

NVKG - Leidraad Hervatten reguliere zorg voor kwetsbare ouderen



Disclaimer

Algemeen

Deze leidraad is opgesteld op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie in samenwerking met de Nederlandse Internisten Vereniging sectie Ouderengeneeskunde.

De kerngroep heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan de inhoud van dit standpunt, desondanks accepteert zij geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in dit document, voor enigerlei schade of voor andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van dit standpunt.

Copyright

Het gebruik van deze leidraad is bestemd voor leden van de NVKG en de NIV sectie Ouderengeneeskunde. De leidraad mag, ongeacht de verschijningsvorm, niet worden gewijzigd zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de makers.

Looptijd

Deze leidraad is geldig vanaf 29-5-2020.

Dit standpunt kan tussentijds worden bijgewerkt en/of gewijzigd. De meest actuele versie is de versie die staat op de website van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.



Inhoud

Samenstelling kerngroep	3
Inleiding en achtergrond	4
Doel	4
Uitgangspunt	4
Afbakening	4
Proces	4
Indeling naar urgentie na telefonische triage	5
Randvoorwaarden en uitdagingen	6
Financiering	7
Bijlage 1 Samenvattingskaart opschalen poliklinische zorg uit handreiking FMS	9
Bijlage 2 Verantwoording	10
Bijlage 3 Uitwerking processtappen	11
Bijlage 4 Advies Special Interest Group Dementie t.a.v. telefonisch consult analyse cognitieve stoornissen	13



Samenstelling kerngroep

Voor het ontwikkelen van deze leidraad is een kerngroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van relevante specialismen. De kerngroepleden zijn door hun beroepsverenigingen gemandateerd voor deelname.

Kerngroep

- Dr. C.M.J. van der Linden, klinisch geriater Catharinaziekenhuis, namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (voorzitter)
- Drs. A.J. Arends, klinisch geriater Maastricht Ziekenhuis, namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- Drs. E.A. Elbrecht, klinisch geriater Deventer Ziekenhuis, namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- Drs. I.S. Hilgeman, klinisch geriater Alrijne Ziekenhuis, namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- Drs. O.M. Smit, internist ouderengeneeskunde Zaanse Medisch Centrum, namens de Nederlandse Internisten Vereniging

Met ondersteuning van

- Drs. A.A. Lamberts, senior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten & Beleidsmedewerker Kwaliteit, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie



Inleiding en achtergrond

Vanwege COVID-19 is veel reguliere zorg afgeschaald, zo ook zorg voor kwetsbare ouderen. Dit document beschrijft hoe de zorg op basis van urgentie hervat en opgebouwd zou kunnen worden. Nationaal doen het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) uitspraken over grove verdeling van COVID-19-zorg, de Federatie Medisch Specialisten (FMS) streeft naar afspraken hoe de reguliere zorg ziekenhuisbreed (of voor meerdere specialismen) opgebouwd kan worden. Deze leidraad is gebaseerd op de Handreiking Opschalen poliklinische non-COVID zorg van de Federatie Medisch Specialisten. Zie voor de handreiking <https://www.demedischspecialist.nl/nieuws/handreiking-opstarten-poliklinische-zorg> en de samenvattingskaart van de handreiking in bijlage 1.

Doel

Het doel is de beschikbare capaciteit zo doelmatig mogelijk in te zetten, waarbij de prioriteit ligt bij de meest urgente patiënten. Deze leidraad beschrijft voor deze specifieke groep verwezen kwetsbare ouderen welke reguliere zorg op welke wijze hervat zou kunnen worden.

Uitgangspunt

Uitgangspunt is dat poliklinische zorg op basis van urgentie weer opgebouwd kan worden waarbij de meest acute zorg eerst wordt gestart en de minst acute zorg als laatste.

Afbakening

Dit document omvat de zorg voor poliklinische patiënten verwezen naar de klinisch geriater of de internist-ouderengeneeskunde. Deze leidraad omschrijft in eerste instantie de poliklinische geriatrie zorg gedurende de transitiefase. Zie ook de verantwoording in bijlage 2.

Proces

Het is van belang dat verwijzers gemakkelijk en laagdrempelig kunnen overleggen omdat zij goed de noodzaak van een spoed verwijzing kunnen inschatten. Overweeg daarom manieren om gericht verwijzen tot stand te brengen en de drempel tot verwijzen te verlagen door bereikbaarheid voor verwijzers anders of extra in te richten; bijvoorbeeld een inbelspreekuur voor huisartsen of mogelijkheden voor digitaal contact, bijvoorbeeld een online platform (FMS).

Maak naar verwijzers duidelijk voor welke indicaties en met welke urgentie categorieën verwezen kan worden en op welke manier de verwijzingen in behandeling genomen zullen worden. Maak ook duidelijk op welke wijze huisartsen kunnen overleggen over mogelijke verwijzingen.

Maak voorafgaand aan onderstaande processtappen een lijst van verwijzingen, waarbij de volgorde bepaald kan worden met behulp van schriftelijke triage van verwijsbrieven en datum van binnenkomst verwijzing.

De werkwijze valt onder te verdelen in drie stappen:

1. Telefonische triage

Dit gebeurt bij voorkeur door een klinisch geriater of internist-ouderengeneeskunde omdat die het beste in staat zijn op basis van beperkte informatie alarmsignalen te herkennen en urgentie in te schatten. Bij onvoldoende beschikbaarheid kan een VS, PA geriatrie of ervaren AIOS de telefonische triage doen.

Doelen van telefonische triage zijn:



- a. Patiënten indelen naar urgentie conform de categorieën beschreven in de volgende paragraaf.
- b. Inschatting maken of eerste polikliniekbezoek deels vervangen kan worden door telefonisch consult.

Maak na telefonische triage een overzicht van de aantallen patiënten in de verschillende urgentie categorieën om in combinatie met beschikbare capaciteit en randvoorwaarden te komen tot een planning van de vervolgstappen

2. Telefonisch consult in plaats van eerste polikliniekbezoek

Door klinisch geriater, internist ouderengeneeskunde, AIOS, VS, PA of verpleegkundige.

Doelen van telefonisch consult in plaats van eerste polikliniekbezoek zijn:

- a. Informatie, die telefonisch verzameld kan worden, verzamelen (om zo een later polikliniekbezoek te kunnen verkorten).
- b. Inschatten benodigd aanvullend onderzoek.
- c. Eventueel al eerste adviezen geven aan patiënt, mantelzorger en huisarts.
- d. Zo mogelijk beperken van het aantal professionals dat de patiënt ziet en het aantal mantelzorgers dat mee komt als patiënt eventueel naar de polikliniek komt.

3. Polikliniekbezoek

Het polikliniekbezoek zal voortborduren op de informatie die telefonisch verzameld is. Tijdens het polikliniekbezoek worden de nog ontbrekende elementen uit het CGA gedaan. Aanvullend onderzoek kan gepland worden na het telefonisch contact en zo meer specifiek op de noodzaak bij betreffende patiënt worden ingezet.

Voor stap 1 en 2 kan zo mogelijk ook beeldbellen worden gebruikt.

Verdere uitwerking van deze stappen in bijlage 3.

Indeling naar urgentie na telefonische triage

Schat urgentie in op basis van tijdsduur; binnen welke termijn het wenselijk is dat een patiënt poliklinisch gezien wordt om te verwachten schade te beperken:

- patiënt wordt binnen 1 week gezien (rood);
- patiënt wordt binnen 1 maand gezien (oranje);
- patiënt wordt binnen 3 maanden gezien (geel);
- patiënt kan na langer dan 3 maanden gezien worden (groen).

Algemeen: omschrijvingen in de tabel hieronder zijn bedoeld als leidraad. De uiteindelijke inschatting van urgentie is aan de degene die telefonische triage verricht.



Urgentie	Binnen 1 week	Binnen 1 maand	Binnen 3 maanden	Langer dan 3 maanden
Verwijsredenen				
Achteruitgang cognitie	Snelle cognitieve achteruitgang en/of dreigende crisis door probleemgedrag en/of zorgprobleem	Cognitieve stoornis met mogelijk somatische verklaring Verdenking op Lewy Body dementie		Diagnostische vraag zonder probleemgedrag of zorgprobleem
Verminderde mobiliteit/ vallen	Plotse achteruitgang mobiliteit en/of plotse toename valfrequentie	Langzame achteruitgang mobiliteit met vallen	Langzame achteruitgang mobiliteit met lage valfrequentie	
Algehele malaise / achteruitgang	Snelle achteruitgang met vermoeden ernstige somatiek en/of risico op functieverlies met te verwachten SEH-bezoek indien niet snel beoordeeld	Snelle achteruitgang met gewichtsverlies met verdenking ernstige somatiek (bijv. maligniteit)	Tweede opinies Beoordeling multimorbiditeit en polyfarmacie	

Voor poliklinische beoordeling voor complexe besluitvorming voorafgaand aan ingrijpende behandeling (bijvoorbeeld oncologische behandeling, TAVI, dialyse) zal in overleg met hoofdbehandelaar bekeken moeten worden wat de urgentie is. Voor deze patiënten is een telefonisch consult in plaats van eerste polibezoek wellicht mogelijk.

Randvoorwaarden en uitdagingen

- Het is van belang dat geldende maatregelen van het RIVM en de FMS worden gevolgd (onder andere Persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) en voldoende afstand in bijvoorbeeld de wachtkamer). Verder dient voldoende personeel beschikbaar te zijn voor deze zorg, rekening houdend met eventueel benodigde rust na een intensieve periode.
- Voor geriatrische patiënten die de polikliniek bezoeken verdient het de voorkeur zo mogelijk een begeleider mee te brengen.
- Mogelijkheden voor aanvullend onderzoek zullen afhankelijk zijn van lokale situatie.
- We moeten rekening houden met het feit dat bij telefonisch contact (in stap 1 en 2) andere vaardigheden en competenties nodig zijn en dat informatie misschien niet boven tafel komt.
- Door de COVID-19-pandemie en het anders inrichten van poliklinische zorg is er bij patiënten en zorgverleners mogelijk een drempel om polikliniekbezoek in te plannen dan wel aanvullende diagnostiek te verrichten. De effecten hiervan zijn nog onbekend.



- Het effect van beschreven werkwijze op kwaliteit van zorg, uitkomsten van zorg, patiënttevredenheid en tevredenheid van hulpverleners is onbekend. Wij adviseren dit te monitoren en evalueren.

Financiering

Voor telefonische triage (stap 1) is op dit moment geen financiering mogelijk.

Telefonisch consult in plaats van eerste polikliniekbezoek, met later fysiek vervolg, geaccordeerd door de NZa

Met de tijdelijke verruiming van de regels is het voor alle zorg (GER en NIV diagnose 090-096) gerechtvaardigd het eerste consult telefonisch te doen. Hierbij is het echter van belang dat de patiënt wel fysiek nog beoordeelt wordt voor die elementen die niet via de telefoon/beeldbellen/e-consult kunnen.

Verrichting-registratie

- Op de datum van het eerste telefonische consult: verrichting eerste polikliniekbezoek (190060)
- Op datum tweede contact (fysiek poliklinisch, afronding CGA): verrichting herhaal-polibezoeken (190013) + verrichting CGA (039577) op de datum van het eerste polikliniekbezoek

Indien de patiënt meer dan 90 dagen na het telefonisch consult (in plaats van eerste polikliniekbezoek) op de polikliniek gezien wordt, zal het eerste subtraject gesloten zijn. Het subtraject kan handmatig heropend worden om alsnog het CGA op de datum van het eerste polikliniekbezoek te registreren. In sommige systemen en afhankelijk van de lokale ziekenhuisafspraken kan dit wellicht niet meer mogelijk zijn. Er kan dan overwogen worden een DBC met als startdatum de datum van het polikliniekbezoek te openen.

Gezien bovenstaande regelgeving is het aan te raden het telefonisch consult in plaats van eerste polikliniekbezoek in te plannen volgens de uitkomsten van de telefonische triage (dus niet geruime tijd voordat het polikliniekbezoek plaats zal vinden).

Telefonisch consult in plaats van eerste polikliniekbezoek zonder later fysiek vervolg, geaccordeerd door de NZa

Alleen voor de beoordeling voor intensieve behandeling, zoals operaties of chemotherapie is het geoorloofd een CGA of CGA medebehandeling te registreren nadat het eerste consult telefonisch heeft plaats gevonden zonder dat een patiënt later fysiek hoeft te worden gezien. Dit geldt zolang de regels voor het eerste polikliniek bezoek verruimd zijn, zodat dit ook telefonisch mag plaatsvinden.

Verrichting-registratie

Op de datum van het eerste telefonische consult: verrichting eerste polikliniek bezoek (190060) + verrichting CGA (039577). Vervolgcontacten kunnen via de reguliere wijze worden geregistreerd.

Overweging: Vrijwel alle elementen van het CGA kunnen telefonisch worden bepaald in combinatie met de al beschikbare informatie uit het dossier. De voorgeschiedenis, het optimaliseren van polyfarmacie, het in kaart brengen van de functionaliteit, de sociale context, de psychische status van de patiënt en het lichamelijk functioneren en de behandelwensen kunnen allen telefonisch uitgevraagd worden. Zelfs screenende cognitieve testen zijn beschikbaar om een uitspraak te doen over het cognitief functioneren van een patiënt. Het enige stuk wat niet zonder face-to-face contact kan is het lichamelijk onderzoek. Dit is echter voor dit type polikliniek mogelijk van minder waarde, omdat dit al door de verwijzend collega specialist voor een groot deel is verricht waarbij



aangetekend moet worden dat dit veelal niet het geval is voor het neurologisch en psychiatrisch onderzoek. Over het registreren het CGA volledig telefonisch in het kader van zorg rond grote ingrepen vindt nog nader overleg plaats.

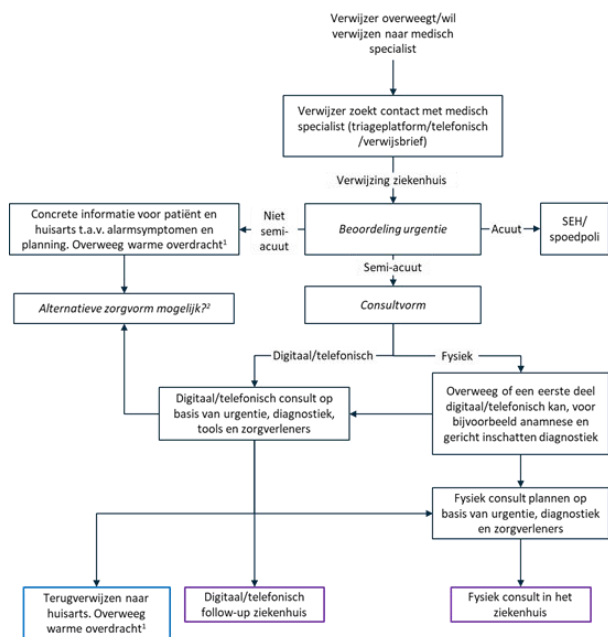


Bijlage 1 Samenvattingskaart opschalen poliklinische zorg uit handreiking FMS

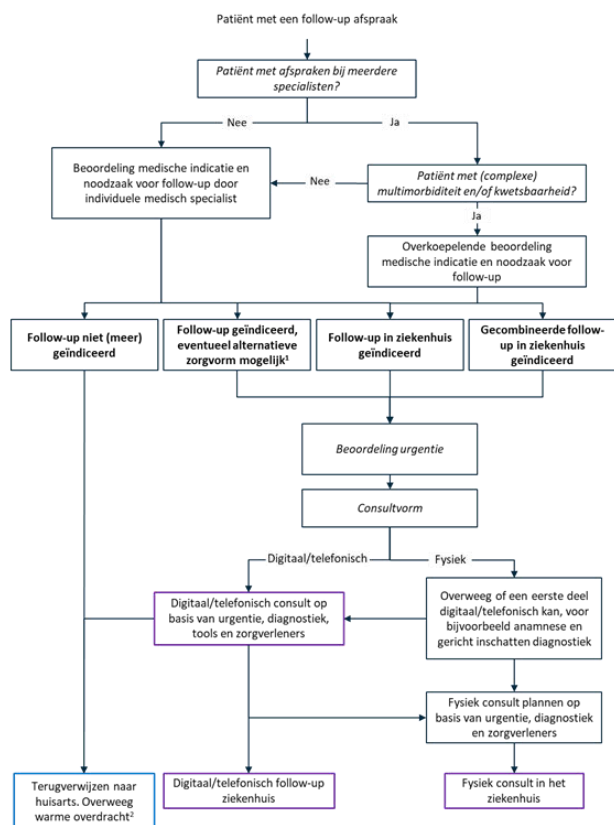
Samenvattingskaart Opschalen poliklinische non-COVID zorg

Zie voor A4-formaat stroomschema's de [bijlagen](#)

Stroomschema 1: verwijzer overweegt/wil verwijzen naar medisch specialist



Stroomschema 2: patiënt met een vervolgafpraak



1. Overweeg in aanvulling op een brief een warme overdracht, overleg indien gewenst over mogelijkheden van gezamenlijke opvang tijdens de uitstelfase.
2. Zie bijlage 4 mogelijkheden voor alternatieve zorgvormen voor meer informatie

Principes en randvoorwaarden voor het opschalen van poliklinische non-COVID zorg (zie 2)

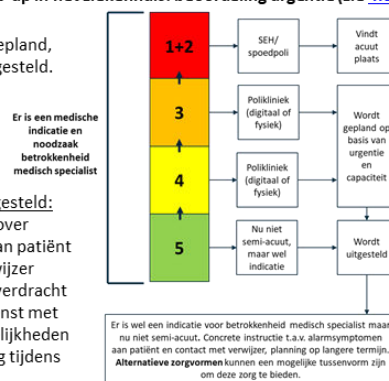
- Veilige zorg voor de patiënt en de zorgverlener
- Optimale landelijke spreiding COVID-zorg
- Onderscheid maken tussen acute zorg, zorg die **binnen 12 weken noodzakelijk is (semi-acute zorg)** en zorg die >12 weken uitstelbaar is
- Optimaal gebruik van capaciteit (poli en diagnostiek)
- Regionale aanpak, gebruik bestaande netwerken
- Voldoende diagnostische capaciteit
- Goede afspraken tussen eerste en tweede lijn met afspraken over bereikbaarheid en verwijzen
- Infectiepreventie (zie [informatie van het RIVM](#) en [leidraden van de FMS](#))
- Communicatie

Suggesties voor het intensiveren van het overleg tussen verwijzer en medisch specialist (zie 3)

- Aanbieden van één of meerdere extra telefoonnummers voor laagdrempelig overleg
- Gebruik van verwijs/online triageplatforms voor verwijzing en laagdrempelig overleg
- Afspreken vaste momenten voor telefonisch contact met (voor vakgebied) dienstdoende medisch specialist

Verwijzing naar/follow-up in het ziekenhuis: beoordeling urgentie (zie 4.1)

Inschatting urgentie:
welke zorg wordt ingepland,
welke zorg wordt uitgesteld.



Indien zorg wordt uitgesteld:

- Concrete instructie over alarmsymptomen aan patiënt en contact met verwijzer
- Overweeg warme overdracht
- Overleg indien gewenst met verwijzer over mogelijkheden gezamenlijke opvang tijdens uitstelfase

Suggesties voor inzet van digitaal/telefonisch consult (zie 4.2)

- Initieel digitaal/telefonisch consult kan ingezet worden als triage, beoordeling of patiënt ook verder via teleconsult behandeld kan worden
- Initieel digitaal/telefonisch consult kan ook als voorbereiding op een fysiek consult (anamnese/voorgeschiedenis/medicatie)
- Digitaal/telefonisch consult is niet direct minder arbeidsintensief dan een initieel fysiek consult
- Houd er rekening mee dat inzet van video- en teleconsulten ook gekoppeld is aan randvoorwaarden

Suggesties voor inzet van fysiek consult (indien noodzakelijk, zie 4.3)

Neem in elk geval de maatregelen in acht die nodig zijn om het risico op eventuele overdracht van het coronavirus te verlagen (zoals voorafgaand aan het consult uitvragen van mogelijk COVID-19 gerelateerde klachten).

Overige suggesties:

- Spreiden van policonsulten in plaats en/of tijd
- Bij meerdere consulten bij meerdere medisch specialisten: eerst noodzaak en vorm afstemmen
- Indicatie diagnostiek: bij voorkeur op dezelfde dag en aandacht voor evt. voorbereiding
- Overweeg patiënten pas in wachtkamer te laten komen als bezoek bij medisch specialist op korte termijn kan volgen en om begeleiders/familie/partners niet in de wachtkamer te laten wachten
- Overweeg gescheiden routes te maken voor aankomst/vertrek
- Overweeg telefonische/digitale bespreking uitkomst diagnostiek/behandelplan

Suggesties voor beoordeling medische indicatie en noodzaak follow-up (zie 5)

- Beoordeling indicatie follow-up door medisch specialist
- Bepaal voor patiënt met (complexe) multimorbiditeit en/of kwetsbaarheid prioriteit(en) van de behandeling(en) en afspraken in het ziekenhuis (optie: overkoepelende beoordeling, zie [bijlage 5](#))

Uitdagingen voor opschalen van poliklinische non-COVID zorg (zie 6)

Fysieke capaciteit, personele capaciteit en faciliteren van poliklinische zorg en alternatieve zorgvormen (zie [bijlage 4](#)) in deze periode.



Bijlage 2 Verantwoording

Op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie is een kerngroep samengesteld bestaande uit vier klinisch geriateren en een internist-ouderengeneeskunde. Taakopdracht van deze kerngroep was om te komen tot een leidraad waarin beschreven is welke reguliere zorg in tijden van COVID-19 hervat zou kunnen en moeten worden. Deze specifieke adviezen voor geriatrische zorg zijn gecombineerd met algemene adviezen van het RIVM en de FMS.

De kerngroep heeft vier keer vergaderd, vervolgens is de conceptleidraad voorgelegd aan betrokken wetenschappelijke verenigingen en overige organisaties (NHG, V&VN). Na een korte consultatieronde is de leidraad geautoriseerd door de NVKG en de NIV, en vervolgens online gepubliceerd op www.nvkg.nl.



Bijlage 3 Uitwerking processtappen

1. Telefonische triage

Veelal biedt een verwijzing van de huisarts onvoldoende informatie om urgentie goed te kunnen inschatten. De hulpvraag van de patiënt en of mantelzorger kan verschillen van die van de huisarts. Telefonische triage heeft de volgende doelen:

- patiënten indelen naar urgentie;
- inschatting maken of een telefonisch consult in plaats van eerste polikliniekbezoek mogelijk is;
- daarnaast kan telefonische triage inzicht verschaffen in de aantallen patiënten binnen de verschillende urgentie categorieën. Bijvoorbeeld t.b.v. inrichting van uw poliklinische agenda's, benodigde aantal medewerkers, informatie voor management of de Raad van Bestuur.

Maak voorafgaand aan onderstaande processtappen een lijst van verwijzingen, waarbij de volgorde bepaald kan worden door schriftelijke triage en datum van binnenkomst verwijzing.

Voorstel stappenplan uitvoering telefonische triage:

1a. Informatie uit verwijsbrief:

- verwijsreden;
- voorgeschiedenis en medicatie;
- eventuele extra informatie die u informatie geeft over de inschatting van de urgentie.

1b. Telefonisch contact met patiënt en/of mantelzorger (bij twijfel ook met verwijzer):

- hulpvraag van patiënt;
- vraag kort naar het huidig functioneren;
- vraag naar somatische alarmsymptomen;
- vraag naar snel ontstane functionele achteruitgang;
- vraag naar snel progressieve cognitieve achteruitgang;
- vraag naar somatische alarmsymptomen;
- vraag naar zorgproblematiek.

1c. Maak een inschatting of een telefonisch consult in plaats van eerste polikliniekbezoek mogelijk is:

- maak een eigen inschatting of een telefonisch consult in plaats van eerste polikliniekbezoek mogelijk is;
- bied patiënt en of mantelzorger een telefonisch consult in plaats van eerste polikliniekbezoek aan. Leg daarbij het doel en noodzaak van telefonisch eerste contact uit:
 - beperkte mogelijkheden van poliklinische bezoeken;
 - informatie telefonisch verzamelen;
 - uiteindelijk poliklinische contact verkorten;
 - inschatting van benodigde diagnostiek reeds telefonisch maken;
 - eerste adviezen na telefonisch eerste consult veelal mogelijk.
- Geef aan wat patiënt en/of mantelzorg moeten doen als klachten verergeren

1d. Triage:

- beoordeel op basis van de informatie de urgentie categorie van patiënt;
- beoordeel of het eerste consult telefonisch kan plaatsvinden en ook gewenst is;
- borg de triage in het EPD;
- beoordeel welke aanvullende diagnostiek wenselijk is.

Tijdsinvestering: telefonische triage zoals hierboven beschreven kost gemiddeld 10-20 minuten.



2. Telefonisch consult in plaats van eerste polikliniekbezoek

Het telefonisch consult in plaats van polikliniekbezoek heeft als doelen:

Zoveel mogelijk informatie voor het uiteindelijk CGA verzamelen zoals:

- review voorgeschiedenis en medicatie;
- inventarisatie van zoveel mogelijk anamnestiche en hetero anamnestiche gegevens.

Verder:

- inventarisatie of bepaalde (deel-)hulpvragen nu reeds beantwoord kunnen worden;
- beoordeling welke diagnostiek t.z.t op de polikliniek verricht moet worden;
- verdere triage van urgentie bepaling t.b.v. beoordeling op de polikliniek;
- verkorten van het polikliniekbezoek en daarmee:
 - de drempel bij de patiënt om naar het ziekenhuis te komen verlagen;
 - polikliniek op 1,5 meter inrichten;
- patiëntenstroom naar het ziekenhuis te verminderen;
- diagnostiek bij het (deels) hervatten van polikliniek sneller doen plaatsvinden;
- wachtlijst minder laten oplopen.

Uitvoeren telefonisch consult in plaats van polikliniekbezoek:

- gebruik informatie die reeds is verzameld bij de telefonische triage en verifieer of deze nog actueel is.
- voer het anamnese gesprek, zoals gewend, gericht op informatie zoals in het CGA omschreven;
- verricht een hetero-anamnese. Deze kan eventueel door een verpleegkundige of andere professional met competenties worden uitgevoerd;
- bij vermoeden cognitieve stoornissen: voer eventueel een telefonische cognitieve screening uit (TIC of 6 CIT), zie ook bijlage 4: Advies ten aanzien van het telefonisch consult analyse cognitieve stoornissen van de SIG dementie van de NVKG;;
- maak een decursus en maak conclusies op de 4 assen.

Afhandelen van een telefonisch consult in plaats van polikliniekbezoek:

- hanteer opnieuw een categorisering met welke urgentie poliklinische beoordeling moet plaatsvinden en borg dit in uw EPD;
- schrijf in uw dossier duidelijk op welke elementen van het CGA bij een polikliniekbezoek nog moeten plaatsvinden;
- vraag aanvullende diagnostiek aan (bijv. cognitief testonderzoek, laboratorium- of röntgenonderzoek) rekening houdend met lokale mogelijkheden;
- schrijf een poliklinische brief naar de huisarts;
- overweeg brief aan patiënt te schrijven bij telefonisch gegeven adviezen en of wanneer u inschat dat het voor de patiënt zinvol is.

Tijdsinvestering: een telefonisch consult in plaats van eerste polikliniekbezoek zoals hierboven beschreven kost gemiddeld 60-90 minuten.

3. Polikliniekbezoek

Het polikliniekbezoek zal voortborduren op de informatie die telefonisch verzameld is.

Tijdens het polikliniekbezoek worden de nog ontbrekende elementen uit het CGA gedaan.

Aanvullend onderzoek kan gepland worden na het telefonisch contact en zo meer specifiek op de noodzaak bij betreffende patiënt worden ingezet.



Bijlage 4 Advies Special Interest Group Dementie t.a.v. telefonisch consult analyse cognitieve stoornissen

Diagnostiek:

- Met betrekking tot de geriatrie geheugenpoli is een telefonisch consult* alleen ter analyse van een nieuwe patiënt met cognitieve stoornissen niet toereikend.

- De TICS-M (gemodificeerde versie) is in het Nederlands beschikbaar en gevalideerd¹. Dit is een screeningsinstrument. Het is niet mogelijk op basis van een TICS-M score (of ander screeningsinstrument) alleen een diagnose te stellen.

- Het telefonisch* verrichten van een vervolg-neuropsychologisch onderzoek is niet gevalideerd en niet wenselijk. Het is mogelijk een NPO poliklinisch uit te voeren met inachtneming van hygiënische voorschriften en 1.5m afstand. Zie hiervoor richtlijn van NIP².

- Indien het noodzakelijk is de poliklinische zorg te beperken kan de analyse cognitieve stoornissen worden opgedeeld in

1) een eerste telefonische consult* voor: anamnese, heteroanamnese, verificatie van voorgeschiedenis en medicatie, functionele en sociale anamnese en eventueel een telefonische cognitieve screening middels TICS-M of MoCA blind.

Gevolgd door

2) een poliklinische afspraak voor lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek en vervolg-neuropsychologisch onderzoek (en indien geïndiceerd beeldvormend onderzoek)

3) het uitslaggesprek vindt bij voorkeur in de spreekkamer plaats, gezien dit vaak een slechtnieuwsgesprek is.

Follow-up voor medicatie-controle:

- Dit kan telefonisch* plaatsvinden waarbij het verrichten van de volgende klinimetrie geadviseerd wordt: MOCA-blind, NPI, en analyse van de functionele status middels DAD of TOPICS-SF.

* hier kan ook 'consult via videobellen' worden gelezen.

Referenties

¹ van den Berg E, Ruis C, Biessels GJ, Kappelle LJ, van Zandvoort MJ. The Telephone Interview for Cognitive Status (Modified): relation with a comprehensive neuropsychological assessment. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2012;34(6):598-605. doi:10.1080/13803395.2012.667066

² Nederlands Instituut voor Psychologen. Algemene aanbevelingen neuropsychologische diagnostiek in tijden van het nieuwe coronavirus (COVID-19). 2020, april. <https://www.psynip.nl/wp-content/uploads/2020/04/Algemene-aanbevelingen-neuropsychologische-diagnostiek-in-tijden-van-corona-definitief-28april.pdf>

Opgesteld door de SIG Dementie

Dineke Koek

Jurgen Claassen

Astrid van Strien

Irene van de Vorst

Joost Sanders

Geke van den Elsen

Geconsulteerde externe experts: prof. dr. Roy Kessels, neuropsycholoog, Radboudumc