



Handreiking
Spoed-/crisisopnames
in het verpleeghuis

Spoed-/crisisopnames

Handreiking Spoed-/crisisopnames
in het verpleeghuis

De handreiking Spoed-/crisisopnames in het verpleeghuis is tot stand gekomen door medewerking van:

Commissie kwaliteit

M. (Mirjam) Bezemer, specialist ouderengeneeskunde
R.M. (Roelie) Dijkman, specialist ouderengeneeskunde
A.J.J.M. (Angela) Keyzer-van Laarhoven, specialist ouderengeneeskunde
J.M.J. (Ans) Mulders, specialist ouderengeneeskunde
T.C.M. (Rinette) Nieuwlands, specialist ouderengeneeskunde
C. (Claudia) Ramaker, specialist ouderengeneeskunde
S.J. (Serge) Roufs, sociaal geriater
R. (René) Verfaille, specialist ouderengeneeskunde

Bureau Verenso

Drs. M.L.M.T. (Monique) Bogaerts, beleidsmedewerker
Drs. I. (Inge) van der Stelt, beleidsmedewerker
Drs. L. (Lauri) P.M. Faas, communicatieadviseur
J. (Judith) Heidstra, beleidsondersteuner

Met dank aan

M.J. (Marie-José) Andringa, specialist ouderengeneeskunde
P. (Paul) van Houten, specialist ouderengeneeskunde
A. (Nettie) Verduijn-Leenman, specialist ouderengeneeskunde
Drs. C. (Christel) van Vugt, coördinator van de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN)
Drs. G. (Gerdienke) Ubels, beleidsmedewerker ActiZ, organisatie van zorg-ondernemers

Inhoud

Voorwoord	4
Inleiding	5
Hoofdstuk 1 - Definitie spoed/crisis en doelgroepen	7
1.1 Definitie spoed/crisis voor opname in het verpleeghuis	7
1.2 Definitie contra-indicaties	8
1.3 Doelgroep die in aanmerking komt voor spoedopname in een verpleeghuis	8
Hoofdstuk 2 - Kenmerken van spoedvoorziening	9
2.1 Thuiszorg	9
2.2 Doel van een spoedopname	10
2.3 Kenmerken van een spoedvoorziening	10
2.4 Regelingen	11
Hoofdstuk 3 - Uitvoeringsregeling	12
3.1 Beoordeling voor spoedvoorziening	12
3.2 Beoordeling/triage	12
3.3 De juiste spoedvoorziening vinden	12
3.4 Opname realiseren	13
3.5 De eerste week	13
3.6 Ontslag garanderen	13
Hoofdstuk 4 - Spoedvoorziening niet beschikbaar	14
4.1 Geen spoedvoorziening beschikbaar	14
4.2 Wachtijd	14
Hoofdstuk 5 - De financiering	15
5.1 Beleidsregel NZA	15
Bijlagen	
Bijlage 1 Voorbeeld overdrachtsformulier	16
Bijlage 2 Voorbeeld afwegingsinstrument	19
Bijlage 3 Voorbeeld eerste aanzet checklist evaluatie huidige regeling spoedopnames voor de avond/nacht/weekenddienst	23

Voorwoord

Langer zelfstandig wonen¹

Ouderen blijven langer zelfstandig wonen met relatief weinig zorg. Zodra zich gezondheidsklachten aandienen kan, naast aanpassingen in de woning, inzet van zorg binnen de vijf leefdomeinen aan de orde zijn. De overheid stimuleert goede voorzieningen voor ouderen op het gebied van zorg, welzijn en wonen.

Langer thuis blijven wonen

Goed toegankelijke voorzieningen en zorg in de eigen buurt kunnen mensen stimuleren langer thuis te blijven wonen. In combinatie met domotica en andere ICT technologie is veiligheid voor de kwetsbare ouderen in de thuissituatie te verhogen. Door het programma Zichtbare Schakel van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn er extra wijkverpleegkundigen aangenomen. Zij zorgen in de wijk voor informatie en ondersteuning op het gebied van zorg, welzijn en wonen. Voor de buurtbewoner betekent dit:

- een lage drempel om hulp te vragen;
- een duidelijk aanspreekpunt;
- betere afstemming in de zorgverlening en directe doorverwijzing.

De insteek van de overheid is duidelijk, met meer hulp van mantelzorg (directe familie of maatjesprojecten) langer zelfstandig blijven wonen. Opname in verpleeghuis is in de toekomst uitsluitend voor die patiënten die kwalitatief niet verantwoord en/of doelmatig thuis verpleegd kunnen worden.

Veranderingen in het zorgstelsel

Een groep ouderen met complexe zorgbehoefte blijft (langer) thuis wonen. Dit vraagt versterking van de zorg in de eerste lijn; door de samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde te bevorderen en door het bieden van samenhangende zorg (zowel (para)medische als verpleegkundige/verzorgende zorg) en welzijnsvoorzieningen (dagbesteding, aangepaste huisvesting et cetera) wordt een samenhangend zorgpakket geboden. Het gevaar voor incidenten neemt echter met verhoging van de kwetsbaarheid toe. De verwachting is dat het aantal incidenten waaruit een crisissituatie voortkomt zal stijgen. Om adequaat te kunnen inspelen op crisissituaties en om ontstane crises te kunnen bezweren is een goede samenwerking nodig tussen eerste en tweede lijn, tussen de huisarts en thuiszorg en de specialist ouderengeneeskunde en de verpleeghuizen.

Verenso is van mening dat spoedvoorzieningen beter georganiseerd zouden kunnen worden dan nu het geval is. Veel spoedvoorzieningen stromen vol en raken verstopt doordat de doorstroming niet goed geregeld is. De zichtbaarheid/bereikbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde is voor verbetering vatbaar. Deze dient helder en duidelijk te zijn voor de huisartsen. Met name in de avond/nacht en weekenddiensten zijn er verbeteringen mogelijk. Wij nodigen de specialisten ouderengeneeskunde uit om de bestaande spoedvoorzieningen in hun werkgebied te onderzoeken, de bereikbaarheid en bekendheid bij de huisartsen dan wel huisartsenposten te toetsen en zo nodig in samenwerking met huisartsen dan wel huisartsenposten, zorgkantoren en andere belanghebbende partijen, de spoedvoorzieningen en bereikbaarheid en zichtbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde te verbeteren.

Spoedopnames kunnen alleen goed vormgegeven worden als alle belanghebbende partijen goed samenwerken. De zorgverzekeraar die zorgplicht heeft en de huisartsen en de specialisten ouderengeneeskunde die benodigde behandeling en zorg met elkaar afstemmen in samenwerking met de beschikbare spoedlocaties. Vanuit dat perspectief heeft Verenso gemeend een handreiking te moeten schrijven die behulpzaam kan zijn bij de toetsing en eventuele herinrichting van een spoedvoorziening.

Mieke Draijer
Voorzitter

Franz Roos
Directeur

¹ <http://www.Rijksoverheid.nl/ouderenzorg>

Inleiding

De handreiking spoed-/crisisopnames dient niet gelezen te worden als een organisatieblauwdruk. Er zijn veel modellen denkbaar, afhankelijk van de 'couleur locale' zal het best mogelijke model gekozen dienen te worden. De handreiking beperkt zich tot de spoedopnames gedurende avond/nacht en weekenddiensten.

De handreiking kan door de specialist ouderengeneeskunde gebruikt worden om de eigen spoedvoorziening in de regio te evalueren. Aan de hand van de handreiking kan in samenwerking met de huisartsen, zorgkantoren en andere belanghebbende partijen de bestaande spoedvoorziening verfijnd worden. De randvoorwaarden zoals genoemd in de handreiking borgen een effectieve en kwalitatieve dienstverlening. De suggesties die gedaan worden om een meer efficiënte en effectieve procesgang te waarborgen, zoals het centraliseren van de kennis over de beschikbaarheid van spoedbedden in een regio, het opzetten van een centraal meldpunt, het samenwerken tussen behandeldiensten et cetera, kunnen alleen vormgegeven worden in samenwerking met de zorginstellingen/ActiZ et cetera.

Samenwerking en goede communicatie tussen organisaties (verpleeghuizen/ thuiszorg/ verzorgingshuizen) met de zorgverzekeraar, huisartsen (LHV/NHG/ VHN) en bereikbaarheidsdiensten, zijn essentieel bij het opbouwen of herinrichten en in stand houden van een spoedvoorziening. Deze handreiking wil vooral een hulpmiddel zijn om de spoedvoorziening zelf, de bereikbaarheid/beschikbaarheid en de zichtbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde te verbeteren in de avond/nacht en weekenddiensten.

Uitgangspunt

De huisarts signaleert een acuut probleem bij een thuiswonende patiënt en acht opname in een instelling direct nodig.

- De huisarts kan naar een (regionaal) centraal nummer bellen waar hij zijn verzoek om een spoedopname te realiseren neer kan leggen.¹
- De medewerker van het centrale meldpunt legt de huisarts uit door wie welke acties ondernomen gaan worden inclusief het tijdsplan hierbij.² Het centrale meldpunt is gepositioneerd als 'spin in het web'.
- De specialist ouderengeneeskunde is degene die aan de hand van een triage instrument beoordeelt of spoedopname aan de orde is of dat andere voorzieningen een beter alternatief zijn. Zo nodig verricht de specialist ouderengeneeskunde een huisbezoek. Dit alles in samenwerking en in overleg met de huisarts.³
- Ten behoeve van het centrale meldpunt zijn de locaties die regionaal over spoedopname-capaciteit⁴ beschikken in kaart gebracht, inclusief volume, specialisme en beschikbaarheid. Deze gegevens worden actueel gehouden. Voor locaties die regionaal over spoedopname-capaciteit beschikken is met specialisten ouderengeneeskunde een regeling getroffen om spoeddiensten te draaien. Op de afdelingen waar spoedopnames gerealiseerd kunnen worden is voldoende gekwalificeerd verzorgend personeel inzetbaar.

1 Het is de bedoeling dat de huisarts niet zelf hoeft te zoeken naar een beschikbare passende plaats, deze zorg wordt van hem overgenomen.

2 De meldpunt medewerker dient over een spoedopname protocol te beschikken zodat er altijd dezelfde acties ondernomen worden en er geen stappen overgeslagen worden.

3 Indien er geen indicatie voor een spoedvoorziening afgegeven wordt overleggen specialist ouderengeneeskunde en huisarts welke alternatieven voorhanden zijn voor de situatie.

4 Dit betreffen de spoedbedden in een verpleeghuis en in een verzorgingshuis.

- Er worden goede regelingen getroffen met thuiszorginstellingen om maximale thuiszorg in te zetten (24/7) indien, ondanks bovengenoemde maatregel, geen sprake is van een beschikbare (doelmatige) plaats. De eerst volgende werkdag wordt door het meldpunt bovenregionaal naar een oplossing gezocht
- De huisarts wordt geïnformeerd en er worden afspraken gemaakt over een goede en tijdige overdracht⁵ van de huisarts naar de specialist ouderengeneeskunde, inclusief afspraken over het meegeven van de medicatie voor de patiënt voor de eerste 48 uur.

In het afwegingsinstrument wordt vastgesteld of de patiënt met spoed opgenomen dient te worden op een spoedvoorziening en op welke spoedvoorziening: in het verpleeghuis of in een verzorgingshuis. De spoedvoorziening in het verzorgingshuis valt in deze notitie buiten de scope. Bij spoedopname in een verpleeghuis heeft de patiënt specialistische medische ouderenzorg nodig, bij spoedopname in een verzorgingshuis (de zogenaamde tijdelijke huisartsbedden) heeft de patiënt deze specialistische medische ouderenzorg niet nodig en kan worden volstaan met de huisartsgeneeskunde (eventueel aangevuld met een consult van de specialist ouderengeneeskunde).

In deze handreiking wordt ingegaan op de spoedvoorziening van het verpleeghuis. De reden is dat voor deze patiëntengroep meer geregeld dient te worden in de spoedvoorziening als voor een spoedopname in het verzorgingshuis.

Het is de bedoeling dat de huisarts zelf niet actief hoeft te zoeken naar een beschikbare passende plaats. Het zoeken wordt van hem overgenomen. Er zijn regio's die de bereikbaarheid anders of op andere wijze hebben geregeld (zie de goede voorbeelden die op de invitation van de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) in januari 2013 aan de orde kwamen).

Definitie spoed/crisis en doelgroepen

Vooraf

De handreiking spoed-/crisisopnames in het verpleeghuis gaat niet over wachtlijstbeheer. Er staan altijd patiënten met hoge urgentie op de wachtlijst. Deze patiënten dienen zo spoedig mogelijk opgenomen te worden in een reguliere voorziening. Het is natuurlijk mogelijk dat deze categorie patiënten in een spoed-/crisisituatie terecht komt waardoor tijdelijke opname op een spoedvoorziening geïndiceerd is.

Duur spoedvoorziening

Kenmerkend voor een 'spoedvoorziening' is dat het slechts **tijdelijk** bezet wordt door een patiënt, minimaal een week tot maximaal zes weken. Voorafgaand aan opname op een spoedvoorziening in het verpleeghuis moet de noodzaak van doorplaatsing bekend zijn bij de verwijzer en de patiënt (en/of diens vertegenwoordiger).

1.1 Definitie spoed/crisis voor opname in het verpleeghuis⁶

De patiënt woont thuis en verkeert in een crisissituatie, **waarbij de huisarts inschat dat opname in een verpleeghuis noodzakelijk is, onverwijld of binnen 24 uur**. Er is sprake van een crisissituatie indien de patiënt acuut in een zodanige situatie komt te verkeren dat de huidige verblijfplaats van de patiënt zelf en voor zijn omgeving ontoereikend is om hem verantwoorde medische zorg, verpleging en verzorging en/of veiligheid te bieden.

De situatie is dusdanig dat ambulante begeleiding in de thuissituatie ontoereikend is en een ziekenhuisopname/opname in een psychiatrisch ziekenhuis niet nodig of passend is. Mogelijke oorzaken:

- **Medische oorzaak:** er is **een onverwacht optredende** verslechtering van de reeds bekende chronische ziekte(n) of een gesuperponeerde acute aandoening die geen ziekenhuis- of GGz-opname vereist. De mogelijkheden voor uitbreiding van de huidige medische zorg en uitbreiding van verpleging en verzorging zijn onderzocht en blijken niet mogelijk of ontoereikend.
- **Sociale oorzaak:** er is **een onverwachte verandering** in het sociale netwerk, of een opeenstapeling van klachten die een acute aanpak vereisen. Het betreft een vastgelopen situatie waarbij sprake is van hoge risico's voor de patiënt en waarbij in de thuissituatie geen alternatief voor handen is.
- **Interactie problemen:** het vastlopen van de interacties binnen het zorgmilieu vanwege de patiënt en/of andere mantelzorgers, waarbij er geen andere mogelijkheden zijn en er sprake is van een gevaarlijke situatie.

⁶ Spoedplaatsen kunnen ook in het verzorgingshuis gepositioneerd zijn. Dit zijn de zogenaamde tijdelijke huisartsbedden. Deze zijn bestemd voor de doelgroep die geen specialistische medische ouderengeneeskunde nodig heeft. De huisarts is de behandelend arts en kan zo nodig de specialist ouderengeneeskunde ter consult inroepen.

1.2 Definitie contra-indicaties

Geen spoedopname in het verpleeghuis maar opname elders indien sprake is van:

- Florerende psychiatrie en dusdanige gedragsproblematiek dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis geïndiceerd is;
- Somatische aandoeningen die behandeling behoeven door een medisch specialist in een algemeen ziekenhuis;
- Terminale zorg.⁷

1.3 Doelgroep die in aanmerking komt voor spoedopname in een verpleeghuis

Spoedopname in het verpleeghuis is mogelijk voor patiënten die behoren tot de doelgroep van de specialist ouderengeneeskunde.

Kwetsbare ouderen⁸

Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale problemen in het functioneren waardoor kwetsbaarheid ontstaat ten aanzien van de autonomie en de regie van het bestaan. Het gevolg hiervan kan een neerwaartse spiraal van toenemend functieverlies zijn.

De specialist ouderengeneeskunde heeft specifieke expertise waar het gaat om kwetsbare ouderen met de volgende kenmerken⁹:

- Er is sprake van meervoudige problematiek.
 - Comorbiditeit:** naast de hoofddiagnose meerdere nevendiaagnosen gerelateerd aan een (al dan niet chronische) ziekte, bijvoorbeeld depressie bij dementie.
 - Multimorbiditeit:** er zijn meerdere (chronische) aandoeningen/ziekten (somatische en/of psychogeriatrisch) tegelijk aanwezig, bijvoorbeeld Parkinson en Diabetes Mellitus, uitbehandelde maar latent aanwezige psychiatrische ziektebeelden.
- De multipathologie (comorbiditeit en multimorbiditeit) valt samen met specifieke ouderdomsverschijnselen zoals Arthrosis deformans, osteoporose en dergelijke.
- Er is sprake van een atypische presentatie en verloop van de ziekten, waarbij vooral een verminderde zelfredzaamheid (regie/functionele autonomie) als uitingsvorm kenmerkend is.
- Het doel van de behandeling is niet zozeer gelegen in het wegnemen of genezen van de ziekte, maar in een streven naar herstel van functionaliteit en zelfredzaamheid en/of een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven.

Kwetsbare volwassenen¹⁰ met specifieke chronische ziekten

De specialist ouderengeneeskunde kan ook betrokken zijn bij de zorg voor jongere patiënten met vergelijkbare complexe medische zorgproblematiek.

Dit zijn doelgroepen met zeer specifieke ziektebeelden zoals neurodegeneratieve aandoeningen (MS, ALS), het syndroom van Korsakov, patiënten in een langdurige vegetatieve toestand, patiënten met niet- aangeboren hersenletsel (NAH) et cetera.

⁷ Terminale zorg komt bijna nooit voor in de vorm van spoedzorg. Meestal wordt een terminale fase geleidelijk bereikt en kan opname in het verpleeghuis als zijnde urgent aangemeld en behandeld worden.

⁸ In het beroepsprofiel van de specialist ouderengeneeskunde wordt de term 'kwetsbare ouderen' gebruikt; dit is in overeenstemming met het internationaal geriatrisch taalgebruik ('frailty').

⁹ Hertogh CPM. Functionele geriatric; Probleemgerichte zorg voor chronisch zieke ouderen. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom; 1999.

¹⁰ Mensen onder de 65 jaar.

Kenmerken van een spoedvoorziening

Inleiding

Om een spoedvoorziening goed te laten functioneren zijn er veel dwarsverbanden en samenwerkingsverbanden met partners nodig. Deze partners kennen een eigen rechtsvorm of vallen onder andere vormen van voorzieningen. Belangrijke partners zijn onder andere de huisartsen/huisartsenposten, de thuiszorgorganisaties, de zorgverzekering die behulpzaam kan zijn bij het inrichten van centrale meldpunten en het oormerken van de spoedbedden, de gemeente met welzijnsactiviteiten, aangepaste woonvormen et cetera. Een spoedvoorziening evalueren en herinrichten doe je met elkaar, met alle belanghebbenden. Ook de partners die buiten de invloedssfeer van de specialist ouderengeneeskunde vallen, worden benoemd in de handreiking met als doel de samenwerking te stimuleren.¹¹ De inrichting van een spoedvoorziening begint al voor een spoedopname aan de orde is, vanaf de bron dienen partijen elkaar te kennen en samenwerkingsafspraken te hebben.

2.1 Thuiszorg

De huisarts¹² is degene die opname op een spoedvoorziening probeert te voorkomen door de inzet of uitbreiding van thuiszorg. Het verdient aanbeveling om met thuiszorginstellingen afspraken te maken over de mogelijkheden van het inzetten van zorg bij patiënten die onverwacht extra zorg nodig hebben. Deze afspraken dienen vorm te worden gegeven in volume, duur en momenten waarop deze zorg gerealiseerd kan worden. Daarnaast dient de bereikbaarheid goed geregeld te zijn, dat wil zeggen makkelijk c.q. 24/7, bereikbaar voor huisarts en specialist ouderengeneeskunde. Met de thuiszorg dient consensus bereikt te worden over de spoedzorgregeling zoals die door betreffende partijen is opgesteld. Relevant hierbij is of de thuiszorg kan instemmen met het inzetten van acute zorg zodra dat nodig is bevonden door de huisarts/specialist ouderengeneeskunde. Hiermee wordt een discussie over de noodzaak van de inzet van de thuiszorgmedewerkers, als eenmaal sprake is van een acute situatie, voorkomen. Er zijn situaties waarin thuiszorg geen doelmatige en veilige oplossing is voor de crisissituatie waarin de patiënt zich bevindt:

Er is gevaar¹³ voor de patiënt (of diens omgeving) dat niet anders is op te lossen dan door het realiseren van een spoedopname.¹⁴

¹¹ ActiZ/BHN/LHV/NHG zijn belangrijke partners in deze.

¹² Als de specialist ouderengeneeskunde tevens in de eerste lijn werkt kan dit ook een specialist ouderengeneeskunde zijn.

¹³ Ten aanzien van het gevaar criterium noemt het Besluit Administratieve Bepalingen Bopz acht redenen voor (gedwongen) opname. Dit betreft situaties waarbij de patiënt:

1. zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengt;
2. maatschappelijk ten onder gaat;
3. zichzelf ernstig zal verwaarlozen;
4. door zijn hinderlijk gedrag agressie van anderen tegen zichzelf zal oproepen;
5. een ander van het leven zal beroven of hem ernstig letsel zal toebrengen;
6. de psychische gezondheid van een ander schaadt;
7. een ander die nog aan zijn zorg is toevertrouwd zal verwaarlozen;
8. gevaar veroorzaakt voor de algemene veiligheid van personen en goederen.

De patiënt kan dus een gevaar voor zichzelf zijn, voor anderen, of voor de algemene veiligheid van personen of goederen. Het Informatiepunt dwang in de zorg omschrijft het als volgt: de persoon kan niet zelfstandig buiten de instelling wonen. Hij heeft zorg nodig die alleen in een professionele zorginstelling mogelijk is. Zonder die zorg zijn er grote risico's voor hemzelf of mensen in zijn omgeving, of er is een risico dat hij spullen in zijn omgeving kapot maakt. Ook kan gedacht worden aan brandgevaar als iemand het gas laat aanstaan of andere onveilige situaties. Gevaar is dus een breed begrip. (www.dwangindezorg.nl).

¹⁴ Het enige alternatief: de inzet van 24/7 uur thuiszorg dient uitsluitend ingezet te worden ter overbrugging van een snelle intramurale opname. Dit in verband met het doelmatig omgaan met mensen en middelen.

2.2 Doel van een spoedopname

Het doel van een spoedopname is om de ontstane crisis op te heffen. Hieruit volgt een behandeltraject ter stabilisering en een advies voor het vervolgtraject.

2.3 Kenmerken van een spoedvoorziening¹⁵

Een spoedvoorziening in een verpleeghuis reserveert bedden en benodigd personeel voor onverwachte crisisopnames. Kenmerkend voor een 'spoedvoorziening' is dat het slechts tijdelijk bezet wordt door een patiënt, minimaal een week tot maximaal zes weken. Voorafgaand aan opname op een spoedvoorziening in het verpleeghuis moet de noodzaak van doorplaatsing bekend zijn bij de verwijzer en de patiënt (en/of diens vertegenwoordiger). Deze doorplaatsing kan zijn naar:

- De plaats van herkomst;
- Herstelzorg met enige revalidatie;
- Een passende woonvorm;
- Een verpleeghuis.

Essentieel is dat de patiënt (en/of diens vertegenwoordiger) bij opname te horen krijgt en begrijpt (!) dat het gaat om een opname met een maximale duur van zes weken, dus dat daarna doorplaatsing of terugplaatsing altijd aan de orde is. De mantelzorgers van de patiënt dienen zich hiervan bewust te zijn. De patiënt (en/of diens vertegenwoordiger) tekent bij opname de zorgovereenkomst waarin deze afspraak is opgenomen.

De afdeling van een spoedvoorziening is in staat 24/7 spoed-/crisisopnames kwalitatief goed te realiseren. Binnen een week na opname heeft de patiënt het eerste deel van een geriatrisch assessment doorlopen en is bekend welke additionele onderzoeken nog dienen te volgen. Aanbevolen is de aanwezigheid van een verpleegkundige niveau 4 of een geriatrisch verpleegkundige gedurende 24/7.

In het algemeen zijn de spoedvoorzieningen verdeeld over een aantal instellingen in de regio. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen psychogeriatrische-, uitbehandelde, niet florerende psychiatrische, ziektebeelden- en somatisch geriatrische ziektebeelden.

¹⁵ [www. nza.beleidsregel: CA-300-537](http://www.nza.beleidsregel: CA-300-537).

2.4 Regelingen

- Aan de randvoorwaarden van de zorgverzekering moet voldaan worden.¹⁶ Aan het verlenen van spoed-/crisiszorg dient een geldig CIZ indicatiebesluit ten grondslag te liggen (opname is toegestaan voordat de indicatie binnen is, maar de instelling dient de afspraken met het CIZ na te komen). De spoedvoorziening verplicht zich binnen de wettelijke termijn de indicatie (inclusief BOPZ indien nodig¹⁷) bij het CIZ aan te vragen. Het CIZ zal bij spoed-/crisisopnames de spoedprocedure CIZ volgen.¹⁸
- De specialist ouderengeneeskunde is eindverantwoordelijk voor het besluit tot opname. Het eindresultaat is de uitkomst van het afwegingsinstrument door de specialist ouderengeneeskunde met de huisarts. De zorgaanbieder van de spoedvoorziening is eindverantwoordelijk voor de spoed-/crisisopname.
- De huisarts en de specialist ouderengeneeskunde verrichten gezamenlijk het onderzoek¹⁹ om te bepalen of dit een spoed/crisis is voor opname in het verpleeghuis of dat een andere voorziening (thuiszorg/ziekenhuisopname) voorliggend is.
- Op een centrale plaats²⁰ in de regio dienen de beschikbare open plaatsen in spoedvoorzieningen bekend te zijn. De dienstdoende specialist ouderengeneeskunde verwijst naar de best mogelijke plaats/locatie voor de zorgvrager.
- De patiënt kan geen voorkeur voor plaatsing in een specifieke locatie uitspreken. Zodra de crisis bezworen is wordt er conform de wens van de patiënt naar een passende plaatsing gezocht met in achtneming van de daarvoor geldende criteria.
- De overdracht²² van de patiënt dient compleet en tijdig²³ in het bezit van de verantwoordelijke specialist ouderengeneeskundige te zijn.

16 Voor asielzoekers is een afwijkende regel: neem contact op met het CVZ te Diemen.

17 Medisch adviseur CIZ: 'Om snelheid te bevorderen is het zaak dat zo vroeg mogelijk de aanvraag Bopz-status worden gedaan. Dit kan dus beter al in de thuissituatie door de huisarts in gang worden gezet. Dit hoeft niet perse gedaan te worden door de specialist ouderengeneeskunde die dit pas na plaatsing en verdieping kan aanleveren.

18 Bij een indicatie aanvraag bij het CIZ waar een Bopz noodzakelijk is, zal de specialist ouderengeneeskunde informatie t.b.v. van de Bopz aanleveren bij het CIZ.

19 De huisarts ziet de patiënt altijd voordat hij besluit de patiënt aan te melden voor een spoed-/crisisopname in een verpleeghuis. In het afwegingsinstrument kun je aflezen welke vragen gesteld worden door de huisarts en/ of de specialist ouderengeneeskunde alvorens besloten wordt tot spoedopname in het verpleeghuis. In de bijlage is een voorbeeld van het afwegingsinstrument toegevoegd.

20 In veel regio's is er nog geen centrale plaats waar alle spoedvoorzieningen bekend zijn. In samenwerking met de zorgverzekeraar zou deze opgericht kunnen worden. Met name omdat deze centrale plaats ook contacten kan onderhouden met de overige centrale punten waardoor doorplaatsing makkelijker kan verlopen. Zorgkantoor en aanbieders dienen een model te ontwerpen hoe en waar het centrale meldpunt ingebed wordt. Het zou goed zijn dit in een pilotregio door middel van trial en error proef te draaien, te toetsen en eventueel bij goed functioneren als model te introduceren.

21 Dit gaat alleen op als de spoedbedden in de regio op specialisatie geormerkt zijn (psychogeriatrisch/ somatisch et cetera).

22 In de bijlage zijn de overdracht items uitgewerkt.

23 Tijdig betekent op de dag van opname. De eerste medicatie dient meegegeven te worden.

Uitvoeringsregeling

3.1 Beoordeling voor spoedvoorziening

De specialist ouderengeneeskunde is eindverantwoordelijk voor de indicatiestelling²⁴ bij opname in een spoedvoorziening voor de geriatrische patiënten.

3.2 Beoordeling/triage

De specialist ouderengeneeskunde krijgt van een huisarts/huisartsenpost het verzoek tot opname. Samen overleggen zij om te komen tot een beoordeling. De afstemming kan telefonisch plaatsvinden, zo nodig bij de patiënt thuis, dan wel in de huisartsenpost. Indien het onderzoek uitwijst dat een psychogeriatrisch spoedvoorziening is geïndiceerd, moet er sprake zijn van een dementiesyndroom. Als de diagnose vanwege de crisissituatie niet gesteld kan worden, moet er sprake zijn van een ernstig vermoeden op dementie.²⁵

3.3 De juiste spoedvoorziening vinden

Per regio/stad/gebied is het aan te bevelen dat zorginstellingen een centraal punt inrichten waar alle spoedvoorzieningen van de regio/stad en de beschikbaarheid hiervan bekend zijn. De spoedvoorzieningen dienen geoormerkt te zijn, bijvoorbeeld: psychogeriatrisch, somatisch, GGz. De instellingen zijn met elkaar verantwoordelijk om de beschikbaarheid te realiseren en de data actueel te houden. Het is belangrijk dat het centrale punt tevens de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de dienstdoende specialist ouderengeneeskunde voor spoedopnames te allen tijde actueel en paraat heeft. Daarnaast is samenwerking met de lokale thuiszorginstellingen essentieel. Hiermee dienen afspraken gemaakt te worden over de mogelijkheden om acute uitbreiding van de bestaande zorg of spoedinzet van de thuiszorg te realiseren.

Na onderzoek door de specialist ouderengeneeskunde bespreken de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts welke spoedvoorziening het beste bij de patiënt past en wat de vervolgstappen zijn. De specialist ouderengeneeskunde belt naar het centrale punt in de regio waar alle beschikbare spoedvoorzieningen bekend zijn. Als er een passende spoedvoorziening voorhanden is wordt de patiënt door de huisarts overgedragen aan de specialist ouderengeneeskunde.

Het meldpunt informeert de betreffende spoedvoorziening dat er een spoedopname aankomt. De specialist ouderengeneeskunde neemt contact op met de spoedvoorziening zodra de afspraken rondom het realiseren van de opname en de te starten behandeling bekend zijn. De patiënt (en/of diens vertegenwoordiger) wordt op de hoogte gesteld. Als er geen plaats is in een spoedvoorziening, zie hiervoor hoofdstuk 4. Als er geen spoedvoorziening voorhanden is blijft de patiënt onder behandeling en verantwoordelijkheid van de huisarts vallen.

24 Hiermee bedoelen we niet de indicatiestelling door het CIZ, maar de eindconclusie van het afwegingsinstrument, namelijk wel of geen opname.

25 Bij de beoordeling of spoedopname gerealiseerd dient te worden, wordt uitgegaan van goed hulpverlenerschap. De status waarop patiënten binnen komen dient bij de triage al meegenomen te worden, afhankelijk van de situatie is een IBS/RM of artikel 60 aan de orde.

3.4 Opname realiseren

De beschikbare spoedvoorziening wordt geïnformeerd en er worden afspraken gemaakt over:

- Het tijdstip dat men de patiënt kan verwachten;
- Het vervoer van de patiënt;
- Welke behandeling en verzorging nodig is in de acute fase.

Alle relevante informatie over de patiënt wordt gefaxt of gemaïld (vanuit de huisarts-medische en medicatiegegevens uit het HIS- en/of vanuit de SEH van het ziekenhuis).

3.5 De eerste week

De opname van de patiënt is vrijwillig, of er is sprake van artikel 60. Bij (actief) verzet dient de huisarts een RM/IBS aan te vragen.

De spoedvoorziening waar de patiënt is opgenomen verplicht zich binnen de wettelijke termijn de indicatie (inclusief Bopz indien nodig) bij het CIZ aan te vragen. Het CIZ zal bij spoed-/crisisopname de spoedprocedure CIZ volgen.

De spoedvoorziening draagt er zorg voor dat de patiënt binnen een week het eerste deel van een geriatrisch assessment²⁶ doorlopen heeft en dat bekend is welke additionele onderzoeken er nog dienen te volgen.

De verantwoordelijke specialist ouderengeneeskunde draagt er zorg voor dat de aanvullende onderzoeken binnen zes weken afgerond zijn waardoor een behandelplan en zorgleefplan voor de patiënt gereed zijn. Als de huidige woonvorm niet langer voldoet wordt een gewenste woonomgeving voor de patiënt geformuleerd. Doorplaatsing geschiedt zodra dat mogelijk is naar een omgeving die passend is voor de patiënt.

3.6 Ontslag garanderen

Als het geriatrisch assessment is afgerond en de crisis is bezworen wordt het duidelijk op welke termijn en naar welke voorziening de patiënt doorgeplaatst kan worden. Als hiervoor een aanvullende indicatie van het CIZ nodig is, wordt deze aangevraagd.

De coördinator van de verpleegkundige zorg (of de patiëntenadministratie) meldt de patiënt aan bij de voorgestelde voorziening en gaat in overleg over datum en tijdstip van overdracht. De specialist ouderengeneeskunde schrijft een ontslagbrief en zorgt voor de medische overdracht. De zorgcoördinator (eerst verantwoordelijke verzorgende van de patiënt) schrijft een zorgoverdracht.

De ontslagbrief, medische- en zorgoverdracht worden naar de behandelend arts/huisarts en het nieuwe zorgteam gezonden die de medische en verpleegkundige zorg overnemen. De patiënt (en/of diens vertegenwoordiger) wordt geïnformeerd over:

- Ontslagdatum;
- Voorzieningen die getroffen zijn;
- Wie geïnformeerd zijn;
- Hoe het vervoer geregeld zal zijn;
- Tijdstip van vertrek.

²⁶ Verenso ontwikkelt een handreiking Geriatrisch Assessment.

Spoedvoorziening niet beschikbaar

4.1 Geen spoedvoorziening beschikbaar

Het kan voorkomen dat alle spoedvoorzieningen in de regio bezet zijn. De huisarts informeert de patiënt (en/of diens vertegenwoordiger). De specialist ouderengeneeskunde overlegt met de huisarts over de best mogelijke opties:

- Plaatsing buiten de regio;
- Maximale thuiszorg met spoed inzetten (24/7);
- Opname in een algemeen ziekenhuis of PAAZ.

In deze situatie blijft de huisarts medisch verantwoordelijk voor zijn patiënt.

4.2 Wachtijd

Gedurende de wachttijd blijft de huisarts verantwoordelijk voor het medisch behandelbeleid. De huisarts kan de specialist ouderengeneeskunde hierbij consulteren. De wachtlijstbeheerder (het centrale meldpunt) van de spoedvoorzieningen houdt contact met de huisarts over mogelijke plaatsing binnen of buiten de regio. De inzet van maximale thuiszorg (24/7) dient zo kort mogelijk te zijn in verband met doelmatigheid. De huisarts wordt geïnformeerd door het centrale meldpunt zodra plaatsing buiten de regio gerealiseerd is.

De financiering

5.1. Beleidsregel van de Nederlandse zorgautoriteit (NZA)

BELEIDSREGEL CA-300-569.²⁷

Crisisopvang

Doel

Doel is om in de regio zorg met een spoedeisend karakter te realiseren.

Grondslag en doelgroep

Voor verzekerden met een verstandelijke handicap of verzekerden met een psychogeriatrische, somatische aandoening of beperking.

Voorwaarden

- Het betreft een spoedvoorziening die wordt vrijgehouden voor patiënten met een onmiddellijke noodzaak voor opname in verband met extra medische complicaties en voor wie het niet opnemen tot ernstige gezondheidsrisico's leidt. Deze prestatie geldt zowel voor de dagen dat een patiënt aanwezig is op de spoedvoorziening, als op de dagen waarop de spoedvoorziening niet bezet is.
- Het aantal crisisdagen en de prijs worden bij de productieafspraken vastgelegd. Dit kan zowel in de productieafspraken van november jaar t-1 als van november jaar t.

Het zorgkantoor en de zorgaanbieder geven bij de nacalculatie (op de productie) het aantal gerealiseerde dagen uitgesplitst naar dagen waarop de spoedvoorziening bezet of leeg was.

²⁷ www.VerantwoordingsdocumentSpoedzorgindeAWBZ-NZa.nl

Overdracht huisarts

aan specialist ouderengeneeskunde – voorbeeld –

**Voorkeur: elektronische overdracht vanuit HuisartsInformatieSysteem (HIS)
aan specialist ouderengeneeskunde**

Voorletters	
Achternaam	
Gehuwde achternaam	
Geboortedatum	
Geboorteplaats	
Straatnaam en nummer	
Soort woning	<input type="checkbox"/> Flat met lift <input type="checkbox"/> Flat zonder lift <input type="checkbox"/> Woning gelijkvloers <input type="checkbox"/> Woning met trap
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Eerste contactpersoon	
Telefoonnummer	
E-mailadres	
Huisarts	
Telefoonnummer	
E-mailadres	

Diagnoses bekend bij de huisarts:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> hartfalen
<input type="checkbox"/> dementie
<input type="checkbox"/> mild cognitive impairment
<input type="checkbox"/> depressie
<input type="checkbox"/> cardio vasculaire incidenten
<input type="checkbox"/> diabetes
<input type="checkbox"/> rheuma | <input type="checkbox"/> COPD
<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> MS
<input type="checkbox"/> nierfalen
<input type="checkbox"/> carcinomen
<input type="checkbox"/> psychiatrische ziektebeelden
<input type="checkbox"/> overig namelijk: |
|--|---|

Voornaamste probleem op dit moment geconstateerd door de huisarts:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> mobiliteit
<input type="checkbox"/> doorligwonden
<input type="checkbox"/> onverklaarbare koorts
<input type="checkbox"/> gehoorproblemen
<input type="checkbox"/> vergeetachtigheid
<input type="checkbox"/> zelfverwaarlozing
<input type="checkbox"/> uitdroging
<input type="checkbox"/> ondervoeding
<input type="checkbox"/> faecale impactie
<input type="checkbox"/> infectie van: | <input type="checkbox"/> urineretentie
<input type="checkbox"/> delier
<input type="checkbox"/> gedragsproblemen
<input type="checkbox"/> valgevaarlijk
<input type="checkbox"/> benauwdheid
<input type="checkbox"/> angstig
<input type="checkbox"/> delirant
<input type="checkbox"/> algehele malaise
<input type="checkbox"/> overig namelijk: |
|--|---|

Huidige medicatie:

Hulp gevraagd aan:

- specialist ouderengeneeskunde
 ingestuurd naar ziekenhuis

Verslag van het consult door ziekenhuis en/of specialist ouderengeneeskunde aan huisarts en/of specialist ouderengeneeskunde

Patiënt besproken/gezien en geconstateerd:

Ingestelde behandeling:

Ingestelde medicatie:

Advies:

- patiënt kan terug naar huis
- patiënt dient met spoed opgenomen te worden in verpleeghuis
- patiënt dient met spoed opgenomen te worden in ziekenhuis
- patiënt dient met spoed opgenomen te worden in een hospice voorziening

Toelichting**In overleg met huisarts/specialist ouderengeneeskunde wordt het volgende advies opgevolgd:**

- patiënt kan terug naar huis
- patiënt wordt met spoed opgenomen in verpleeghuis op een spoedafdeling
- patiënt wordt met spoed opgenomen in ziekenhuis
- patiënt wordt met spoed opgenomen in een hospice voorziening

Patiënt is overgedragen aan:

- huisarts
- specialist ouderengeneeskunde
- specialist van het ziekenhuis
- anders namelijk:

Afwegingsinstrument

- voorbeeld -

Uitgangspunt

De huisarts heeft een acuut probleem met een thuiswonende patiënt, die hij gezien heeft, waarvoor hij opname in een spoedvoorziening noodzakelijk acht. De huisarts kan zijn vraag stellen aan een regionaal meldpunt (of een lokaal meldpunt) die vervolgens de procedure spoedopname in werking zet. De specialist ouderengeneeskunde is degene die het besluit neemt of en waar de patiënt opgenomen dient te worden. Deze besluitvorming komt in samenwerking met de huisarts tot stand. In het afwegingsinstrument zien we de afwegingen die huisarts en specialist ouderengeneeskunde opeenvolgend maken om te komen tot een conclusie en wordt besloten wanneer de specialist ouderengeneeskunde ingeroepen wordt.

Vragen die de huisarts zichzelf gesteld heeft voordat hij belt voor een spoedvoorziening voor zijn patiënt:

- A Een medisch specialistische zorgvraag of een eenmalige specialistische ouderengeneeskundige vraag.
Indien een medisch specialistische zorgvraag²⁸
→ insturen naar ziekenhuis.
→ afgerond.
Indien een eenmalige specialistische ouderengeneeskundige vraagstelling
→ consult aanvragen en inzetten en afronden.
- B Een huisartsenvraag waarbij het patiëntensysteem de nieuwe situatie niet aan kan (zie ad B).
- C Een medische/somatische/psychosociale medische vraag rond complexe problematiek bij een kwetsbare oudere, waardoor de in te zetten behandeling specialistisch is. De vraag is onverwacht en de bijkomende problemen veroorzaken een toename van afhankelijkheid op ADL en HDL gebied en/of psychisch en/of in gedrag/gevaar op voor de patiënt (zie ad C).

Ad B)

Een huisartsenvraag waarbij het patiëntensysteem de nieuwe situatie niet aan kan.

- 1 Medische zorg geleverd door huisarts?
→ Ja, medische deel afgerond, verder naar verdiepingsvraag B1.

Verdiepingsvraag B1:

Heeft de huisarts onderzocht of de mantelzorg met ondersteuning van de huidige thuiszorg en enige uitbereiding de benodigde zorg kan leveren?

Ja → door huisarts in werking zetten en gelukt → afgerond.²⁹

Nee → verder naar verdiepingsvraag B2.

Verdiepingsvraag B2:

Is de thuiszorg in staat intensieve en specialistische (zowel verzorging als verpleging inclusief kortdurende nachtzorg) zorg te leveren waardoor het patiëntensysteem de zorg wel aan kan?

Ja → door de huisarts in werking zetten → afgerond.³⁰

Nee → intramurale optie komt aan de orde, ga door naar de volgende stap.

²⁸ Somatische grondslag: algemeen ziekenhuis; psychiatrische grondslag: PAAZ.

²⁹ De thuiszorg vragen om tijdens de zorgmomenten de mantelzorgondersteuning in kaart te brengen en eventueel te mobiliseren ten behoeve van de patiënt → afgerond.

³⁰ De thuiszorg vragen om tijdens de zorgmomenten de mantelzorgondersteuning in kaart te brengen en eventueel te mobiliseren ten behoeve van de patiënt → afgerond.

Volgende stap

Er is sprake van tijdelijke instabiliteit, waarbij de medische situatie onder controle is door de huisartsinterventies, maar het patiëntensysteem is niet in staat de benodigde opvang/zorg te bieden. De mantelzorg en huidige thuiszorg zijn onvoldoende toereikend en er is sprake van niet planbare zorg. De patiënt dient tijdelijk opgenomen te worden op een zogenaamd tijdelijke opnamebed, een herstel/respijtbed.

Hier wordt de noodzakelijke ondersteuning bij ADL en HDL geboden, de medische zorg blijft onder verantwoordelijkheid van de huisarts, inzet van derden (fysiotherapeut/logopedist et cetera) komt uit de eerste lijn. Deze bedden zijn vaak gekoppeld aan een verzorgingshuis.³¹ Duur van de opname: maximaal zes weken.

De huisarts vult het overdrachtsformulier in en geeft de eerste medicatie mee aan de patiënt (minimaal tot en met de eerste werkdag). Voor wat betreft de indicatie is het van belang de CIZ-spoedprocedure te volgen voor het aanvragen van de indicatie. De indicatie wordt aangevraagd door de instelling waar de patiënt is opgenomen of door de thuiszorg die de extra zorg gaat bieden.

Ad C)**De huisarts vraagt de specialist ouderengeneeskunde voor een consult.**

Het is een medische vraag rond complexe problematiek bij een kwetsbare oudere waardoor specialistische behandeling (door specialist ouderengeneeskunde) gewenst is. De vraag is onverwacht en de bijkomende problemen veroorzaken een toename van afhankelijkheid op ADL en/of HDL gebied en/of psychisch gebied en/of in gedrag/gevaar.

- Stap 1 De specialist ouderengeneeskunde wordt ingezet voor het specialistische ouderengeneeskundige deel, generieke medische zorg blijft geleverd door de huisarts.
- Stap 2 Verdiepingsonderzoek door huisarts en specialist ouderengeneeskunde op verzoek van de huisarts.
- Stap 1 Medische zorg leveren → huisarts onderzoekt de patiënt en kan voor het specialistische ouderengeneeskundige deel een consult bij de specialist ouderengeneeskunde aanvragen. De specialist ouderengeneeskunde en de huisarts formuleren samen het medisch beleid en dit wordt ingezet. De huisarts en de specialist ouderengeneeskunde beoordelen of de situatie na het medisch handelen stabiel is → afgerond.
- Stap 2 De situatie is na het medisch handelen niet stabiel → verdiepingsonderzoek nodig door huisarts en specialist ouderengeneeskunde.

Verdiepingsvragen

- C1 Is er sprake van forse tekortkomingen met betrekking tot ADL en HDL?
Ja → ga door naar vraag C2,
Nee → ga door naar vraag a.
a. Is er sprake van een somatische instabiliteit die behandeling door medisch specialist noodzakelijk maakt? Ja, → opname ziekenhuis.
- C2 Is de mantelzorg in staat tekortkomingen met betrekking tot ADL en HDL te compenseren en is nadere specialistische ouderengeneeskunde niet nodig?
Ja → afgerond.
Nee → ga naar vraag C3.
- C3 Kan de thuiszorg aanvullende zorg leveren en/of kan de specialist ouderengeneeskunde extramuraal de aanvullende specialistische ouderengeneeskunde bieden?
Ja → afgerond.
Nee → ga naar C4 en/of C5 en/of C6.

³¹ De verzorgingshuizen zullen vervangen worden door verschillende vormen van beschermde woonomgevingen/thuissituaties. De spoedvoorziening dient echter lokaal beschikbaar te blijven voor deze categorie patiënten.

Vanaf dit punt belt de huisarts naar het centrale meldpunt voor een spoedvoorziening.

- C4 De thuiszorg kan geen aanvullende thuiszorg leveren en/of de specialist ouderengeneeskunde kan niet adequaat extramurale specialistische ouderengeneeskunde leveren → opname in spoedvoorziening verpleeghuis is aan de orde, ga naar stap 3.
- C5 De thuiszorg kan onvoldoende adequaat thuiszorg leveren om het probleem op te kunnen lossen (forse gedragsproblematiek) → opname in spoedvoorziening verpleeghuis is aan de orde, ga naar stap 3.
- C6 De huisarts en de specialist ouderengeneeskunde zijn van mening dat intramurale specialistische behandeling door de specialist ouderengeneeskunde noodzakelijk is → opname in spoedvoorziening verpleeghuis is aan de orde, ga naar stap 3.

Stap 3

In deze situatie is er sprake van een tijdelijke instabiele situatie die spoedeisende/crisisinterventie vraagt op het gebied van zelfzorg/gedrag (gevaar criterium)/medisch specialistische ouderengeneeskunde. Interventie door de specialist ouderengeneeskunde is vereist. De inzet van mantelzorg en thuiszorg is onvoldoende en ondoelmatig om de situatie stabiel te krijgen. De patiënt dient tijdelijk opgenomen te worden in een spoedvoorziening in het verpleeghuis. Hier wordt de noodzakelijke zorg en medische behandeling geboden door een multidisciplinair team. De spoedvoorziening is vaak gekoppeld aan een verpleeghuis, in enkele regio's zijn er specialistische crisisbedden (psychiatrische component voert de boventoon). Duur van de opname: maximaal zes weken. De huisarts vult het overdrachtsformulier in en geeft de eerste medicatie mee aan de patiënt (minimaal tot en met de eerste werkdag).

Alternatief voor opname is: 24/7 specialistische thuiszorg inzetten. De huisarts en specialist ouderengeneeskunde werken samen. De specialist ouderengeneeskunde zet zijn specialisme medische ouderenzorg in als aanvulling op de generalistische geneeskunde van de huisarts totdat (spoed-/crisis)opname gerealiseerd kan worden.³²

Voor wat betreft de indicatie is het van belang de CIZ-spoedprocedure te volgen voor het aanvragen van de indicatie. De indicatie wordt aangevraagd door de instelling waar de patiënt is opgenomen of door de thuiszorg die de 24/7-zorg gaat leveren. De huisarts en de specialist ouderengeneeskunde leveren ten behoeve van de indicatie medische gegevens aan waardoor de spoedinzet onderbouwd wordt. Medicatie wordt tot en met de eerst volgende werkdag meegegeven aan de patiënt.

32 Bij ernstige gedragsproblemen is deze optie niet doelmatig daar de thuiszorgmedewerkers deze problematiek niet voldoende kunnen hanteren. Deze inzet dient zo kort mogelijk te zijn gezien de kosten die verbonden zijn aan 24/7-zorg thuis. De situatie is gewijzigd van spoed naar zeer urgent opnemen.

Belangrijke uitgangspunten

Een achteruitgang die verwacht kan worden is nooit spoed. Als de huisarts al enige tijd in gesprek is met een patiënt over diens situatie en de te verwachte ontwikkelingen is er geen sprake van spoed. Als de patiënt in avond/nacht/weekend plotseling besluit dat het op dat moment wenselijk is om opgenomen te worden en hij/zij is niet terminaal en er is geen significante verandering in de medische en sociale situatie, is er geen sprake van spoed of crisis. De patiënt kan de eerst volgende werkdag aangemeld worden voor opname, het CIZ verricht de indicatie of verricht een herindicatie (zo nodig).

Ontslag uit het ziekenhuis is nooit spoed of crisis.

De spoed -en crisisopnames waar het hier over gaat betreffen de opnames buiten kantoorwerkuren.³³ Deze vinden plaats tussen 17.00 uur en 8.00 uur in de ochtend en in het weekend.³⁴ De verpleeghuizen die over een spoedvoorziening beschikken hebben buiten kantoorwerkuren een deskundig team beschikbaar die de spoed-/crisisopname kan verrichten.

33 Ook tijdens kantooruren kan een spoedopname voorkomen, maar dan wordt de gebruikelijke directe route gevolgd. Het kan wel zo zijn dat de beschikbaarheid (24/7) van de spoedbedden regionaal bekend zijn, maar bij beschikbaarheid neemt de dienstdoende specialist ouderengeneeskunde van de locatie de medische zorg op zich.

34 Een verpleeghuis zonder spoedvoorziening kent over het algemeen een andere personele bezetting (lager niveau van medewerkers in de nacht met veelal één verpleegkundige voor het hele huis) dan een verpleeghuis met een spoedvoorziening. In een verpleeghuis zonder spoedvoorziening kunnen opnames buiten kantooruren moeilijk gerealiseerd worden.

Checklist

Eerste aanzet checklist evaluatie huidige regeling spoedopnames voor de avond/nacht/weekenddienst – voorbeeld -.

Checklist voor de vakgroep specialist ouderengeneeskunde				
<i>Onderwerp</i>	<i>Goed</i>	<i>Actie vereist</i>	<i>Door</i>	<i>Resultaat</i>
Hanteren wij dezelfde definitie ten aanzien van spoed/crisis?				
Hanteren wij dezelfde contra-indicaties?				
Hebben wij in beeld welke doelgroepen voor spoed-/ crisisopname in aanmerking komen?				
Hebben we een goed bereikbaarheid- en beschikbaarheidsrooster voor de spoeddiensten?				

Checklist voor de vakgroep specialist ouderengeneeskunde met afdeling communicatie				
<i>Onderwerp</i>	<i>Goed</i>	<i>Actie vereist</i>	<i>Door</i>	<i>Resultaat</i>
Kennen de huisartsen en huisartsposten de spoedvoorziening?				
Weten de huisartsen en de huisartsposten hoe deze te bereiken is?				
Weten de huisartsen en de huisartsposten welke toegevoegde waarde een consult van de specialist ouderengeneeskunde kan hebben?				
Kennen de huisartsen en huisartsposten de specialisten ouderengeneeskunde?				
Zijn de specialisten ouderengeneeskunde voldoende zichtbaar bij de huisartsen en huisartsposten?				
Is de sociale kaart van de regio in orde en bekend bij specialisten ouderengeneeskunde/meldpunt/spoedvoorzieningen en huisartsen/huisartsposten?				

Checklist op instellingen en samenwerkingsniveau				
Onderwerp	Goed	Actie vereist	Door	Resultaat
Hebben wij de spoedbedden regionaal in beeld, en willen we dat wel of niet?				
Hebben we een centraal punt waar alle spoedvoorzieningen actueel gehouden worden?				
Hebben we een meldpunt dat bereikbaar en beschikbaar is voor huisartsen/huisartsposten ?				
Willen we met andere zorgorganisaties en zorgkantoor een centraal meldpunt oprichten?				
Hebben we een meldpunt dat werkt volgens protocol?				
Hebben we een meldpunt dat de specialist ouderengeneeskunde kent en kan bereiken?				
Hebben we spoedvoorzieningen die ingericht zijn op spoedopnames? ³⁵				
Is het helder of we in deze regio met specialisatie spoedopnames werken en welke dan?				
Is er een goede samenwerking met thuiszorginstellingen met name in de avond/nacht/weekenden?				
Beschikt het meldpunt over protocollen en werkafspraken met thuiszorginstellingen?				
Is de thuiszorginstelling bereikbaar en beschikbaar voor spoedinzet via huisarts/specialist ouderengeneeskunde?				
Is er contact met andere regio's voor doorplaatsing indien nodig?				

Deze checklist heeft niet de pretentie compleet te zijn. Op onderdelen is het denkbaar dat verfijning van de vraagstelling aan de orde dient te zijn. Deze checklist is bedoeld als eerste aanzet en als een manier waarop een evaluatie opgezet en getoetst kan worden.

³⁵ Deze kan verfijnd worden met evaluatie over beschikbare niveaus, in staat zijn tot verpleegkundige handelingen et cetera.



2013

verenSo

Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

Postbus 20069
3502 LB Utrecht

T 030 28 23 481
F 030 28 23 494

info@verenso.nl
www.verenso.nl