

Naar reguliere proactieve zorg voor kwetsbare ouderen thuis

*Financieel gezonde en werkbare bekostiging van
collegiale ondersteuning door de specialist ouderengeneeskunde*

Inleiding

Sinds de overheveling van het eerstelijnsverblijf (ELV) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) kunnen ook huisartsen een beroep doen op de collegiale ondersteuning van de specialist ouderengeneeskunde. Het gaat hierbij om het maken van de afweging voor de juiste vorm van vervolgzorg voor kwetsbare ouderen. Specialist ouderengeneeskunde noemen dit zelf het triageconsult.¹ Medisch specialisten (en transferverpleegkundigen) in het ziekenhuis konden hier al langer een beroep op doen.

Voorbeeld

In de regio Gooi en Vechtstreek is het triageconsult door de specialist ouderengeneeskunde ingevoerd door middel van een 24/7 telefonische bereikbaarheid op één telefoonnummer. Uit evaluatie blijkt dat zowel geriater, huisartsen en specialist ouderengeneeskunde zeer tevreden zijn over deze vorm van dienstverlening. Zij willen dit daarom graag continueren.

Hoewel het triageconsult voorziet in een behoefte en bijdraagt aan de juiste zorg op de juiste plek, staat de landelijke invoering en de continuïteit ervan onder druk door het ontbreken van een financieel gezonde en werkbare bekostiging. VerenSo heeft dit als knelpunt gemeld bij zowel de NZa, VWS als ZN. Om dit verder uit te zoeken wil het ministerie van VWS een omschrijving ontvangen van wat de specialist ouderengeneeskunde doet bij het triageconsult, tegen welke knelpunten ze nu aanlopen rondom de financiering hiervoor en waarom deze consultatie zou kunnen vallen onder prestatie H/S335.

Deze notitie gaat verder in op de inhoud van het triageconsult en de belemmeringen in de financiering. Ook doet VerenSo een voorstel om dit anders in te richten.

Vormen van zorg voor de kwetsbare oudere

Ouderen wonen – ook bij toenemende kwetsbaarheid – zo lang mogelijk verantwoord thuis. Alleen in uiterste nood verhuizen zij naar het verpleeghuis. Vanuit de thuissituatie kan ook een tijdelijke opname aan de orde zijn door ziekte, een ongeval of het (tijdelijk) wegvallen van een mantelzorger.

Het Nederlandse zorgstelsel kent verschillende mogelijkheden voor tijdelijke opname, zowel in het ziekenhuis als in VVT-instellingen. Indien opname in het ziekenhuis niet medisch noodzakelijk is, kan eerstelijnsverblijf (ELV) aan de orde zijn. Een andere mogelijkheid is een opname in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) bij het wegvallen van de mantelzorger. Andere – lichtere – vormen van zorg moeten in dit geval niet mogelijk zijn, waaronder het opschalen van thuiszorg. Als de patiënt al een Wlz-indicatie heeft, wordt deze omgezet in een tijdelijke opname. ELV laagcomplex is bedoeld voor patiënten die wel 24-uurszorg nodig hebben, maar bij wie er geen multidisciplinair team nodig is onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde. Als dat wel zo is, dan is sprake van ELV hoog complex.

¹ Voor de leesbaarheid gebruiken we in deze notitie de term triageconsult.

Indien er een intensieve revalidatiebehoefte bestaat, is ELV niet passend. De maximale hoeveelheid behandeling in het ELV hoog complex bedraagt 1,5 per week, inclusief de 24-uurs medische zorg. Als de patiënt gemotiveerd is en belastbaar genoeg, dan is geriatrische revalidatiezorg meer passend. Als terugkeer naar huis na ELV niet lukt, dient een indicatie voor langdurige zorg (Wlz) aangevraagd te worden. ELV voor palliatieve zorg wordt geboden in de hospices of op terminale zorgbedden in verpleeghuizen.

Het is belangrijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van zorg dat de oudere direct op de bij hem of haar best passende plek terecht komt. Voor de oudere zelf is het van belang om direct de juiste zorg en behandeling te krijgen zodat hij of zij zo snel mogelijk herstelt en naar huis kan of naar een andere passende woonomgeving. Voor de zorgketen draagt het bij aan het verminderen van ongewenste ziekenhuisopnames en andere misplaatsingen, minder druk op de spoedzorgketen en een betere doorstroom.

Afwegingsinstrument voor (huis)artsen

Ter ondersteuning van juiste zorg op de juiste plek is er in 2017 door VerenSo en Significant een afwegingsinstrument ontwikkeld voor verwijzers van kwetsbare ouderen. Dit gebeurde in opdracht van het ministerie van VWS en in samenspraak met betrokken veldpartijen.² Insturend (huis)artsen kunnen het afwegingsinstrument gebruiken om te beoordelen wat de best passende zorg is, gegeven de actuele zorgvraag, de prognose en situatie van de patiënt. Dat lijkt heel simpel, maar kan lastig zijn als de insturende (huis)arts niet zo thuis is in alle verschillende zorgvormen, de regionale mogelijkheden en slechts enkele keren per jaar te maken heeft met kortdurende opname van een kwetsbare oudere.

Ondanks het afwegingsinstrument komt de (huis)arts er dan ook niet altijd uit, of blijkt na opname dat een andere bed meer passend zou zijn geweest. Met name in spoedsituaties staat de te maken afweging en het overleg erover onder druk. Het is met andere woorden vaak wenselijk dat de (huis)arts kan overleggen met de specialist ouderengeneeskunde.

Triageconsult door de specialist ouderengeneeskunde

Zoals eerder in deze notitie is uitgelegd, kunnen (huis)artsen een beroep doen op de ondersteuning van de specialist ouderengeneeskunde bij het maken van de afweging voor de juiste vorm van vervolgzorg voor kwetsbare ouderen.

Dankzij dit intercollegiale consult wordt snel duidelijk welke zorgvraag er is en welk 'bed' passend is. De specialist ouderengeneeskunde kan deze meerwaarde bieden:

- op grond van specifieke kennis en vaardigheden op het gebied van zorgdiagnostiek, prognostiek en het te voeren zorgbeleid voor kwetsbare ouderen;
- op grond van brede kennis over de verschillende mogelijke zorgvormen en de sociale kaart van het werkgebied;
- en omdat triage onderdeel is van het dagelijks werk.

Kwalificatie van het triageconsult

Het triageconsult kwalificeert in het ouderengeneeskundig handelen als (collegiale) consultatie of als diagnostiek na verwijzing. Het consult valt onder het aanbod van extramurale behandeling of aanvullende geneeskundige zorg zoals dat tegenwoordig heet. Bij een collegiaal consult verloopt het directe contact met de patiënt (en/of zijn vertegenwoordiger) meestal via de consulerend arts.

² <https://www.denieuwepraktijk.nl/wp-content/uploads/2016/11/Afwegingsinstrument-eerstelijns-verblijf-2-0-9-november-2016.defdef.pdf>

Uitgangspositie en producten		Handeling	Uitgangspositie	
1. Collegiale consultatie	Consultatie	Triage/verwijzen/indiceren/doorsturen	■ ■ ■	
	Intercollegiale consultatie	Opstellen differentieële diagnose	■ ■ ■	
2. Diagnostiek na verwijzing	Niet urgent/ bekende patiënt	Scenario denken	■ ■ ■	
	Niet urgent/nieuwe patiënt	Euthanasieverzoeken beoordelen	■ ■ ■	
	Urgent/ bekende patiënt	Afgeven geneeskundige verklaringen	■ ■ ■	
	Urgent nieuwe patiënt	Medicatieadvies	■ ■ ■	
	Observatie	Primaire, secundaire en tertiaire preventie	■ ■ ■	
	3. Uitvoering & regie behandelplan	Nader te bepalen	Geriatrisch Assessment:	
			1. Inventarisatie (medicatie en voorgeschiedenis)	
2. Anamnese			■	
3. Psychiatrisch onderzoek				
4. Lichamelijk onderzoek				
5. Aanvullend (lab)onderzoek				
Gesprek patiënt/familie/mantelzorg/naasten over behandelplan (shared decision making)			■ ■ ■	
Behandelplan opstellen			■ ■ ■	
Advance care planning			■ ■ ■	
Bijstellen/review medicatie (polyfarmacie)			■ ■ ■	
Bespreken inzet vrijheidsbeperkende maatregelen	■ ■ ■			
Afstemmen met en advies geven aan familie/mantelzorg/naasten thuiszorg en/of casemanager	■			
Raadplegen, verwijzen, informeren, afstemmen en aansturen (para)medici en verzorgend personeel	■			
Observatie	■ ■			
Periodieke evaluatie met patiënt/ familie/ naasten (bijstelling behandelplan)	■			
Regie op behandeling	■			
Multidisciplinaire evaluatie behandelplan	■			
Voorbereiden rechterlijke machtiging en bijwonen zitting	■			
Overige geneeskundige zorg	■			
Indirecte niet-patiëntgebonden handelingen				
		- Medisch beleid en preventiebeleid	- Deskundigheidsbevordering	
		- Organiseren van en participeren in zorg- en behandelketens	- Opleiding	
			- Kwaliteitsbevordering en -verantwoording	

Figuur 5. Overzicht productenindeling

Waar bestaat het consult uit?

1. Vraagstelling/hulpvraag van de collega huisarts/SEH arts/medisch specialist aan de specialist ouderengeneeskunde.
2. Vraagverheldering; exploratie van de hulpvraag door de specialist ouderengeneeskunde.
3. Advies door de specialist ouderengeneeskunde.
4. Verder helpen van de collega bij het vinden van de weg naar een plek, het regelen van een consult bij de patiënt thuis, of anderszins (bijvoorbeeld weg naar CIZ, casemanager etc.).
5. Rapportage en verslaglegging.

Drie uitgewerkte praktijkvoorbeelden van het triageconsult en de bijbehorende rapportage staan in de bijlage van dit document.

Organisatie van het triageconsult

Specialisten ouderengeneeskunde organiseren hun werk meer en meer ketenbreed om patiëntvolgend te kunnen werken. Dit geldt ook voor het triageconsult. Dit vereist in de basis goede samenwerkingsafspraken in de keten (met name ziekenhuis, HAP/SEH en huisartsen) om goede aansluiting met elkaar te vinden en efficiënt te kunnen werken. Ook bevordert het een zekere flexibiliteit in praktijkvoering van de specialist ouderengeneeskunde.

In de praktijk vertaalt zich dat in verschillende uitvoeringsvarianten van het triageconsult:

- 1) Er kunnen verschillende aanvragers zijn, met name:
 - a. Medisch specialisten en transferverpleegkundigen voor patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis;
 - b. SEH-artsen voor patiënten met een acute zorgvraag;
 - c. Huisartsen voor thuiswonende patiënten met een acute zorgvraag of proactief in het kader van goede advance care planning.
- 2) Er zijn (per aanvrager) verschillende manieren van organiseren van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van specialisten ouderengeneeskunde, waaronder:
 - a. Vaste triagemomenten in een multidisciplinair overleg in het ziekenhuis of huisartsenpraktijk;
 - b. 24/7 telefonische bereikbaarheid ;
 - c. Aanmelding via een digitaal overdrachtssysteem zoals Point.
- 3) Het kan daarbij uitmaken of het triageconsult gepland is of niet gepland (speed).

Bekostiging

De specialist ouderengeneeskunde kan het triageconsult alleen (blijven) aanbieden als daar ook een financiële vergoeding tegenover staat. Ondanks dat het triageconsult kwalificeert als aanvullende geneeskundige zorg en ondanks dat de specialist ouderengeneeskunde daarvoor een eigen betaaltitel heeft, is er in de praktijk veel onduidelijkheid over de juiste vergoeding. Die onduidelijkheid is voornamelijk ontstaan in de samenhang met andere regelingen en zorgt bij specialisten ouderengeneeskunde voor handelingsverlegenheid in het declareren van prestatie S/H335. Dit terwijl alternatieve bekostigingsopties zoals declaratie bij de huisarts of medisch specialist vaak ook niet van de grond komen.

Voorbeelden

- Normaliter declareert de specialist ouderengeneeskunde extramurale consultatie en diagnostiek die hij doet onder de subsidieregeling extramurale behandeling of wet langdurige zorg met prestatie S/H335. Ook het triageconsult kwalificeert als consultatie of diagnostiek. Echter, er kan twijfel ontstaan over de toepasselijkheid van prestatie S/H335 wanneer wordt gekeken op het niveau van de uitvoeringsvarianten van het triageconsult. De uitvoeringsvariant van het triageconsult waarbij het directe patiëntcontact verloopt via de consulterend arts kwalificeert tekstueel ook als e-Health zoals omschreven in de wegwijzer bekostiging e-health van de NZa. Dat zorgt voor twijfel: is deze regeling van toepassing en voorliggend?
- En indien dat zo is, wat betekent dit dan voor de inrichting van de bekostiging? Er is geen specifieke regeling voor de specialist ouderengeneeskunde uitgewerkt en de wegwijzer doet geen uitspraak over prestatie S/H335. Onder medisch specialistische zorg is geen mogelijke optie uitgewerkt en onder huisartsenzorg wordt het meekijkconsult genoemd. Betekent dit dan dat de bekostiging van het triageconsult moet worden uitgesplitst in verschillende uitvoeringsvarianten en financieringsstromen? Zijn de consulten voor medisch specialisten en SEH-artsen nooit declarabel, tenzij de specialist ouderengeneeskunde daarover zelf afspraken weet te maken met het ziekenhuis? Hoe kan dit zonder teveel administratieve overlast en kosten uitvoerbaar worden gemaakt?

Specialisten ouderengeneeskunde pleiten daarom voor een duidelijke afspraak over de bekostiging van het triageconsult per 2019 en voor één heldere, uitvoerbare bekostigingsoptie ongeacht de plek in de keten waar het wordt uitgevoerd en ongeacht de uitvoeringsvariant van het triageconsult.

Naast bovenstaande is het voor het denken over bekostiging van het triageconsult belangrijk om te noemen dat het voor de uitvoering van belang is dat de specialist ouderengeneeskunde onafhankelijk kan opereren. Dat wil zeggen onafhankelijk van de betrokken partijen die een bepaald belang kunnen hebben bij in- of uitstroom van de patiënt. Het vaststellen van een aparte bekostigingsoptie voor deze onafhankelijke consultatie stimuleert deze werkwijze.³

Specialisten ouderengeneeskunde pleiten er zelf voor om de bekostiging van het triageconsult volledig te laten verlopen via prestatie S/H335. Dit bevestigt de plek van het triageconsult binnen aanvullende geneeskunde zorg en de prestatiebeschrijving in de beleidsregel modulaire zorg 2019 biedt daarvoor ook ruimte.

Uit de prestatiebeschrijving H335

Inhoud:

1. functionele diagnostiek bestaande uit multidisciplinair onderzoek ofwel 'assessment' om te bepalen welk arrangement of welk zorg- en behandelplan een persoon nodig heeft;
2. consulten gericht op medische advisering en/of interventies ter ondersteuning van de reguliere eerstelijnszorg;
3. (...)

Vorm:

Ad 1: Kortdurende multidisciplinaire diagnostiek, gericht op het beperkingenniveau en het onderzoeken van behandel mogelijkheden (verbeteren van het functioneren voor zover mogelijk, voorkomen van verergering, zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid), bij complexe problematiek op verzoek van de huisarts dan wel een medisch specialist, die zijn/haar verzoek heeft kort gesloten met de huisarts.

Ad 2: een medisch consult kan bestaan uit:

- a. face-to-face-contact of een telefonisch behandelingscontact met een cliënt;
- b. gericht overleg met de behandelend arts van cliënt;

De zorginhoud is bepalend voor het aantal contacten per cliënt per jaar. De contacten zijn onderdeel van het behandelplan; er dient een aantekening van elk telefonisch contact te worden gemaakt in het cliëntendossier. Per dag kan per cliënt maximaal één telefonisch contact worden geregistreerd.

Ad 3: (...)

Specialisten ouderengeneeskunde kunnen de uitvoering van de bekostiging dan inregelen in reeds bestaande structuren en zijn voor vergoeding niet afhankelijk van de aanvragers van het consult. Het onderwerp bekostiging van het triageconsult is dan voorlopig geborgd en kan in de voorgenomen doorontwikkeling van de bekostiging van aanvullende geneeskundige zorg worden meegenomen. Daarbinnen kan vervolgens worden gewerkt aan de meest ideale situatie.

³ zie ook: *Significant juni 2018, rapportage onderzoek kwaliteit eerstelijnsverblijf*, p. 11 en p. 21

BIJLAGEN

Voorbeeld consult 1

1. **Hulpvraag.** Huisarts belt specialist ouderengeneeskunde met de vraag voor een spoedopname ELV voor een patiënt. Het betreft een 89-jarige vrouw, zij is gevallen thuis. Heeft haar calcaneus gebroken. Mag niet belasten. Het lukt thuis niet met geplande zorg. VG: Nierfunctiestoornissen, Boezemfibrilleren 2011, Staar, Dec cordis, recidiverende UWI, hyperthyreëdie
2. **Vraagverheldering:** hoe is mevrouw cognitief? Wat is de woonsituatie? Wat is de reden geweest van het vallen? Mevrouw is cognitief goed, woont alleen, h hulp 1 per 2 weken, het vallen was omdat mevrouw gestruikeld is bij het doen van de boodschappen, met rollator. Er is geen reden aan te nemen dat de comorbiditeit nu zodanig speelt dat er een hoog-complex bed nodig is.
3. **Advies:** ELV laag complex, inschatting 4 weken.
4. **Afhandeling:** Samen gekeken op verwijshulp.nl; plek beschikbaar in Weesp. Dit is niet dichtbij haar woonplaats (Maartensdijk) huisarts zal zorg overdragen aan huisarts in Weesp (conform lijst). Telefoonnummer gegeven van klantadvies, triageformulier (zie bijlage) ingevuld en gemaïld naar klantadvies. Huisarts tevreden met consult.
5. **Rapportage** consult formulier ingevuld en gemaïld naar klantadvies en huisarts.

Duur consult: telefoongesprek 7 min, rapportage invullen triage consult t.b.v. opname 10 min.

Voorbeeld consult 2

1. **Hulpvraag:** Revalidatiearts belt. Zij is gebeld door huisarts met een spoedvraag over een mevrouw met Parkinson; "het gaat niet goed thuis". Revalidatiearts vraagt of ik het consult wil overnemen gezien leeftijd en kwetsbaarheid patiënt, en mogelijk het verzoek voor opname van deze patiënt. Ik bel de huisarts.
2. **Vraagverheldering:** Valproblematiek bij M Parkinson, poliklinische revalidatie bij revalidatiearts gehad vorig jaar, onvoldoende effect. *Het gaat thuis niet goed. Patient is in het afgelopen half jaar verder achteruitgegaan en met name de mobiliteit gaat moeizaam. Ze loopt met rollator, moeite met gebruik hiervan, maar valt daarbij regelmatig. Soms ook verward. Veel pijn door vallen. Neuroloog heeft hypokinetisch rigide syndroom vastgesteld. Levodopa behandeling lijkt onvoldoende te werken. Mogelijk ook beginnende Lewy Body dementie. Heeft wel FT aan huis (geen ET volgens huisarts), maar dat heeft onvoldoende verbetering gegeven. Er is nog geen thuiszorg ingezet, patient leunt veel op dochter, wordt dochter ook teveel. Vraag: kunnen jullie met GRZ nog iets doen om te zorgen dat deze mw beter thuis kan functioneren, en ook de mantelzorger zich gesteund voelt.*
3. **Advies:** gezien complexiteit en de vraag om ook het hele systeem goed in kaart te brengen, tevens cognitie diagnostiek naar vermoeden dementie, valproblematiek bij parkinson: GRZ op speciale Parkinson afdeling GRZ.
4. **Afhandeling:** gebeld met internist ouderengeneeskunde voor GRZ beoordeling; dit kan pas volgende werkdag op de SEH. Op verwijshulp: plek GRZ beschikbaar. Plek geregeld via opnameplanning op parkinson revalidatie afdeling. Huisarts weer terug gebeld om uitleg te geven over logistiek bij opname. Huisarts zal mw en dochter informeren en de benodigde medische gegevens naar SEH sturen en naar de opnameplanning. Huisarts tevreden over consult. In de middag belt dochter mij nog met vragen, deze beantwoord. Volgende ochtend: SEH belt met vraag wat de bedoeling is van de GRZ beoordeling; uitleg gegeven (dit ziekenhuis is hier pas net mee gestart).
5. **Rapportage** consultformulier ingevuld en gemaïld naar opnameplanning en huisarts

Duur consult: tel revalidatiearts 5 min, tel huisarts 10 min, regelen SEH consult 5 min, regelen plek 5 min, telefoon dochter 3 min: 28 min.

Voorbeeld consult 3

1. **Vraagstelling:** huisarts belt voor (spoed)opname mijnheer D, 84 jaar. Woont met echtgenote in een gelijkvloerse woning. Mevrouw is zwakbegaafd. Meneer heeft dementie. Echtgenote weigert thuiszorg (wil geen mensen over de vloer) er is wel begeleiding door Sherpa (vanwege verstandelijke beperking). Echtgenote is overbelast en de huisarts vraagt om een ELV bed om haar tijdelijk te ontlasten (hij denkt aan 2-3 weken).
2. **Vraagverheldering:** Waarom gaat het nu niet meer? Waarom geen thuiszorg? Het blijkt dat de situatie is verergerd door dwaalgedrag in de nacht. Meneer is dan op zoek naar de toilet en is ook incontinent. Mevrouw wil geen thuiszorg, is bang voor mensen in haar huis. De huisarts vraagt zich wel af of het inderdaad wel een tijdelijke opname zal zijn of dat nu het moment aangebroken is voor een blijvende opname. Bij navraag blijkt er al een ZZP 5 indicatie te zijn, deze is aangevraagd op verpleeghuis XXX.
3. **Advies:** advies is om een WLZ plek te zoeken voor een logeeropname in verpleeghuis XXX, daar is de indicatie op aangevraagd. Indien het dan toch niet lukt om terug te gaan naar huis dan kan mijnheer daar hopelijk blijven.
4. **Afhandeling:** huisarts gaat zelf bellen met klantcentrum van verpleeghuis XXX, afgesproken dat als het niet lukt hij terug kan bellen.
5. **Rapportage:** consultformulier ingevuld en gestuurd naar huisarts.

Duur consult: telefoon 5 minuten, rapportage 7 min.

Rapportage triageconsult casus 1 kortdurende opname

Cliëntgegevens	
Naam (incl. geboortenaam, voorletters)	Mevrouw G
Geb. datum	15-12-1937
Adres	xxxx
Postcode, woonplaats	
Telefoonnummer	
Zorgverzekeraar/polisnr.	
BSN nummer	
ID nummer en type	
Huisarts	xxx
Telefoon huisarts	xxxx
Apotheek (thuis)	
1 ^e contactpersoon	
Telefoonnummer	
Diagnoses / medische achtergrond	
Naam aanvrager (huisarts/specialist/verpl cons ortho/ transfer verpl)	Huisarts
Aanleiding aanvraag (diagnose/ specialist/ OK datum/ hulpvraag)	Calcaneus fractuur , gipswissel vrijdag as
Medische voorgeschiedenis	Nierfunctiest BF 2011 Staar Dec cordis UWI hyperthyreodie
Medische beleid (NR/wilsverklaring)	
Medicatiegebruik	
Inschatting cognitief niveau en kwetsbaarheid? Door huisarts/verwijzer	Cognitie goed
GRZ: Kan de patiënt een evt. revalidatie traject aan? (Voorkeur instelling) (NB. > 1,5 uur/week behandeling nodig + motivatie en belastbaarheid)	Niet nodig

Functioneren thuissituatie (voor ziekenhuis / spoedsituatie)	
Mobiliteit	☒ zelfstandig ☐ met hulp 1 persoon ☐ met hulp 2 personen ☐ geen zelfstandige mobiliteit ☐ met loophulpmiddel:
ADL	☒ zelfstandig ☐ met hulp
Thuiszorg aanwezig	☐ zorgmomenten/dag door (naam thuiszorgorganisatie)
Sociaal	☒ alleenwonend ☐ partner/echtgenoot belastbaar?: ja/nee ☐ kinderen of anders
Woonsituatie	☐ eengezinswoning ☐ traplopen vereist ☐ appartement met lift/gelijkvloers ☐ verzorgingshuis ☐ aanpassingen aanwezig, zo ja welke:
CIZ indicatie	nee
Overige informatie	
Functioneren huidige spoed / ziekenhuissituatie	
Mobiliteit	Hulp trippelstoel
ADL	Hulp toilet
Cognitief	
Overige info	
Besluit triageconsult	
Advies	☐ thuis met TZ ☒ ELV laag ☐ ELV hoog ☐ ELV pall ☐ GRZ ☐ consult SEH/specialist ☐ WLZ ☐ respijtzorg
Specialist ouderengeneeskunde	
Naam specialist ouderengeneeskunde	
Datum triageconsult	6-6-18
Overige opmerkingen	lom xxx opname morgen
Datum	
Besproken met patiënt	☐ nee ☐ ja
Inschatting duur Opname ELV/GRZ	4 weken
Aanmelden via:	Verwijshulp.nl of opnameplanning van gewenste instelling

Cliëntgegevens	
Naam (incl. geboortenaam, voorletters)	Mevrouw P
Geb. datum	24-5-1944
Adres	
Postcode, woonplaats	xxxx
Telefoonnummer	xxxx
Zorgverzekeraar/polisnr.	
BSN nummer	xxx
ID nummer en type	
Huisarts	D....
Apotheek (thuis)	
Telefoon huisarts	xxxxx
1 ^e contactpersoon	
Telefoonnummer	
Diagnoses / medische achtergrond	
Naam aanvrager (huisarts/specialist/transfer VPK)	Huisarts D en revalidatiearts S
Aanleiding aanvraag (diagnose/hulpvraag)	Valproblematiek bij M Parkinson, poliklinische revalidatie onvoldoende. <i>het gaat thuis niet goed. Patient is in het afgelopen half jaar verder achteruitgegaan en met name de mobiliteit gaat moeizaam. Ze loopt met rollator, moeite met gebruik hiervan, maar valt daarbij regelmatig. Soms ook verward. Veel pijn door vallen. Neuroloog heeft hypokinetisch rigide syndroom vastgesteld. Levodopa behandeling lijkt onvoldoende te werken. Mogelijk ook beginnende Lewy Body dementie.</i> <i>Heeft wel FT aan huis (geen ET volgens huisarts), maar dat heeft onvoldoende verbetering gegeven. Er is nog geen thuiszorg ingezet, patient leunt veel op dochter, wordt dochter ook teveel.</i>
Medische voorgeschiedenis	M Parkinson
Medische beleid (NR/wilsverklaring)	
Medicatiegebruik	volgt
Inschatting cognitief niveau en kwetsbaarheid? door huisarts/verwijzer	twijfel over cognitie kwetsbaar
GRZ: Kan de patiënt een evt. revalidatie traject aan?	Ja
(> 1,5 uur/week behandeling nodig + motivatie en belastbaarheid)	

Functioneren thuissituatie (voor ziekenhuis / spoedsituatie)	
Mobiliteit	☒ zelfstandig ☐ met hulp 1 persoon ☐ met hulp 2 personen ☐ geen zelfstandige mobiliteit ☐ met loophulpmiddel:
ADL	☒ zelfstandig ☐ met hulp
Thuiszorg aanwezig	☐ zorgmomenten/dag door (naam thuiszorgorganisatie)
Sociaal	☒ alleenwonend ☐ partner/echtgenoot belastbaar?: ja/nee ☐ dochter mantelzorger
Woonsituatie	☐ eengezinswoning ☐ traplopen vereist ☐ appartement met lift/gelijkvloers ☐ verzorgingshuis ☐ aanpassingen aanwezig, zo ja welke:
CIZ indicatie	nee
Overige informatie	
Functioneren huidige speed / ziekenhuissituatie	
Mobiliteit	Valproblematiek, toename
ADL	
Cognitief	Slechter sinds halfjaar
Overige info	
Besluit triageconsult	
Advies	☐ thuis met TZ ☐ ELV laag ☐ ELV hoog ☐ ELV pall ☒ GRZ ☐ consult SEH/specialist ☐ WLZ

Specialist ouderengeneeskunde	
Naam specialist ouderengeneeskunde	
Datum triageconsult	19-4-18
Overige opmerkingen	Afgesproken assesment morgenochtend op SEH xxxx (interne geneeskunde xxx geeft dit door aan dienstdoende internist. Daarna naar xxx voor opname op 1 ^e etage GRZ
Datum	19-4-18
Besproken met patiënt	☐ nee ☐ ja huisarts D heft met patient hierover contact en regelt de info overdracht
Inschatting duur Opname ELV/GRZ	3-5 weken
Aanmelden via:	Verwijshulp.nl of opnameplanning van gewenste instelling

Cliëntgegevens	
Naam (incl. geboortenaam, voorletters)	Hr v xxx
Geb. datum	18-8-1934
Adres	
Postcode, woonplaats	
Telefoonnummer	
Zorgverzekeraar/polisnr.	
BSN nummer	
ID nummer en type	
Huisarts	Hxxx
Apotheek (thuis)	
Telefoon huisarts	
1 ^e contactpersoon	
Telefoonnummer	
Diagnoses / medische achtergrond	
Naam aanvrager (huisarts/specialist/transfer VPK)	
Aanleiding aanvraag (diagnose/hulpvraag)	Overbelaste mantelzorg, zoekt voor 2-3 wkn een tijdelijk bed om bij te komen
Medische voorgeschiedenis	
Medische beleid (NR/wilsverklaring)	
Medicatiegebruik	geen
Inschatting cognitief niveau en kwetsbaarheid? Door huisarts/verwijzer	Dementie
GRZ: Kan de patiënt een evt. revalidatie traject aan? > 1,5 uur/week behandeling nodig + motivatie en belastbaarheid	nee nvt

Functioneren thuissituatie (voor ziekenhuis / spoedsituatie)	
Mobiliteit	☐ zelfstandig x met hulp 1 persoon ☐ met hulp 2 personen ☐ geen zelfstandige mobiliteit ☐ met loophulpmiddel:
ADL	☐ zelfstandig ☐ met hulp X onduidelijk door echtgenote (naam thuiszorgorganisatie)
Thuiszorg aanwezig	
Sociaal	x sherpa begeleiding
Woonsituatie	☐ eengezinswoning ☐ traplopen vereist ☐ appartement met lift/gelijkvloers ☐ verzorgingshuis ☐ aanpassingen aanwezig, zo ja welke:
CIZ indicatie	Heeft al een wlz 5
Overige informatie	
Functioneren huidige speed / ziekenhuissituatie	
Mobiliteit	Overbelaste mantelzorg
ADL	Door echtgenote en TZ
Cognitief	Verslechterd, in de nacht dwalen
Overige info	Er was al achteruitgang en sprake van het inzetten van meer zorg, verhoging indicatie en vast stellen vermoeden dementie Heeft een afspraak bij de neuroloog op 27 februari
Besluit triageconsult	
Advies	☐ thuis met TZ ☐ ELV laag ☐ ELV hoog ☐ ELV pall ☐ GRZ ☐ consult SEH/specialist x WLZ zzp 5

Specialist ouderengeneeskunde	
Naam specialist ouderengeneeskunde	
Datum Triage consult	13 feb 2018
Overige opmerkingen	logeerplek zzp5
Datum	13-2-18
Besproken met patiënt	☐ nee ☐ ja
Inschatting duur Opname ELV/GRZ	nvt
Aanmelden via:	Verwijshulp.nl of opnameplanning van gewenste instelling