

Transmurale Zorgbrug

voor de oudere ziekenhuispatiënt

Handleiding

functiebehoud door proactieve
ziekenhuiszorg en structurele nazorg





Colofon

© Stichting Effectieve Ouderenzorg, juli 2013

Deze handleiding is tot stand gekomen in samenwerking met:

Kring OuderenZorg AMC en Partners

Nationaal Programma Ouderenzorg

Cuno van Merwijk, eindredactie

Bapac design, ontwerp

Contact:

www.effectieveouderenzorg.nl

koz@amc.nl

INHOUDSOPGAVE

Mevrouw Bundel-Katz	4
1. Aanleiding voor en doel van de Transmurale Zorgbrug	6
1.1 De gevolgen van ziekenhuisopname bij ouderen	6
1.2 Het voorkomen van negatieve gevolgen van ziekenhuisopname	7
1.3 Evidence	7
1.4 Nationaal Programma Ouderenzorg	8
1.5 Financiering	9
1.6 Andere projecten van KOZ AMC en Partners	9
1.7 Inhoud van deze handleiding	10
2. De Transmurale Zorgbrug	12
2.1 In het ziekenhuis	12
2.2 Thuis	16
Mevrouw Bundel-Katz, mét de Transmurale Zorgbrug	22
3. Praktische zaken rondom implementatie van de TZB	26
3.1 Algemene informatie	26
3.2 Informatie voor ziekenhuizen	27
3.3 Informatie voor thuiszorgorganisaties	31
Bijlagen	36



MEVROUW BUNDEL-KATZ

De 78-jarige weduwe mevrouw Bundel-Katz woont gelijkvloers en vindt zichzelf best gezond, al heeft ze wat hypertensie en lichte retinopathie. Toen ze vorige week voor het eerst viel - gestruikeld buiten over loszittende tegel - heeft ze zich voorgenomen voortaan haar wandelstok mee te nemen. Vanwege artrose aan beide knieën krijgt ze tweemaal per maand een huishoudelijke hulp voor het zwaardere werk, zelfzorg kan ze zonder hulp.

Het is 5 maart 2012. Mevrouw Bundel-Katz is na een griepje nog steeds niet in orde. Ze heeft geen eetlust en ook heeft ze een nare hoest. De huisarts stelt longontsteking vast. Ze wordt direct opgenomen in het ziekenhuis. Mevrouw Bundel-Katz maakt 's nachts vervelende dingen mee; ze heeft levendige dromen die niet te onderscheiden zijn van de werkelijkheid. Het maakt haar erg onrustig. Het eten in het ziekenhuis smaakt haar niet en de maaltijden blijven bijna onaangeroerd. Na een paar onrustige dagen en nachten komt de zaalarts vrijdagmorgen met goed nieuws: de longontsteking is over en ze mag diezelfde middag nog naar huis. Ze komt met een taxi thuis, haar nicht komt aan het eind van de middag met wat boodschappen langs. Ze ziet hoe haar tante totaal uitgeput door het huis schuifelt en herhaaldelijk dreigt te vallen. Zij besluit het weekend te blijven. 's Avonds vindt mevrouw Bundel-Katz in haar tas de recepten die ze in het ziekenhuis had gekregen en helemaal was vergeten. Haar nicht gaat 's avonds nog naar de dienstdoende apotheek. Samen kijken ze de volgende morgen welke tabletten mevrouw Bundel-Katz precies moet innemen, maar ze komen er niet helemaal uit. Gelukkig kan haar nicht haar in het weekend helpen met wassen en aankleden, want mevrouw is nog erg zwak. Haar nicht meldt zich maandagochtend ziek omdat ze haar tante niet alleen wil laten. Ze belt de huisarts. Die komt die middag langs, hij was niet op de hoogte van de thuiskomst van mevrouw. Hij weet ook niet wat er precies veranderd is aan de medicijnen. Hij belt het ziekenhuis om een en ander uit te zoeken. De huisarts regelt een intakegesprek voor thuiszorg, om mevrouw Bundel-Katz te helpen met wassen. Ook regelt hij hulp voor het bereiden van maaltijden. Het intakegesprek is op dinsdag en op donderdag zal de hulp voor de eerste keer

langs komen. Een week later krijgt het nichtje van mevrouw Bundel-Katz een vervelend telefoontje van de de buurvrouw, die beloofd had ook een oogje in het zeil te houden. Mevrouw Bundel-Katz is gevallen, waarschijnlijk heeft ze haar heup gebroken, ze is weer in het ziekenhuis.

Na een paar dagen in het ziekenhuis gaat mevrouw Bundel-Katz naar de revalidatieafdeling in een verpleeghuis. Na een lang revalidatietraject kan ze helaas niet terug naar haar eigen huis. Op 27 augustus 2012 gaat mevrouw Bundel-Katz naar haar nieuwe kamer in het verzorgingshuis. Ze mist haar oude huis, dat heeft ze niet meer kunnen zien, op een middagje na, om samen met haar nicht spulletjes voor haar nieuwe kamer te sorteren. Ze voelt zich eenzaam. Er kan in een halfjaar veel gebeuren.



1. AANLEIDING VOOR EN DOEL VAN DE TRANSMURALE ZORGBRUG

1.1 De gevolgen van ziekenhuisopname bij ouderen

Jaarlijks wordt in Nederland 14 procent van de 65-plussers (acut) opgenomen in het ziekenhuis. Het verhaal van mevrouw Bundel-Katz staat niet op zichzelf. Een ziekenhuisopname is een ingrijpende gebeurtenis voor ouderen. Niet alleen de acute ziekte, maar ook zaken als het ontstaan van een delier, bedrust, een slechte voedingstoestand en toegenomen afhankelijkheid in het ziekenhuis dragen bij aan het ontstaan van functieverlies na ziekenhuisopname. Met functieverlies bedoelen we een achteruitgang in de activiteiten van het dagelijks leven (ADL).

De huidige zorg voor ouderen in het ziekenhuis concentreert zich echter voornamelijk op de ziekte waarvoor de patiënt is opgenomen. In het voorbeeld van mevrouw Bundel-Katz werd er veel aandacht besteed aan het behandelen van haar longontsteking, maar weinig aan andere (potentiële) problemen die speelden. Zo was er sprake van een delier, was de voedingstoestand van mevrouw slecht en was zij erg inactief tijdens de ziekenhuisopname. Bovendien werd zij in een verslechterde toestand naar huis ontslagen.

De overgang naar huis is vaak onvoldoende gecoördineerd. Zo ontbreekt vaak een tijdige ontslagplanning, waardoor bijvoorbeeld de behoefte aan zorg onvoldoende is geïnventariseerd. Veranderingen in het medicatiegebruik worden summier met de patiënt besproken, waardoor de patiënt thuis niet goed weet welke medicatie hij moet gebruiken. Veel oudere patiënten onthouden informatie die mondeling wordt overgebracht niet volledig. De huisarts krijgt veelal pas na een paar dagen (dus te laat) informatie, waarbij bovendien informatie over de zorgbehoeftes van de patiënt vaak ontbreekt.

De gevolgen van een acute ziekenhuisopname voor ouderen zijn groot. Een groot deel van de ouderen overlijdt binnen drie maanden na de acute ziekenhuisopname. Van de groep die nog in leven is krijgt een groot deel te maken met (blijvend) functieverlies. Het gebruik van zowel formele als informele zorg neemt toe na een acute ziekenhuisopname, en ruim 20 procent van de ouderen wordt binnen

korte tijd na ontslag opnieuw opgenomen. Mevrouw Bundel-Katz uit het voorbeeld kon ondanks een revalidatietraject niet meer terugkeren naar haar eigen woning en moest verhuizen naar een verzorgingshuis.

1.2 Het voorkomen van negatieve gevolgen van ziekenhuisopname

De Transmurale zorgbrug (TZB) heeft als doel het behoud van functioneren door:

1. Verbeterde ziekenhuiszorg.
2. Begeleide overgang naar huis door een wijkverpleegkundige.
3. Systematische nazorg in de thuissituatie.

Deze handleiding beschrijft hoe u, als verpleegkundige of als arts, in het ziekenhuis of in de eerste lijn, met uw collega's de TZB kunt bouwen om zo proactieve, toekomstbestendige zorg te bieden aan ouderen die in het ziekenhuis zijn opgenomen en thuis de draad weer op willen pakken. Uit diverse onderzoeken blijkt dat deze zorg goede effecten heeft op het functioneren van ouderen na een ziekenhuisopname. Toch is dit type zorg in Nederland nog niet de standaard.

1.3 Evidence

De TZB is gebaseerd op 'transitional care', een in de VS door Eric Coleman en Mary Naylor ontwikkeld zorgconcept, dat beoogt de overgang van ziekenhuis naar huis te verbeteren. Voor transitional care moeten er zowel in het ziekenhuis, als tijdens de overgang van ziekenhuis naar huis en in de thuissituatie meerdere acties worden ingezet.

Om de effecten van de TZB op het behoud van functioneren te meten wordt momenteel onderzoek gedaan in drie ziekenhuizen (AMC, OLVG en



Flevoziekenhuis), meerdere thuiszorgorganisaties en huisartsenpraktijken in het werkgebied rond deze ziekenhuizen nemen deel aan dit grootschalige zorgexperiment. Het effect van de geïntegreerde nazorg is getest in een Randomized Clinical Trial: de helft van de ouderen ontvangt de interventie met wijkverpleegkundige nazorg, de andere helft niet. Patiënten loten voor welke zorg zij zullen gaan ontvangen. Op het moment waarop deze handleiding wordt uitgebracht zijn de gegevens verzameld op basis waarvan een uitspraak kan worden gedaan over de effecten. De resultaten worden eind 2013 verwacht, zij worden ook op de website www.effectieveouderenzorg.nl bekendgemaakt.

KOZ AMC heeft ook een meta-analyse gemaakt; een samenvatting van alle onderzoeken waarin 'transitional care' wordt onderzocht, om na te gaan of deze zorg effectief is in de preventie van heropnames. In 26 onderzoeken met ruim 7.000 ouderen blijkt dat intensieve interventies, waarbij een verpleegkundige wordt ingezet als zorgcoördinator, en waarbij de patiënt binnen twee dagen na ontslag wordt bezocht, effectief zijn in de preventie van heropnames.

1.4 Nationaal Programma Ouderenzorg

De TZB is een zorg-experiment van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). Het NPO wordt van 2008 tot 2013 in opdracht van het ministerie van VWS door ZonMw gecoördineerd. Het NPO verbetert de zorg aan ouderen met complexe zorgvragen. Ruim 550 partijen werken hiervoor samen in acht regionale netwerken, geïnitieerd vanuit de universitair medische centra. De Kring Ouderenzorg AMC en Partners is één van deze acht netwerken, die in samenwerking met meer dan vijftig partners een samenhangend pakket van interventies heeft ontwikkeld. De TZB is één van de drie grootschalige zorgexperimenten die binnen de KOZ AMC en Partners worden uitgevoerd.



Deze handleiding beschrijft hoe u, als verpleegkundige of als arts, in het ziekenhuis of in de eerste lijn, met uw collega's de TZB kunt bouwen om zo proactieve, toekomstbestendige zorg te bieden aan ouderen die in het ziekenhuis zijn opgenomen en thuis de draad weer op willen pakken.

1.5 Financiering

Diverse ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties in Nederland zijn momenteel bezig om met hulp van KOZ AMC en Partners de TZB te implementeren. Hiervoor bestaat de mogelijkheid een beleidsregelaanvraag bij de Nederlandse ZorgAutoriteit in te dienen, waarmee de wijkverpleegkundige (AWBZ)-zorg worden gefinancierd. Voorwaarden zijn dat de aanvraag via de Kring Ouderenzorg AMC en Partners wordt ingediend, dat het protocol van de TZB wordt gebruikt en dat het zorgkantoor deze aanvraag mede ondertekent. De beleidsregel is nog in 2013, 2014 en 2015 aan te vragen.

1.6 Andere projecten van KOZ AMC en Partners

Naast de Transmurale zorgbrug voert KOZ AMC & partners meerdere projecten uit. Zo is FIT een proactieve zorginterventie binnen de eerste lijn. Net als bij de TZB staat de rol van de wijkverpleegkundige bij FIT centraal. Andere projecten die hiermee verbonden zijn: De OuderenAcademie, die ouderen helpt gezond te blijven. Met de Vitaliteitswijzer kunnen zij zelf aangeven wat zij kunnen doen om gezonder ouder te worden. De Patiëntbrief legt de patiënt in begrijpelijk Nederlands uit waar men na de ziekenhuisperiode rekening mee moet

Medicatie voor thuis:
Paracetamol tablet 500mg, 3x Daags 500 mg.

Geachte mevrouw Dompelaar-Groot,

Tijdens een opname in het ziekenhuis de belangrijkste informatie mee, zodat u adviseert u om deze brief mee te nemen naar de huisarts.

Opnameperiode:
U was in het AMC opgenomen van 10-01-2013 tot 14-01-2013.
U verbleef op de afdeling: F7 Zuid Inwendig Meibergdreef 9
1105 AZ Amsterdam
Tel: 020 5663064
Fax: 020 5669223

Reden van opname:
U bent opgenomen geweest op de afdeling F7 Zuid Inwendig Meibergdreef 9 op 10-01-2013 omdat u een val heeft gehad op de trap. De eerste hulp is toen vastgesteld dat u een heupfractuur heeft. Het is belangrijk om te weten dat u ook al wel klachten van

Voorbeeld van een Patiëntbrief



houden en verbetert zo de overgang van de tweede- naar de eerstelijnszorg. Zie voor meer informatie www.effectieveouderenzorg.nl. Hier vindt u tevens een overzicht van de deelnemende partners aan de Kring Ouderenzorg AMC en Partners en van alle overige projecten en activiteiten van het netwerk op gebied van gezonder ouder worden.

1.7 Inhoud van deze handleiding

Even belangrijk als het ontwikkelen van nieuwe zorg is het daadwerkelijk invoeren in de praktijk, de implementatie van innovatieve zorgproducten. Ter bevordering van de implementatie heeft de KOZ-AMC en Partners een brochure ontwikkeld die patiënten, zorgprofessionals en hun instellingen prikkelt om de nieuwe werkwijzen ook zelf in te voeren. Deze handleiding is een aanvulling op de brochure, specifiek bedoeld voor zorgprofessionals die de TZB willen gaan inzetten in hun eigen werkomgeving.

De handleiding beschrijft eerst chronologisch de elementen van de TZB: de screening op het risico op functieverlies, het diagnostisch onderzoek, ook wel comprehensive geriatric assessment (CGA) genoemd, het zorgbehandelplan en de huisbezoeken van de wijkverpleegkundige. Hierna kunt u de casus van mevrouw Bundel-Katz lezen, maar nu nádat de TZB in stelling is gebracht. Dit geeft u kijk op de verbeterde zorg voor de patiënt die ook u kunt bereiken, samen met uw partners in de zorgketen voor kwetsbare oudere patiënten. Vervolgens beschrijft deze handleiding alle praktische adviezen en randvoorwaarden voor succesvolle implementatie. In de bijlagen zijn de alle benodigde meetinstrumenten en vragenlijsten opgenomen.



2. DE TRANSMURALE ZORGBRUG

De Transmurale Zorgbrug combineert proactieve ziekenhuiszorg voor de oudere patiënt met een transmurale interventie door een wijkverpleegkundige, die de patiënt in het ziekenhuis bezoekt en vervolgens in de thuissituatie verder begeleidt, samen met de huisarts en mantelzorg. De zorg bestaat dus uit twee delen: het ziekenhuisdeel, en het deel dat in de thuissituatie wordt uitgevoerd. Op de rechterpagina is een schematische weergave van de Transmurale Zorgbrug te zien, die in dit hoofdstuk wordt toegelicht.

In het ziekenhuis

De proactieve ziekenhuiszorg voor de oudere patiënt wordt geleverd volgens het DEFENCE-zorgmodel, dat de elementen screening, een geriatrisch assessment en een op maat gemaakte interventie bevat.

1. Screening

Dagelijks worden alle ouderen (65+) die acuut zijn opgenomen, minstens 48 uur in het ziekenhuis gaan verblijven en niet terminaal ziek zijn, gescreend op hun risico op functieverlies. Door het uitvoeren van deze screening wordt een duidelijk onderscheid gemaakt in hoogrisico- en laagrisico-patiënten. De interventie richt zich op de hoogrisico-patiënt. Zo wordt overbehandeling voorkomen; de oudere die er het meest baat bij heeft krijgt de zorg.

De screening wordt uitgevoerd volgens de ISAR-HP, een gebruiksvriendelijke vragenlijst bestaande uit vier eenvoudige vragen (bijlage 1). De antwoorden leveren een score op. Patiënten met een score van twee punten of hoger hebben een verhoogd risico op functieverlies en gaan verder met de volgende stap.

In het ziekenhuis

1. Screening op risico op functieverlies met ISAR-HP

ISAR-HP score 0-1:
Geen verhoogd risico

ISAR-HP score ≥ 2
Verhoogd risico op functieverlies

2. Comprehensive Geriatric Assessment
In kaart brengen geriatrische problemen (indien nodig via mantelzorger)

3. Zorgbehandelplan maken met oudere
Basis voor verbeterde ziekenhuiszorg én zorg thuis

4. Wijkverpleegkundige bezoekt oudere
Overdracht door ziekenhuis aan wijkverpleegkundige

Thuis

Huisbezoek 1: Doornemen medicatie en ingezette zorg

Huisbezoek 2: Doelen stellen, financiën, ADL activiteiten en polikliniekbezoek voorbereiden

Huisbezoek 3: Sociale participatie en belasting mantelzorger

Huisbezoek 4: Toekomst verkennen

Huisbezoek 5: Evaluatie en overdracht

2. Comprehensive Geriatric Assessment

Ouderen met een verhoogd risico worden vervolgens uitgebreider in kaart gebracht door middel van een diagnostisch onderzoek naar de aanwezigheid van problemen die vaak bij oudere ziekenhuispatiënten worden aangetroffen; een zogenaamd comprehensive geriatric assessment (CGA, bijlage 3). Het CGA is een screening op vier verschillende domeinen van functioneren: somatisch, psychisch, functioneel en sociaal. Hiermee kan een compleet beeld verkregen worden van de (geriatrische) problemen van de patiënt, als aanvulling op de bestaande kennis die is verkregen uit de medische en verpleegkundige anamnese. Onderdeel van het CGA is een cognitieve screening (bijvoorbeeld de Mini-Mental State Examination, MMSE, bijlage 2). Wanneer een oudere tijdelijk (bijvoorbeeld door een delier) of langdurige cognitieve beperkingen heeft, wordt aangeraden het CGA op onderdelen af te nemen bij de mantelzorger voor het verkrijgen van betrouwbare resultaten. De bevindingen van het CGA worden tenslotte handzaam samengevat (bijlage 4). Aan de patiënt wordt gevraagd of hij de problemen herkent en zelf ook iets aan het betreffende probleem wil doen. Indien er sprake is van meerdere problemen waarbij actie gewenst is zal aan zowel de patiënt als de geriater worden gevraagd welke prioriteit dit probleem heeft.

3. Zorgbehandelplan

De bevindingen van het CGA worden met de patiënt en indien nodig (bijvoorbeeld bij cognitieve problemen, te complexe problemen/veel problemen tegelijkertijd) met een geriater besproken. Indien de geriater dit nodig acht kan hij/zij aanvullende diagnostiek uitvoeren om problemen beter in kaart te brengen. Vervolgens wordt een op maat gemaakt zorgbehandelplan (voorbeeld format bijlage 5) gemaakt met en voor de patiënt. Dit plan beschrijft de problemen, doelen en interventies die worden ingezet tijdens én na ziekenhuisverblijf.

De inhoud van dit plan verschilt per patiënt, interventies kunnen zich bijvoorbeeld bij de ene patiënt richten op de aanpak van stemmingsklachten, terwijl bij een andere patiënt somatische problemen, zoals een verminderde mobiliteit door de ziekenhuisopname, op de voorgrond staan. Uitgangspunt van het zorgbehandelplan is dat niet alleen wordt gekeken welke interventies de hulpverleners kunnen uitvoeren, maar dat vooral ook wordt gekeken op welke manier de patiënt en zijn sociale systeem zelf kunnen bijdragen. Via een evidence-based toolkit (www.effectieveouderenzorg.nl) is veel informatie op het gebied van multidisciplinaire diagnostiek beschikbaar. Maar de toolkit biedt ook gerichte interventies aan bij de 25 meest voorkomende geriatrische problemen. De toolkit kan in meerdere opzichten worden gebruikt bij het maken van het zorgbehandelplan (zie hoofdstuk 3).

4. Bezoek wijkverpleegkundige aan de patiënt in het ziekenhuis

De patiënt wordt nog tijdens ziekenhuisopname aangemeld bij een wijkverpleegkundige die de patiënt zal begeleiden in de transitie van ziekenhuis naar huis. Indien een patiënt reeds bekend is bij een thuiszorginstelling wordt de betrokken organisatie benaderd, zodat een wijkverpleegkundige uit die organisatie de patiënt in het ziekenhuis kan bezoeken. Indien er nog geen betrokken thuiszorgorganisatie is, benadert het ziekenhuis een thuiszorgorganisatie die deze dienst aanbiedt om contact te zoeken met een wijkverpleegkundige. Deze wijkverpleegkundige wordt zo snel mogelijk op de hoogte gebracht, zodat zij de patiënt tijdens de opname in het ziekenhuis kan bezoeken. Tijdens dit bezoek maakt de wijkverpleegkundige kennis met de oudere, en - eventueel - zijn mantelzorger. De wijkverpleegkundige ontvangt van het ziekenhuis de bevindingen van het CGA en het zorgbehandelplan. Daarmee inventariseert de wijkverpleegkundige vroegtijdig of er zorg en hulpmiddelen zullen worden ingezet na de ziekenhuisopname. Zij zorgt voor een soepele overdracht door te controleren of de zorg ook daadwerkelijk en tijdig is ingezet en de benodigde hulpmiddelen thuis beschikbaar zijn. Indien



de wijkverpleegkundige twijfelt aan de voorbereiding of de omstandigheden van het ziekenhuisontslag, bespreekt zij dit met de behandelaren. De wijkverpleegkundige maakt tevens met de oudere een afspraak voor het eerste bezoek thuis na ziekenhuisontslag (dat vindt plaats binnen 48 uur).

Thuis

Na ziekenhuisontslag biedt de wijkverpleegkundige een op maat gemaakt begeleidingstraject op basis van de behoeften van de patiënt en het zorgbehandelplan. Daarnaast voert zij een aantal standaard evidence-based interventies uit die zij bij alle patiënten in de Transmurale Zorgbrug toepast, aan de hand van een checklist met de interventies die per huisbezoek verricht moeten worden (bijlage 6). De wijkverpleegkundige kan een logboek gebruiken bij de huisbezoeken (bijlage 7), maar het is ook heel goed mogelijk dat de wijkverpleegkundige administreert en registreert in het eigen rapportagesysteem. Het zorgplan na ziekenhuisontslag wordt op relevante onderdelen door de wijkverpleegkundige besproken met de huisarts en andere betrokken hulpverleners.

Een richtlijn voor de duur van de nazorg is maximaal zes maanden, waarin ongeveer vijf huisbezoeken plaatsvinden. Het is goed mogelijk dat niet alle patiënten dit aantal bezoeken nodig hebben, bijvoorbeeld omdat er weinig problemen (meer) blijken te spelen of omdat ook al voor opname hulpverleners betrokken zijn die na ontslag de zorg weer op zich nemen. Voor een ander deel van de groep is dit aantal bezoeken mogelijk te klein. Een indicatie voor de timing van de huisbezoeken:

- Huisbezoek 1: binnen 48 uur na ontslag uit het ziekenhuis
- Huisbezoek 2: twee weken na ontslag uit het ziekenhuis
- Huisbezoek 3: zes weken na ontslag uit het ziekenhuis

- Huisbezoek 4: twaalf weken na ontslag uit het ziekenhuis
- Huisbezoek 5: 24 weken na ontslag uit het ziekenhuis

Het zorgbehandelplan en de bevindingen uit het CGA zijn uitgangspunt bij de huisbezoeken. Tijdens ieder bezoek wordt het effect van de voorgestelde interventies geëvalueerd, door met de patiënt te bespreken wat goed verloopt, wat aangepast moet worden en welke factoren nog extra aandacht vragen. Daarnaast is het goed mogelijk dat er tijdens het nazorgtraject nieuwe aandachtspunten/problemen worden geïdentificeerd. De ervaring leert dat de oudere vaak thuis een ander gezichtspunt en prioriteiten heeft waardoor plannen bijgeschaafd moeten worden. Het is dus goed mogelijk, en juist wenselijk, dat het zorgbehandelplan gedurende het traject wordt bijgesteld.

Hieronder wordt beschreven welke interventies de wijkverpleegkundige gedurende het traject verder toepast, naast de op maat gesneden interventies op basis van zorgbehandelplan.

1. Huisbezoek 1, binnen 48 uur na ontslag

Binnen 48 uur na ontslag uit het ziekenhuis bezoekt de wijkverpleegkundige de patiënt. Tijdens dit bezoek ligt de nadruk op het controleren van de medicatieoverdracht en het evalueren van de ingezette zorg.

Medicatie

De wijkverpleegkundige voert een gestructureerd medicatiereview uit met de patiënt, aan de hand van de medicatielijst uit het ziekenhuis en de “oude” medicatie die vaak nog thuis ligt. Het logboek bevat hiervoor een checklist. Bij zeventig procent van de patiënten is bij thuiskomst uit het ziekenhuis sprake van medicatieveranderingen. In veel gevallen is de medicatie (nog) niet compleet omgezet naar de middelen die de patiënt eerder thuis gebruikte. Bij discrepanties wordt met de huisarts overlegd.



Zorg en hulpmiddelen

Indien de patiënt thuiszorg heeft, wordt besproken of deze zorg naar tevredenheid verloopt en of behoefte bestaat aan meer (of minder) zorg. De informele zorg wordt besproken; zijn er mantelzorgers? Is voor hen duidelijk wat zij kunnen doen? Redden zij het, en zijn er indien nodig nog andere mensen op wie de patiënt een beroep kan doen? Ook wordt nagegaan of de patiënt thuis nog hulpmiddelen mist die zijn zelfstandigheid of de verzorging bevorderen.

Afstemming zorgbehandelplan met huisarts en andere hulpverleners

De wijkverpleegkundige legt contact met de huisarts en andere hulpverleners die bij de patiënt betrokken zijn om het zorgplan te bespreken. Er wordt afgestemd welke interventies door wie kunnen worden aangepakt, en wanneer en op welke manier er verder contact zal zijn.

2. Huisbezoek 2, twee weken na ontslag

Twee weken na ontslag uit het ziekenhuis heeft de patiënt vaak zijn leven weer enigszins opgepakt en is ook duidelijk wat nog niet zo goed gaat. In het ziekenhuis is het zorgbehandelplan opgestart tijdens behandeling van een vaak acute ziekte. Nu de patiënt weer thuis is, staan wellicht andere problemen op de voorgrond, of spelen bepaalde problemen niet meer.

Doelen formuleren

Tijdens dit bezoek wordt besproken wat voor de patiënt belangrijk is in het hersteltraject. Welke doelen wil hij behalen in de zes maanden dat de wijkverpleegkundige de patiënt langs komt? De doelen worden zo concreet mogelijk geformuleerd, de patiënt wordt aangemoedigd zelf te bedenken hoe hij zijn doelen kan bereiken.

Financiën/activiteiten/sociaal netwerk/wonen

Tijdens dit bezoek besteedt de wijkverpleegkundige aandacht aan de financiële aspecten van zorg en verwijst door naar de juiste instantie, indien de oudere hier

vragen over heeft. Vaak is aan de professionele hulp aan ouderen een eigen bijdrage verbonden, dit geldt ook voor hulpmiddelen.

Ook inventariseert de wijkverpleegkundige of de patiënt andere behoeften heeft op het gebied van activiteiten in het dagelijks leven, het sociale netwerk of wonen.

Voorbespreken bezoek aan de polikliniek

Vaak heeft de patiënt na vier tot zes weken na ontslag een poliklinische vervolgspraak bij een of meer medisch specialisten in het ziekenhuis. De wijkverpleegkundige bespreekt tijdens dit huisbezoek het polikliniekbezoek desgewenst voor en formuleert samen met de patiënt mogelijke vragen.

3. Huisbezoek 3, zes weken na ontslag

Sociale participatie

Sociale participatie en eenzaamheid zijn belangrijke onderwerpen voor ouderen. Tijdens dit huisbezoek bespreekt de wijkverpleegkundige, indien dit nog niet eerder aan de orde is gekomen, met de oudere hoe zijn sociale netwerk eruitziet, of de oudere hiermee tevreden is en of er nog mogelijkheden zijn tot verbetering. Ook wordt gekeken naar de activiteiten die de oudere nog onderneemt of zou willen ondernemen.

Mantelzorger

Tijdens dit bezoek besteedt de wijkverpleegkundige specifiek aandacht aan de mantelzorger. Er wordt geïnventariseerd hoe het gaat met de mantelzorger(s), of zij hun activiteiten goed kunnen uitvoeren of hulp of ondersteuning nodig hebben.



4. Huisbezoek 4, twaalf weken na ontslag

Vervolg

Wanneer alle huisbezoeken worden verricht is dit het voorlaatste bezoek. Het is zinvol om al tijdens dit bezoek te bespreken of er een vervolgtraject noodzakelijk is, en zo ja, wie bij een eventuele overdracht betrokken zouden moeten zijn. Een overdracht of vervolg kan gegeven worden door bijvoorbeeld een praktijkondersteuner ouderenzorg (POH), een wijkverpleegkundige, een ouderenadviseur of de huisarts. Dit is afhankelijk van de wens van de oudere en de aard van de behoefte. Ligt de behoefte vooral op medisch gebied, dan is een vervolg door POH/wijkverpleegkundige/huisarts meest wenselijk. Ligt de behoefte meer op het gebied van welzijn en sociaal functioneren, dan kan gedacht worden aan een ouderenadviseur, WMO-consulent of maatschappelijk werk.

5. Huisbezoek 5, 24 weken na ontslag

Evaluatie

Tijdens het laatste bezoek kan het traject van opname tot ontslag worden geëvalueerd. Aan de hand van het samenvattingsblad en het zorgbehandelplan wordt samen met de oudere besproken waar nog aanvullende zorgbehoeften liggen en wie ingeschakeld kan worden.

Overdracht

Na het bezoek neemt de wijkverpleegkundige zonodig contact op met degene aan wie de zorg zal worden overgedragen.



MEVROUW BUNDEL-KATZ, MÉT DE TRANSMURALE ZORGBRUG

Aan het begin van deze handleiding is mevrouw Bundel-Katz bij u geïntroduceerd, een oudere die door een ziekenhuisopname een behoorlijke achteruitgang in functioneren onderging. Onderstaande casus laat zien wat de Transmurale Zorgbrug voor een oudere als mevrouw Bundel-Katz kan betekenen.

Het is 5 maart 2012. Mevrouw Bundel-Katz is na een griepje nog steeds niet in orde. Ze heeft geen eetlust en ook heeft ze een nare hoest. De huisarts stelt longontsteking vast. Ze wordt direct opgenomen in het ziekenhuis. Mevrouw Bundel-Katz maakt 's nachts vervelende dingen mee; ze heeft levendige dromen die bijna niet te onderscheiden zijn van de werkelijkheid. Het maakt haar erg onrustig. De volgende dag komt er een aardige verpleegkundige bij mevrouw langs. Ze stelt zich voor als Helma en spreekt met mevrouw Bundel-Katz over hoe het thuis ging en hoe het nu gaat. Na een poosje vertelt mevrouw wat zij 's nacht heeft beleefd. Helma legt uit dat dit een soort nachtmerrie is geweest. Ze noemt het een delier, een verwardheid die vaker voorkomt als een ouder iemand acuut ziek wordt. Helma geeft haar een folder en ze vraagt of het goed is dat ze het met Marijke, de zaalarts, overlegt. Soms is het nuttig om een medicijn te gebruiken, zodat mevrouw Bundel-Katz ook wat beter gaat slapen. Helma stelt nog meer vragen over allerlei onderwerpen. Als Helma haar vraagt of zij wel eens is gevallen vertelt mw. Bundel-Katz over haar val van vorige week. Ook wordt er gesproken over het gewichtsverlies van de laatste weken. Samen stellen ze een plan op om de besproken problemen aan te pakken. Zo spreken ze af dat er meer aandacht zal worden besteed aan de nare dromen 's nachts, het eten en het lopen. Die nacht krijgt ze een slaaptablet en slaapt ze heerlijk. Helma komt tijdens de opname nog een paar keer langs en ook een diëtiste en een fysiotherapeut verschijnen aan haar bed en regelen van alles voor haar. Ze krijgt overdfag haar eigen kleren aan en wandelt met een rollator van het ziekenhuis op de gang. Ze eet haar maaltijden in de stoel en krijgt ook wat tussendoortjes om aan te sterken.

Op haar vierde dag in het ziekenhuis komt Francis op bezoek, een wijkverpleegkundige. Francis vertelt mevrouw Bundel-Katz dat ze meedoet aan een project waarbij oudere patiënten weer goed het ziekenhuis uit geholpen worden en dat Helma met Francis gebeld heeft. Mevrouw Bundel-Katz wil niets liever dan samen met Francis bekijken wat er voor moet gebeuren om naar huis te kunnen. Ze besluiten dat mevrouw nog wel wat hulp kan gebruiken bij het wassen en aankleden en met de maaltijden. De volgende dag komt er een aardige verpleegkundige van het transferteam van het ziekenhuis, die de thuiszorg zal regelen.

Op 13 maart 2012 is mevrouw Bundel-Katz weer thuis. Er is een hoop geregeld, extra thuiszorg voor het wassen en de medicijnen en ook krijgt ze tijdelijk 'Tafeltje Dekje'. Francis komt de volgende dag langs, en samen nemen ze nog even de medicijnen door. Mevrouw Bundel-Katz vond nog twee doosjes pillen in haar keukenkastje waarvan ze niet zeker wist of ze deze moest gebruiken. Francis controleert de medicijnlijst van het ziekenhuis en vertelt mevrouw Bundel-Katz dat deze medicijnen zijn gestopt. Francis bespreekt daarnaast met haar of ze tevreden is met de ingezette thuiszorg en hoe het gaat met eten. Mevrouw Bundel-Katz zegt dat het aardig gaat met de maaltijden van Tafeltje Dekje, maar dat ze nog steeds wat kilootjes lichter is dan voor de opname in het ziekenhuis. Francis adviseert mevrouw om haar boterhammen te besmeren met roomboter en een dubbele portie beleg en om vaker een tussendoortje te nemen.

Langzamerhand krijgt mevrouw Bundel-Katz weer een beetje haar leven op de rails, maar toch heeft ze wel een 'jas uitgedaan'. Als Francis na twee weken langskomt bespreken ze opnieuw het plan dat ze met Helma in het ziekenhuis heeft gemaakt, en evalueren wat er nu goed en minder goed gaat. Mevrouw Bundel-Katz geeft aan dat het lopen met de rollator beter gaat, maar dat ze nog wel te onzeker is om buiten te lopen. Ze spreken af dat er een



fysiotherapeut langskomt om wat meer te oefenen. Francis vraagt ook wanneer mevrouw Bundel-Katz naar het ziekenhuis moet voor de poli-afspraak met de specialist. Die blijkt al over een week te zijn en samen stellen ze wat vragen op. Zo wil mevrouw Bundel-Katz graag weten of ze nog een keer verward kan worden, en wat ze dan moet doen.

De fysiotherapeut komt binnen een paar dagen en ze oefenen met lopen. Mevrouw Bundel-Katz is hier erg blij mee en na een paar weken durft ze weer samen met de buurvrouw naar de buurtsupermarkt te lopen.

Na twee maanden hebben Francis, de buurvrouw, en mevrouw Katz een overleg. Francis heeft haar voorgesteld om samen met hen te kijken hoe het gaat met mevrouw Bundel-Katz en of ze nog iets zou willen veranderen aan hoe het nu gaat. Mevrouw Bundel-Katz zegt dat ze af eigenlijk wel wat meer mensen zou willen ontmoeten. Francis vertelt dat de organisatie van de thuiszorg een kunstwerkplaats heeft waar mensen samen komen om creatieve activiteiten te doen. Dit spreekt mevrouw Bundel-Katz wel aan. Haar buurvrouw wil haar best af en toe brengen, misschien dat andere burens dit ook wel willen doen? Afsproken wordt dat deze dagbestedingactiviteit in gang gezet wordt. En als er niemand kan, dat er dan een busje gebeld kan worden? Zo wordt de middag met nog meer goede ideeën besloten. Fijn dat iedereen zo actief mee wil denken met haar.



3. PRAKTISCHE ZAKEN RONDOM IMPLEMENTATIE VAN DE TZB

Bent u enthousiast geworden over de Transmurale Zorgbrug en vraagt u zich af wat er voor nodig is om dit zorgpad zelf te implementeren? In dit deel van de handleiding worden aan de hand van vragen praktische zaken besproken die u daarbij kunnen helpen.

3.1 Algemene informatie

1. Wie moeten er betrokken zijn om de Transmurale Zorgbrug te starten?

De twee belangrijkste partijen zijn een ziekenhuisteam en een thuiszorgorganisatie in de regio van het uitstroomgebied van het ziekenhuis. Deze twee partners zijn minimaal noodzakelijk om een brug te kunnen bouwen. In het ziekenhuis moet geriatrische expertise voorhanden zijn om in te kunnen spelen op de gedetecteerde problemen bij de oudere patiënt. De betrokkenheid van een klinisch geriater en/of verpleegkundig specialist/nurse practitioner is dus van belang. Vanuit de thuiszorgorganisatie moeten er wijkverpleegkundigen niveau 5 beschikbaar zijn die ingezet kunnen worden om hun patiënten in het ziekenhuis en daarna thuis te bezoeken. Bij voorkeur hebben deze verpleegkundigen affiniteit met, en een extra opleiding in, ouderenzorg (of zijn bereid deze te volgen).

2. Wat is er nodig om de Transmurale Zorgbrug te starten?

Er is een systematische manier van identificatie van kwetsbare ouderen in het ziekenhuis nodig om de populatie te herkennen, nader te diagnosticeren en te behandelen. In de praktijkgids Kwetsbare Ouderen van VMS zorg is een advies beschreven. Dit is echter een minimaal zorgmodel wat slechts vier onderdelen in kaart brengt (vallen, ondervoeding, functionele beperkingen en delier) en in wezen onvoldoende is voor complete geriatrische ziekenhuiszorg en een goede overdracht aan de eerste lijn. Een voorbeeld van een meer complete systematische wijze van screenen en diagnostiek is het DEFENCE-zorgmodel, uiteraard kan dit ook een soortgelijk zorgmodel zijn.

3. Hoe wordt de zorg gefinancierd binnen de Transmurale Zorgbrug?

Voor de wijkverpleegkundige nazorg na ziekenhuisopname is momenteel nog geen structurele financiering beschikbaar. Er is de mogelijkheid een beleidsregelaanvraag bij de Nederlandse ZorgAutoriteit in te dienen. In deze aanvraag kan de wijkverpleegkundige (AWBZ)-zorg worden gefinancierd. Voorwaarden zijn dat de aanvraag via de Kring Ouderenzorg AMC en Partners gedaan wordt, dat het protocol van de TZB wordt gebruikt en dat het zorgkantoor deze aanvraag medeondertekent. De beleidsregel is nog in 2013, 2014 en 2015 aan te vragen.

De Kring Ouderenzorg AMC en Partners zijn sedert de start van het project in gesprek met zorgverzekeraars om deze zorg in de toekomst vergoed te krijgen, bijvoorbeeld als advies, instructie en voorlichting. Positieve onderzoeksresultaten en implementatie ervaring op andere plaatsen kunnen hier een grote bijdrage aan leveren.

4. Kan ik hulp bij de implementatie krijgen?

Wij ondersteunen enthousiaste instellingen die willen starten met de TZB graag bij de implementatie, door mee te denken over de organisatie van de TZB in de regio, alsmede het aanvragen van benodigde (tijdelijke) financiering bij de NZA. Inmiddels wordt de brug al gebouwd bij 9 andere ziekenhuizen.

3.2 Informatie voor ziekenhuizen

1. Wie voert de screening uit?

De screening, bestaande uit vier korte vragen, kan door een afdelingsverpleegkundige worden uitgevoerd. Bij voorkeur wordt dit onderdeel van uw seniorgerichte verpleegkundige (65+ of 70+) anamnese, waardoor het zoveel mogelijk wordt geïntegreerd in de reguliere zorg.



De KOZ pleit voor een taakverdeling binnen de TZB die goed binnen uw huidige organisatie past. Dat is efficiënt en vergemakkelijkt de implementatie. Indien u bijvoorbeeld al een systematisch zorgmodel hanteert voor ouderen in uw instelling (bijvoorbeeld screening van alle kwetsbare ouderen door een aangewezen geriatrieteam), kan deze taak eventueel ook bij hen blijven.

2. Hoeveel tijd kost de screening?

De screening bestaat uit vier korte vragen en kost per patiënt minder dan vier minuten.

3. Hoe identificeer ik acuut opgenomen 65+ patiënten?

In veel ziekenhuizen is het niet ongebruikelijk om via het ziekenhuis identificatiesysteem een selectie te maken van patiënten die voldoen aan bepaalde criteria (bijvoorbeeld die zijn geopereerd op een bepaalde dag). Informeer bij uw ICT-afdeling of het mogelijk is dagelijks een digitale uitdraai te krijgen van alle patiënten van 65 jaar of ouder die de voorgaande dag werden opgenomen in uw ziekenhuis.

N.B. Indien screening ingebed wordt op de verpleegafdeling door integratie in de verpleegkundige anamnese is dit logischerwijs niet noodzakelijk. Dan is een signaal uit het EPD van kwetsbare ouderen wellicht nuttig.

4. Wie neemt het CGA af?

Het CGA wordt afgenomen door een verpleegkundige of arts met specifieke kennis over de geriatrie. Dit kan een verpleegkundige zijn met de opleiding klinische geriatrie, een verpleegkundig specialist/nurse practitioner geriatrie/ouderenzorg of een klinisch geriater. De verpleegkundige kan altijd een klinisch geriater consulteren. Binnen de TZB wordt aangeraden in ieder geval een geriater te consulteren bij de aanwezigheid van psychische problemen en vijf of meer problemen.

5. Wie maakt het zorgbehandelplan?

Het zorgbehandelplan wordt gemaakt door degene die het CGA heeft afgenomen samen met de patiënt en/of mantelzorger. Indien nodig kunnen er andere disciplines ook input leveren voor het zorgbehandelplan (bijvoorbeeld de zaalarts, fysiotherapeut/diëtiste of een andere medisch specialist).

6. Waar kan ik meer informatie vinden over aanvullende diagnostiek of interventies bij geriatrische problemen?

Op de website www.effectieveouderenzorg.nl is de up-to-date toolkit Effectieve Ouderenzorg te vinden die handvatten biedt op het gebied van multidisciplinaire diagnostiek en interventies voorstelt bij de 25 meest voorkomende geriatrische problemen. De toolkit kan gebruikt worden bij het maken van het zorgbehandelplan. De toolkit wordt zorgvuldig actueel gehouden door een team van deskundigen en is daar waar mogelijk gebaseerd op Nederlandse richtlijnen. Bronvermelding is weergegeven bij ieder onderdeel.

7. Hoeveel tijd kost het afnemen van het CGA en het maken van een zorgbehandelplan?

Afhankelijk van het aantal geriatrische problemen kost het afnemen van een CGA en het maken van een zorgbehandelplan ongeveer 45 minuten. Indien het CGA wordt afgenomen bij een mantelzorger kan dit meer tijd kosten. Wanneer er sprake is van complexe problematiek waarvoor overleg nodig is met andere hulpverleners kan dit ook meer tijd kosten. Vaak is echter al een geriatrieteam betrokken of blijkt het ontslag van de betreffende patiënten moeilijk voor te bereiden omdat bijvoorbeeld cognitieve problemen spelen. Bij deze patiënten is vroegtijdige betrokkenheid van geriatrie-expertise noodzakelijk.



8. Wat als de patiënt te ziek is of cognitief niet in staat is om een CGA af te nemen?

Snelle identificatie van geriatrische problemen is binnen het project erg belangrijk, om ook tijdens de ziekenhuiszorg goede en passende zorg aan te bieden. Daarom wordt ervoor gepleit binnen 48 uur na opname de screening en CGA uit te voeren. Indien een patiënt hiertoe wegens somatische of cognitieve problematiek niet in staat is wordt aangeraden om door middel van een hetero-anamnese het CGA uit te voeren bij de meest betrokken mantelzorger. Binnen het TZB onderzoek was dit bij ongeveer 20 procent van de ouderen het geval.

9. Hoeveel patiënten komen per maand in aanmerking voor de TZB?

Dit is afhankelijk van de caseload aan ouderen in uw eigen ziekenhuis/afdeling en het aantal afdelingen dat mee doet met het project. Uit onderzoek is bekend dat ongeveer 73 procent van alle acuut opgenomen ouderen een verhoogd risico heeft op de ISAR-HP, en dus in aanmerking komt voor de Transmurale Zorgbrug. Binnen het onderzoeksproject verschilden deze aantallen enigszins per ziekenhuis; zo was in het Academisch Medisch Centrum 58 procent van alle gescreenden ISAR-HP positief, ten opzichte van 73 procent in het Flevoziekenhuis en 79 procent in het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis. Deze verschillen zijn waarschijnlijk te verklaren door het type patiënten, in een academisch centrum worden vaker specialistische ingrepen aangeboden bij een groep relatief gezonde ouderen. Het overzicht hieronder geeft u een idee van het aantal patiënten dat meedeed in het onderzoeksproject TZB:

Ziekenhuis	Specialismen	Aantal bedden	Aantal patiënten per maand
Academisch Medisch Centrum Amsterdam	Interne geneeskunde Cardiologie	100	15
Flevoziekenhuis	Interne geneeskunde Oncologie Longziekten	40	12
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	Interne geneeskunde Medisch psychiatrische unit	24	10

10. Wanneer wordt de wijkverpleegkundige ingeschakeld?

Bij voorkeur wordt de wijkverpleegkundige zo snel mogelijk op de hoogte gebracht van een TZB-patiënt zodat zij de patiënt nog tijdens de opname kan bezoeken, bijvoorbeeld na de afname van het CGA. De ervaring leert dat het ontslag niet zelden onverwacht snel komt.

3.3 Informatie voor thuiszorgorganisaties

1. Wie voert de nazorg na ziekenhuisopname uit?

Indien een patiënt al bekend is bij een thuiszorginstelling heeft het nadrukkelijk voorkeur dat een wijkverpleegkundige van de bewuste instelling de nazorg uitvoert. De desbetreffende wijkverpleegkundige heeft affiniteit met - en kennis van ouderenzorg. Aangeraden wordt om de wijkverpleegkundigen een aanvullende opleiding te laten volgen op het gebied van de ouderenzorg in de eerste lijn (zie vraag 3). Het is belangrijk dat de wijkverpleegkundigen die bij de TZB betrokken zijn flexibel inzetbaar zijn omdat nieuwe patiënten acuut worden aangemeld en ouderen soms plotseling uit het ziekenhuis worden ontslagen. Het is dan bijvoorbeeld niet aan te raden één parttime werkende verpleegkundige in te zetten. Kennis van de sociale kaart in de buurt waar de oudere woont is een grote meerwaarde, bij voorkeur wordt dus een verpleegkundige ingezet die al werkzaam is in de betreffende wijk/stad/gemeente.

2. Hoeveel wijkverpleegkundigen zijn nodig?

Dit is afhankelijk van de wijze hoe u dit project wilt inrichten en wat het verwachte aantal patiënten is. Uitgaande van circa twaalf nieuwe aanmeldingen per maand en het bezoeken van tien bestaande patiënten is er ongeveer 0,5 fte nodig. U kunt ervoor kiezen de werkzaamheden onder te brengen bij diverse



wijkverpleegkundigen (bijvoorbeeld ingedeeld per wijk/regio) of bijvoorbeeld bij twee of drie vaste wijkverpleegkundigen die de zorg verdelen. Er wordt aangeraden meer dan één wijkverpleegkundige te scholen om een dekking te kunnen garanderen bij ziekte/vakanties/uitdiensttreding en dergelijke.

3. Welke scholing kunnen de wijkverpleegkundigen volgen?

Binnen het project hebben alle wijkverpleegkundigen de scholing Ouderenzorg in de eerste lijn gevolgd. Deze opleiding is in 2009 ontwikkeld door de Kring Ouderenzorg AMC en Partners en de Hogeschool Inholland. Het is een tiendaagse post-HBO opleiding bestaande uit drie modules waarin niveau 5-verpleegkundigen worden opgeleid om doelmatige eerstelijnszorg te bieden aan de oudere patiënt.

Module 1

Oriëntatie op ouderen, met het accent op de kaders die de basis vormen voor zorgverlening aan ouderen in de thuissituatie, zoals competenties, probleemgeoriënteerd denken, screening en diagnostiek van kwetsbare ouderen, het maken van een zorgbehandelplan en een sociale kaart.

Module 2

Somatische problematiek, in deze module worden veelvoorkomende somatische problemen behandeld en worden communicatieve vaardigheden getraind.

Module 3

Psychogeriatrische problematiek, met aandacht voor psychogeriatrische problemen, zoals cognitieve problemen, angst en eenzaamheid. Ook krijgen mantelzorg en mantelzorgbelasting aandacht.

Momenteel wordt de opleiding voor de zesde keer aangeboden. De reacties op de opleiding zijn ronduit positief. De verpleegkundigen vinden de opleiding een verrijking van hun vak. Meer informatie over deze opleiding staat op de website van Inholland: www.inholland.nl/academy/opleidingen, ga naar 'Zorg, Welzijn

en Publieke Dienstverlening' en kies de opleiding 'Ouderenzorg in de eerste lijn' uit de rubriek Zorg en Welzijn.

Hiernaast wordt aangeraden om na de start van het project intervisie bijeenkomsten te organiseren met de wijkverpleegkundigen en bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist geriatrie uit het ziekenhuis. Op deze wijze kunnen zaken waar verpleegkundigen tegenaan lopen in de zorg voor de kwetsbare ouderen thuis in een veilige kleinschalige setting op regelmatige basis besproken worden. Door deze bijeenkomst gezamenlijk te houden leren kan men van elkaar leren.

4. Hoe gaat het bezoek in het ziekenhuis?

Het doel van het bezoek in het ziekenhuis is kennismaking met de patiënt en overdracht van de informatie door de hulpverleners in het ziekenhuis. Het is daarom belangrijk om een afspraak te maken met de verpleegkundigen in het ziekenhuis, zodat men weet dat de wijkverpleegkundige komt, nodige zaken voorbereid kunnen worden voor de overdracht en de patiënt, en indien van toepassing, de mantelzorger, geïnformeerd kan worden. Tijdens het bezoek maken de wijkverpleegkundige en de patiënt kennis, vertelt de wijkverpleegkundige wat zijn/haar rol zal zijn en wordt eventueel al een afspraak gemaakt voor thuis. Het is ook prettig om alvast een visitekaartje met contactgegevens te geven. De hulpverleners in het ziekenhuis, vaak vertegenwoordigd door de verpleegkundige, dragen vervolgens de gegevens uit het CGA en het zorgbehandelplan over aan de wijkverpleegkundige, al dan niet in aanwezigheid van de patiënt. De wijkverpleegkundige kan nog aanvullende informatie verzamelen die nodig is om goede nazorg te leveren.

5. Wat is het voordeel van een bezoek in het ziekenhuis?

Het feit dat de wijkverpleegkundige al kennis heeft gemaakt met de patiënt in het ziekenhuis heeft voordelen voor zowel de patiënt als de wijkverpleegkundige zelf. Voor de patiënt is het prettig om te weten dat er iemand komt als



hij weer thuis is en wie dat is. De wijkverpleegkundige kan zich door het ziekenhuisbezoek beter verdiepen in de patiënt en zijn zorgvraag, daarnaast is het huisbezoek een goede mogelijkheid aanvullende gegevens te verzamelen. Als de patiënt bijvoorbeeld ook in zorg komt (of al is) bij de thuisorganisatie van de wijkverpleegkundige, kan de wijkverpleegkundige de zorgvraag goed inventariseren en eventueel met het ziekenhuis afstemmen welke hulpmiddelen er nodig zijn. De wijkverpleegkundige kan dan ook informatie verzamelen die noodzakelijk is voor het zorgleefplan. Op deze manier wordt optimaal gebruik gemaakt van de in het ziekenhuis beschikbare gegevens en hoeft een patiënt niet twee keer belast te worden met een anamnese.

6. Hoeveel tijd kosten de huisbezoeken?

Dit is afhankelijk van verschillende factoren. Als een patiënt complexer is, dat wil zeggen dat er meerdere 'problemen' aan de orde zijn, dan is er meer te bespreken tijdens het huisbezoek. Als richtlijn wordt uit gegaan van circa één uur per bezoek, en een halfuur administratie en regelwerk na het bezoek (bijvoorbeeld bellen van de huisarts/apotheek/gemeente).

7. Hoe wordt de inhoud van de huisbezoeken bepaald?

Deels staat de inhoud van de huisbezoeken al vast. Op basis van literatuuronderzoek van KOZ-AMC zijn een aantal evidence-based interventies vastgelegd die tijdens de huisbezoeken worden uitgevoerd. Deze zijn opgenomen in de checklist (bijlage 6) en eventueel het logboek (bijlage 7). Tijdens het eerste huisbezoek wordt bijvoorbeeld altijd een controle gedaan van de medicatie en de voedingstoestand. De overige verpleegkundige interventies tijdens het huisbezoek zijn afhankelijk van de individuele patiënt; de uitkomsten van het CGA en het in het ziekenhuis opgestelde zorgbehandelplan worden hierbij als leidraad gebruikt. Daarnaast is het de bedoeling dat de wijkverpleegkundige tijdens elk bezoek de situatie en de zorgvraag beoordeeld en hierop inspeelt. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld te kennen heeft gegeven dat de mobiliteit is

verminderd sinds de ziekenhuisopname, kan de wijkverpleegkundige samen met de patiënt hiervoor een nieuw zorgplan maken, waarin wordt gekeken welke interventies er door wie kunnen worden gedaan. Hierbij is het belangrijk om de patiënt actief te betrekken en te instrueren wat hij zelf kan doen.

8. Komt het voor dat ouderen niet meer mee doen?

Het kan gebeuren dat een patiënt geen begeleiding van de wijkverpleegkundige meer wenst. Op zo'n moment kan de wijkverpleegkundige in overleg met de patiënt besluiten de zorg over te dragen aan de hulpverleners die al betrokken zijn (bijvoorbeeld de huisarts).

9. Wat te doen als er al een andere zorgorganisatie of andere hulpverleners betrokken zijn?

Wanneer de patiënt al zorg krijgt van een andere zorgorganisatie of bijvoorbeeld een casemanager of een betrokken praktijkondersteuner zal de wijkverpleegkundige met deze organisatie overleggen of zij de TZB-zorg kunnen bieden. Op deze manier wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd en zijn er niet te veel verschillende hulpverleners betrokken. Indien de andere betrokken hulpverleners de zorg niet kunnen bieden of de inbreng van de wijkverpleegkundige gewenst is kan zij de zorg blijven aanbieden.





BIJLAGEN

1. Screening
2. MMSE
3. CGA
4. Samenvattingsblad CGA
5. Zorgbehandelplan
6. Checklist wijkverpleegkundigen
7. Logboek



ISAR-HP

Identification of Seniors At Risk – Hospitalized Patients

ISAR – Hospitalized Patients vragen		Antwoord	Score
1	Had u voordat u werd opgenomen in het ziekenhuis regelmatig hulp nodig van iemand? (zoals hulp bij huishouden en het bereiden van maaltijden)	Nee	0
		Ja	1
2	Gebruikt u een hulpmiddel bij het lopen? (zoals een stok, rollator, loophekje, of krukken)	Nee	0
		Ja	2
3	Heeft u hulp nodig bij reizen?	Nee	0
		Ja	1
4	Heeft u na uw 14 ^e jaar nog een opleiding gevolgd?	Nee	1
		Ja	0
Totaal score (maximaal 5.0)			
De ISAR-score is positief bij een score van 2.0 of meer punten.			
Is de ISAR-score positief of negatief?		Negatief <input type="checkbox"/> (0 – 1)	Positief <input type="checkbox"/> (2 – 5)
Bij een positieve score wordt een vervolgtraject door middel van het uitgebreid geriatrisch assessment (CGA) aanbevolen (www.effectieveouderenzorg.nl)			

Gebruikershandleiding ISAR-HP

Identification of Seniors At Risk – Hospitalized Patients

De ISAR-HP is een screeningsinstrument. Dit betekent dat de patient een verhoogd risico heeft op het ontwikkelen van functieverlies bij een uiteindelijke score van 2 of meer op deze lijst.

De ISAR-HP is ontwikkeld en (intern) gevalideerd bij acuut opgenomen patienten (van 65 jaar en ouder) op de interne afdeling van 3 ziekenhuizen (AUC 0,71; sensitiviteit 87%). Wanneer een patient een score heeft van 2 of hoger wordt een nader onderzoek op aanwezigheid van geriatrische problemen aanbevolen. Dit volgens het zorgmodel: screenen, geriatrische anamnese en geriatrische interventies.

De ISAR-HP wordt door de verpleegkundige ingevuld binnen 48 uur na opname. Als de patient niet in staat is antwoorden te geven kunnen de vragen van de ISAR-HP aan de familie gesteld worden.

Vraag 1: Had u voordat u werd opgenomen in het ziekenhuis regelmatig hulp nodig van iemand?

Het gaat om zogenaamde IADL (Instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven) zoals hulp bij het huishouden doen, bij het boodschappen doen of bij het koken. Het gaat dus *niet* om hulp bij wassen, douchen of aankleden.

Vraag 2: Gebruikt u een hulpmiddel bij het lopen?

Het gaat dus echt om hulpmiddelen bij het lopen, zowel binnenshuis als buiten (een arm van een begeleider is geen hulpmiddel). Ook als het hulpmiddel niet altijd wordt gebruikt moet de vraag met 'JA' beantwoord worden.

Vraag 3: Heeft u hulp nodig bij reizen?

Het gaat om zowel het plannen en organiseren van een reis als het daadwerkelijk zelf op reis gaan (dat is niet het bezoeken van een winkel in de buurt, wel bijvoorbeeld een familiebezoek of vakantie, waarbij vervoer geregeld moet worden. Een goede vraag om dit te checken is: Zou u zelf alleen naar deze instelling hebben kunnen reizen?

Vraag 4: Heeft u na uw 14^e jaar nog een opleiding gevolgd?

Het gaat om opleidingen als VMBO, HAVO, VWO, gymnasium en vervolgoopleidingen als MBO, HBO of universiteit. Ook wanneer deze opleidingen in deeltijd zijn gevolgd zijn het opleidingen die meetellen en moet dus JA worden ingevuld. Een cursus als 'gebruiken van de computer' telt weer niet mee.

MMSE

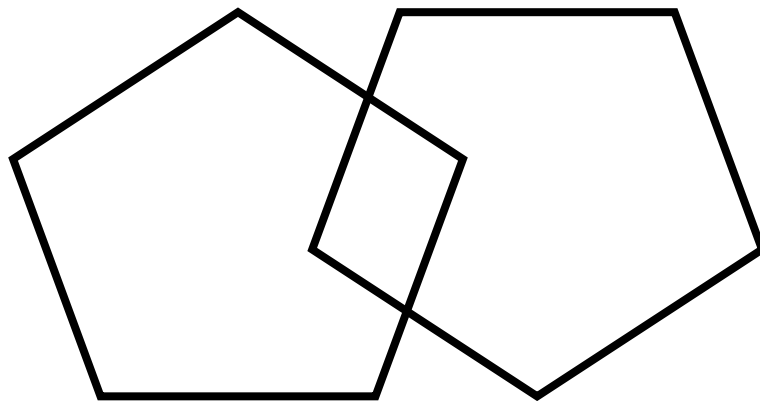
Datum invullen:

Naam invuller:

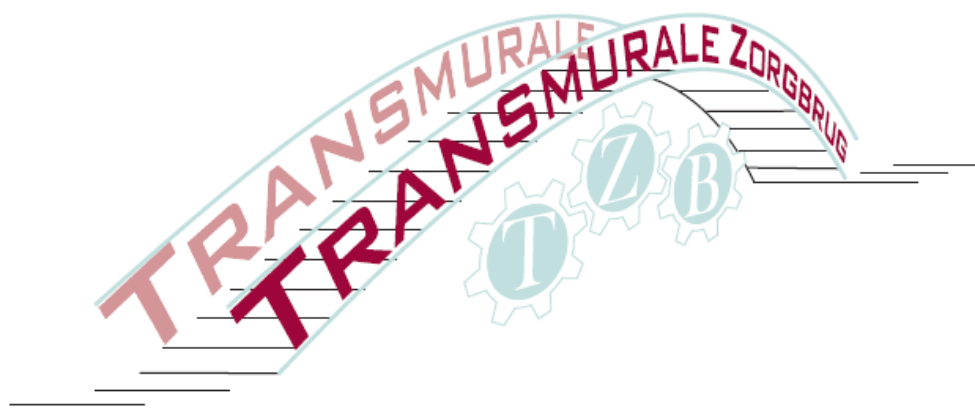
Ik ga u nu enkele vragen stellen en geef u enkele problemen om op te lossen. Deze vragen hebben te maken met nadenken en onthouden. Er zitten enkele zeer gemakkelijke vragen bij, maar ook enkele moeilijke, aangezien het een standaard lijst is. Wilt u alstublieft uw best doen om zo goed mogelijk de antwoorden te geven.

	<u>Noteer antwoord</u>	<u>score</u>
1. a. Welk jaar is het? b. Welk seizoen is het? c. Welke maand van het jaar is het? d. Wat is de datum van vandaag? e. Welke dag van de week is het?		(0-5) _____
2. a. In welke provincie zijn we nu? b. In welke plaats zijn we nu? c. Wat is de naam van dit ziekenhuis? d. Wat is de naam van deze afdeling? e. Op welke verdieping zijn we nu?		(0-5) _____
3. Ik noem nu drie voorwerpen. Wilt u die herhalen nadat ik ze alle drie gezegd heb? Onthoud ze want ik vraag u over enkele minuten ze opnieuw te noemen. (noem "appel, stuiver, tafel", neem 1 seconde per woord) (1 punt voor elk goed antwoord, herhaal maximaal 5 keer) tot de patiënt de drie woorden weet)		(0-3) _____
4. Wilt u van de 100 zeven aftrekken en van wat er overblijft weer zeven aftrekken en zo doorgaan tot ik stop zeg? (herhaal eventueel 3 maal als de persoon stopt, herhaal dezelfde instructie, geef maximaal 1 minuut de tijd) noteer hier het antwoord of: Wilt u het woord worst achterstevoren spellen? Noteer hier het antwoord.		(0-5) _____
5. Noemt u nogmaals de drie voorwerpen van zojuist. (Een punt voor elk goed antwoord)		(0-3) _____
6. Wat is dit? En wat is dat? (wijs een pen en een horloge aan. Een punt voor elk goed antwoord)		(0-2) _____
7. Wilt u de volgende zin herhalen: "Nu eens dit en dan weer dat" (Een punt als de complete zin goed is)		(0-1) _____
8. Wilt u deze woorden lezen en dan doen wat er staat? (papier met daarop in grote letters: "sluit de ogen")		(0-1) _____
9. Wilt u dit papiertje pakken met uw rechterhand, het dubbelvouwen en het op uw schoot leggen? (een punt voor iedere goede handeling).		(0-3) _____
10. Wilt u voor mij een volledige zin opschrijven op dit stuk papier? (Een punt wanneer de zin een onderwerp en een gezegde en een betekenis heeft).		(0-1) _____
11. Wilt u deze figuur natekenen? (Figuur achterop dit papier. Een punt als de figuur correct is natekend. Er moet een vierhoek te zien zijn tussen de twee vijfhoeken)		(0-1) _____
	TOTALE TEST-SCORE:	(0-30) _____

SLUIT DE OGEN



Transmurale Zorgbrug



Comprehensive Geriatric Assessment

Pinnummer patiënt: _ _ _

Datum van invullen

Datum van invullen:

				2	0		
d	d	m	m	j	j	j	j

Persoonlijke gegevens / Sociaal functioneren

Geboortedatum:

d	d	m	m	j	j	j	j

Geslacht:

Man Vrouw

Opnamedatum:

d	d	m	m	j	j	j	j

Postcode:

--	--	--	--

Vul alleen de vier cijfers in

Wat is uw burgerlijke staat?

- Gehuwd
- Weduwe / weduwnaar / partner overleden
- Gescheiden
- Ongehuwd
- Duurzaam samenlevend/samenwonend met partner of kind

Wat was uw woonsituatie bij opname?

- Zelfstandig
- Serviceflat / aanleunwoning
- Verzorgingshuis
- Verpleeghuis
- Wijkziekenboeg
- Transferafdeling

Woonomstandigheden

Voldoet uw huidige woonomgeving aan uw wensen?

nee

ja

Zo nee, wat voldoet niet.....

Pinnummer patiënt: _ _ _

Patiëntkarakteristieken:

In welk land bent u geboren?

- Nederland Anders, namelijk

Wat is de hoogste opleiding die u hebt afgemaakt?

- Minder dan 6 klassen lagere school
 6 klassen lagere school, lom-school, mlk-school
 Meer dan lagere school / 7^e leerjaar/ basisschool zonder verder afgesloten opleiding
 Ambachtsschool/ Huishoudschool
 Mulo / mms / mavo / middelbaar beroepsonderwijs
 Hbs / gymnasium / atheneum
 Universiteit / hoger onderwijs

ISAR-HP: Risico op functieverlies

ISAR-HP

Identification of Seniors At Risk - Hospitalized Patients

© 2009 Defence Study Group

Screening instrument voor identificatie van oudere patiënten met een verhoogd risico op functieverlies na een ziekenhuisopname

Omcirkel het juiste antwoord. De vragen svp alleen met Ja of Nee beantwoorden

	Ja	Nee
1) Had u voordat u werd opgenomen in het ziekenhuis regelmatig hulp nodig van iemand? (zoals hulp bij huishouden, bereiden maaltijden e.d.)	1	0
2) Gebruikt u een hulpmiddel bij het lopen? (zoals een stok, een rollator, een loophekje, krukken e.d.)	2	0
3) Heeft u hulp nodig bij het reizen?	1	0
4) Heeft u na uw 14 de jaar nog een opleiding gevolgd?	0	1
Bij een totaalscore van 2 of meer heeft de patiënt een verhoogd risico op het ontwikkelen van functieverlies.	totaalscore	

Gebruikershandleiding ISAR-HP: Juni 2009

De ISAR-HP is een screeningsinstrument. Dit betekent dat de patiënt een verhoogd risico heeft op het ontwikkelen van functieverlies bij een uiteindelijke score van 2 of meer op deze lijst.

De ISAR-HP is ontwikkeld en (intern) gevalideerd bij acuut opgenomen patiënten (van 65 jaar en ouder) op de interne afdeling van 3 ziekenhuizen (AUC 0.71, sensitiviteit 87%). Wanneer een patiënt een score heeft van 2 of hoger wordt een nader onderzoek op aanwezigheid van geriátrische problemen aanbevolen. Dit volgens het Defence model: screenen, geriátrische anamnese en geriátrische interventies.

De ISAR-HP vragenlijst wordt door de verpleegkundige ingevuld binnen 48 uur na opname. Als de patiënt niet in staat is antwoorden te geven kunnen de vragen van de ISAR-HP aan de familie gesteld worden.

Vraag 1: Had u voordat u werd opgenomen in het ziekenhuis regelmatig hulp nodig van iemand?

Het gaat om de zogenaamde IADL (Instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven) zoals hulp bij het huishouden doen, bij het boodschappen doen, bij het koken enz.. Het gaat dus niet om hulp bij wassen, douchen, aankleden en dergelijke.

Vraag 2: Gebruikt u een hulpmiddel bij het lopen?

Het gaat dus echt om hulpmiddelen bij het lopen (een arm van een begeleider is geen hulpmiddel), zowel binnenshuis als buiten. Ook als het hulpmiddel niet altijd wordt gebruikt moet de vraag met JA beantwoord worden.

Vraag 3: Heeft u hulp nodig bij het reizen?

Het gaat om zowel het plannen en organiseren van een reis als het daadwerkelijk zelf op reis gaan (dat is niet het bezoeken van een winkel in de buurt, wel bijvoorbeeld familiebezoek, vakantie e.d. waarbij vervoer geregeld moet worden). Een goede vraag om dit te checken is: Zou u zelf alleen naar deze instelling hebben kunnen reizen?

Vraag 4: Heeft u na uw 14 de jaar nog een opleiding gevolgd?

Het gaat om opleidingen als VMBO, HAVO, VWO, gymnasium en vervolgoedingen als MBO, HBO, universiteit. Ook wanneer deze opleidingen in deeltijd zijn gevolgd zijn het opleidingen die meetellen en moet dus JA worden ingevuld. Een cursus als "gebruiken van de computer" telt bijv. weer niet mee.

Pinnummer patiënt: _ _ _

VMS vragen

VMS	Vallen	Ja	Nee
1	Bent u in de afgelopen zes maanden gevallen?		
2	Indien ja: hoe vaak?	keer

VMS	Ondervoeding SNAQ	Ja	Nee
1	Bent u onbedoeld afgevallen: Meer dan 6 kg in de afgelopen 6 maanden? Meer dan 3 kg in de afgelopen maand?	3 2	0 0
2	Had u de afgelopen maand een verminderde eetlust?	1	0
3	Hebt u de afgelopen maand drinkvoeding of sondevoeding gebruikt?	1	0
Totaalscore SNAQ			punt

VMS	Risico op delirium	Ja	Nee
1	Heeft u geheugenproblemen?		
2	Heeft u de laatste 24 uur thuis hulp nodig gehad bij de zelfzorg?		
3	Zijn er bij een eerdere opname of ziekte perioden geweest dat u in de war was?		

Pinnummer patiënt: _ _ _

Zorggebruik

Hebt u de afgelopen **6 maanden** gebruik gemaakt van onderstaande zorg? Indien ja, geef een gemiddelde/schatting van de intensiteit.

Consult in de huisartspraktijk tijdens kantooruren	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	_____ keer in totaal
Visite van de huisarts bij u thuis tijdens kantooruren	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	_____ keer in totaal
Bezoek aan huisartsenpost <u>of</u> visite van de huisarts in avond/nacht of weekend	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	_____ keer in totaal
Bezoek aan spoedeisende hulp	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	_____ keer in totaal
Opname in een ziekenhuis	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	_____ keer in totaal _____ dagen in totaal
Opname in een verzorgingshuis	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	_____ weken in totaal
Opname in een verpleeghuis	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	_____ weken in totaal
Thuiszorg door een (wijk) verpleegkundige	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	_____ uur per week
Thuiszorg door een verzorgende	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	_____ uur per week
Huishoudelijke thuiszorg	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	_____ uur per week
Dagopvang	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	_____ dagen per week
Dagbehandeling	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	_____ dagen per week
Hulp van uw partner	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	_____ uur per week
Hulp van kinderen	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	_____ uur per week
Hulp van overige familie	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	_____ uur per week
Hulp van burenvrienden/vrijwilligers	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	_____ uur per week
Maaltijdvoorziening	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	
Alarmsysteem	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	
Particuliere hulp (hulp die u zelf betaalt)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	_____ dagen per week voor hulp bij: _____
Behandeling van GGZ/Psycholoog/Psychiater	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	
Fysiotherapie	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	_____ keer per week _____ uur per keer
Diëtist	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	
Andere zorg/hulpverlening	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	Namelijk: _____ _____

Pinnummer patiënt: _ _ _

Dagelijks functioneren

Neem de digitale **ALDS** af op <https://accalds.questmanager.nl/>

Datum afname **ALDS**

				2	0		
d	d	m	m	j	j	j	j

Let op, het is de bedoeling dat de vragenlijst wordt ingevuld voor de situatie zoals deze **2 weken voor opname in het ziekenhuis** was.

ALDS score

		.			
--	--	---	--	--	--

Pinnummer patiënt: _ _ _

KATZ

Dit is een lijst met bezigheden, die te maken hebben met uw functioneren in het dagelijks leven. We willen u verzoeken de vragen in te vullen voor de situatie zoals deze **2 weken voor deze opname in het ziekenhuis** was.

1. Heeft U hulp nodig bij baden of douchen?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
2. Heeft U hulp nodig bij het aankleden?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
3. Heeft U hulp nodig bij kammen van de haren of scheren?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
4. Heeft U hulp nodig bij het naar de toilet gaan?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
5. Maakt U gebruik van incontinentiemateriaal?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
6. Heeft U hulp nodig bij opstaan uit een stoel ?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
7. Heeft U hulp nodig bij het lopen?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
zo ja; Hulpmiddel:	
8. Heeft U hulp nodig bij het eten?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
9. Heeft U hulp nodig bij het gebruiken van de telefoon?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
10. Heeft U hulp nodig bij reizen?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
11. Heeft U hulp nodig bij het boodschappen doen?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
12. Heeft U hulp nodig bij het bereiden van een maaltijd?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
13. Heeft U hulp nodig bij huishoudelijk werk?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
14. Heeft U hulp nodig bij het innemen van medicijnen?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
15. Heeft U hulp nodig bij het omgaan met geld ?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Totaalscore op de KATZ	
Alle vragen beantwoord met ja worden gescoord met 1 punt/15

Pinnummer patiënt: _ _ _

Slechthorendheid

- Heeft u een gehoorapparaat nee ja
Kunt u, al dan niet met gehoorapparaat, goed horen? nee ja

Slechtziendheid

- Heeft u een bril? nee ja
Kunt u, al dan niet met bril, goed zien? nee ja

Slaap

- Ervaart u problemen met slapen? nee ja
Gebruikt u wel eens slaapmedicatie? nee ja

Moeheid (vraag naar situatie 2 weken voor opname)

- Kost alles wat u doet moeite? nee ja
Kost het u moeite op gang te komen? nee ja

Mobiliteit

Kon u twee weken voor opname 5 minuten buiten lopen?

- Zonder moeite
- Met enige moeite
- Met veel moeite
- Enkel met hulp van iemand anders
- Niet mogelijk

Hoe vaak deed u 2 weken voor opname aan lichamelijke inspanning (bijv ½ uur wandelen, fietsen of zwemmen)?

- Dagelijks
- 3 keer per week
- Wekelijks
- Maandelijks
- (Vrijwel) nooit

Pinnummer patiënt: _ _ _

Lichamelijk functioneren

Medicatie

Gebruikt u vijf of meer verschillende soorten medicijnen nee ja

Therapietrouw

Is het u duidelijk hoe en wanneer u uw medicijnen in moet nemen? nee ja nvt

Veiligheid en bijwerkingen

Ervaart u problemen of bijwerkingen van uw huidige medicijnen? nee ja nvt

Bent u allergisch voor bepaalde medicijnen? nee ja nvt

Kalmeringsmiddelen

Gebruikt u kalmeringsmiddelen? nee ja

Roken en alcoholgebruik

Roken : ja,sig/per dag
 nee
 in het verleden gerookt, gestopt sinds

Alcohol : ja →EH per dag
 nee

Incontinentie

Heeft u last van incontinentie? nee ja

Indien ja, incontinent voor: ontlasting urine

Obstipatie

Heeft u last van obstipatie? nee ja

Blaaskatheter

Heeft u een blaaskatheter? nee ja

Indien ja, had u dit al thuis? nee ja

Doorligplekken

Heeft u doorligplekken/wonden? nee ja

Pinnummer patiënt: _ _ _


Duizeligheid

Heeft u weleens last van duizeligheid? nee ja

Indien ja, beïnvloedt dit uw dagelijks functioneren? nee ja

Pijn

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Slikstoornis

Heeft u moeite met slikken? nee ja

Mondhygiëne:

Heeft u de afgelopen maand klachten in uw mond gehad (pijn, zwelling, blaasje, verandering van aspect) ? nee ja

Psychisch functioneren

Delier: DOS en Confusion Assessment Method

Datum			
DOS nacht			
DOS dag			
DOS avond			
CAM 1			
CAM 2			
CAM 3			
CAM 4			

De CAM mag alleen gescoord worden door iemand die hiertoe bekwaam is.

De CAM dient gescoord te worden nadat de observaties van verpleegkundige (anamnese/rapportage) en familie zijn verkregen. Bij aanwezigheid score 1, bij afwezigheid 0 en bij onzekerheid 9. Bij CAM 4, indien score 1: ook a/b/c/d aangeven.

Pinnummer patiënt: _ _ _

Toelichting CAM score:

CAM 1. Acut begin en fluctuerend beloop:

Meestal verkregen van verzorger of verpleegkundige, een bevestigend antwoord op de volgende vragen: “Zijn er aanwijzingen voor acute veranderingen in psychisch functioneren?”; “Fluctueert het vreemde gedrag over de dag, maw komt en gaat het weer of wordt het meer en weer minder erg?”

CAM 2. Verminderde aandacht: Een bevestigend antwoord op de volgende vragen: “Heeft de patiënt moeite met de aandacht vast te houden, bijvoorbeeld is de patiënt snel afgeleid, of heeft de patiënt moeite om de lijn in het gesprek vast te houden?”

CAM 3. Ongeorganiseerd denken: Een bevestigend antwoord op de volgende vragen: “Verloopt het denken van de patiënt ongeorganiseerd of onlogisch, zoals verwarde of irrelevante conversatie, onduidelijk of onlogische stroom van ideeën, of onvoorspelbaar verspringen van onderwerp naar onderwerp.”

CAM 4. Veranderd bewustzijnsniveau: Bevestigd door elk antwoord anders dan “alert” op de volgende vraag: “In het algemeen, hoe zou u het bewustzijn van deze patiënt beoordelen?”

- | | | |
|--------------------|--------------------|---|
| 0. normaal = alert | 1. veranderd n.l.: | a. hyperalert = waakzaam |
| | | b. slaperig, goed wekbaar = lethargisch |
| | | c. moeilijk te wekken = stupor |
| | | d. niet wekbaar = coma |

Depressie (GDS-2)

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Heeft u zich de afgelopen maand somber, depressief of wanhopig gevoeld? | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja |
| 2. Had u de afgelopen maand minder interesse of plezier in dingen? | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja |

Angst

Voelde u zich de afgelopen maand angstig van binnen? nee ja

Pinnummer patiënt: _ _ _

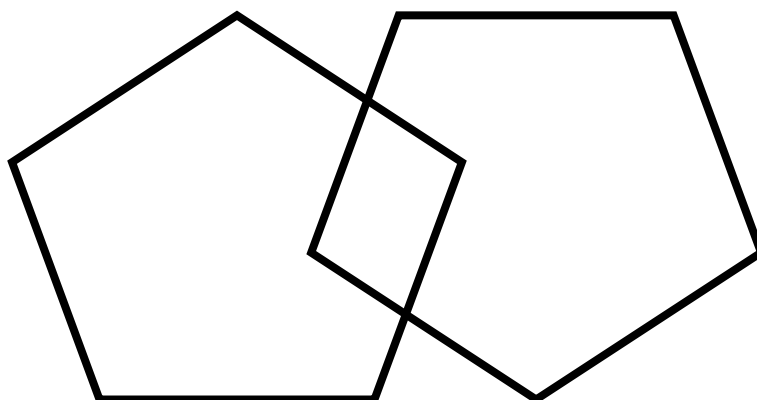
MMSE

Ik ga u nu enkele vragen stellen en geef u enkele problemen om op te lossen. Deze vragen hebben te maken met nadenken en onthouden. Er zitten enkele zeer gemakkelijke vragen bij, maar ook enkele moeilijke, aangezien het een standaard lijst is. Wilt u alstublieft uw best doen om zo goed mogelijk de antwoorden te geven.

	<u>Noteer antwoord</u>	<u>score</u>
1. a. Welk jaar is het? b. Welk seizoen is het? c. Welke maand van het jaar is het? d. Wat is de datum van vandaag? e. Welke dag van de week is het?		(0-5) _____
2. a. In welke provincie zijn we nu? b. In welke plaats zijn we nu? c. Wat is de naam van dit ziekenhuis? d. Wat is de naam van deze afdeling? e. Op welke verdieping zijn we nu?		(0-5) _____
3. Ik noem nu drie voorwerpen. Wilt u die herhalen nadat ik ze alle drie gezegd heb? Onthoud ze want ik vraag u over enkele minuten ze opnieuw te noemen. (noem "appel, stuiver, tafel", neem 1 seconde per woord) (1 punt voor elk goed antwoord, herhaal maximaal 5 keer) tot de patiënt de drie woorden weet)		(0-3) _____
4. Wilt u van de 100 zeven aftrekken en van wat er overblijft weer zeven aftrekken en zo doorgaan tot ik stop zeg? (herhaal eventueel 3 maal als de persoon stopt, herhaal dezelfde instructie, geef maximaal 1 minuut de tijd) noteer hier het antwoord of: Wilt u het woord worst achterstevoren spellen? Noteer hier het antwoord.		(0-5) _____
5. Noemt u nogmaals de drie voorwerpen van zojuist. (Een punt voor elk goed antwoord)		(0-3) _____
6. Wat is dit? En wat is dat? (wijs een pen en een horloge aan. Een punt voor elk goed antwoord)		(0-2) _____
7. Wilt u de volgende zin herhalen: "Nu eens dit en dan weer dat" (Een punt als de complete zin goed is)		(0-1) _____
8. Wilt u deze woorden lezen en dan doen wat er staat? (papier met daarop in grote letters: "sluit de ogen")		(0-1) _____
9. Wilt u dit papiertje pakken met uw rechterhand, het dubbelvouwen en het op uw schoot leggen? (een punt voor iedere goede handeling).		(0-3) _____
10. Wilt u voor mij een volledige zin opschrijven op dit stuk papier? (Een punt wanneer de zin een onderwerp en een gezegde en een betekenis heeft).		(0-1) _____
11. Wilt u deze figuur natekenen? (Figuur achterop dit papier. Een punt als de figuur correct is natekend. Er moet een vierhoek te zien zijn tussen de twee vijfhoeken)		(0-1) _____
	TOTALE TEST-SCORE:	(0-30) _____

Pinnummer patiënt: _ _ _

SLUIT DE OGEN



Pinnummer patiënt: _ _ _

Kwaliteit van leven

Zet bij ieder onderwerp in de lijst hieronder een kruisje in het hokje achter de zin die het best past bij uw eigen gezondheidstoestand 2 weken voor deze opname in het ziekenhuis.

1. Mobiliteit

- Ik heb geen problemen met lopen
- Ik heb enige problemen met lopen
- Ik ben bedlegerig

2. Zelfzorg

- Ik heb geen problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden
- Ik heb enige problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden
- Ik ben niet in staat mijzelf te wassen of aan te kleden

3. Dagelijkse activiteiten (*bijv. gezins- en vrijetijdsactiviteiten, zoals lezen, tv. kijken*)

- Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb enige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren

4. Pijn/klachten

- Ik heb geen pijn of andere klachten
- Ik heb matige pijn of andere klachten
- Ik heb zeer ernstige pijn of andere klachten

5. Stemming

- Ik ben niet angstig of somber
- Ik ben matig angstig of somber
- Ik ben erg angstig of somber

6. Denkvermogen (*bijv. herinneren, concentreren*)

- Ik heb geen beperkingen in denkvermogens
- Ik heb enige beperkingen in denkvermogens
- Ik heb ernstige beperkingen in denkvermogens

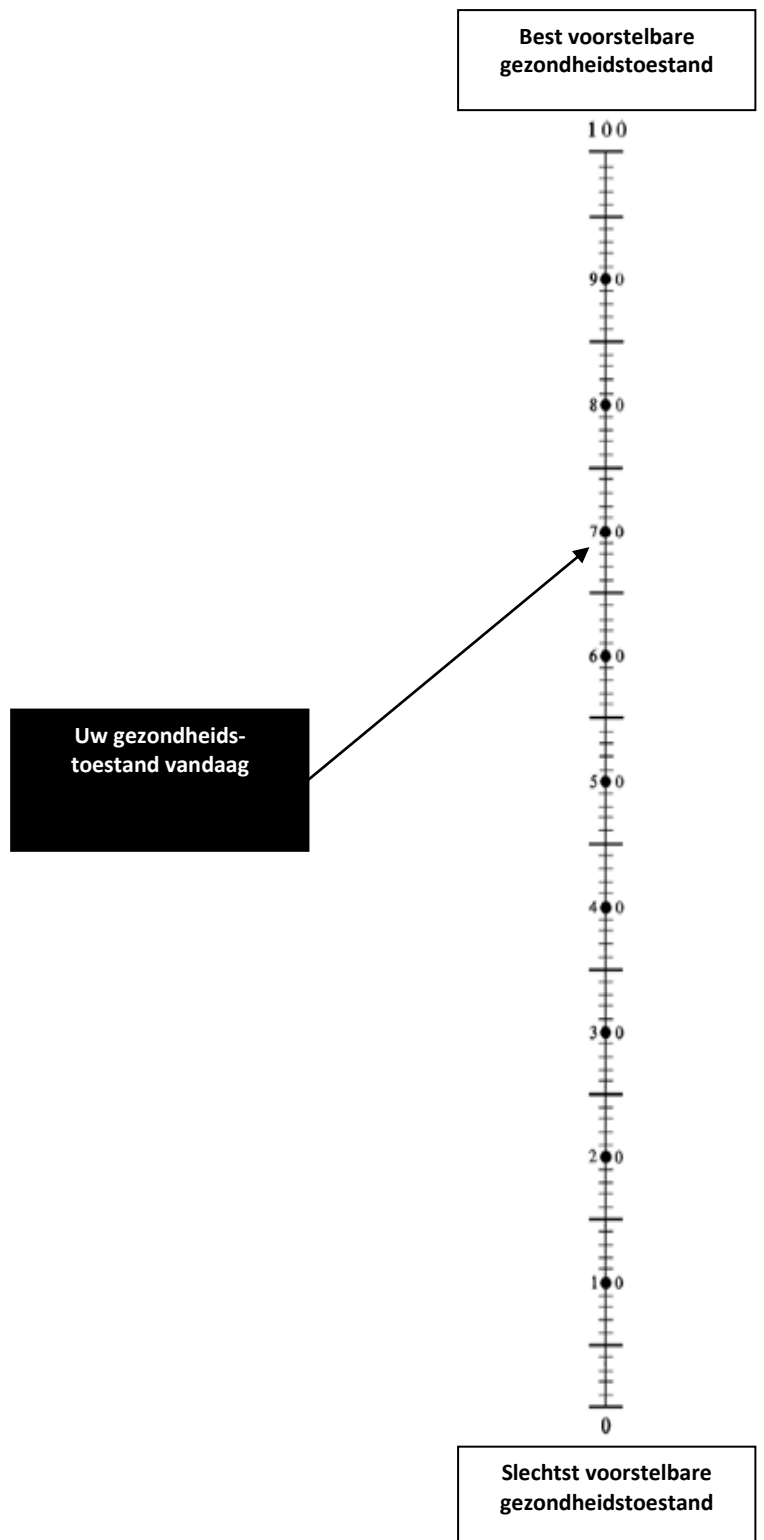
Pinnummer patiënt: _ _ _

Om mensen te helpen bij het aangeven hoe goed of hoe slecht een gezondheidstoestand is, hebben we een meetschaal (te vergelijken met een thermometer) gemaakt.

De meetschaal hiernaast is een voorbeeld. Op de meetschaal betekent "100" de beste gezondheidstoestand die u zich kunt voorstellen, en "0" de slechtste gezondheidstoestand die u zich kunt voorstellen.

Als u bijvoorbeeld vindt dat uw gezondheidstoestand vandaag overeenkomt met 70 (op de schaal van 0 tot 100) dan trekt u een lijn van het zwarte hokje naar 70, zoals hiernaast.

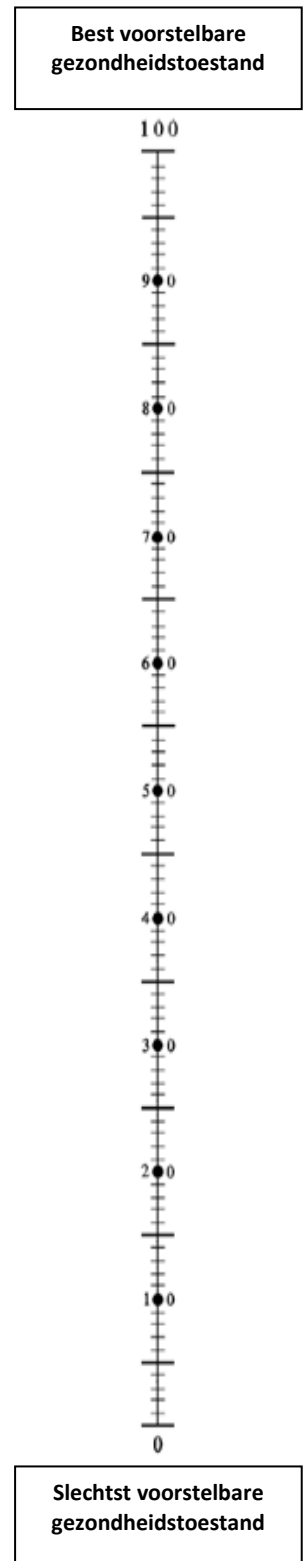
We willen u vragen op de meetschaal op de volgende pagina aan te geven hoe goed of hoe slecht volgens u uw eigen gezondheids-toestand **2 weken voor opname in het ziekenhuis** was.



Pinnummer patiënt: _ _ _

Trek een lijn van het zwarte hokje hiernaast (vanaf het rechter uitstekende puntje) naar het punt op de meetschaal dat volgens u aangeeft hoe goed of hoe slecht uw gezondheidstoestand **2 weken voor de opname in het ziekenhuis** was.

Uw gezondheids-
toestand van 2 weken
voor de opname in het
ziekenhuis



Samenvatting CGA Transmurale Zorgbrug

Probleem	Afkappunten meetinstrument => positief? => probleem aanwezig	Probleem Aanwezig	Herkent patiënt probleem?	Prioriteit patiënt (nummers)	Prioriteit geriater (nummers)	Actie	Parkeren	Geen actie
S O C I A A L F U N C T I O N E R E N								
Wonen	Woonomgeving: voldoet niet aan wensen							
D A G E L I J K S F U N C T I O N E R E N								
ADL en IADL	Score op Katz ADL vragen ADL (1 tm 8): 1 x Ja IADL (9 tm 15): 1 x Ja							
Slechthorendheid	Nee							
Slechtziendheid	Nee							
Slaapstoornis	Ja op 1 van de 2							
Moeheid	Ja							
Mobiliteit	Indien loophulpmiddel wordt gebruikt							
Vallen (VMS)	1x of vaker							
L I C H A M E L I J K F U N C T I O N E R E N								
Medicatie	Ja							
Therapietrouw	Nee							
Veiligheid en bijwerkingen	Ja op 1 van de 2 vragen							
Kalmeringsmiddel	Ja							
Roken en alcoholgebruik	Roken: indien ja Alcohol: indien 3 of meer EH/dag							
Incontinentie	Ja							
Obstipatie	Ja							
Blaaskatheter	Ja							
Doorligplekken	Ja							
Duizeligheid	Ja							
Pijn	Pijnscore 4 of meer							
Slikstoornis	Ja							
Ondervoeding (VMS)	SNAQ-score 2=matig 3=ernstig							
Mondhygiëne	Ja							
P S Y C H I S C H F U N C T I O N E R E N								
Risico op delier (VMS)	VMS indien 1 en 2 ja en/of 3							
Delirium	Cam 1 + 2 aanwezig en 3 of 4							
Depressie	Ja op 2 van de 2 vragen							
Angst	Ja							
Cognitieve stoornis	MMSE 23 of minder							
Kwaliteit van leven	Indien cijfer <55							

Zorgbehandelplan Transmurale Zorgbrug

Domein: Sociaal / Dagelijks / Lichamelijk / Psychisch		(omcirkel het domein)
NR. 1 *	Probleem:	Datum afgerond
Probleem (P)		
Oorzaak (E)		
Symptomen (S) (objectief/ subjectief)		
Doel interventie		
Interventies		
Acties door oudere zelf		
Acties door vpk		
Afspraak met arts		
Afspraak met andere behandelaren		
Afgesproken evaluatiemoment		

Domein: Sociaal / Dagelijks / Lichamelijk / Psychisch		(omcirkel het domein)
NR. 2 *	Probleem:	Datum afgerond
Probleem (P)		
Oorzaak (E)		
Symptomen (S) (objectief/ subjectief)		
Doel interventie		
Interventies		
Acties door oudere zelf		
Acties door vpk		
Afspraak met arts		
Afspraak met andere behandelaren		
Afgesproken evaluatiemoment		

* Uiteindelijke prioritering

Domein: Sociaal / Dagelijks / Lichamelijk / Psychisch		(omcirkel het domein)
NR. 3 *	Probleem:	Datum afgerond
Probleem (P)		
Oorzaak (E)		
Symptomen (S) (objectief/ subjectief)		
Doel interventie		
Interventies		
Acties door oudere zelf		
Acties door vpk		
Afspraak met arts		
Afspraak met andere behandelaren		
Afgesproken evaluatiemoment		

Domein: Sociaal / Dagelijks / Lichamelijk / Psychisch		(omcirkel het domein)
NR. 4 *	Probleem:	Datum afgerond
Probleem (P)		
Oorzaak (E)		
Symptomen (S) (objectief/ subjectief)		
Doel interventie		
Interventies		
Acties door oudere zelf		
Acties door vpk		
Afspraak met arts		
Afspraak met andere behandelaren		
Afgesproken evaluatiemoment		

Opmerkingen:

Checklist Transmurale Zorgbrug

Bezoek in ziekenhuis

- Overdracht CGA en zorgbehandelplan
- Inventariseer formeel en informeel zorggebruik
- Noteer contactgegevens van oudere en mantelzorger
- Geef eigen contactgegevens aan oudere en/of mantelzorger
- Maakt (indien mogelijk) een afspraak voor het eerste huisbezoek

Huisbezoek 1

- Evalueer zorgbehandelplan en CGA
- Inventariseer eventuele nieuwe problemen
- Voer medicatiereview uit
- Inventariseer ingezette zorg en hulpmiddelen
- Contact huisarts: bespreek thuiskomst van oudere en stem zorgbehandelplan af
- Contact overige hulpverleners: bespreek thuiskomst van oudere en stem zorgbehandelplan af
- Bespreek verwachtingen van de oudere ten aanzien van de huisbezoeken
- Maak afspraak voor volgend huisbezoek

Huisbezoek 2

- Evalueer zorgbehandelplan en CGA
- Inventariseer eventuele nieuwe problemen
- Bespreek de doelen van de oudere voor de komende 6 maanden
- Inventariseer behoeften op het gebied van financiën/activiteiten/sociaal netwerk/wonen
- Inventariseer polikliniekbezoeken ziekenhuis en bespreekt indien nodig voor
- Maak afspraak voor volgend huisbezoek (inclusief mantelzorger)

Huisbezoek 3

- Evalueer zorgbehandelplan en CGA
- Inventariseer eventuele nieuwe problemen
- Bespreek de mantelzorgbelasting met mantelzorger en oudere
- Bespreek sociale participatie/eenzaamheid/dagelijkse activiteiten
- Maak afspraak voor volgend huisbezoek

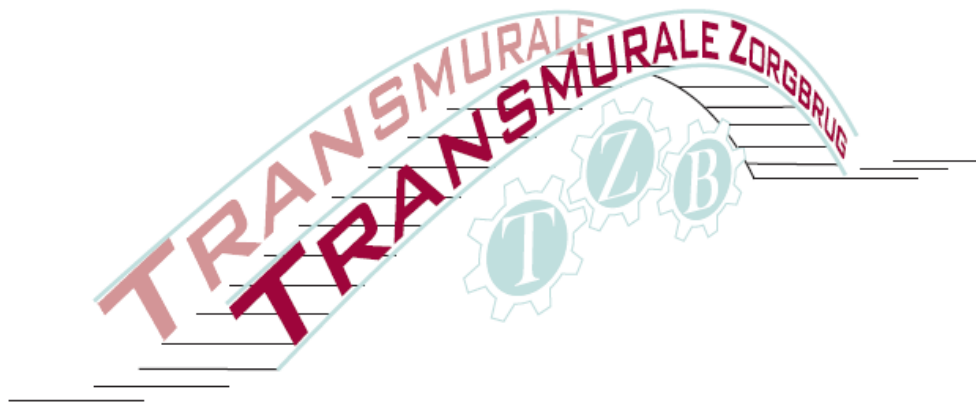
Huisbezoek 4

- Evalueer zorgbehandelplan en CGA
- Inventariseer eventuele nieuwe problemen
- Inventariseer of de zorg na het volgende bezoek overgedragen moet worden (denk hierbij ook aan overdracht aan informele zorg)
- Maak afspraak voor volgend huisbezoek

Huisbezoek 5

- Evalueer zorgbehandelplan en CGA
- Inventariseer eventuele nieuwe problemen
- Draag de zorg over aan de hiertoe aangewezen hulpverlener
- Evalueer met de oudere of de gestelde doelen zijn behaald/bespreek wat er nog moet gebeuren om deze te behalen

Logboek



BEZOEK 1
KENNISMAKING IN HET ZIEKENHUIS

Datum : _ _ / _ _ / 20 _ _
Afdeling :
Telefoonnummer verpleegafdeling :
Bij gesprek aanwezig : oudere zelf
 mantelzorger, zo ja wie:
 professional, zo ja wie:

Verslag bezoek ziekenhuis

Ingeschakelde thuiszorginstantie(s): (indien van toepassing)

Organisatie _____
Contactpersoon _____
Adres / postcode/ plaats _____
Tel nr _____

Geregelde zorg na ontslag

- Thuiszorg huishoudelijk nieuw/ voor ontslag aanwezig
 Thuiszorg verzorgend nieuw/ voor ontslag aanwezig
 Thuiszorg wijkverpleegkundige nieuw/ voor ontslag aanwezig

Andere betrokken personen bij deze patiënt:

Naam/Organisatie/Tel:

- Huisarts _____
 Dagopvang _____
 Fysiotherapie _____
 Ergotherapie _____
 Maatschappelijk werk _____
 Casemanager/ Spv-er _____
 Ouderenadviseur _____
 Diëtiste _____

Contactgegevens patiënt/mantelzorger

Naam _____
Adres _____
Tel nr _____
Overige informatie _____

BEZOEK 2
2 DAGEN NA ONTSLAG

Datum : _ _ / _ _ / 20 _ _

Bij gesprek aanwezig : oudere zelf
 mantelzorger, zo ja wie:
 professional, zo ja wie:

Maak per probleem een korte samenvatting. Rapporteer aan de hand van de probleemlijst op het zorgbehandelplan.

NR*	Probleem	Datum
Opmerkingen/nieuwe problemen:		

Medicatie

- Heeft patiënt medicatie mee naar huis gekregen? ja nee
Kan oudere de medicatie zelf uitzetten? ja nee
Indien nee, is hulp gewenst?
 nee, mantelzorger kan helpen
 ja, thuiszorg ingezet
 ja, overleg met apotheek voor Baxter

- Heeft oudere zelf nog medicatie thuis liggen?
 ja, duidelijk voor de patiënt hoe deze te gebruiken
 ja, niet duidelijk voor de patiënt hoe deze te gebruiken
 nee

- Acties noodzakelijk naar aanleiding van check?
 nee
 ja, contact met huisarts / ziekenhuis / apotheker / thuiszorg / mantelzorg gehad

- Heeft ingezette actie geleid tot verandering van medicatie?
 nee
 ja, namelijk _____

Ingezette zorg

- Is de ingeschakelde zorg vanuit het ziekenhuis voldoende? ja nee
Indien nee, wat ontbreekt er nog en welke acties moeten er worden verricht:

Welke verwachtingen heeft patiënt zelf ten aanzien van de huisbezoeken?

Verslag overleg huisarts/andere hulpverleners

BEZOEK 3
2 WEKEN NA ONTSLAG

Datum : __ / __ / 20 __

Bij gesprek aanwezig : oudere zelf
 mantelzorger, zo ja wie:
 professional, zo ja wie:

Maak per probleem een korte samenvatting. Rapporteer aan de hand van de probleemlijst op het zorgbehandelplan.

NR*	Probleem	Datum

Algemeen

Doelen die oudere wil behalen

Welke 3 doelen wil de oudere over 6 maanden bereikt hebben met behulp van de huisbezoeken

1. _____
2. _____
3. _____

Specifiek

Is er bij de oudere sprake van behoeften op gebied van _____

- financiën (bijvoorbeeld aanvraag vergoedingen thuiszorg)
- activiteiten (heeft oudere behoefte aan ondernemen van meer activiteiten)
- sociaal netwerk (indien ja, gebruik stappenplan sociale participatie uit de toolkit)
- wonen (bv woningaanpassingen, andere woonomgeving)

Polikliniekbezoek

Heeft patiënt de komende 4 weken een afspraak op de polikliniek?

ja

nee

Indien ja, is dit gesprek voorbesproken? (lijstje met vragen en medicatie mee)

ja

nee

Nodig mantelzorger uit voor het volgende bezoek

Overige aandachtspunten

BEZOEK 4
6 WEKEN NA ONTSLAG

Datum : _ _ / _ _ / 20 _ _

Bij gesprek aanwezig : oudere zelf
 mantelzorger, zo ja wie:
 professional, zo ja wie:

Maak per probleem een korte samenvatting. Rapporteer aan de hand van de probleemlijst op het zorgbehandelplan.

NR*	Probleem	Datum
Inventariseer belasting mantelzorger, eventueel met hiervoor het stappenplan belasting van de mantelzorger. Bevindingen: _____		
Bespreek sociale participatie/eenzaamheid/dagelijkse activiteiten: _____ _____ _____ _____		

Overige aandachtspunten:

BEZOEK 5
HUISBEZOEK 12 WEKEN NA ONTSLAG

Datum : _ _ / _ _ / 20 _ _

Bij gesprek aanwezig : oudere zelf
 mantelzorger, zo ja wie:
 professional, zo ja wie:

Maak per probleem een korte samenvatting. Rapporteer aan de hand van de probleemlijst op het zorgbehandelplan.

NR*	Probleem	Datum

Overdracht na 6 maanden

Is de verwachting dat de zorg na 6 maanden overgedragen moet worden? nee ja

Indien de zorg overgedragen moet worden, wie is dan de meest aangewezen persoon?

- praktijkondersteuner ouderenzorg wijkverpleegkundige
 huisarts ouderenadviseur
 informele zorgverleners als vrijwilligersdienst/ouderennetwerken
 anders, namelijk _____

Overige aandachtspunten:

BEZOEK 6
6 MAANDEN NA ZIEKENHUISONTSLAG

Datum : __ / __ / 20 __

Bij gesprek aanwezig : oudere zelf
 mantelzorger, zo ja wie:
 professional, zo ja wie:

Maak per probleem een korte samenvatting. Rapporteer aan de hand van de probleemlijst op het zorgbehandelplan.

NR*	Probleem	Datum Afronding

Overdracht

Wordt de zorg overgedragen? nee ja

Indien de zorg overgedragen moet worden, aan wie?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> praktijkondersteuner ouderenzorg | <input type="checkbox"/> wijkverpleegkundige |
| <input type="checkbox"/> huisarts | <input type="checkbox"/> ouderenadviseur |
| <input type="checkbox"/> anders, namelijk _____ | |

Evalueer met de oudere:

Zijn de tijdens huisbezoek 2 besproken doelen behaald? Indien niet, wat moet er nog gebeuren om ze te behalen?

Overige aandachtspunten: