



Uitwisselen van
informatie tussen
huisarts en **specialist**
ouderengeneeskunde

Laego

Landelijke Adviesgroep EerstelijnsGeneeskunde voor Ouderen

verenSo
specialisten in
ouderengeneeskunde

Inhoud

Inleiding	2
Doel	3
Informatie van huisarts naar specialist ouderengeneeskunde	4
Informatie van specialist ouderengeneeskunde naar huisarts	5
Digitale dossiervoering	6
Literatuur	7
Bijlagen	
Bijlage 1 Voorbeeld consultatiekaart	8
Bijlage 2 Voorbeeld brief specialist ouderengeneeskunde aan huisarts	10

Colofon

Dit is een uitgave van Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters. Deze publicatie is tot stand gekomen met medewerking van mevrouw J.M. (Nettie) Lensink, specialist ouderengeneeskunde en namens Laego mevrouw dr. A. W. (Annet) Wind, huisarts en kaderhuisarts ouderengeneeskunde.

Uitgave

(c) Verenso, 2014

Ontwerp

Het Lab grafisch ontwerpers, BNO Arnhem

Disclaimer

Alles uit deze uitgave mag met bronvermelding gebruikt worden voor publicatie. Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden de auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend. Onjuistheden en/of suggesties voor verbeteringen kunt u doorgeven aan Verenso.

Inleiding

Het NHG-Standpunt *Huisartsgeneeskunde voor ouderen (2007)* geeft de huisarts de regierol in de zorg voor de oudere patiënt met complexe problematiek. Het beveelt aan dat de huisarts zelf consultatiemogelijkheden initieert met de specialist ouderengeneeskunde. Het consulteren van een specialist ouderengeneeskunde kan bijdragen aan effectievere zorg voor ouderen die thuis wonen. Dit komt de kwaliteit van de zorg ten goede. Indicaties voor consultatie door de specialist ouderengeneeskunde worden gegeven in bijlage 1.

Deze samenwerking vergt een goede uitwisseling van informatie. Om die reden is door de kaderartsen specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn (in samenwerking met Verenso en Laego) deze publicatie opgesteld.

Deze publicatie is gebaseerd op de richtlijn *Informatie-uitwisseling HASP (NHG, 2008)* en de richtlijn *Informatie-uitwisseling huisarts – 2^e lijns GGZ (2011)*.

Doel

Het doel van de publicatie is het bevorderen van efficiënte en eenduidige communicatie tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde.

Als we kijken naar de samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde dan is het duidelijk dat beide partijen behoefte hebben aan gerichte informatie op het juiste moment. Deze informatie bestaat uit een kernachtige boodschap gevolgd door aanvullende informatie in de bijlagen. Hiermee wordt bereikt dat de belangrijkste informatie de meeste aandacht krijgt, terwijl aanvullende informatie ook beschikbaar is.

Figuur 1 geeft een overzicht weer van belangrijke momenten in het zorgproces, waarbij de zorgverleners aandacht dienen te hebben voor de informatiebehoefte van de ander.



Toelichting bij de informatiemomenten van figuur 1

0. Bij urgentie vindt telefonisch overleg plaats - gevolgd door stap 1.
1. De huisarts verwijst patiënt door naar specialist ouderengeneeskunde – consultvraag.
2. Na het consult geeft de specialist ouderengeneeskunde een terugkoppeling aan de huisarts. Indien er sprake is van een traject waarbij de specialist ouderengeneeskunde langer betrokken is, informeert hij de huisarts bij veranderingen in het medisch beleid en bij afronding van het traject.
3. Als een patiënt een dagbehandeling bezoekt zal de specialist ouderengeneeskunde na het eerste multidisciplinair overleg (MDO) en daarna bij veranderingen (minimaal 1x per jaar) de huisarts informeren.
4. De specialist ouderengeneeskunde informeert de huisarts wanneer de patiënt ontslagen wordt, bijvoorbeeld na revalidatie, kortdurend verblijf of crisisopname. Bij voorkeur vindt aankondiging van ontslag plaats vóór de ontslagdatum. Bij het ontslag volgt een brief met beloop en adviezen.
5. De huisarts wordt door de specialist ouderengeneeskunde geïnformeerd indien een patiënt binnen een jaar na opname in het verpleeghuis overlijdt.

Informatie van huisarts naar specialist ouderengeneeskunde

De richtlijnen maken gebruik van de onderdelen envelop, kern en bijlagen. Deze worden ook in deze publicatie gehanteerd. Hieronder treft u een beknopte omschrijving van de inhoud van deze onderdelen aan.

Envelop

- administratieve en logistieke gegevens van de patiënt (NAW gegevens);
- naam en contactgegevens van de contactpersoon en de relatie tot de patiënt (van belang als patiënt niet zelf in staat is afspraken te maken);
- contactgegevens huisarts (NAW gegevens);
- gegevens ziektekostenverzekering (verzekeraar, polisnummer).

Kern

- de vraagstelling voor het consult (zo specifiek mogelijk);
- vermelding of de vraag een eenmalig consult, diagnostiek, een kortdurende medebehandeling of overname van de behandeling betreft;
- relevante medische voorgeschiedenis;
- relevante informatie over het reeds ingezette beleid en/of onderzoek;
- vermelding in hoeverre de patiënt/contactpersoon op de hoogte is van de gemaakte afspraken;
- mate van urgentie van de vraag;
- de gewenste wijze van terugkoppeling.

Bijlage

- de uitgebreide probleemlijst;
- het medicatie-overzicht;
- eventueel aanwezige recente uitslagen van aanvullend (laboratorium- of beeldvormend) onderzoek;
- relevante volledige specialistenbrieven (met name geriater, neuroloog).

Informatie van specialist ouderengeneeskunde naar huisarts

De specialist ouderengeneeskunde zorgt ervoor dat de huisarts binnen enkele dagen na het verzoek om een consultatie een bevestiging ontvangt. De specialist ouderengeneeskunde ziet binnen twee weken de patiënt (thuis). Binnen twee weken na het consult ontvangt de huisarts de verslaglegging (retourbrief) van de specialist ouderengeneeskunde.

De volgorde van de rubrieken in de retourbrief houdt rekening met de ontvanger. De driedeling – envelop, kern, bijlage – komt tegemoet aan de wens van de huisarts om in de 'kern' snel de conclusie en de door de huisarts te leveren zorg te vinden. Voor de specialist ouderengeneeskunde betekent dit veelal een wijziging in zijn systematiek. Het gaat er om eerst de eindconclusie en de gewenste nazorg te formuleren (kern) en dan de onderbouwing in de bijlagen.

Envelop

De envelop bevat dezelfde informatie als de verwijfsbrief: de NAW gegevens van patiënt en diens behandelaar.

Kern

In de kern komt de reden van de verwijfziging met daarin de:

- terugkoppeling van het consult, met herhaling van de vraagstelling; kort en bondig de bevindingen uit het lichamelijk onderzoek en (hetero-)anamnese;
- terugkoppeling na MDO dagbehandeling;
- ontslag – na revalidatie, kortdurend verblijf, crisisopname;
- conclusie (kort en bondig beschreven);
- behandelvoorstel (concreet) met verantwoordelijke per actie: huisarts, specialist ouderengeneeskunde, verzorgend personeel, patiënt of mantelzorger;
- bij ontslag na het revalidatietraject wordt ook in de kern opgenomen: reden van opname, eventuele intercurrente aandoeningen en/of andere belangrijke zaken tijdens de opname, adviezen aan de huisarts.

Bijlagen

In de bijlagen beschrijft de specialist ouderengeneeskunde overige relevante zaken zoals:

- uitgebreide analyse van de anamnese (en hetero-anamnese);
- uitgebreide bevindingen van het lichamelijk onderzoek;
- relevante ontwikkelingen tijdens opname;
- aanvullend onderzoek en eventueel inschakelen paramedici bij diagnostiek;
- zorgbehandelplan (SFMPC);
- medicatieoverzicht bij ontslag.

Digitale dossiervoering

De specialist ouderengeneeskunde maakt bij voorkeur gebruik van een elektronisch patiëntendossier (EPD) dat voldoet aan het Verenso-programma van eisen. Dit EPD voorziet in een koppeling met het informatiesysteem van de huisartsen (Huisartsen InformatieSysteem (HIS) of een andere applicatie) in de eigen regio en de ziekenhuizen waarmee wordt samengewerkt.

Wanneer dat (nog) niet mogelijk is wordt aanbevolen gebruik te maken van de digitale correspondentie-mogelijkheden en digitale verwijzmodules (voorbeelden zijn ZorgMail en Zorgdomein) waar (het merendeel van) de professionals en instanties in de eigen regio gebruik van maken. Als een specialist ouderengeneeskunde niet beschikt over systemen voor digitale dossiervoering, correspondentie of verwijzing zal de uitwisseling van informatie via brieven of per fax moeten plaatsvinden. Hiermee ontstaat wel een risico op ongewenste vertraging en fouten bij invoering.

Literatuur

- Position Paper Landelijke Huisartsen Vereniging Hervorming langdurige zorg, LHV 2014.
- Notitie Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde, de mogelijkheden van consultatie, LHV Midden Nederland, 2012.
- Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts – 2e lijns GGZ (2011)
- MCCE-werkafspraken over consultatie specialist ouderengeneeskunde, 2011.
- Richtlijn Informatie-uitwisseling HASP (NHG, 2008).
- Het consulteren van een specialist ouderengeneeskunde, Praktische informatie voor de huisarts, LHV, Verenso, NHG.

Voorbeeld consultatiekaart

Met toestemming overgenomen van:



Consultatie door de specialist ouderengeneeskunde

Verwijzing

De huisarts verwijst via secretariaat behandeling en begeleiding Zorgpartners Midden-Holland.

Tel:

Fax:

Binnen één werkdag is er contact met de specialist ouderengeneeskunde.

Aanleveren voor verwijzing

Personalialia, contactgegevens mantelzorger, voorgeschiedenis, anamnese, lichamelijk onderzoek, medicatie en vraagstelling.

Mogelijkheden voor consultatie

Enkelvoudig consult

- Telefonisch
- Aan huis
- Poliklinisch (locatie verpleeghuis)
- (periodiek) Structureel spreekuur in huisartsenpraktijk
- Visite bij patiënt aan huis

Medebehandeling

Tijdelijke interventie thuis (vaak multidisciplinair) met als doel langer thuis wonen mogelijk te maken of functioneren en/of welbevinden te verhogen.

- Intake en advies
- Waar gewenst verwijzen naar en inzetten van multidisciplinair team
- Aansturen van multidisciplinair team
- Multidisciplinair overleg

Duur interventie: maximaal 8 weken. *Bij dementie kan de huisarts direct verwijzen naar Tandem.*

Rapportage van de specialist ouderengeneeskunde

Enkelvoudig consult

- Brief en/of telefonisch contact

Medebehandeling

- Brief met voorstel behandelplan
- Telefonisch contact over praktische invulling
- Verslaglegging in dossier Zorgpartners Midden-Holland
- Bij afsluiting medebehandeling brief

Indicaties voor consultatie door de specialist ouderengeneeskunde

- 1. Mobiliteitsproblemen en verminderde zelfredzaamheid**
 - Analyse: somatische en cognitieve aspecten
 - Transferproblemen en onbegrepen achteruitgang mobiliteit
 - Advies over in te zetten zorg/(multidisciplinaire) behandeling
- 2. Functionele problemen en onbegrepen toename van zorgbehoefte**
 - Advies over analyse en therapie bij complexe problematiek
 - Advies en instructie mantel- en thuiszorg
- 3. Probleemanalyse bij multiple pathologie**
 - Onderscheiden somatische en cognitieve aspecten of samenhang (delier)
- 4. Dementie, geheugenproblemen en verwardheid**
 - Diagnostiek, analyse, medicatie, gedragsproblematiek en interventiemogelijkheden
- 5. Apathie en depressie, stemmingsstoornissen in het algemeen**
 - Diagnostiek en adviezen nadere analyse, begeleiding en mogelijke interventies
- 6. Agitatie, achterdocht of afwerend gedrag**
 - Analyse en relatie met stemming, cognitie of somatiek
 - Advisering begeleiding, behandeling en informeren mantelzorg
- 7. Late gevolgen van het CVA (waaronder verwerking van de handicap)**
 - Analyse en behandeling bij functionele en/of cognitieve problemen
 - Hypertonie, contracturen, inadequate hulpmiddelen, pijnklachten, neglect, slikstoornissen
- 8. Andere chronisch neurologische aandoeningen (MS, M. Parkinson)**
 - Analyse en advies over specifiek diagnosegebonden problematiek.
 - Mobiliteit, mantelzorg, (zorg)prognostiek, contractuurpreventie, incontinentie, cognitie
- 9. Palliatieve/terminale zorg (in de thuissituatie)**
- 10. Vragen inzake medische beslissingen bij wilsonbekwaamheid**
 - Beoordelen van wilsbekwaamheid of advies daarover
 - Hoe om te gaan met BOPZ: verblijf, vrijheidsbeperkende maatregelen, (medicamenteuze) fixatie en vooral ook alternatieven daarvoor
- 11. Advies medisch beleid/intentie van behandeling en medicatiebeleid**
 - Wel - of niet behandelen, dilemma's daarbij, levenseindeproblematiek
 - Advies en informatie over te verwachten beloop bij nalaten/uitvoeren van behandeling, inclusief daarbij passende palliatieve mogelijkheden
- 12. Advies verblijfsindicatie of zorgvorm**
- 13. Polyfarmacie**
- 14. Valproblemen**

Voorbeeld brief specialist ouderengeneeskunde aan huisarts

Geachte heer/mevrouw,

Datum:

Betreft:

Geachte collega,

Op XXX zag ik in consult uw patiënt XXX

Reden van consult:

Adviseren ten aanzien van zorg- en interventiemogelijkheden in actuele thuissituatie alsmede de toekomstige zorgbehoefte en bijpassend woonadvies.

Conclusie:

1. M. Parkinson; optimaal ingesteld op medicatie. Redelijke mogelijkheid tot bevorderen van de mobiliteit met vermindering van valgevaar.
2. Mobiliteit onvoldoende ondersteund door passende hulpmiddelen. Spierkracht is bijkomende factor bij vit D tekort (meneer komt niet meer buiten).
3. Houdingsproblematiek en contractuur linker arm secundair aan M. Parkinson en interfererend met functionaliteit en slikken.
4. Slikstoornissen en speekselvloed bij M. Parkinson.
5. Mogelijk cognitieve problemen, komt tijdens consult adequaat over.

Door bovengenoemde problemen is de zorgbehoefte groot. Deze zal zonder interventie toenemen, waarbij verpleeghuisopname onontkoombaar is. Meneer wil echter graag thuis blijven wonen.

Advies:

Om de huidige thuissituatie te verbeteren in de zin van veiligheid en zorgbehoefte zijn de volgende acties aan te bevelen:

1. Gezien bestaan binnenshuis suppletie vitamine D (opladen en onderhoud), afhankelijk van calciuminname via voeding al of niet met calcium.
2. Multidisciplinaire interventie in dagbehandeling met de volgende aandachtspunten:
 - FT: Lopen, balans, hulpmiddel daarbij, conditie, armfunctie (links) en houding
 - ET: Woonsituatie, adviseren thuiszorg, ADL training waar mogelijk, houding
 - Logo: Slikfunctie en eventueel in overleg met diëtiste advies consistentie
 - Psycholoog (indien observatie dat ondersteunt): evalueren cognitie.
3. Neuroloog eventueel inschakelen voor medicatieadvies (afhankelijk van bevindingen en resultaten bij MD therapie).

De multidisciplinaire interventie zal een tijdelijk karakter hebben. Meneer geeft aan hier erg voor te voelen. Wij zullen dan ook een indicatie voor hem aanvragen. Aansluitend kan bezien worden of er nog interesse en indicatie is voor dagopvang en/of onderhoudstherapie in de thuissituatie.

Voorgeschiedenis:

M. Parkinson

DVT

Recent opname interne in verband met dehydratie en vermoeden gastro-enteritis, tevens UWI en blaasretentie, waarvoor CAD.

(Hetero) anamnese:

POH en thuiszorg melden dat meneer in een ruime en in de winter slecht verwarmde woning woont. Thuiszorg, inclusief tweemaal per nacht nachtzorg, is ingeschakeld. Veranderen van woonsituatie heeft hij tot nu toe van de hand gewezen.

Meneer geeft aan te beseffen dat, als het niet meer zou gaan thuis, hij naar een verpleeghuis zou moeten. Dat wil hij niet. Wel wil hij beter kunnen lopen.

De ADL worden geheel overgenomen. Douchen gebeurt niet meer aangezien dat op de bovenverdieping moet gebeuren. Meneer komt nauwelijks buiten. Een hulpmiddel voor het lopen heeft hij nu niet. Hij had een rollator, maar kon daar niet mee om gaan.

Verzorging zegt dat hij hen altijd herkent, ook als ze een tijdje weg zijn geweest. Weet dat dan ook altijd te benoemen. Toch treffen ze hem ook wel eens verward of gedesoriënteerd aan. Meneer is bekend met M. Parkinson en is in 2011 voor het laatst bij de neuroloog geweest.

Of de vochtintake adequaat is, is niet geheel duidelijk. Wel zijn er slikstoornissen.

Lichamelijk onderzoek:

Bij binnenkomst is thuiszorg aanwezig. Meneer is gevallen en ligt op de grond, naast zijn bed, met een klein wondje op het hoofd. Hij reageert adequaat, onduidelijk waarom hij nog niet om de thuiszorg gebeld had.

Met hulp komt hij op de rand van het hoog-laag bed dat in de kamer staat. De zitbalans is goed, maar meneer neigt met het hoofd erg naar links-voor. Er is wat speekselvloed.

Aan de armen beiderzijds stijfheid en licht tandrad, links meer uitgesproken dan rechts.

De linkerarm kan niet geheel gestrekt worden en er bestaat een contractuur van dig 3-5 (ca. 90 graden in MCP).

Extremiteten: draagt lubberende steunkousen, er is geen oedeem, intact circulatie.

Kan zelfstandig tot staan komen van laag bed! Het draaien is vervolgens niet veilig door onbalans en freezing.

Medicatie:

Comtan 200 mg 4 dd 1

Madopar 125 mg 4 dd 1

Ferrofumaraat 200 mg 2 dd 1

Quetiapine 25 mg 1 dd 1 a.n.

Lactulose

Met vriendelijke groet,

XXX

Specialist ouderengeneeskunde



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