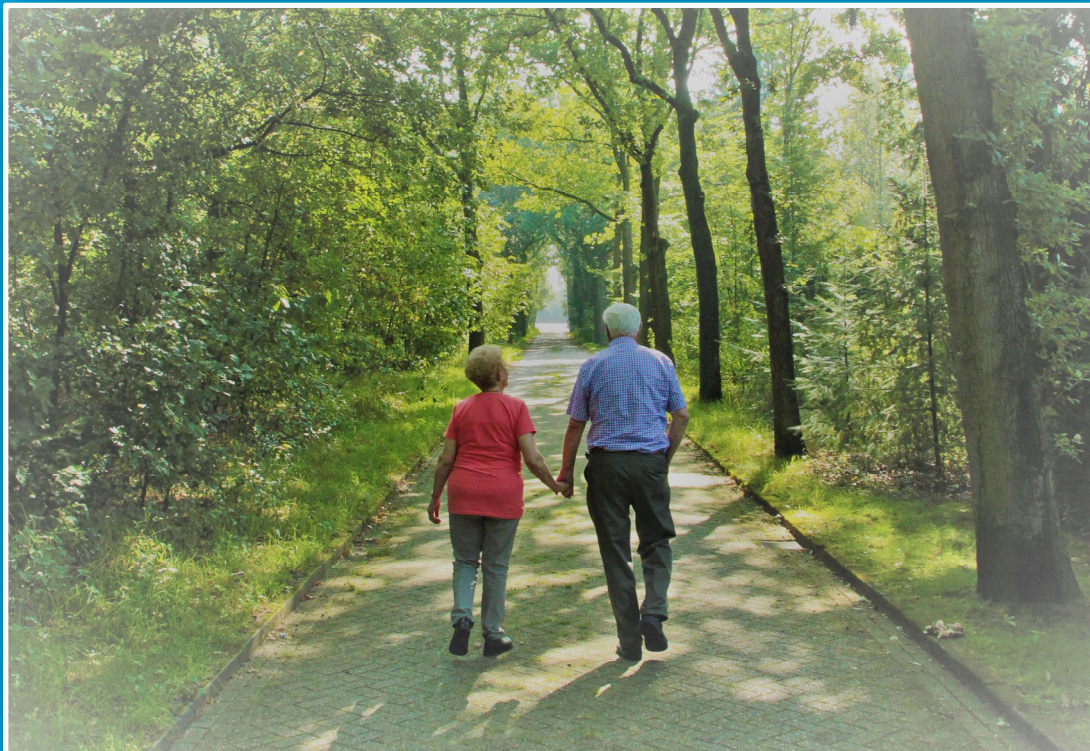


Zorgpad Geriatrische Revalidatiezorg



Afspraken triage, transfer en overdracht

**Ziekenhuis
Geriatrische Revalidatiezorg
Eerstelijns zorgaanbieders**

Maastricht, november 2018, versie 6

Inhoud

Inleiding	3
Geriatrische Revalidatiezorg	4
Wat is geriatrische revalidatiezorg?	4
Wat is het niet?	4
Eerstelijns verblijf	5
Doelgroep geriatrische revalidatiezorg	6
Aandachtspunten	7
Triage voor geriatrische revalidatiezorg	8
Triage instrument	8
Procesbeschrijving triage bij ziekenhuisopname	8
Triage instrument geriatrische revalidatiezorg Keten Maastricht-Heuvelland	10-11
Procesbeschrijving triage zonder ziekenhuisopname	12
Spijtoptantenregeling	12
Pilot directe toegang	12
Zorgpadcoördinatie	13
Ketenzorgafspraken	14
Triage	14
Transfer naar geriatrische revalidatiezorg	15
Geriatrische revalidatiezorg	16
Transfer naar de thuissituatie	17
Thuissituatie	19
Referenties	20
 Bijlage I: Overdracht formulier Verpleging & Verzorging	 21

Dit document fungeert als een groeidocument waaraan steeds onderdelen worden toegevoegd.

Inleiding

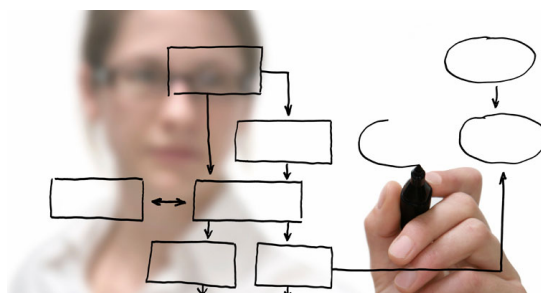
In de regio Maastricht wordt met een zorgpad geriatrische revalidatiezorg gewerkt. Dit zorgpad bestaat uit verschillende afspraken tussen het ziekenhuis, de instelling voor geriatrische revalidatiezorg en eerstelijns zorgaanbieders.

De afspraken in het zorgpad richten zich primair op het verbeteren van zorgprocessen, waaronder het verbeteren van de transfers van patiënten, overdracht en communicatie tussen het ziekenhuis, de geriatrische revalidatiezorg en de eerste lijn.

Dit zorgpad is opgesteld door een samenwerkingsverband van zorgverleners, patiëntvertegenwoordigers, mantelzorgers en onderzoekers.

Het zorgpad geriatriche revalidatiezorg is uitgebreid geëvalueerd door de Universiteit Maastricht. Uit dit onderzoek blijkt dat het zorgpad **praktisch uitvoerbaar** is en dat implementatie van het zorgpad heeft geleid tot een **groter ontslagpercentage van patiënten naar de thuissituatie**. Daarnaast heeft het zorgpad geresulteerd in een **verkorting van ligduur** in zowel het ziekenhuis als in de geriatriche revalidatiezorg waardoor de **zorgkosten zijn gedaald**.

Vanwege deze positieve resultaten kunnen de afspraken uit het zorgpad ook relevant zijn voor andere regio's. Om deze reden worden deze afspraken via dit document gedeeld.



Geriatrische revalidatiezorg (GRZ)

Wat is geriatrische revalidatiezorg?

Door Zorgverzekeraars Nederland² wordt geriatrische revalidatiezorg als volgt omschreven.

Geriatrische revalidatiezorg:

- omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg.
- wordt geleverd onder verantwoordelijkheid door een specialist ouderengeneeskunde.
- is gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is (huis of verzorgingshuis).
- kan volgen op verblijf in ziekenhuis in verband met geneeskundige zorg door een medisch specialist.
- is eveneens toegankelijk na een geriatrisch assessment in het ziekenhuis door een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde, zonder dat er sprake hoeft te zijn van verblijf in het ziekenhuis.
- begint met een klinische opname in een organisatie die geriatrische revalidatiezorg biedt en kan eventueel worden gevolgd door ambulante behandeling.
- duurt in principe maximaal 6 maanden².

Wat is het niet?

Geriatrische revalidatiezorg is niet bedoeld voor:

- patiënten die al behandeling en verblijf vanuit de WLZ krijgen (verpleeghuiszorg) en na ziekenhuisopname integrale en multidisciplinaire behandeling nodig hebben. Deze personen kunnen worden behandeld met een ZZP9b, waarmee ze in de WLZ blijven*.
- patiënten die in de thuissituatie op verpleeghuisniveau functioneren maar nog geen indicatie hebben. Deze personen kunnen ook worden behandeld met een ZZP9b.
- patiënten waarvan na behandeling in het ziekenhuis duidelijk is dat terugkeer naar de eigen woonsituatie niet meer haalbaar is.
- patiënten die na ziekenhuisopname alleen hoeven te herstellen, maar hiervoor geen integrale en multidisciplinaire behandeling nodig hebben (maar bijvoorbeeld alleen fysiotherapie). Deze patiënten hebben eerstelijns verblijf nodig.
- Patiënten die te maken hebben met actuele verslavingsproblematiek, dementie in een ver gevorderd stadium en ernstige beïnvloedbare stemmings- of gedragsstoornissen.
- patiënten die medisch specialistische revalidatie nodig hebben zoals geleverd onder verantwoordelijkheid door een revalidatiearts.

* Een uitzondering zijn patiënten met een ZZP4 indicatie die thuis wonen; deze patiënten kunnen wel in aanmerking komen voor GRZ.

Eerstelijnsverblijf (ELV)

Geriatrische revalidatiezorg en eerstelijns verblijf (ELV) zijn beiden verblijfsvormen onder de Zorgverzekeringswet en dragen bij aan het langer thuis wonen van ouderen. Binnen ELV kan ook nog onderscheid gemaakt worden tussen ELV hoog complex en ELV laag complex. De belangrijkste verschillen tussen GRZ en ELV zijn:

- Personen die naar de GRZ worden doorverwezen hebben **haalbare revalidatiedoelen** binnen de hiervoor gestelde termijn van zes maanden. Personen die ELV hoog complex krijgen hebben wel te maken met meervoudige problematiek waar verpleegkundige zorg voor nodig is (bijvoorbeeld bij een wond, infuus of sonde). Ze hebben echter geen haalbare revalidatiedoelen.
- Eerstelijnsverblijf **kan monodisciplinair** zijn (voornamelijk in het geval van ELV laag complex) terwijl geriatrische revalidatiezorg **altijd multidisciplinair** is.
- In de geriatrische revalidatiezorg en bij ELV hoog complex liggen de medische regie en eindverantwoordelijkheid bij de **specialist ouderengeneeskunde**. Bij ELV laag complex heeft de **huisarts** deze rol en bij ELV voor terminale patiënten is dit de **huisarts in combinatie met de specialist ouderengeneeskunde**.



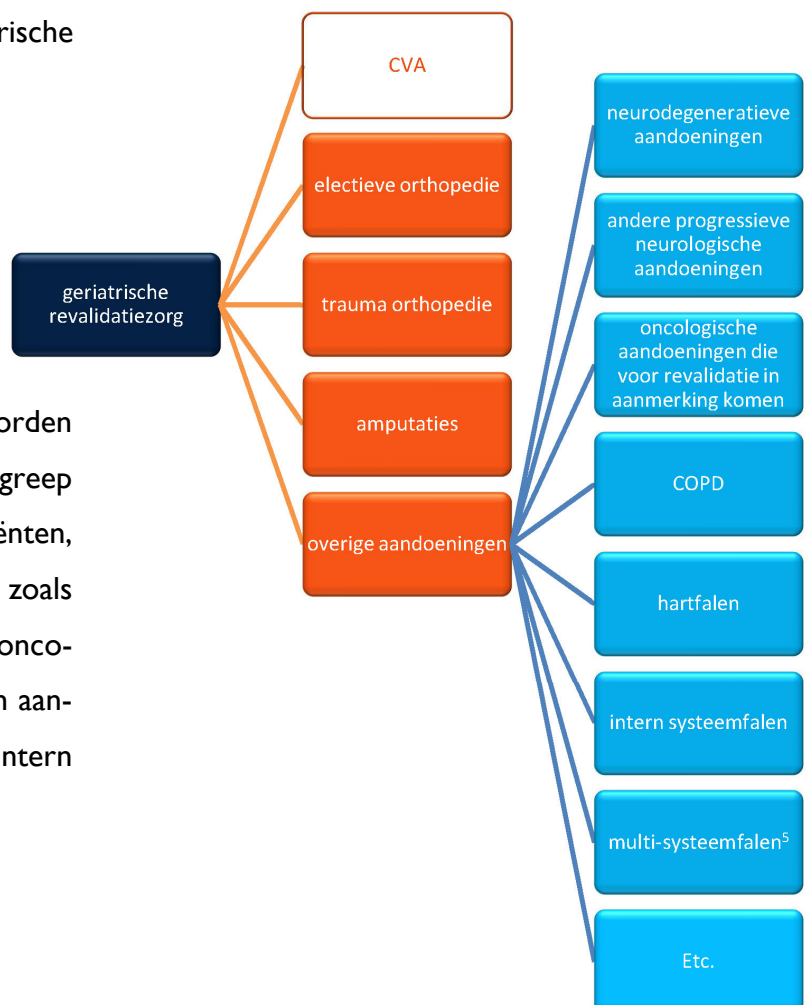
Doelgroep Geriatrische Revalidatiezorg

De geriatrische revalidatiezorg richt zich op kwetsbare personen, met complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid⁵. Het betreft personen waarbij de inschatting is dat men na geriatrische revalidatiezorg weer kan terugkeren naar de oorspronkelijke woonsituatie. Hoewel het voornamelijk ouderen betreft, is er geen leeftijdsgrens verbonden aan geriatrische revalidatiezorg.

De patiënten die in aanmerking komen voor geriatrische revalidatiezorg zijn in te delen in twee groepen: patiënten met een CVA en 'overige aandoeningen'.

De 'overige aandoeningen' kunnen worden uitgesplitst in patiënten die een electieve ingreep hebben ondergaan, trauma orthopedie patiënten, patiënten met een amputatie en overig, zoals progressieve neurologische aandoeningen, oncologische aandoeningen die voor revalidatie in aanmerking komen, COPD, hartfalen, intern systeemfalen en multi-systeemfalen⁵.

Dit ketenzorgdocument richt zich op alle doelgroepen van de GRZ exclusief de CVA-groep, omdat voor de groep CVA-cliënten een aparte CVA-keten bestaat. Veel van hetgeen in dit ketendocument staat beschreven is echter ook relevant voor de CVA-groep.



Aandachtspunten

Hoewel de leer- en trainbaarheid van de doelgroep van de geriatrische revalidatiezorg duidelijk lager is dan van patiënten voor de medisch specialistische revalidatie, dient er nog wel enige mate van leer- en trainbaarheid te bestaan. Patiënten met ernstige cognitieve beperkingen (gediagnosticeerde dementie) zullen daarom doorgaans niet in aanmerking komen voor geriatrische revalidatiezorg. Deze groep wordt echter niet op voorhand uitgesloten, maar de situatie wordt per individu beoordeeld.



Een andere voorwaarde voor doorverwijzing naar de geriatrische revalidatiezorg is dat patiënten die doorverwezen worden direct kunnen starten met de revalidatie. Mensen met een delier of mensen die nog volledig immobiel zijn, komen daarom pas in aanmerking voor opname in de geriatrische revalidatiezorg als ze in staat worden geacht tenminste gedeeltelijk met hun revalidatiebehandeling te kunnen starten. Aangezien verwacht wordt dat dit knelpunten op zou kunnen leveren (verkeerde bedden problematiek in het ziekenhuis), wordt door de zorgpadcoördinator gemonitord of deze knelpunten zich inderdaad voordoen. Indien er zich knelpunten voordoen, zal gezamenlijk naar oplossingsrichtingen worden gezocht.

Triage voor geriatrische revalidatiezorg

Geriatrische revalidatiezorg is zowel toegankelijk na ziekenhuisopname, als na een geriatrisch assessment in het ziekenhuis, zonder dat er sprake hoeft te zijn van verblijf in het ziekenhuis. Daarnaast bestaat er een spijtoptantenregeling. Ten slotte wordt er momenteel in de regio Maastricht een pilot uitgevoerd waarbij wordt onderzocht in hoeverre het haalbaar en wenselijk is om potentiële GRZ patiënten te laten triëren voor geriatrische revalidatiezorg zonder voorafgaande ziekenhuisopname en zonder geriatrisch assessment in het ziekenhuis. Deze patiënten ondergaan vanuit de thuissituatie directe triage door een specialist ouderengeneeskunde.

Triage instrument

Op basis van het triage-instrument ontwikkeld door Verenso⁶ (de vereniging voor specialisten ouderengeneeskunde) is in de regio Maastricht een compact triage instrument ontwikkeld voor gebruik in de dagelijkse zorgpraktijk (zie pagina's 10-11).

Procesbeschrijving triage bij ziekenhuisopname

Hoewel het triage instrument is ontwikkeld voor specialisten ouderengeneeskunde en revalidatieartsen wordt de triage in de praktijk voor een deel door transferbureaus of –verpleegkundigen uitgevoerd, onder eindverantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde.

Het triageproces dient zo vroeg mogelijk te starten (dus indien mogelijk ruim voor ontslag uit het ziekenhuis). Voorafgaande aan de triage worden twee screeningsvragen beantwoord door de transferconsulent in overleg met de behandelend specialist (zie pagina 10).

Deze screeningsvragen zijn de volgende:

1. Heeft de patiënt één of meer aandoeningen die (na ziekenhuisopname) (blijvende) BEPERKINGEN opleveren?
2. Heeft de patiënt voor het opheffen/verminderen van de beperkingen hulp nodig in de vorm van (intensieve) multidisciplinaire zorg en behandeling, gericht op ontslag naar oorspronkelijke woonsituatie (revalidatie)?

Indien beide vragen met JA worden beantwoordt dan volgt het in kaart brengen van de functionele prognose, belastbaarheid, leerbaarheid/trainbaarheid en behoeften en mogelijkheden van patiënt en mantelzorger (zie pagina 11).



Functionele prognose

De functionele prognose wordt bepaald door informatie te verzamelen over de diagnose, de nevendiagnosen (multimorbiditeit), het pre-morbide functioneren (hoe functioneerde de patiënt voordat het incident plaatsvond), het actuele functioneren (motorisch en cognitief functioneren, functioneren op het gebied van communicatie en ADL en de persoonlijke factoren) en de medische stabiliteit.⁶

Belastbaarheid

Onder belastbaarheid wordt het conditioneel, motivationeel, psychisch en fysiek aankunnen van een bepaalde hoeveelheid aan (revalidatie) activiteiten vastgesteld waarbij tevens de inzetbaarheid van de mantelzorg in de thuissituatie wordt betrokken.⁶ De belastbaarheid van een patiënt wordt bepaald door zijn/haar mobiliteit, energetisch vermogen en gebleken belastbaarheid tijdens ziekenhuisopname.

Leerbaarheid / trainbaarheid

De leerbaarheid/trainbaarheid van een patiënt wordt bepaald door de cognitieve vaardigheden, sociale vaardigheden, fysieke vaardigheden en motivatie van de patiënt.

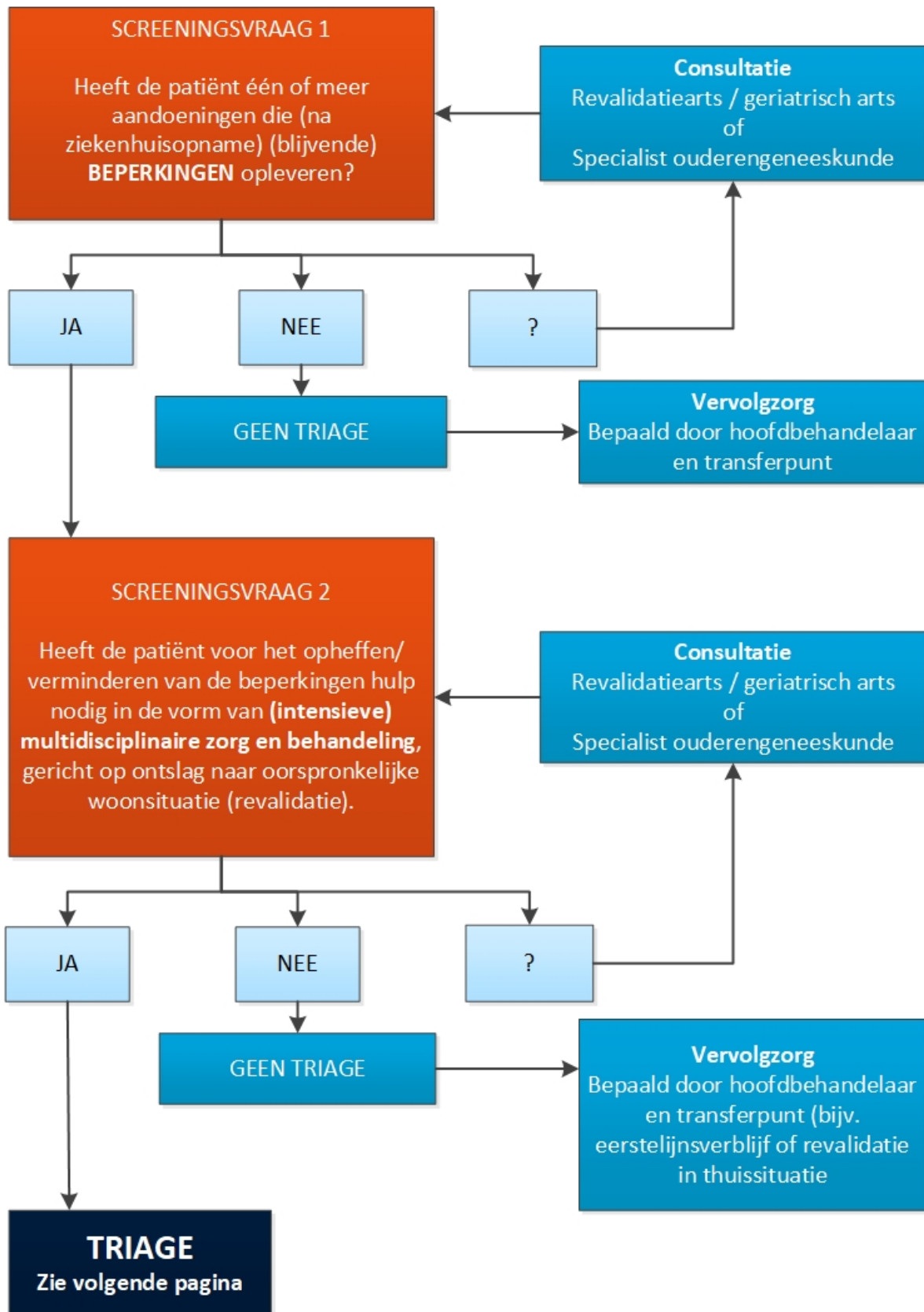
Patiënt

Bij het onderdeel 'patiënt' wordt gekeken naar de wensen van de patiënt, de mogelijkheden van de mantelzorger en naar de woonsituatie voor ziekenhuisopname.

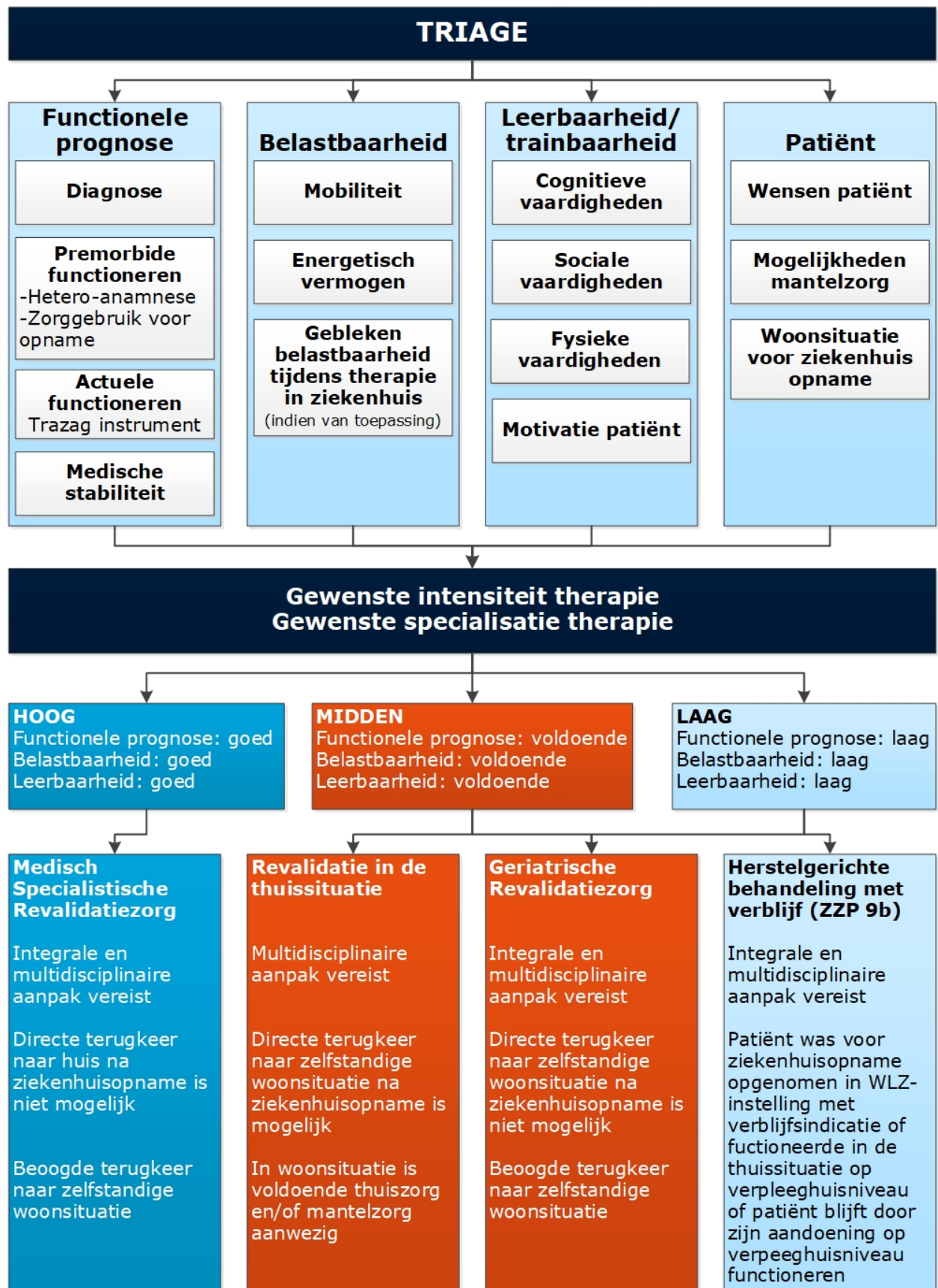
Deze informatie wordt door de transferconsulent verzameld, op basis van informatie van de behandelend specialist, paramedisch behandelaar (indien van toepassing), afdelingsverpleegkundige, thuiszorg, huisarts, mantelzorger en de patiënt zelf. Op basis van deze gegevens wordt de patiënt door de transferconsulent getrieerd geriatrische revalidatiezorg of een andere vorm van revalidatie (eerstelijnsverblijf, herstelgerichte behandeling met verblijf of revalidatie in de thuissituatie). Medisch specialistische revalidatie is hierin een uitzondering; de triage hiervoor gebeurt door een revalidatiearts of een cardioloog.

Indien er twijfel bestaat of een patiënt geschikt is voor doorverwijzing naar de geriatrische revalidatiezorg consulteert de transferconsulent de specialist ouderengeneeskunde van de instelling voor geriatrische revalidatiezorg. De specialist ouderengeneeskunde van de instelling voor geriatrische revalidatiezorg neemt in die gevallen de uiteindelijke beslissing over het wel of niet opnemen van de betreffende patiënt in de geriatrische revalidatiezorg.

Triage instrument Geriatrische Revalidatiezorg Keten Maastricht- Heuvelland



Triage instrument Geriatrische Revalidatiezorg Keten Maastricht- Heuvelland



Procesbeschrijving triage zonder ziekenhuisopname

Patiënten met een acute aandoening, waarbij een acute mobiliteitsstoornis en/of afname van zelfredzaamheid is opgetreden, kunnen vanaf 2015 ook zonder voorafgaande ziekenhuisopname worden opgenomen in de GRZ-instelling. Voorwaarden hierbij zijn dat een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde, op basis van een geriatrisch assessment, heeft vastgesteld dat de patiënt behoort tot de doelgroep geriatrische revalidatiezorg.

Spijtoptantenregeling

Wanneer een situatie zich voordoet waarin een verzekerde die is geïndiceerd voor GRZ en daar om persoonlijke redenen van afziet, binnen enkele dagen alsnog voor GRZ in aanmerking wenst te komen, is dit alsnog mogelijk na expliciete toestemming van de betreffende zorgverzekeraar. De opname moet binnen een week na ontslag uit het ziekenhuis plaatsvinden.

Pilot directe toegang GRZ

In het kader van “Blauwe zorg” wordt momenteel in de regio Maastricht een onderzoek uitgevoerd. Binnen deze pilot wordt onderzocht in hoeverre het haalbaar en wenselijk is om potentiële GRZ patiënten zonder voorafgaande ziekenhuisopname te laten triëren voor geriatrische revalidatiezorg door een specialist ouderengeneeskunde. Dit betekent dat deze patiënten niet worden opgenomen in het ziekenhuis en ook geen geriatrisch assessment door klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde ontvangen. In plaats hiervan neemt de huisarts contact op met de specialist ouderengeneeskunde van de instelling voor geriatrische revalidatiezorg, waarna deze specialist ouderengeneeskunde met behulp van het triage instrument vaststelt of een patiënt in aanmerking komt voor geriatrische revalidatiezorg of niet. Op deze manier hoeft een patiënt niet naar het ziekenhuis voor een geriatrisch assessment, wat er mogelijk toe leidt dat onnodige vertraging in het revalidatietraject kan worden voorkomen. Dit onderzoek loopt tot december 2019.

Zorgpadcoördinatie

Om de continuïteit van zorg te waarborgen voor patiënten in de geriatrische revalidatiezorg en de kwaliteit van de zorg te verbeteren, is duidelijke coördinatie binnen het zorgpad van belang. Om deze reden is het van belang om een zorgpadcoördinator aan te stellen.

Deze zorgpadcoördinator vormt het aanspreekpunt voor zorgprofessionals betrokken bij het zorgpad geriatrische revalidatiezorg.

Deze persoon richt zich op het verder stroomlijnen van het zorgpad geriatrische revalidatiezorg en het verbeteren van de continuïteit en coördinatie van zorg.

Hierbij wordt gestreefd naar een goede overdracht tussen de zorgverleners binnen en tussen zorgorganisaties, het optimaliseren van de transfers (o.a. het optimaliseren van de begeleiding van patiënt en mantelzorger) en het bevorderen dat de patiënt de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plaats krijgt.

De zorgpadcoördinator houdt zich dus niet bezig met de zorginhoud maar met het optimaliseren van het zorgproces.



Ketenzorgafspraken

Triage

De volgende ketenafspraken zijn gemaakt tussen het ziekenhuis, de instelling voor geriatrische revalidatiezorg en de eerstelijns zorgaanbieders.

- Zodra bij de behandelend specialist in het ziekenhuis de verwachting bestaat dat een patiënt in aanmerking zou kunnen komen voor geriatrische revalidatiezorg, worden de **transferconsulenten** van het ziekenhuis ingeschakeld om in overleg met de zorgprofessionals de screening en triage uit te voeren. Dit gebeurt bij voorkeur ruim voor ontslag.
- De transferconsulenten maken gebruik van het **triage instrument** (pagina's 10-11) om patiënten te kunnen doorverwijzen naar de instelling voor geriatrische revalidatiezorg. De triage gebeurt door de transferconsulenten onder eindverantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde van de instelling voor geriatrische revalidatiezorg.
- De transferconsulent spreekt in het kader van de triage de patiënt en bij voorkeur een mantelzorger over hun **wensen en mogelijkheden** en houdt hier nadrukkelijk rekening mee bij het advies over vervolgzorg.
- Behandelend specialist, paramedisch behandelaar (indien van toepassing) en/of afdelingsverpleegkundige verstrekken de **benodigde informatie** aan de transferconsulent om de triage uit te kunnen voeren (functionele prognose, belastbaarheid, leerbaarheid/trainbaarheid en behoeften en mogelijkheden van patiënt en mantelzorg).
- In geval van **twijfel** wordt de specialist ouderengeneeskunde van de instelling voor geriatrische revalidatiezorg of de revalidatiearts geconsulteerd door de transferconsulent.
- De transferconsulent geeft **voorlichting** aan de patiënt en mantelzorger over de geriatrische revalidatiezorg en wat men daar van behandeling verwachten. De transferconsulent gaat na of de patiënt en mantelzorger alle informatie hebben begrepen en laat een folder en contactinformatie van de transferconsulent achter voor het geval dat de patiënt en mantelzorger nog vragen hebben.
- **Twee keer per week is een opnameconsulent van de geriatrische revalidatiezorg aanwezig op het transferpunt** om potentiële GRZ patiënten te bezoeken in het kader van triage en informatievoorziening, en om in het geval van twijfel aan geschiktheid voor GRZ van een cliënt met medewerkers van het transferpunt overleg te plegen.

Ketenzorgafspraken

Transfer naar geriatrische revalidatiezorg

- Indien door zorgverleners op de afdeling onjuiste informatie over geriatrische revalidatiezorg aan patiënten wordt gegeven, wordt er **terugkoppeling** aan desbetreffende zorgverleners gegeven door medewerkers van het transferpunt.
- De patiënt wordt minimaal een dag voor ontslag door de transferconsulent op uniforme wijze **overgedragen** aan de instelling voor geriatrische revalidatiezorg.
- Op het moment van ontslag uit het ziekenhuis is er een medicijnlijst, medische, verpleegkundige en paramedische **overdracht beschikbaar** voor de zorgprofessionals van de instelling voor geriatrische revalidatiezorg. Daarnaast krijgen patiënten een Actueel Medicatie Overzicht (AMO) mee.
- Indien de overdracht op de dag van opname binnen de instelling voor geriatrische revalidatiezorg niet aanwezig is, wordt **telefonisch** contact gezocht met de desbetreffende discipline van het ziekenhuis en wordt de overdracht alsnog aangevraagd.
- **Fysiotherapeuten** van het ziekenhuis en fysiotherapeuten van de instelling voor geriatrische revalidatiezorg hebben telefonisch contact met elkaar indien onduidelijkheden of bijzonderheden in de overdracht voorkomen.
- De **zorgpadcoördinatoren evalueren** regelmatig met de betrokken partijen of het triageproces, de overdracht en de transfers (begeleiding patiënten) naar tevredenheid van de betrokken partijen verloopt. Indien dit niet het geval is, nemen de zorgpadcoördinatoren het initiatief tot het zoeken van oplossingen in nauw overleg met de betrokkenen.
- Halfjaarlijks vindt een **zorgpadoverleg** plaats tussen de transferconsulenten van het ziekenhuis, het opnamebureau van de instelling voor geriatrische revalidatiezorg en een vertegenwoordiger van de specialisten ouderengeneeskunde binnen de instelling voor geriatrische revalidatiezorg. Doel van dit overleg is het bespreken van de stand van zaken van triage en overdracht, van eventuele verbeterpunten en het optimaliseren van de samenwerking tussen de twee partijen.

Ketenzorgafspraken

Geriatrische revalidatiezorg

- Bij iedere patiënt die opgenomen wordt binnen de instelling voor geriatrische revalidatiezorg wordt een **assessment** uitgevoerd om te bepalen wat de intensiteit van de behandeling en verwachte opnameduur zal zijn.
- Patiënten kunnen na opname in de geriatrische revalidatiezorg deelnemen aan een **informatie-bijeenkomst**. Tijdens deze bijeenkomsten wordt informatie gegeven over de betrokken disciplines binnen de revalidatiebehandeling, de rol van de specialist ouderengeneeskunde en de mogelijkheid tot betrokkenheid van mantelzorgers tijdens therapie.
- Er wordt door zorgverleners in samenspraak met cliënten een **cliëntplan** opgesteld. In dit plan wordt beschreven wat cliënten willen bereiken tijdens opname in de geriatrische revalidatiezorg. Daarnaast wordt in dit plan beschreven welke disciplines betrokken zijn bij de zorg en behandeling van de cliënt, wie de hoofdbehandelaar is en wat de te verwachte ontslagdatum is.
- De zorg en behandeling binnen de instelling voor geriatrische **revalidatiezorg is integraal en multidisciplinair** van aard en afgestemd op de specifieke hulpvraag van de patiënt. De patiënt en diens mantelzorger krijgen zoveel mogelijk de **eigen regie** over de behandeling.
- De voortgang van revalidatie van de patiënt wordt minimaal 2 maal besproken in een **multidisciplinair overleg (MDO)**. Deze MDOs worden zowel voor- als nabesproken met patiënt en (indien gewenst) mantelzorger. Indien nodig, kan op basis van een MDO in samenspraak met patiënt en mantelzorger het zorg- en behandelplan worden aangepast. Naar gelang de situatie van de patiënt dit verlangt zullen deze MDO's vaker dan 2 maal plaatsvinden.
- De zorgpadcoördinatoren dragen er zorg voor dat de behandeling steekproefsgewijs met patiënten en mantelzorgers wordt **geëvalueerd** en koppelen eventuele verbeterpunten terug naar de zorgprofessionals.
- De patiënt en mantelzorger worden binnen een week van opname op de hoogte gebracht van de **voorlopige ontslagdatum** van de patiënt.

Ketenzorgafspraken

Transfer naar de thuissituatie

- De **thuissituatie** van de patiënt wordt in kaart gebracht door (indien nodig) een huisbezoek en adviezen voor aanpassingen zoals beugels of trapliften worden met patiënt en/of mantelzorger besproken.
- Cliënten en mantelzorgers ontvangen een **ontslaggesprek** met een zelfzorgcoach. Tijdens dit gesprek wordt besproken welke zorg een patiënt nodig heeft na ontslag, wordt besproken dat cliënten na ontslag altijd zelf het initiatief mogen nemen tot contact met de huisarts indien hier behoefte aan is, en welke mogelijkheden er zijn voor mantelzorgondersteuning.
- **Thuiszorg** wordt 3-5 werkdagen voor ontslag van de patiënt door de instelling voor geriatrische revalidatiezorg aangevraagd bij de door de patiënt gewenste thuiszorgorganisatie.
- De **verpleegkundige overdrachten** naar de thuiszorgorganisaties worden verstuurd volgens het gestructureerde overdrachtsformulier in bijlage I, gebaseerd op richtlijnen overdracht van V&VN en op gegevens aangedragen door de betreffende thuiszorgorganisaties.
- Indien de patiënt dit wenst of indien de complexiteit van de situatie van de patiënt hierom vraagt zal door de **thuiszorgorganisaties een intake** worden verzorgd binnen de instelling voor geriatrische revalidatiezorg.
- De **verpleegkundige overdracht en medicatieoverdracht** worden 3 dagen voor de dag van ontslag naar de huisarts of Praktijkondersteuner Huisarts (POH) Ouderenzorg van de desbetreffende cliënt gefaxt.
- De **medische overdracht** wordt op de dag van ontslag verstuurd. Naast het versturen van de medische overdracht wordt **telefonisch contact** gelegd met de huisartsenpraktijk van de patiënt.
- Het **recept voor medicatie** wordt op of voor de dag van ontslag naar de apotheek van de patiënt gefaxt, waarna de patiënt en/of mantelzorger de medicatie kan laten thuisbezorgen of kan afhalen. Daarnaast krijgen patiënten een Actueel Medicatie Overzicht (AMO) mee naar huis.
- In de **overdracht naar de huisarts / POH Ouderenzorg** staat vermeld welke paramedische zorg geadviseerd wordt door de professionals van de instelling voor geriatrische revalidatiezorg.

Ketenzorgafspraken

Transfer naar geriatrische revalidatiezorg

- De **paramedische overdrachten** worden met de patiënt meegegeven. Hierbij wordt duidelijk aan de patiënt gecommuniceerd dat men een eigen verantwoordelijkheid heeft voor het inschakelen van de paramedische zorg.
- Indien de patiënt dit wenst of indien de complexiteit van de situatie van de patiënt hierom vraagt zal in de instelling voor geriatrische revalidatiezorg advies worden gegeven over het inschakelen van een **geriatisch fysiotherapeut** in de eerste lijn.
- Indien verblijf binnen de GRZ instelling niet meer noodzakelijk is maar multidisciplinaire zorg wel, dan kan de patiënt thuis **ambulante nazorg** door paramedici uit de GRZ instelling ontvangen. Dit kan enkel na, en aansluiten aan opname met verblijf binnen de GRZ. Ambulante nazorg moet multidisciplinair zijn (betrokkenheid van minstens 2 disciplines) en wordt gemiddeld voor een duur van 3 tot 6 weken aangeboden.
- Indien na ambulante nazorg nog eerstelijns zorg (zoals fysiotherapie of ergotherapie) nodig is wordt er door de fysiotherapeut of ergotherapeut die de ambulante nazorg heeft uitgevoerd **contact opgenomen met de eerstelijns fysiotherapeut of ergotherapeut** om de patiënt op een juiste manier over te dragen.
- De **zorgpadcoördinatoren evalueren** regelmatig met de betrokken partijen of de overdracht en de transfers (begeleiding patiënten) naar tevredenheid van de betrokken partijen verloopt. Indien dit niet het geval is, neemt de zorgpadcoördinator het initiatief tot het zoeken van oplossingen in nauw overleg met de betrokkenen.
- Minimaal eens per jaar vindt een **ketenoverleg** plaats tussen betrokkenen in de geriatrische revalidatiezorg en betrokken eerstelijns zorgaanbieders. Doel van dit overleg is het bespreken van de stand van zaken de overdracht, bespreken van eventuele verbeterpunten en het optimaliseren van de samenwerking tussen de instelling voor geriatrische revalidatiezorg en de eerstelijns zorgaanbieders. Indien de situatie erom vraagt zal dit ketenoverleg frequenter plaatsvinden.

Ketenzorgafspraken

Thuisituatie

- **Indien geen tijdige overdracht** naar huisarts/POH Ouderenzorg en/of thuiszorgorganisaties is verstuurd wordt dit door hen teruggekoppeld naar de betrokkenen binnen de instelling voor geriatrische revalidatiezorg.
- De **huisarts of POH Ouderenzorg vraagt na bij de patiënt** of hij of zij de geadviseerde zorg ontvangt zoals overgedragen. Indien dit niet het geval is wordt nagegaan wat de reden hiervan is.
- Thuiszorgmedewerkers gaan eveneens na of de patiënt de **geadviseerde (paramedische) zorg** krijgt zoals vermeld in de overdracht. Indien ze dit niet ontvangen wordt nagegaan wat de reden hiervan is.
- Eerstelijns fysiotherapeuten noteren bijzonderheden over de patiënt eveneens in het **zorgdossier voor thuiszorgmedewerkers**.
- De POH Ouderenzorg of wijkverpleegkundige treedt op als **casemanager** van de patiënt en bewaakt achteruitgang van gezondheid.

Referenties

1. Nederlandse Zorgautoriteit. Transitie geriatrische revalidatiezorg van AWBZ naar Zvw 2012.
2. Zorgverzekeraars Nederland. Inkoopgids Geriatrische Revalidatiezorg 2014.
3. Zorgzwaartepaketten sector V&V versie 2014.
4. Actiz. Handreiking Zorgverzekeringswet. Contracteerjaar 2013. Actiz, 2012.
5. Singer. Leidraad Geriatrische Revalidatie Zorg. Leiden: 2013.
6. Verenso. Triageinstrument Geriatrische Revalidatiezorg. Utrecht: Verenso, 2013.

Bijlage 1 | Overdracht formulier Verpleging & Verzorging

Persoonsgegevens			
Voorletters		Burgerlijke staat	
Achternaam		BSN-nummer	
Geslacht		Huisarts	
Geboortedatum		Apotheek	
Adres + huisnummer		Zorgverzekeraar	
Postcode + plaatsnaam		Polisnummer	
Telefoonnummer		Thuiszorgorganisatie	

Invullen indien patiënt de woning met iemand deelt			
Voorletters		Achternaam	
Geslacht		Relatie	

Contactpersoon			
Voorletters	Achternaam	Telefoonnummer	Relatie

Opnamegegevens	
Datum opname	Van t/m
Reden opname	
Opname verloop	
Ziektegeschiedenis	
Allergieën	

Beperkingen	
Motorisch	
Cognitie	

Benodigde zorg		
Persoonlijke verzorging		
Verpleegkundige handelingen	Eindverantwoordelijk huisarts	Eindverantwoordelijk medisch specialist Naam Specialisme Ziekenhuis
Geïndiceerde behandelaren		
Verpleegkundige materialen	Aanwezig	
	Nog bestellen	
Verzorgingshulpmiddelen en/of aanpassingen	Aanwezig	
	Nog bestellen	
Zelfzorgdoelen	☐ Ja ☐ N.v.t.	
Bijzonderheden/overige zaken		
Kennismaking met thuiszorgcoördinator gewenst voor ontslag	☐ Ja ☐ Nee	

Datum	
Ingevuld door	



Maastricht UMC+



beter
oud



www.academischewerkplaatsouderenzorg.nl

Voor nadere informatie over dit document en voor suggesties ten aanzien van het document kunt u contact opnemen met:

Jolanda van Haastregt of Irma Everink

Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg
p/a Maastricht University
Vakgroep Health Services Research - DUB 30
Postbus 616
6200 MD Maastricht

Telefoon: +31(0)43 - 38 81570 of 3881703
j.vanhaastregt@maastrichtuniversity.nl
i.everink@maastrichtuniversity.nl



www.academischewerkplaatsouderenzorg.nl
Volg ons op Twitter via @ouderenzorgZLim