

Regionale Transmurale Afspraak Medische Zorg voor Ouderen



Deelnemende partijen*

De RTA wordt gedragen door de regionale huisartsenorganisaties, ziekenhuizen en VVT-instellingen die lid zijn van [RSO Trijn](#) en de regionale apothekersorganisatie Midden Nederland.

Status: Definitief	Looptijd: 1-1-2024 – 1-1-2026	Eigenaar: Trijn	Beheerder: RTA coördinator Trijn Mathilde Moree m.moree@rsotrijn.nl
Versie: 2.0			
Wijze van publicatie: Websites partijen, Trijn website	Evaluatiedatum: 1-1-2025	Verantwoordelijke: Annemarie Sprengers, kaderhuisarts ouderen HUS	E-mailadres contactpersoon: a.sprengers@gezondsgu.nl

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Inleiding	3
1. Huisarts	4
Tabel 1. Aandachtspunten anamnese, LO en aanvullend onderzoek en aanvullende diagnostiek	4
2. Specialist Ouderengeneeskunde (SO)	6
2.1 Consultatie van de Specialist Ouderengeneeskunde	6
2.2 Aanvullende diagnostiek en behandeladvies	7
Tabel 2. Overzicht van richtlijnen diagnostiek bij probleemgebieden	7
2.3 Overname hoofdbehandelaarschap door Specialist Ouderengeneeskunde	7
3. Medisch specialist	10
3.1. Consultatie van een klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde	10
3.2. Verwijzen naar klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde	11
3.3. Aanvullende diagnostiek en behandeling door geriater/internist ouderengeneeskunde	12
Tabel 3. Overzicht aanvullende diagnostiek en behandeling medisch specialist	13
3.4 Afspraken voor behandeling bij een spoed opname of geplande opname	14
3.5 Terugverwijzen van geriater, internist ouderengeneeskunde of andere specialist naar huisarts	14
4. Berichtgeving	15
4.1. Berichtgeving bij verwijzing naar medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde	15
4.2. Berichtgeving bij terugverwijzing van medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde naar huisarts	15
Bijlage 1 Contactpersonen voor RTA Medische zorg voor ouderen	17
Bijlage 2 Specialisten ouderengeneeskunde in regio Utrecht	19

Inleiding

Voor u ligt de Regionale Transmurale Afspraak (RTA) Ouderen van het Transmuraal Platform 'Trijn'. Deze afspraak is tot stand gekomen in afstemming met (kader)huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en specialisten in het werkgebied van Trijn (zie bijlage 1). Het doel van de RTA is het uniformeren van afspraken tussen de eerste en tweede/derde lijn met betrekking tot de **diagnostiek, behandeling, consultatie, (terug)verwijzing en berichtgeving**. Deze RTA vormt daarmee de basis voor medisch inhoudelijke en organisatorische afspraken ten behoeve van samenwerking in de regio Utrecht. Het betreft een levend document, kleine aanpassingen kunnen tijdens de looptijd door de RTA-coördinator worden verwerkt.

Bij de beschrijving is uitgegaan van landelijke richtlijnen en standaarden vanuit de beroepsgroepen. Waar mogelijk wordt daarnaar verwezen. Het is van belang dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment krijgt. Er wordt daarom uitgegaan van het stepped care principe: in de eerste lijn (huisarts-specialist ouderengeneeskunde) waar het kan en in de tweede/derde lijn (medisch specialist) waar het moet. In de praktijk is, afhankelijk van lokale situaties, overlap aanwezig tussen de activiteiten van de klinisch geriater en de specialist ouderengeneeskunde. Deze RTA kan dat niet in zijn geheel wegnemen.

Bij twijfel of de kwetsbare oudere patiënt met geheugenproblemen naar de specialist ouderengeneeskunde danwel naar de tweede lijn verwezen moet worden kan het stroomschema 'diagnostiek bij vermoeden dementie' gevolgd worden (zie [Schema Netwerk-Ketenzorg v1 \(dementie-utrecht.nl\)](#) en [2023-okt-Werkproces-beschrijving-Diagnostiek-naar-dementie-3-1.pdf \(dementie-utrecht.nl\)](#)). Daarnaast is het zinvol om een specialist ouderengeneeskunde tijdig te consulteren bij kwetsbare ouderen met gestage achteruitgang in het functioneren, of als het u niet zal verbazen wanneer uw patiënt binnen een jaar niet meer zelfstandig in de eigen woonomgeving kan functioneren. De specialist ouderengeneeskunde beschikt over minder diagnostische middelen, daarom is bij een plotselinge knik in het functioneren, bij een diagnostische hulpvraag waarbij bijvoorbeeld aanvullend onderzoek of beeldvorming nodig is, een verwijzing naar poli geriatrie/ouderengeneeskunde in de tweede lijn geïndiceerd. Bij twijfel over de verwijzing is overleg met een specialist ouderengeneeskunde of geriater/internist-ouderengeneeskunde uiteraard altijd mogelijk.

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

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

Aan deze werkafspraken is ook de Regionale Werkafspraken: Verpleegkundige overdracht kwetsbare ouderen regio Utrecht toegevoegd (bijlage 3). In deze werkafspraken zijn afspraken gemaakt over de verpleegkundige overdracht bij opname en ontslag van kwetsbare ouderen in het ziekenhuis naar de thuissituatie.

1. Huisarts

De huisarts kan bij toename kwetsbaarheid of acute verslechtering screenend een oudere in kaart brengen volgens de zorgprogramma's ouderenzorg vanuit de zorggroepen. Hierbij wordt gekeken naar de 4 dimensies (somatisch, psychisch, functioneel en sociaal) om een compleet beeld te vormen. De huisarts en POH werken bij kwetsbare ouderen samen met een multidisciplinair team. In dit team zitten onder andere thuiszorg, casemanager dementie (indien sprake van dementie) en specialist ouderengeneeskunde. Het kan aangevuld worden met paramedici (fysiotherapie, ergotherapie), een psycholoog en medewerkers uit het sociaal domein.

Het is belangrijk dat er aandacht is voor proactieve zorgplanning (advance care planning, ACP) bij (kwetsbare) ouderen. Dit kan in het dossier vermeld worden onder ICPC A20. Hierbij wordt ook tijdens een verwijzing duidelijk dat er over het levenseinde gesproken is. Hierin is het belangrijk om geldende afspraken vanuit de zorggroepen te volgen.

Bij multimorbiditeit, polyfarmacie, probleem gedrag bij dementie dan wel beoordeling in kader van de WZD kan de SO in consult worden gevraagd.

In tabel 1 is een overzicht gegeven van de aandachtspunten voor de huisarts bij anamnese, lichamelijk onderzoek (LO) en aanvullend onderzoek bij de verschillende probleemgebieden. Het tweede deel van de tabel bevat aanvullende diagnostiek die de huisarts in kan zetten. De X staat voor wat per probleem geadviseerd wordt om te doen. Uiteraard is van belang om de geldende richtlijnen (NHG) hierin te volgen.

Tabel 1. Aandachtspunten anamnese, LO en aanvullend onderzoek en aanvullende diagnostiek

Aandachtspunten	Algehele fysieke achteruitgang	Vallen	Cognitieve achteruitgang (acute verwardheid/delir)	Cognitieve achteruitgang (dementie)
Anamnese en heteroanamnese: <i>Aandacht voor geriatric giants (vallen, incontinentie, ondervoeding, depressie, delir, duizeligheid en acute afgenomen zelfredzaamheid, sociale situatie, proactieve zorgplanning)</i>	X Zie ook zorgprogramma's regio organisaties	Gericht op orthopedische, neurologische en cardiale oorzaken van een val en omgevingsfactoren. Specifiek aandacht voor valangst (zie tabel hieronder)	Volgens NHG Richtlijn Delir	Volgens NHG Richtlijn Dementie
Lichamelijk onderzoek: <i>Aandacht voor cognitie/stemming,</i>	X	X		

<i>voedingstoestand, mobiliteit, visus/gehoor, bloeddruk en pols</i>				
Aanvullend onderzoek: Geriatrisch lab* en urine	X	X		
Aanvullende diagnostiek op indicatie	Algehele fysieke achteruitgang	Vallen	Cognitieve achteruitgang (acute verwardheid/delir)	Cognitieve achteruitgang (dementie)
Medicatiebeoordeling (Volgens NHG Richtlijn Polyfarmacie)	X	X Volgens richtlijn Medicatiebeoordeling door apotheker	Volgens NHG Richtlijn Delir	Volgens NHG Richtlijn Dementie
Valanalyse		X, indien: presentatie naar aanleiding van een acute val; twee of meer valincidenten in het afgelopen jaar; een val in het afgelopen jaar in combinatie met een mobiliteitsprobleem, wegraking of een verhoogd fractuurrisico https://www.veiligheid.nl/sites/default/files/2023-10/Infographic%20Ketenaanpak%20Valpreventie.pdf		
DEXA X-wervelkolom		X, indien een recente fractuur X op indicatie Zie NHG richtlijn Fractuurpreventie		
Schoeisel/voetproblemen		X		

*Geriatrisch lab: BSE, HB/HT, leucocyten (op indicatie), gluc, natrium, kalium, calcium (op indicatie), creatinine, ALAT (op indicatie), TSH, Alb, vit B12, vit D3 (op indicatie)

2. Specialist Ouderengeneeskunde (SO)

2.1 Consultatie van de Specialist Ouderengeneeskunde

Bij consultatie van de SO blijft de huisarts hoofdbehandelaar.

Er zijn 4 consultatiemogelijkheden:

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

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

1. Diagnostiek cognitieve stoornissen > 70 jaar en bij twijfel diagnostiek door specialist ouderengeneeskunde of specialist. Zie stroomschema op [Schema Netwerk-Ketenzorg_v1 \(dementie-utrecht.nl\)](#) en informatie voor huisarts en verwijzer [2023-okt-Werkproces-beschrijving-Diagnostiek-naar-dementie-3-1.pdf \(dementie-utrecht.nl\)](#).
2. Vragen bij dementie: gedragsproblemen, medicatievragen, gevaar, Wet zorg en dwang, wilsbekwaamheid, euthanasie.
3. Behandelplan optimaliseren in thuissituatie vanwege achteruitgang of knik in functioneren bij chronische somatische/neurologische aandoeningen.
4. Advance care planning vanwege achteruitgang of knik in functioneren en twijfel over juiste opnameplek (ziekenhuis, herstellzorg, langdurige zorg)
5. Indicatiestelling voor revalidatiezorg (GRZ / Wlz 9b)
6. Zorgmijders die wel professionele hulp nodig hebben verwijzen voor casemanagement (NB: ernstige zorgmijders naar Altrecht verwijzen)

Verwijzing verloopt via ZorgDomein. Bij een spoedvraag eerst telefonisch overleg met de specialist ouderengeneeskunde alvorens te verwijzen.

Medebehandelaarschap:

Een deel van de behandeling kan in overleg met de huisarts door de SO worden overgenomen in de vorm van medebehandeling. Dit is afhankelijk van mogelijkheden en financiering. Binnen de regio wordt dit nog nader uitgewerkt. Zie voor specifieke situaties de handreiking van de LHV:

<https://www.lhv.nl/product/handreiking-samenwerking-huisarts-en-specialist-ouderengeneeskunde/>

2.2 Aanvullende diagnostiek en behandeladvies

Diagnostiek vindt over het algemeen plaats in het multidisciplinair team. Dit heet op veel plaatsen Mobiel Geriatrisch Team (MGT) of Ambulant Geriatrisch Team (AGT). Afhankelijk van locatie zitten hierin: SO, psycholoog, paramedici, casemanager dementie. Diagnostiek wordt gevolgd door multidisciplinair behandeladvies en evt. indicatiestelling voor verwijzing, behandeling of begeleiding ter optimalisering van de thuissituatie. Reeds verrichte diagnostiek bij de huisarts wordt in principe niet herhaald. Tijdens de consultatie kan gebruik worden gemaakt van de richtlijnen/handreikingen zoals in tabel 2 wordt beschreven.

Tabel 2. Overzicht van richtlijnen diagnostiek bij probleemgebieden

Diagnostiek	Algehele fysieke achteruitgang	Vallen	Cognitieve achteruitgang (acute verwardheid/ delier)	Cognitieve achteruitgang (dementie) >65 jaar
Geriatrisch Assessment	X	X	X	X
NHG standaard Delier			X	X
NHG standaard Dementie				X
Handreiking Dementie				X
Beoordeling probleemgedrag			X	X

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

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

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

2.3 Overname hoofdbehandelaarschap door Specialist Ouderengeneeskunde

Opname verpleeghuis

SO neemt het hoofdbehandelaarschap van de huisarts over wanneer een patiënt definitief wordt opgenomen binnen een Wlz instelling waar de SO hoofdbehandelaar is.

- *Crisisopname*: Huisarts kan patiënt via ZorgDomein aanmelden voor een crisisopname via het Zorg Coördinatie Centrum (ZCC).
- *Reguliere opname*: Indien een patiënt een Wlz-indicatie heeft, is de VVT-instelling waar de patiënt ingeschreven staat klanthouder. Deze is verantwoordelijk voor het zoeken van een verpleeghuisplek.

Tijdelijke overname hoofdbehandelaarschap

In de volgende gevallen neemt de SO tijdelijk het hoofdbehandelaarschap van de huisarts over: Eerstelijns verblijf (ELV) opname, geriatrische revalidatiezorg (GRZ) of opname onder een Wlz 9b.

- *ELV opname*: Een patiënt met hoog-complexe problematiek¹ wordt opgenomen voor kortdurende opname in het verpleeghuis, waarbij de SO hoofdbehandelaar is. Bij een patiënt met laag-complexe problematiek² blijft huisarts hoofdbehandelaar en consulteert de SO. Zie hiervoor afwegingsinstrument ELV: <https://www.lhv.nl/product/afwegingsinstrument-elv/>. Aanmelding verloopt via het ZCC. Huisarts kan via ZorgDomein hiervoor een verwijzing maken.
- *GRZ opname*: Bij een GRZ opname is er sprake van multidisciplinaire behandeling onder regie van een SO. GRZ is intensieve complexe revalidatiezorg. Voor indicatiestelling van een GRZ opname is een comprehensive geriatric assessment (CGA) nodig. Dit CGA kan vanuit het ziekenhuis (tot 5 werkdagen na ontslag, zogenoemde 'spijtoptanten') door de klinisch geriatr / internist ouderengeneeskunde uitgevoerd worden. In de thuissituatie wordt dit door de SO uitgevoerd. Huisarts kan via ZorgDomein hiervoor een verwijzing maken.
- *Wlz 9b*: Een patiënt die gebruik maakt van een Wlz-indicatie of waarbij een Wlz-indicatie voorliggend is en die tijdelijk geriatrische revalidatiezorg nodig heeft komt in aanmerking voor een Wlz 9b. SO kan hierover adviseren.

Wanneer de patiënt naar huis wordt ontslagen wordt het hoofdbehandelaarschap weer door de huisarts overgenomen.

¹ ELV hoog complex geeft zorg en behandeling. Bij de patiënt is sprake van meerdere, elkaar beïnvloedende aandoeningen en/of beperkingen. Patiënt is door een kwetsbare gezondheid zorgafhankelijk en heeft tijdelijke intensieve zorg, begeleiding en persoonlijke verzorging nodig. SO neemt de behandeling over. Bij ELV Hoog complex is er maar 1 paramedische behandelaar betrokken.

² ELV laag complex geeft alleen zorg. Hierin zit geen behandeling. De patiënt heeft een enkelvoudige aandoening en/of beperking die een bedreiging vormt/vormen voor de gezondheid van de patiënt
 Warme, professionele zorg direct in de nabijheid, met de huisarts op de achtergrond is voldoende.

3. Medisch specialist

Voor een overzicht van contactpersonen per ziekenhuis voor deze RTA, zie bijlage 1.

3.1. Consultatie van een klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde

Bij consultatie blijft de huisarts hoofdbehandelaar van de patiënt.

Er zijn twee consultatiemogelijkheden:

1. Telefonische consultatie
2. Teleconsultatie via Zorgdomein

- Dienstdoende klinisch geriater **Diakonessenhuis**

Maandag t/m vrijdag 8:30-17:00 uur en zaterdag-zondag 9:00-15:00 uur

Telefoonnummer: **088 2505439**

- Dienstdoende klinisch geriater/internist-ouderengeneeskunde **St. Antoniusziekenhuis:**

Maandag t/m vrijdag 08:00-17:00. ANW dienstdoende interne geneeskunde via centrale.

Telefoonnummer: **088 3200488**

- Dienstdoende klinisch geriater/internist-ouderengeneeskunde **UMCU:**

Maandag t/m vrijdag 8:00-20:00 uur en zaterdag-zondag 8:30-18:30 uur

Telefoonnummer: **0031650124846**

In het **Diakonessenhuis** (locatie Zeist) bestaat voor huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde de mogelijkheid om (fysiek of digitaal) deel te nemen aan het MDO geheugenpoli en het MDO van de klinische afdeling. Vooraf aanmelden is mogelijk via secretariaatouderengeneeskunde@diakhuis.nl.

Voorbeelden van consultatie:

- Advies bij een delier of gedragsproblemen bij dementie.
- Medicatievragen bij multimorbiditeit of (hyper)polyfarmacie.
- Advies over wel/niet opname in een ziekenhuis of poliklinische verwijzing bij een oudere (70+).
- Advies over diagnostiek/aanvullend onderzoek/behandeling bij knik in acute verwardheid/cognitieve achteruitgang/vallen/knik in functioneren.
- Advies voor regievoering bij multimorbiditeit.
- Advies over palliatief of terminaal beleid of vragen over euthanasie.

Verwijscriteria:

UMCU:

Voorrangscriteria:

- **Second opinions** na eerdere beoordeling door een ander ziekenhuis.
- Verdenking op dementie op **jonge leeftijd** (<70 jaar).
- Patiënten met (verdenking op) de **ziekte van Fahr**. Zie website UMCU
- Valanalyses waarbij analyse middels een **tilt-tafel-test** gewenst is.
- Patiënten die actief behandeld worden door andere specialisten in het UMCU.
- Patiënten die in aanmerking (willen) komen voor **wetenschappelijk onderzoek**.

St. Antoniusziekenhuis:

Voor de poliklinische verwijzingen gelden er geen specifieke verwijscriteria (conform de RTA) of aandachtsgebieden.

Diakonessenhuis:

Geen specifieke verwijscriteria.

Aandachtsgebieden:

- Klinische afdeling ouderengeneeskunde (locatie Zeist).
- Ervaring met diagnostiek van dementie bij ouderen met een niet-westerse migratie achtergrond.
- [Spreekuur voor ouderen met kanker](#)

3.2. Verwijzen naar klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde

Poliklinische behandeling: huisarts blijft hoofdbehandelaar behalve voor het specifieke probleem van de verwijzing.

Klinische opname: de geriater/internist ouderengeneeskunde is hoofdbehandelaar en neemt alle zorg gedurende de klinische opname over.

Een verwijzing van een oudere (70+) verdient specifieke aandacht, let daarbij op:

- De specifieke wensen van de patiënt.
- De comorbiditeit.
- De problemen op de psychische/functionele/sociale as.
- De levensverwachting.
- Proportionaliteit van de verwijzing, de specifieke wensen, passende zorg en ACP (advance care planning).
- Bij voorkeur laagdrempelig overleg met de specialist om zo de patiënt direct de meest passende zorg te kunnen bieden.

- De huisarts informeert de patiënt over wat hij aan medische zorg van het ziekenhuis kan verwachten en dat de patiënt in principe weer naar huis gaat tenzij dit niet mogelijk blijkt te zijn.
- Als een patiënt niet verschijnt wordt de huisarts hierover geïnformeerd.

Verwijsredenen:

- Medische noodzaak waarvoor een beoordeling op een SEH of opname in het ziekenhuis nodig is. *Alleen het Diakonessenhuis en het UMCU hebben een klinische afdeling geriatrie/ouderengeneeskunde.*
- Er is noodzaak tot medisch specialistisch aanvullend onderzoek of behandeling welke alleen in het ziekenhuis kan plaatsvinden.

Voorbeelden van situaties waarvoor verwezen kan worden:

- Knik in functioneren: onduidelijke oorzaak, geen effect ingezette behandeling, kans op herstel en wens tot diagnostiek.
- Vallen: onduidelijke oorzaak, snelle achteruitgang, geen effect van ingezette behandeling.
- Acute verwardheid: onvoldoende onderzoeks- en behandelmogelijkheden, onduidelijke oorzaak, onvoldoende effect van ingestelde behandeling, patiënten met Parkinson of Lewy Body dementie.
- Cognitieve stoornissen: diagnostiek naar type dementie, diagnostiek bij taalbarrière, ernstige gedragsproblemen, dementie op jonge leeftijd (<70 jaar), snelle progressie, actieve maligniteit, verdenking FTD (frontotemporale dementie) / LBD (Lewy Body dementie) / Parkinsondementie.
Bij focale neurologische uitval: overweeg verwijzing neurologie.
Eventueel kan in minder complexe gevallen verwezen worden naar de specialist ouderengeneeskunde (SO).

3.3. Aanvullende diagnostiek en behandeling door geriater/internist ouderengeneeskunde

- Reeds verrichte diagnostiek bij de huisarts wordt in principe niet herhaald.
- De geriater/internist ouderengeneeskunde verricht altijd een Comprehensive Geriatric Assessment (CGA): [richtlijn CGA](#).
- Een beoordeling door de geriater/internist ouderengeneeskunde wordt in 4 assen beschreven:
 - Somatisch: actuele somatische problemen
 - Psychisch: beschrijving cognitie, delier(risico), stemming, angst, slapen, intoxicaties.
 - Functioneel: beschrijving mobiliteit/vallen, intake/gewicht, ADL/IADL, visus/gehoor, incontinentie.
 - Sociaal: beschrijving professionele hulp, niet professionele hulp (mantelzorg), huisvesting.

Tabel 3 geeft een overzicht van welke aanvullende diagnostiek en behandelingen men kan verwachten bij verwijzing naar de medisch specialist.

Tabel 3. Overzicht aanvullende diagnostiek en behandeling medisch specialist

	Knik in functioneren	Vallen	Acute verwardheid	Cognitieve stoornissen
Anamnese en lichamelijk onderzoek naar oorzaken en risicofactoren	✓	✓ Richtlijn: valincidenten	✓ Richtlijn: delier	✓ Richtlijn: dementie
Hetero-anamnese	Op indicatie	Op indicatie	✓	✓
Medicatie check Richtlijn: polyfarmacie bij ouderen	✓	✓	✓	✓
Lab onderzoek	✓	✓	✓	✓
Urinesediment	✓	Op indicatie	✓	Op indicatie
X-thorax	Op indicatie	Op indicatie	✓	Op indicatie
ECG	Op indicatie	✓	✓	Op indicatie
Beoordeling door paramedici (fysio/diëtist/ergotherapeut)	Op indicatie	✓ Fysio (mobiliteit/balans/spierkracht/conditie)	Op indicatie	Op indicatie (bv ADL check)
Beeldvorming (CT / MRI hersenen)	Op indicatie	Op indicatie	Op indicatie (laagdrempelig)	Op indicatie (laagdrempelig)
Neuropsychologisch onderzoek (NPO)	Op indicatie	Op indicatie	Op indicatie	Op indicatie
Overig aanvullend onderzoek (bv liquor punctie, PET scan, beenmerg)	Op indicatie	Op indicatie	Op indicatie	Op indicatie
Behandeling	Volgens (lokale) richtlijn	Volgens (lokale) richtlijn	Volgens (lokale) richtlijn	Volgens (lokale) richtlijn
Follow up poliklinisch	Op indicatie	Op indicatie	Op indicatie (voor analyse cognitie en voorlichting delierrisico)	• Autorijden wordt besproken • Starten / niet starten choline-esteraseremmer wordt besproken + vervolgspraken • Bij diagnose MCI: retour poli na 1 jaar • Verwijzend arts en medisch specialist stemmen onderling vervolgspraken af

3.4 Afspraken voor behandeling bij een spoed opname of geplande opname

Bij spoed opname of geplande opname gelden dezelfde afspraken als voor de consultatie en de poliklinische verwijzing.

Daarnaast gelden de afspraken zoals gemaakt in de Regionale Werkafspraken Verpleegkundige Overdracht Kwetsbare Ouderen (zie bijlage 3):

- Screening op kwetsbaarheid.
- Bespreken van onderzoek, behandeling en advance care planning met patiënt en diens naaste.
- Ontslagplanning (overzicht mogelijkheden en afspraken over ontslag naar ELV/GRZ/WLZ).
- Tijdige en volledige berichtgeving bij ontslag, conform de HASP-richtlijn: [HASP richtlijn](#).
- Wanneer er sprake is van vallen wordt in het ontslagbericht vanaf de SEH een advies gegeven om een valanalyse uit te voeren.

UMCU:

Patiënten die niet per se opgenomen hoeven te worden in het UMCU zullen laagdrempelig worden uitgeplaatst naar het St. Antoniusziekenhuis of het Diakonessenhuis.

Diakonessenhuis:

Opname op de geriatrie/ouderenafdeling (locatie Zeist) kan ook direct vanuit thuis of vanuit het verpleeghuis zonder tussenkomst van de SEH. Voor opgenomen patiënten op de geriatrie/ouderenafdeling (locatie Zeist) geldt altijd een niet-reanimeren beleid.

3.5 Terugverwijzen van geriater, internist ouderengeneeskunde of andere specialist naar huisarts

- Na terugverwijzing is de huisarts weer hoofdbehandelaar.
- De huisarts neemt het behandeladvies over en verzorgt zo nodig verwijzingen naar andere disciplines (bv naar casemanager of MGT).
- Bij advies valanalyse kan de huisarts ervoor kiezen deze zelf uit te voeren, te verwijzen naar een specialist ouderengeneeskunde (SO) of te verwijzen naar de valpoli van een van de ziekenhuizen.
- Indien nodig kan de zorg in de 1^e lijn gedeeld worden met de specialist ouderengeneeskunde (SO) en kan deze medebehandelaar zijn. Huisarts blijft hoofdbehandelaar. Zie hiervoor handreiking LHV: [handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde](#).

4. Berichtgeving

4.1. Berichtgeving bij verwijzing naar medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde

Verwijzing gaat volgens de HASP richtlijn. Zie: [Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts en specialist \(nhg.org\)](https://richtlijngegevensuitwisseling.huisarts-en-specialist.nl/nhg.org).

Specifieke aandacht (conform pagina 31 en 32 van de HASP richtlijn) bij ouderen:

- Vermelden van het psychogeriatrisch onderzoek (MMSE/klok/etc.)
- Vermelden van behandelbeperkingen/behandelgrenzen

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

De (medisch) specialist (ouderengeneeskunde) stuurt een brief na het eerste consult en een (voorlopige) ontslagbrief bij terugverwijzing naar de huisarts, voor of op moment van ontslag (maar binnen 24 uur) voor de klinisch opgenomen patiënt of bij GRZ opname. Ontslagbericht vanuit polikliniek volgt binnen 5 dagen.

Overdracht van specialist gaat vergezeld van verpleegkundige- en medicatie-overdracht (incl. uitkomst assessment en ingezette zorg) volgens Regionale werkafpraak verpleegkundige overdracht kwetsbare ouderen (zie bijlage 3). Deze berichtgeving wordt voor ontslag met de patiënt en bij voorkeur mantelzorger doorgenomen. De huisarts deelt de berichtgeving met de praktijk- en/of wijkverpleegkundige en/of casemanager dementie (t.z.t. via digitale overlegtafel). De berichtgeving voldoet aan de HASP richtlijn* (herziening medio 2017).

Bij complexe, kwetsbare ouderen vindt een warme (telefonische) overdracht plaats tussen medisch specialist en huisarts. Hetzelfde geldt voor een warme overdracht tussen afdelingsverpleegkundige en verpleegkundige in de eerste lijn volgens Regionale Werkafspraken Verpleegkundige Overdracht Kwetsbare Ouderen (zie bijlage 3).

Aangezien medicatie gerelateerde problemen na ontslag een veelvoorkomend probleem is wordt de medicatie na ontslag door de ziekenhuisapothek volgens geldende afspraken verwerkt en gecommuniceerd naar de eigen thuisapothek (openbare apothek) van de patiënten. Indien het om een patiënt met medicijnrol gaat worden de medicatieopdrachten door de (medisch) specialist (ouderengeneeskunde) op de in het ziekenhuis afgesproken werkwijze naar de eigen thuisapothek (openbare apothek) van de patiënt gestuurd. Dat gaat om start, stop of wijzigingsrecepten inclusief AMO.

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

De schriftelijke overdracht vindt plaats volgens de HASP richtlijn.

Specifieke aandacht bij ouderen:

- Behandelgrenzen/behandelbeperkingen (conform pagina 47 van de HASP richtlijn)
- 4-assige conclusie

*NHG HASP richtlijn:

<https://www.nhg.org/themas/artikelen/richtlijn-informatie-uitwisseling-tussen-huisarts-en-specialist-bij-verwijzingen>

Samenvattingskaart:

https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/final_hasp_kaart_dec_2017_web.pdf

Bijlage 1 Contactpersonen voor RTA Medische zorg voor ouderen

Organisatie	Naam	Functie	Contactgegevens
HUS	Annemarie Sprengers	Kaderhuisarts Ouderen	a.sprengers@gezondsgu.nl
RegiozorgNU	Eugenie Hodes	Kaderhuisarts Ouderen	e.hodes@mcmaarssendorp.nl
RegiozorgNU	Marjon Oude Ophuis	Kaderhuisarts Ouderen	m.oudeophuis@huisartsenmontfoort.nl
UNICUM	Nicolien Ploos van Amstel	Kaderhuisarts Ouderen	n.vanamstel@wildemansteeg.nl
UMC Utrecht	Robert van den Broek	Internist ouderengeneeskunde	r.h.a.vandenbroek-7@umcutrecht.nl 088-7570166
Diakonessenhuis Utrecht	Richard Faaij	Klinisch geriater	r.faaij@diakhuis.nl 088-2509802
St. Antonius Ziekenhuis	Simone Jong	Internist ouderengeneeskunde / Klinisch geriater	s.jong@antoniusziekenhuis.nl 088 3202403
Warande	Maaïke Posthouwer	SO / Kaderarts eerste lijn	m.posthouwer@warandeweb.nl
Careyn	Hanneke van de Sandt	SO	h.vandesandt@careyn.nl

Zorgspectrum	Joes Meens	Eerste geneeskundige / Kaderarts revalidatie	j.meens@zorgspectrum.nl
Zorgspectrum	Anda Adolphi	SO / Kaderarts eerste lijn i.o.	a.adolphi@zorgspectrum.nl
Regionale apothekersorganisatie Midden Nederland	Kim van den Berge	Apotheker	k.vandenberge@apotheekzenderpark.nl
Regionale apothekersorganisatie Midden Nederland	Chrysos Ballieux	Apotheker	cballieux@hotmail.com

Bijlage 2 Specialisten ouderengeneeskunde in regio Utrecht

Ouderengeneeskundig Netwerk Utrecht eerste lijn (ONUe)

Aangesloten organisaties: Careyn, Axion Continu, Zorgspectrum en De Rijnhoven

Contactgegevens SO's via website ONUe: <https://www.onue.nl/algemeen>

Ouderengeneeskundig Netwerk Zuid-Oost eerste lijn (ONZe)

Aangesloten organisaties: Accolade Zorg, Silverein, Zorggroep Charim, QuaRijn en Warande.

Contactgegevens SO's via website ONZe: <https://onze-ouderenzorg.nl/>

SO's Lekstroom

Gemeente	Organisatie	SO	Contactgegevens
Vianen	Zorgspectrum	Vera Louisse Winfried Vergeer	Secretariaat B&E: 030-6089880 behandeling@zorgspectrum.nl
Nieuwegein	Zorgspectrum	Vera Louisse Levien van Dillen Sophie van Daalen	Secretariaat B&E: 030-6089880 behandeling@zorgspectrum.nl
Houten	Zorgspectrum	Anda Adolphi	Secretariaat B&E: 030-6089880 behandeling@zorgspectrum.nl
Houten	Warande	Maike Posthouwer	030 – 692 8526 medisch.secretariaat@warandeweb.nl
IJsselstein & Lopik	AxionContinu	Sanne Kouwenhoven	Servicebureau (u kunt vragen naar Zorgbemiddeling Thuis):

			030 - 2822 277 zorgbemiddelingthuis@axioncontinu.nl
--	--	--	--