ZORGCOORDINATIE TIJDELIJK VERBLIJF

Procesbeschrijving en werkafspraken

Datum 7 oktober 2026
Versie 1.0

Inhoud

ZORGCOORDINATIE TIJDELIJK VERBLIJF 1
Procesbeschrijving en werkafspraken 1
1. Begrippen en afkortingen 1
2. Procesdoel 2
3. Procesdiagram Zorgcoördinatie tijdelijk verblijf – verwijzing vanuit thuissituatie door huisartsen en SEH 3
4. Procesbeschrijving zorgcoördinatie tijdelijk verblijf 4
5. Standaardisatie patiëntgegevens 7
6. Triagecriteria rode vlaggen 7
7. Regionale werkafspraken voor een goed beschikbaarheidsoverzicht 8
8. Afspraken voor escalatie bij een moeilijk plaatsbare patiënt 9
9. Afspraken voor escalatie bij een (dreigend) regionaal tekort aan capaciteit 9
10. Prestatie-indicatoren zorgcoördinatie tijdelijk verblijf 9
Bijlage 1: Standaard gegevensset 11

1. Begrippen en afkortingen

ZCC	Zorg Coördinatie Centrum Midden-Nederland
ZCE	Zorg Coördinatie Eemland
HAP	Huisartsenspoedpost
SEH	Spoedeisende Hulp (van ziekenhuizen)
TV	Tijdelijk verblijf
SO	Specialist Ouderengeneeskunde
WVP	Wijkverpleegkundige
ZBM	Zorgbemiddeling
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg

2. Procesdoel

Het doel van zorgcoördinatie tijdelijk verblijf is om acute zorgvragen die via verwijzers binnenkomen te koppelen aan beschikbare en passende zorgcapaciteit. Verwijzingen van huisartsen, huisartsenspoedposten en de SEH's van de ziekenhuizen worden bemiddeld door de teams zorgbemiddeling van het Zorg Coördinatie Centrum Midden-Nederland (ZCC) of Zorg Coördinatie Eemland (ZCE).

De teams zorgbemiddeling ZCC/ZCE bestaan uit ervaren verpleegkundigen die elke aanvraag inhoudelijk beoordelen en koppelen deze op basis van hun expertise aan een passende plek voor tijdelijk verblijf in een VVT-organisatie. Door daarbij te werken met een actueel overzicht van beschikbare bedden in een systeem, kan de zorgbemiddelaar ZCC/ZCE efficiënt matchen en coördineren.

Doelstelling vanuit inwoner/patiënt geformuleerd: In >90% van de gevallen is een inwoner met een acute zorgvraag, die na triage passend blijkt voor tijdelijk verblijf, binnen 24 uur na aanmelding opgenomen bij een VVT-instelling, op de meest passende plek.

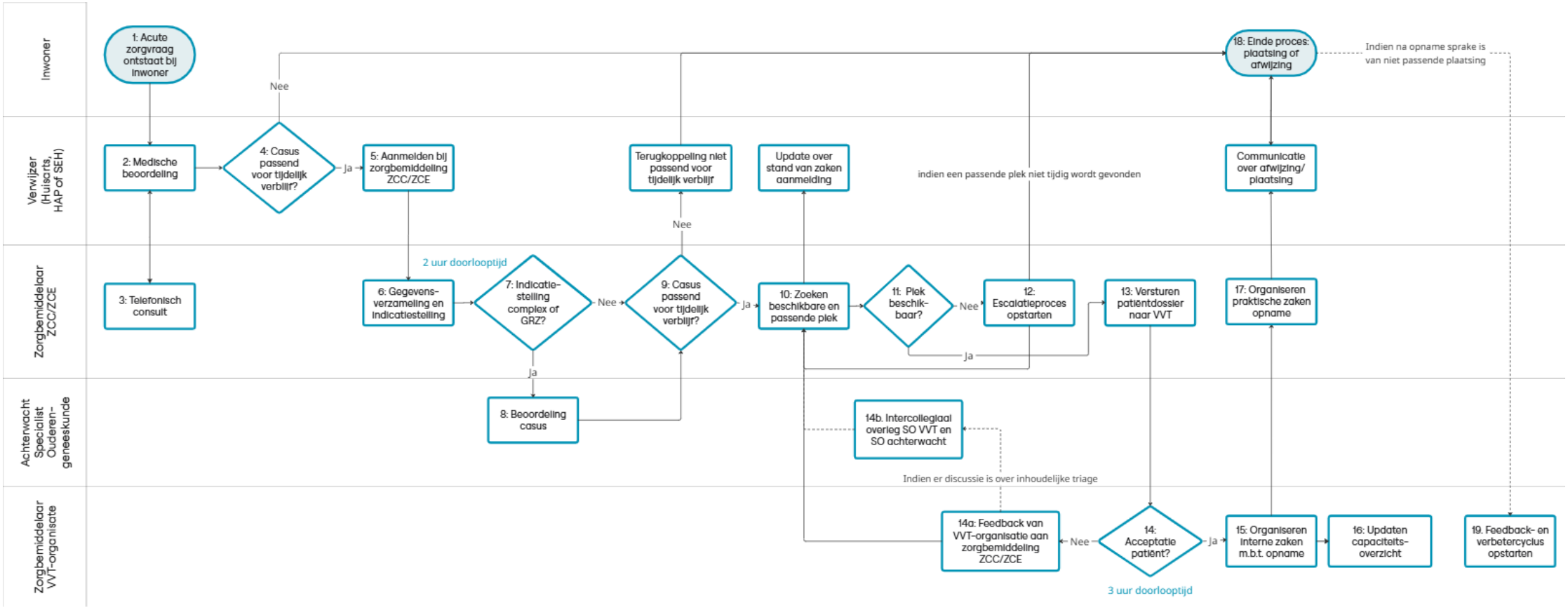
Het proces loopt goed wanneer:

- Patiënten zoveel mogelijk in één keer op de juiste plek terecht komen, of anders de meest passende plek.
- Verwijzers (huisartsen, HAP's en SEH's) zoveel mogelijk ontzorgd worden als zij op zoek zijn naar een tijdelijk verblijf bed voor iemand met een acute zorgvraag.
- De beschikbare capaciteit - tijdelijk verblijf bedden (VVT) - zo optimaal mogelijk benut wordt voor de inwoners van de regio Midden-Nederland.
- Teams zorgbemiddeling ZCC & ZCE als ware het één team samenwerken met gedragen regionale afspraken en een zoveel mogelijk geautomatiseerd proces.

Onder tijdelijk verblijf vallen alle kortdurende opnamenmogelijkheden in de VVT: ELV laag complex, ELV hoog complex, ELV palliatief terminale zorg (PTZ), GRZ, Wlz crisis somatiek, Wlz crisis PG, IBS (Wzd), Wlz VV9b, Wlz logeeropvang en respijtzorg[1]. De procesbeschrijving en de bijbehorende werkafspraken vormen het uitgangspunt voor de bemiddeling door ZCC/ZCE naar al deze vormen van tijdelijk verblijf. Daarbij zijn de meest voorkomende vormen van tijdelijk verblijf waar geplaatst wordt (ELV, GRZ en WLZ crisis) als uitgangspunt genomen. Het proces van bemiddeling bij IBS, Wlz VV9b, WLZ logeeropvang en respijtzorg wijkt op een aantal punten af van het reguliere proces. De regionale afspraken daarvoor worden in de tweede helft van 2026 toegevoegd aan dit document.

[1] Beddenoverzicht - Zorg Coördinatie Centrum

3. Procesdiagram Zorgcoördinatie tijdelijk verblijf – verwijzing vanuit thuissituatie door huisartsen en SEH



4. Procesbeschrijving zorgcoördinatie tijdelijk verblijf

1. **Acute zorgvraag ontstaat bij inwoner**
   Startpunt van het proces: De acute zorgvraag ontstaat bij de inwoner en deze meldt zich bij de verwijzer. In de meeste gevallen (~80%) is de huisarts (HA) de verwijzer, maar dit kan ook de SEH of Huisartsenspoedpost (HAP) zijn.

2. **(Medische) beoordeling**
   De verwijzer (huisarts, visitearts HAP, SEH arts) beoordeelt de hulpvraag van de inwoner/ patiënt en of tijdelijk verblijf een passende oplossing is.
   i. voert (medische) beoordeling uit en maakt een inschatting wat benodigde vervolgzorg is. Eventuele benodigde diagnostiek wordt in gang gezet indien dit nodig is om tot functionele diagnose te komen.
   ii. indien er bij een huisarts twijfel is over de diagnose en in te zetten behandeling of zorg, benadert de huisarts de SO die bereikbaar is voor de huisartspraktijk. Indien deze niet beschikbaar is, dan kan gebruik gemaakt worden van de SO achterwacht van ZCC/ZCE.
   iii. bespreekt verwachtingen (terugkeer naar huis), behandelwensen en -grenzen (proactieve zorg planning) en stelt samen met inwoner (shared decision making) de hulpvraag op.

3. **Telefonisch consult**
   Op initiatief van de verwijzer kan telefonisch overleg met de zorgbemiddelaars ZCC/ZCE plaatsvinden tijdens de beoordeling van de hulpvraag en de bepaling welke plek passend is

4. **Casus passend voor tijdelijk verblijf?**
   De verwijzer besluit dat de inwoner aangemeld moet worden voor tijdelijk verblijf.

5. **Aanmelding bij zorgbemiddeling ZCC/ZCE**
   De verwijzer meldt de inwoner aan bij zorgbemiddeling ZCC/ZCE voor tijdelijk verblijf.
   a. Sub-proces huisarts en huisartsenspoedpost:
      i. Stelt in ZorgDomein de aanvraag op en verstuurt deze
      ii. Levert bij de aanvraag via ZorgDomein de standaard set patiëntgegevens (zie Standaardisatie patiëntgegevens) aan bij ZCC/ZCE
   b. Sub-proces SEH[2]
      i. De SEH-arts stelt in ZorgDomein de aanvraag op en verstuurt deze, of stuurt als alternatief voor ZorgDomein het triageformulier per e-mail.
      ii. De SEH-arts levert bij de aanvraag de standaard set patiëntgegevens (zie Standaardisatie patiëntgegevens) aan bij ZCC/ZCE

[2] De afspraken voor aanvragen vanuit de SEH's (ongeveer 10% van alle aanvragen) worden nader uitgewerkt in de tweede helft van 2026.

6. **Gegevensverzameling en indicatiestelling**
   De zorgbemiddelaar ZCC/ZCE verzamelt patiëntgegevens, beoordeelt de casus en bepaalt het benodigde bedtype/indicatie of dat de casus niet passend is voor tijdelijk verblijf.

   Sub-proces ZCC/ZCE zorgbemiddelaar:
   a. Controleert op een (lopende aanvraag voor een) Wlz-indicatie;
   b. Voert de triage uit: Contacteert hiervoor (indien nodig) huisarts, wijkverpleging, casemanager en/of familie/naasten voor aanvullende context;
   c. Beoordeelt patiëntgegevens en bepaalt passende indicatie.

   Doorlooptijd van deze stap is maximaal 2 uur

7. **Indicatiestelling complex of GRZ?**
   Is de indicatiestelling complex (*conform de triagecriteria rode vlaggen*), dan vindt telefonisch overleg plaats met de achterwacht specialist ouderengeneeskunde, op initiatief van de zorgbemiddelaar ZCC/ZCE. Voor een mogelijke GRZ indicatiestelling wordt ook altijd contact opgenomen met de SO achterwacht. Hierdoor is een GRZ assessment thuis voorafgaand aan opname alleen nog nodig indien na beoordeling van de SO getwijfeld wordt over geschiktheid voor GRZ. Indien daar geen twijfel over is, wordt het GRZ assessment 'aan het bed' gedaan door de VVT instelling na opname.

8. **Beoordeling casus**
   Beoordeling casus door achterwacht specialist ouderengeneeskunde in afstemming met de zorgbemiddelaar ZCC/ZCE.

9. **Casus passend voor tijdelijk verblijf?**
   Als tijdelijk verblijf niet de passende oplossing is voor de casus, dan wordt de casus teruggegeven aan de verwijzer met toelichting en advies. Indien gewenst kan de verwijzer contact opnemen met de SO achterwacht tijdens kantooruren, indien deze betrokken is geweest, voor intercollegiaal overleg.

10. **Zoeken beschikbare en passende plek**
    Als tijdelijk verblijf wel passend is, gaat de zorgbemiddelaar ZCC/ZCE op zoek naar een beschikbaar bed, passend bij de zorgvraag van de patiënt, het benodigde bedtype en de geldende inclusiecriteria van de VVT-organisatie.
    a. De verwijzer wordt op de hoogte gehouden van de voortgang van de aanvraag.

11. **Plek beschikbaar?**
    De zorgbemiddelaar ZCC/ZCE vindt wel of niet een passende plek. Teams zorgbemiddeling ZCC/ZCE blijven zoeken naar een passende plek zolang de hulpvraag van de patiënt (en verwijzer) actueel blijven. Indien er sprake is van een (dreigend) tekort aan tijdelijk verblijf plekken of een aanmelding wordt door meerdere VVT organisaties geweigerd, zie stap 12 'Escalatieproces opstarten'.

12. **Escalatieproces opstarten**
    Escalatie kan nodig zijn om twee verschillende redenen:

a. Er is sprake van een (dreigend) tekort aan tijdelijk verblijf plekken in de regio: zie 'Afspraken voor escalatie bij een (dreigend) regionaal tekort aan capaciteit voor tijdelijk verblijf'.
b. Er is een individuele casus waarbij na triage en consultatie van de SO achterwacht er een indicatie is voor tijdelijk verblijf. Er is wel beschikbaarheid bij VVT organisaties, maar geen enkele VVT organisatie is bereid de patiënt op te nemen: zie 'Afspraken voor escalatie bij een moeilijk plaatsbare patiënt'.

13. Versturen patiëntdossier naar VVT

Wanneer een passende en beschikbare plek gevonden is, verstuurt de zorgbemiddelaar ZCC/ZCE de patiëntgegevens via ZorgDomein of POINT naar de betreffende VVT-organisatie.

14. Acceptatie patiënt

De indicatiestelling van ZCC/ZCE is leidend. Zorgbemiddelaars ZCC/ZCE hebben het mandaat om -indien nodig in afstemming met een SO achterwacht- een passende indicatie te bepalen. De VVT-organisatie kan de casus in principe alleen afwijzen wanneer sprake is van organisatorische belemmeringen. De afwijzing van een aanvraag is een uitzonderlijke situatie. *Doorlooptijd van deze stap is maximaal 3 uur.*

14a. Bij een afwijzing door de VVT-organisatie neemt de zorgbemiddelaar van de VVT contact op met team zorgbemiddeling ZCC/ZCE met reden van afwijzing.

14b. Wanneer de inhoudelijke triage de reden is voor afwijzing, vindt er intercollegiaal overleg plaats tussen de SO achterwacht en de SO van de VVT. De uitkomst van het overleg wordt teruggekoppeld aan team zorgbemiddeling ZCC/ZCE.

15. Organiseren interne zaken m.b.t. opname

De zorgbemiddelaar van de VVT-organisatie zet intern in gang wat nodig is voor de opname, zoals:

a. informeren interne belanghebbenden (afdeling, coördinerend verpleegkundige)
b. voorbereiding van de fysieke ruimte voor het tijdelijke verblijf

16. Updaten capaciteitsoverzicht ZorgDomein en voor Eemland: POINT

Na acceptatie van de patiënt werkt de zorgbemiddelaar van de VVT-organisatie direct het capaciteitsoverzicht bij, zodat het bed niet meer als beschikbaar in het overzicht te zien is.

17. Organiseren praktische zaken opname

Zorgbemiddelaar ZCC/ZCE organiseert praktische zaken rondom de opname, waaronder:

a. Het informeren van de patiënt, familie en/of naasten
b. Het informeren van de verwijzer
c. Het coördineren van vervoer via ambulancezorg indien nodig

18. Einde proces: plaatsing of afwijzing

Prestatie-indicator: Tijd tussen aanmelding (aanmelding komt binnen via Zorgdomein) en feitelijke opname (patiënt arriveert in de VVT-organisatie) is <24 uur.

19. Feedback over niet passende plaatsing

Indien na opname blijkt dat er sprake is van niet passende plaatsing, wordt door de zorgbemiddeling VVT contact opgenomen met team zorgbemiddeling ZCC of ZCE[3]. Feedback van VVT-organisaties wordt vastgelegd en na ontvangst systematisch opgevolgd in een verbetercyclus. De feedback wordt geanalyseerd en op basis hiervan bepalen teams zorgbemiddeling ZCC/ZCE of en welke vervolgacties nodig zijn voor eventuele verbetermaatregelen van het bemiddelingsproces. Meldingen worden periodiek gemonitord op trends. Eventueel genomen maatregelen worden vastgelegd en gemonitord, zodat zichtbaar wordt of de feedback leidt tot structurele verbetering. Er worden regionale casuïstiekoverleggen ingericht om met elkaar te leren van niet passende plaatsingen.

5. Standaardisatie patiëntgegevens

De verwijzer levert een standaard set patiëntgegevens aan. Dit is nodig voor het stellen van een passende indicatie en voor een goede voorbereiding van een opname bij een VVT organisatie. Deze standaard gegevensset is te vinden in Bijlage 1. De verwijzer stuurt een verzoek via Zorgdomein. De zorgbemiddelaar van ZCC/ZCE maakt de gegevensset indien nodig compleet en vraagt aanvullende informatie uit door informatieverzameling bij o.a. verwijzer, reeds betrokken thuiszorg en naasten.

6. Triagecriteria rode vlaggen

Wanneer indicatiestelling complex is wordt de SO achterwacht gebeld door teams zorgbemiddeling ZCE/ZCC. De zorgbemiddelaar en SO stellen gezamenlijk een passende indicatie. De SO achterwacht wordt laagdrempelig benaderd door teams zorgbemiddeling ZCC/ZCE. Onderstaande triagecriteria uit de patiëntgegevens zijn als 'rode vlaggen' geïdentificeerd als signaal om in ieder geval contact op te nemen met de SO achterwacht en de triage gezamenlijk te doen. De complete gegevensset die gebruikt wordt voor de indicatiestelling en het zoeken naar een passende plek is opgenomen in Bijlage 1.

Rode vlaggen
Functionele diagnose: • Er is geen bekend medisch probleem, maar wel plotseling achteruitgang -> werkdiagnose noodzakelijk. • Er is geen wens voor ziekenhuisopname, maar wel indicatie voor ziekenhuisopname (medisch instabiel) • Er is twijfel over terugkeer naar huis; het ging al langer moeizaam thuis • Er is geen sprake van een onplanbare zorgvraag, maar wel ELV aangevraagd.
Medische diagnose:

[3] ZCC: zcctijdelijkverblijf@ravu.nl | 085-773 57 77, keuze 3
ZCE: 033 - 8502737

• MS • ALS • Zeldzame neurologische progressieve aandoeningen zoals Huntington • Korsakov • Actieve maligniteit (niet in voorgeschiedenis)
Actuele medicatie: • Onverklaarbaar antipsychotica-gebruik

Afwegingsinstrument:
• Meer dan 2 uur per week multidisciplinaire behandeling nodig > overweging GRZ indicatie
• GRZ – Twijfel over leerbaarheid, trainbaarheid of motivatie voor behandeling
• GGZ – actieve problematiek
• VG-potentieel terugplaatsingsprobleem bij grenzen aan mogelijke zorg in eigen woonvorm
• Bij levensverwachting < 3 maanden:
  ○ Uitgezaaide oncologie, uitbehandelde maligniteit
  ○ Hartfalen voor hospice aanvragen

Meetwaarden: • Als de patiënt te lang of te zwaar (boven 125 kg) is voor hulpmiddelen (bedden, tilliften,etc.) • Bij significante gewichtsafname
Aanvullend deel: • Als al veel (thuis)zorg geleverd werd (uitgangspunt: 3 of 4 keer per dag) • Als al veel mantelzorg geleverd werd
Mentale status: • Actuele, op de voorgrond staande GGZ-problematiek rondom stemming en gedrag • Actuele, actieve verslaving
Verpleegkundige interventies: • Sondevoeding • Dialyse/buikspoeling
Woonsituatie: • Indien woonsituatie na ontslag mogelijk leidt tot problemen rondom mobiliteit en veiligheid

7. Regionale werkafspraken voor een goed beschikbaarheidsoverzicht

Een actueel overzicht van beschikbare capaciteit is een voorwaarde voor effectieve zorgcoördinatie. Binnen ROAZ regio Midden-Nederland worden - specifiek voor tijdelijk verblijf - de volgende afspraken gemaakt:

- Het capaciteitsoverzicht in ZorgDomein en POINT is leidend bij zorgbemiddeling door ZCC/ZCE.
- VVT-organisaties werken de beschikbaarheid direct bij. Dat betekent dat zowel bij het (al dan niet geplande) vertrek van een patiënt, als bij acceptatie van een patiënt, de beschikbaarheid direct wordt aangepast.
- Een bed kan per direct beschikbaar worden gesteld, of per een datum in de toekomst. Ter verduidelijking: per direct betekent dat opname dezelfde dag of avond mogelijk is.
- De definitie van beschikbaar is: beschikbaar voor directe opname. Ter verduidelijking: dat betekent dat een leeg bed waarbij opname niet mogelijk is, bijvoorbeeld door personeelstekort, niet beschikbaar is.
- Het mag dus niet zo zijn dat een bed wél beschikbaar is volgens ZorgDomein, of POINT, terwijl er in werkelijkheid geen opname kan plaatsvinden.

Deze afspraken worden nog verder aangescherpt in afstemming met het Transformatieplan Kortdurend Verblijf regio Utrecht.

8. Afspraken voor escalatie bij een moeilijk plaatsbare patiënt

Doel
Deze afspraak voor escalatie heeft als doel om regionaal gezamenlijke verantwoordelijkheid te nemen voor het organiseren van zorg op de juiste plek. Hiermee voorkomen we zoveel mogelijk dat patiënten onnodig op de SEH of in het ziekenhuis terechtkomen.
Afspraken

Wanneer het teams zorgbemiddeling ZCE & ZCC niet lukt een patiënt na benadering van alle VVT-organisaties met een beschikbare plek voor de benodigde zorg te plaatsen, gelden de volgende afspraken:
▪ Er wordt een VVT-organisatie benaderd om actief mee te denken over een oplossing. Bij het benaderen van een VVT-organisatie wordt gekozen voor de VVT organisatie die:
  ▪ De benodigde zorg in het zorgaanbod heeft en
  ▪ Zich qua fysieke afstand zo dicht mogelijk bij de patiënt bevindt
  ▪ Indien van toepassing kan rekening worden gehouden met de voorkeurslocatie van de patiënt
▪ De benaderde VVT-organisatie neemt samen met teams zorgbemiddeling ZCC & ZCE verantwoordelijkheid om te komen tot de meest passende oplossing die op dat moment haalbaar is
▪ Deze casussen worden altijd achteraf besproken in het regionale casuïstiekoverleg *(dit wordt nog verder ingericht door de teammanagers ZCC/ZCE)*, zodat hiervan geleerd kan worden en waar nodig aanvullende afspraken gemaakt kunnen worden

9. Afspraken voor escalatie bij een (dreigend) regionaal tekort aan capaciteit

De afspraken voor bij een (dreigend) regionaal tekort aan capaciteit voor (een specifieke vorm van) tijdelijk verblijf worden nog verder uitgewerkt. Hierin wordt aangesloten bij de escalatiefasen van het ROAZ Midden-Nederland zoals beschreven in het zorgcontinuïteitsplan Midden-Nederland. Nadere afspraken hiervoor worden nog uitgewerkt in overleg met de stuurgroep zorgcoördinatie zorgbemiddeling en het tactisch ROAZ.

10. Prestatie-indicatoren zorgcoördinatie tijdelijk verblijf

KPI	Definitie	Doel van de meting	Streefwaarde	Bron
Doorlooptijd zorgbemiddeling ZCC/ZCE	Stap 6: beoordeling op indicatie Tijd tussen aanmelding bij zorgbemiddeling ZCC/ZCE en het moment dat de aanvraag wordt doorgestuurd naar VVT-organisatie.	Inzicht in snelheid van triage, volledigheid van aanmeldingen en efficiëntie van matching.	< 2 uur	Zorgbemiddeling ZCC/ZCE

Doorlooptijd VVT-organisatie	Stap 13: Acceptatie patiënt? Tijd tussen ontvangst van de aanvraag door de VVT-organisatie en het moment van acceptatie of afwijzing.	Inzicht in interne triage, capaciteitstoets en medische beoordeling binnen de VVT-organisatie.	< 3 uur	VVT-organisatie
Totale tijd tot opname	Stap 5 t/m 18: aanmelding - plaatsing Tijd tussen aanmelding bij zorgbemiddeling ZCC/ZCE en feitelijke plaatsing (patiënt arriveert in de VVT-organisatie).	Meet de daadwerkelijke wachttijd voor de patiënt.	< 24 uur	Zorgbemiddeling ZCC/ZCE + VVT-organisatie
Aandeel incomplete aanmeldingen	Stap 5: Aanmelding bij zorgbemiddeling ZCC/ZCE Percentage aanmeldingen waarbij één of meer verplichte gegevens ontbreken (o.a. medicatie, cognitie, gedrag, mobiliteit, voorgeschiedenis, urgentie, reden opname).	Verhogen van informatiekwaliteit en verminderen van vertraging en risico op verkeerde plaatsing.	< 20%	Zorgbemiddeling ZCC/ZCE + huisarts/HAP/SEH
Aantal afwijzingen na plaatsingsverzoek	Stap 13: Acceptatie patiënt Het aantal afwijzingen door VVT-organisaties na plaatsingsverzoek van zorgbemiddelaar ZCC/ZCE, inclusief reden van afwijzing	Inzicht in kwaliteit bemiddelingen door zorgbemiddeling ZCC/ZCE en niet naleven van procesafspraken door VVT-aanbieders.	< 10%	Zorgbemiddeling ZCC/ZCE + VVT-organisatie
Zorgvraag onjuist bemiddeld	Stap 19 Na opname van patiënt blijkt zorgvraag niet passend voor betreffende VVT-organisatie	Inzicht in onjuiste bemiddelingen en trigger voor verbetercyclus	< 2%	VVT-organisatie
Aanmeldingen retour verwijzer	Stap 19 Aantal aanmeldingen door verwijzers waarvoor door zorgbemiddeling ZCC/ZCE geen passende oplossing gevonden wordt.	Inzicht of het zorgbemiddelings-proces aansluit bij behoeftes van verwijzers en of bij verwijzers duidelijk is wat zorgbemiddeling ZCC/ZCE wel en niet kan bieden.	< 10%	Zorgbemiddeling ZCC/ZCE

Bijlage 1: Standaard gegevensset

Deze gegevens staan standaard in het verwijsformulier in ZorgDomein
Gegevens verwijzer
NAW- en contactgegevens patiënt en eerste contactpersoon
Medisch eindverantwoordelijk arts
Naam aangevraagd zorgproduct
Vraagstelling
Grondslag • Somatisch • Psychogeriatrisch • GGZ • VG
Taalvaardigheid
Voorgestelde plaatsingsdatum
Besproken met patiënt
Journaal en brieven specialisten (afgelopen 3 maanden)
Psychosociale anamnese
Actuele medicatie
Contra-indicaties m.b.t. medicatie
Allergie, intolerantie
Wilsverklaring

Afwegingsinstrument

Is ziekenhuiszorg noodzakelijk?
Is medische zorg noodzakelijk?
Is medische zorg thuis mogelijk?
Is deze behoefte permanent?
Zijn er haalbare revalidatiedoelen?
Is er levensverwachting < 3 maanden?
Opname vanwege meervoudige problematiek?

Meetwaarden

Lichaamslengte (cm)
Lichaamsgewicht (kg)
Gewichtsafname afgelopen 3 maanden?

Aanvullend deel

Aanvullend onderzoek
Risicovol leefgedrag
Familieanamnese
Is professionele zorg betrokken?
Is er voldoende ondersteuning mantelzorgers?

Mentale status

Hoe gaan patiënt en naasten om met ziekteproces?
Geestelijke gezondheidsstatus

Bekend met verslaving • Alcohol • Drugs • Medicatie • Anders, namelijk…

Zelfzorg

Kan de patiënt zelf drinken?
Kan de patiënt zichzelf voeden?
Kan de patiënt zelfstandig het gebit verzorgen?
Kan de patiënt zelfstandig wassen?
Kan de patiënt zelfstandig aan- en uitkleden?
Kan de patiënt zelfstandig uiterlijke verzorging uitvoeren?
Kan de patiënt zelfstandig naar het toilet?
Kan de patiënt zelfstandig medicatie innemen?
Kan patiënt/naasten zelfstandig verpleegtechnische handelingen uitvoeren?

Mobiliteit

Mate van zelfstandigheid

Verpleegkundige interventie

Gebruikt de patiënt een sonde?
Welk sondesysteem wordt gebruikt?
Welke sonde wordt gebruikt?
Welke sondevoeding wordt gebruikt?
Wondbehandeling
Dialyse/buikspoeling
Gebruik CPAP/BiPAP
Isolatie nodig (infectie)?
Overige hulpmiddelen/handelingen

Aanvullende opmerkingen

Wensen en behoeften van de patiënt/naasten
Voorkeurslocatie patiënt/mantelzorger
Overige opmerkingen

Deze informatie wordt aanvullend uitgevraagd door zorgbemiddelaar ZCC/ZCE om te kunnen bepalen of opname passend is
Functionele prognose: • Wat is het medische probleem en de behandelvraag van de patiënt? • Indien mogelijk: werkdiagnose bij geen bekend medisch probleem, maar wel plotseling achteruitgang. • Welke wensen heeft de patiënt nog met betrekking tot behandeling en eventuele ziekenhuisopname (proactieve zorgplanning)? • Waarom is opname nu noodzakelijk? Wat is in de afgelopen 48 uur veranderd waardoor het thuis (met thuiszorg) niet meer lukt?

Cognitieve status: • Is er sprake van cognitieve problematiek en achteruitgang? • Is er een diagnose dementie en zo ja, welke?

Afwegingsinstrument:
• Zijn er multidisciplinaire revalidatiedoelen die in totaal meer dan 2 uur per week behandeling vragen?
• Relevant voor Wlz: is er al een indicatie (in aanvraag)?
• Relevant voor GRZ: is de patiënt leerbaar, trainbaar en gemotiveerd voor herstel?
• Relevant voor VG:
  ○ Hoeveel begeleiding heeft de patiënt nodig?
  ○ Zijn er begeleidings-adviezen die kunnen worden overgenomen?
  ○ Zijn er grenzen aan mogelijke zorg in de woonvorm van de patiënt bij terugkeer?
• Relevant voor palliatief terminale zorg: is er een terminaalverklaring?

Aanvullend deel: • Welke hulp was al betrokken? Hoe vaak? • Wie zijn de mantelzorgers? Wat is de draagkracht? • Moet het een gespecialiseerde locatie zijn en zo ja, welke? • Hoe is de woonsituatie?
Mobiliteit: • Welke hulpmiddelen gebruikt de patiënt?