complexe multimorbiditeit of vragen over euthanasie

Criteria voor consultatie internist:

- Internist wordt niet geconsulteerd bij B en C2 groep, tenzij geriater niet bereikbaar is. Uitzondering hierop vormen de patiënten die reeds bekend zijn bij de internist.
- Bij algehele achteruitgang (nieren, hematologie, hypertensie, enz.) kan ook de internist geconsulteerd worden. Dit naar inschatting van de huisarts, evt. na overleg met SO.

Criteria voor consultatie andere specialismes (overig):

- Bij enkelvoudige aandoening of bij multimorbiditeit waarbij het accent ligt op een andere aandoening dan genoemd onder A, B of C.
- Bij groep C1 en C2 kan overwogen worden om psychiater of neuroloog te consulteren op basis van specifieke verdenkingen.

3.2. Verwijzen naar medisch specialist

Huisarts blijft hoofdbehandelaar bij poliklinische verwijzing, behalve voor de specifieke problematiek waarvoor de patiënt verwezen is. Bij een klinische verwijzing is de medisch specialist hoofdbehandelaar en neemt ook de noodzakelijke huisartsgeneeskundige controles over.

Onder verwijzen wordt verstaan: 'het overdragen van de behandeling van een specifiek probleem door de huisarts aan de medisch specialist'. De medisch specialist wordt hoofdbehandelaar van de verwezen problematiek (niet voor alle medische problemen), totdat deze weer terugverwijst naar de huisarts.

Bij de beslissing van verwijzen dient rekening te worden gehouden met de situatie en de wensen van de patiënt, de levensverwachting, het effect van de interventie op de lange termijn en eventuele co-morbiditeit. Bij twijfel overlegt de huisarts met de specialist.

De huisarts informeert de patiënt over wat hij aan medische zorg kan verwachten van het ziekenhuis en dat als de medische vraag is beantwoord de patiënt weer terug gaat naar huis of, als dat niet mogelijk is, naar een andere oplossing wordt gezocht

Een verwijzing van een patiënt naar de tweede lijn, is gewenst indien:

- er sprake is van acute medische noodzaak tot opname in het ziekenhuis
- huisarts of SO tot de conclusie komt dat er onvoldoende onderzoeks-, behandel- en/of verzorgingsmogelijkheden of veiligheid in de thuissituatie zijn en medisch specialistisch onderzoek en behandeling nodig is
- in de eerste lijn ingezette interventies niet tot het gewenste resultaat leiden

Criteria voor verwijzing naar de medisch specialist (klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde/neuroloog/psychiater/geheugenpoli):

- Ziekenhuisopname bij acute of complexe somatische en/of psychische problemen veelal samengaand met sociale of functionele problemen.
- Poliklinische beoordeling bij niet acute, complexe somatische en psychische problemen.

A. Knik in het functioneren:

- onduidelijke oorzaak van de knik in het functioneren
- knik in het functioneren bij patiënt met complexe multimorbiditeit/polyfarmacie
- onverwacht snelle achteruitgang van het functioneren
- kans op herstel en wens tot diagnostiek bij patiënt en familie
- onbegrepen dyspnoe, infectie, dehydratie, (chronisch) hartfalen, gewichtsverlies of andere achteruitgang in functioneren

B. Vallen:

- onduidelijke oorzaak van herhaald vallen
- snelle achteruitgang mobiliteit
- complexe valproblematiek met veel risicofactoren (zoals osteoporose)
- val met wegraking met onduidelijke oorzaak

C1. Acute verwardheid/delier:

- onvoldoende onderzoeks-, behandel- en/of verzorgingsmogelijkheden of veiligheid in de thuissituatie.
Zie afwegingsinstrument LHV: <https://www.denieuwepraktijk.nl/wp-content/uploads/2016/11/Afwegingsinstrument-eerstelijns-verblijf-2-0-9-november-2016.defdef.pdf>
- onduidelijkheid over de oorzaak van de verwardheid
- onvoldoende effect van de ingestelde behandeling
- patiënten met de ziekte van Parkinson of Lewy Body Dementie

C2. Cognitieve achteruitgang

- diagnostiek omtrent het bestaan van (het type) dementie*
- diagnostiek bij mensen die geen Nederlands spreken*
- ernstige gedragsproblemen (psychiater)
- dementie op jonge leeftijd (≤ 65 jaar)**
- bijkomende ernstige psychiatrische ziekte of mentale retardatie (psychiater)
- forse toename van de cognitieve stoornissen binnen twee maanden
- recent hoofdletsel, met name in geval van een stollingsstoornis of gebruik van anticoagulantia**
- recente voorgeschiedenis van maligniteit**
- nieuwe onverklaarde mictiedrang of urine-incontinentie in combinatie met een loopstoornis
- nieuwe focale neurologische uitval**
- vermoeden van frontotemporale dementie, Lewy-Body-dementie of Parkinsondementie**
- vermoeden van vasculaire dementie (waarbij beeldvorming van brein meerwaarde heeft)
- wens van de patiënt tot behandeling met een cholinesteraseremmer of memantine of experimentele medicatie.

*kan ook door SO afhankelijk van lokale situatie en complexiteit van het beeld.

** meestal verwijzing naar neuroloog of samenwerking met neuroloog op geheugenpoli

3.3. Aanvullende diagnostiek door geriater/internist ouderengeneeskunde

Diagnostiek kan zowel poliklinisch als klinisch verricht worden. **Diagnostiek die al bij de huisarts verricht is wordt i.p. niet herhaald, tenzij daar een indicatie voor is.**

De medisch specialist verricht altijd een Comprehensive Geriatric Assessment (CGA):

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/comprehensive_geriatric_assessment_cga/cga_-_korte_beschrijving.html. Daarnaast wordt er de volgende diagnostiek verricht:

| | Knik in functioneren | Vallen | Acute verwardheid | Cognitieve achteruitgang |
|---|----------------------|---|---|---|
| Analyse oorzaken en risicofactoren | X | X, volgens richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen. Beoordeling mobiliteit/balans/spierkracht door fysiotherapeut | X, volgens richtlijn delier bij volwassenen | X, volgens richtlijn dementie, inclusief neuropsychologisch onderzoek |
| Onderzoek m.b.t. gedrag en functioneren | | | | Vragenlijsten via mantelzorg |
| Medicatie check | X | X | X | X |
| Lab onderzoek | X | X | X | X |
| Urinesediment | X | | X | |
| X-thorax | X | | X | |
| ECG | X | X | X | |
| Aanvullend onderzoek Op indicatie | X | X | X | MRI of CT hersenen, uitgebreid NPO, liquor, PET, enz. |

Richtlijn preventie valincidenten:

<http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Valpreventie/Richtlijn%20Preventie%20van%20valincidenten%20bij%20ouderen%202004.pdf>

Richtlijn polyfarmacie in de 2e lijn:

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/polyfarmacie_bij_ouderen_in_de_tweede_lijn_-_in_ontwikkeling/polyfarmacie_bij_ouderen_in_de_tweede_lijn.html

Richtlijn delier:

https://www.richtlijndatabase.nl/richtlijn/delier_bij_volwassenen/epidemiologie_bij_delier_bij_volwassenen.html

Aan het eind van het consult heeft de medisch specialist een indruk van de patiënt via de 4-assen:

- Somatisch: o.a. actuele acute en chronische somatische problematiek
- Psychisch: o.a. stemming en cognitie
- Functioneel: o.a. ADL/IADL, visus/gehoor, mobiliteit/vallen
- Sociaal: o.a. huisvesting, professionele hulp, mantelzorg

3.4. Behandeling door de medisch specialist

Voor behandelingen verwijzen wij naar de vigerende standaarden en richtlijnen van de verschillende specialismes. Alvorens gestart wordt met de behandeling wordt d.m.v. gezamenlijke besluitvorming met de patiënt vastgesteld welke keuzemogelijkheden er zijn, voor-en nadelen daarvan en wat het beste aansluit op wat de patiënt belangrijk vindt.

A. Knik in het functioneren

- Poliklinische controle op indicatie

B. Vallen

- Poliklinische controle na 3 maanden op indicatie

C1. Acute verwardheid/delier

- Poliklinische controle na 3 maanden op indicatie, voor analyse cognitie en voorlichting m.b.t. verhoogd delierrisico bij volgende periode van ziek zijn of operatie.

C2. Cognitieve stoornissen/dementie

- Specifiek: bespreken autorijden
- Poliklinische controle:
 - o Indien patiënt start met choline-esteraseremmer:
 - o telefonische controle na 6 weken, poliklinische controle na 6 en 12 maanden. In principe blijft de patiënt, zolang hij behandeld wordt met een choline-esteraseremmer, onder behandeling van de medisch specialist, tenzij de patiënt stabiel is ingesteld op medicatie en zelf terug wil naar de eerste lijn en/of de huisarts of SO na telefonisch overleg bereid is de controle over te nemen, waarbij laagdrempelig terugverwijzen naar en/of advies van geriater gewaarborgd is.

- Indien patiënt niet start met choline-esterasemmer:
 - bij dementie: in principe geen controle afspraak,
 - bij MCI: overweeg controle afspraak na 1 jaar om het beloop in kaart te brengen.

NB. Als patiënt niet verschijnt op poliklinische controle, wordt de huisarts daarvan op de hoogte gebracht.

3.5 Afspraken voor behandeling bij klinische opname

Voor wat betreft diagnostiek en behandeling gelden dezelfde afspraken als op de poli.

Daarnaast gelden de afspraken zoals gemaakt in het Convenant Transmurale Zorg voor kwetsbare ouderen:

- Screening op kwetsbaarheid
- Ontslagplanning (overzicht mogelijkheden en afspraken over ontslag naar ELV en GRZ volgt z.s.m.)
- Tijdige en volledige berichtgeving bij ontslag
- Bespreken van onderzoek, behandeling en advance care planning met patiënt en diens naaste

3.6 Afspraken bij een spoedopname

- Screening op kwetsbaarheid (bijvoorbeeld via VMS)
- Tijdige betrokkenheid overige medisch specialisten volgens interne afspraken.
- Mogelijkheid tot acute plaatsing in eerstelijnsverblijf of GRZ indien een klinische opname niet noodzakelijk is, maar patiënte ook tijdelijk niet thuis kan verblijven. Zie afwegingsinstrument ELV en stroomschema verwijzen naar ELV/GRZ.
- Snelle en volledige berichtgeving naar huisarts bij ontslag van SEH. Wanneer sprake is van vallen wordt in ontslagbericht advies gegeven om valanalyse uit te voeren.

3.7 Interne verwijzingen in het ziekenhuis

Indien geriater of internist ouderengeneeskunde hoofdbehandelaar blijft behoudt deze de regie. Als de regie en het hoofdbehandelaarschap volledig naar ander specialisme wordt verwezen gebeurt dat in principe via een advies aan de huisarts en verwijst de huisarts de patiënt naar een ander specialisme.

3.8 Terugverwijzen van specialist naar huisarts

Na terugverwijzing is de huisarts weer hoofdbehandelaar en regisseur. De huisarts neemt het behandeladvies over en verzorgt zo nodig verwijzingen naar andere disciplines, indien dit nog niet vanuit het ziekenhuis geregeld is. **Bij advies valanalyse kan de huisarts ervoor kiezen die zelf uit te voeren of daarvoor te verwijzen naar de SO (niet complex) of de valpoli (complex).**

Indien nodig kan de zorg in de 1^e lijn gedeeld worden met de SO en kan deze medebehandelaar zijn, huisarts blijft hoofdbehandelaar. Zie hiervoor handreiking LHV

4. Berichtgeving

4.1. Berichtgeving bij verwijzing naar medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde

In de verwijzing vermelden*:

- Somatische as: anamnese, LO
- Psychische as: cognitie (MMSE), stemming
- Functionele as: ADL/IADL, mobiliteit
- Sociaal: (belasting) mantelzorg/contactpersoon/wettelijk vertegenwoordiger
- Relevante voorgeschiedenis/
- Actuele onderzoeken en meetwaarden
- Actueel medicatieoverzicht (AMO)
- Advance Care Planning patiënt: zoals niet reanimeren, niet beademen, geen sondevoeding enz. of aangeven dat ACP (nog) niet besproken is.
- Vraagstelling van huisarts aan specialist
- Indien professionele zorg aanwezig: zorg/behandelplan, 1^e contactpersoon
- Wensen patiënt

Bij (spoed)opname worden deze gegevens, inclusief evt. aanwezig zorgplan, binnen 24 uur na opname verstuurd, indien toestemming van de patiënt. Zie ook afspraken Convenant Transmurale Zorgbrug.

*bij consultatie is geen schriftelijke verwijzing nodig. Informatie kan per beveiligde mail naar de betreffende specialist/huisarts gestuurd worden, zodra iedereen gebruik maakt van Zorgmail. Tot die tijd voldoet de fax.

4.2. Berichtgeving bij terugverwijzing van medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde naar huisarts

De (medisch) specialist (ouderengeneeskunde) stuurt een brief na het eerste consult en een (voorlopige) ontslagbrief bij terugverwijzing naar de huisarts, voor of op moment van ontslag (maar binnen 24 uur). Overdracht van specialist gaat vergezeld van verpleegkundige- en medicatie-overdracht (incl. uitkomst assessment en ingezette zorg) volgens afspraken in Transmurale Zorgbrug. Deze berichtgeving wordt voor ontslag met de patiënt en bij voorkeur mantelzorger doorgenomen. De huisarts deelt de

berichtgeving met de praktijk- en/of wijkverpleegkundige en/of casemanager dementie (t.z.t. via digitale overlegtafel). De berichtgeving voldoet aan de HASP richtlijn* (herziening medio 2017).

Bij complexe, kwetsbare ouderen vindt een warme (telefonische) overdracht plaats tussen medisch specialist en huisarts. Hetzelfde geldt voor een warme overdracht tussen afdelingsverpleegkundige en verpleegkundige in de eerste lijn volgens afspraken in het Convenant Transmurale Zorgbrug.

Bij ontslag naar een andere setting dan de thuissituatie wordt de overdracht ook naar de opvolgende zorgverlener gestuurd.

In de schriftelijke overdracht staat vermeld:

- Reden van opname
- Beloop opname (bij klinische opname)
- Diagnose/problemen tijdens opname en conclusie volgens de 4 assen
- VMS kwetsbaarheidsscreening (bij klinische opname)
- Laatste meetwaarden/onderzoeken
- Huidige klachten en functioneren
- Huidige medicatie met dosering en tijdstip (NB. AMO is voor ontslag besproken met patiënt/mantelzorger)
- Welke medicatie eventueel nog aangepast moet worden
- Adviezen aan patiënt (bv leefstijl)
- Behandelbeperkingen
- Adviezen aan huisarts (bv medicatieaanpassing, doorverwijzing, lab controle, inzet SO, enz.)
- Specifieke wensen/doelen van patiënt
- Uitplaatsing (bij klinische opname) naar welke setting, GRZ, extra zorg, enz.
- Follow-up afspraken (ook met andere disciplines, bv. fysio), wie verzorgt de coördinatie/regie
- Contactpersoon in het ziekenhuis met bijbehorende contactgegevens voor de huisarts/POH indien terug verwijzen naar het ziekenhuis nodig is.

*NHG HASP richtlijn:

www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/richtlijn_hasp_0.pdf

Samenvattingskaart huisarts:

www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/samenvattingskaartje_ha_0.pdf

Samenvattingskaart specialist:

www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/samenvattingskaartje_specialist_0.pdf

Bijlage 1

Contactpersonen voor RTA ouderen

Zorggroepen:

Ketenzorg NU: Eugenie Hodes, kaderhuisarts ouderen
ecmhodes@ziggo.nl

Huisartsen Utrecht Stad: Anne Marie Sprengers, kaderhuisarts
ouderen, a.sprengers@gezondsgu.nl

UMC Utrecht:

Mariëlle Emmelot, klinisch geriater,
m.h.emmelotvonk@umcutrecht.nl

Diakonessenhuis Utrecht:

Richard Faaij, r.faaij@diakhuis.nl

St. Antonius Ziekenhuis:

Marieke van Hengel, klinisch geriater,
m.hengel@antoniuziekenhuis.nl

En

Zuwe Hofpoort Ziekenhuis:

Specialisten Ouderengeneeskunde: Mirjam Bezemer, mbezemer@novicare.nl

Altrecht Ouderen:

Peter Bremers, ouderenpsychiater, p.bremers@altrecht.nl

Bijlage 2**Specialisten ouderengeneeskunde in regio Utrecht**

| Organisatie | Naam | mailadres | werkgebied |
|----------------------|-------------------------------------|---|---|
| Careyn | Hester Schreiber | H.Schreiber@Careyn.nl | Utrecht, Leidse Rijn |
| Axion Continu | Judit de Vaal | judevaal@axioncontinu.nl | Utrecht |
| Vecht en IJssel | Mirjam Bezemer | Mbezemer@novicare.nl | Utrecht |
| Novicare | Mirjam Bezemer | MBezemer@novicare.nl | Utrecht, e.o. |
| Zorgspectrum | Mariëlle Scheffrahn- van de Laak | M.Scheffrahn- vandelLaak@zorgspectrum.nl | Nieuwegein, Houten, Vianen |
| Rijnhoven | Jos van de Water | jvandewater@rijnhoven.nl | Woerden, Harmelen, Vleuten, de Meern, Montfoort, Leidse Rijn |
| Charim | Hans van den Broek | hansvandenbroek@charimzorggroep.nl | Zeist, Bosch en Duin |
| Accolade Zorggroep | Henny Lugten | hlugten@accoladezorggroep.nl | Bosch en Duin, Bilthoven |
| Stichting Warande | Paul Schmitz | p.schmitz@warandeweb.nl | Zeist |
| ISZ De Brug | Huib Speelman | hspeelman@iszdebrug.nl | Driebergen |
| Quarijn | volgt | volgt | Doorn, leersum, Veenendaal |
| Stichting Bilthuysen | Rienco de Jong | R.d.Jong@debilthuysen.nl | Bilthoven, de Bilt |

Bijlage 3 [Convenant Transmurale Zorg Kwetsbare Ouderen Utrecht](#)
(oktober 2016)

Bijlage 4 [Medicatie Convenant Midden Nederland \(juni 2016\)](#)

Bijlage 5 [Afwegingsinstrument Eerstelijns Verblijf](#)