

Transmurale Zorgbrug

Wijkverpleegkundige nazorg na ziekenhuisopname

Een ziekenhuisopname is een ingrijpende gebeurtenis voor ouderen. Wijkverpleegkundige nazorg voor kwetsbare ouderen na een acute ziekenhuisopname gericht op herstel kan functieverlies en heropnames in het ziekenhuis voorkomen. Drie ziekenhuizen en drie thuiszorgorganisaties hebben een transmurale herstelzorgtraject ontwikkeld om deze groep tijdens en vooral ook ná een ziekenhuisopname goede begeleiding te geven.

*Tekst:
Nancy van der
Hoorn*

Jaarlijks worden 650.000 65-plussers opgenomen in de Nederlandse ziekenhuizen in verband met acute ziekten, zoals een hartinfarct, een longontsteking of een exacerbatie van een chronische ziekte. Deze ouderen hebben bij ziekenhuisopname vaak meerdere geriatrische problemen, zoals problemen met lopen, het gebruik van vijf of meer medicijnen en ondervoeding. Ook het sociale systeem van deze ouderen is vaak overbelast.

Een ziekenhuisopname is een ingrijpende gebeurtenis voor deze ouderen. Onderzoek in drie Nederlandse ziekenhuizen heeft aangetoond dat een jaar na de opname een derde van deze groep is overleden. Nog een derde van deze ouderen is nog in leven, maar heeft te maken met functieverlies (achteruitgang in het dagelijks functioneren, zoals problemen met wassen, aankleden, lopen of eten)¹. Wanneer er eenmaal functieverlies is, is het moeilijk om hiervan te herstellen².

Het geriatrieteam draagt het zorgbehandelplan over aan de wijkverpleegkundige

Naast het feit dat de ziekenhuisopname zelf een ingrijpende gebeurtenis is met grote gevolgen, gaat er vaak van alles mis in de overgang van de ziekenhuisopname naar huis. Het ontslagtraject verloopt niet zelden ongecoördineerd. Patiënten worden vaak snel ontslagen met als gevolg dat ontslag onvoldoende voorbereid plaatsvindt. Fouten in de medicatieoverdracht zorgen er bijvoorbeeld voor dat de oudere thuis verkeerde medicatie gebruikt. Ook wordt de zorg niet



altijd goed overgedragen naar wijkverpleegkundigen of de huisarts. Een ongewenst gevolg hiervan is vaak een heropname in het ziekenhuis, met alle gevolgen van dien³.

Transmuraal herstellzorgtraject

Dat wijkverpleegkundigen een belangrijke rol kunnen vervullen in de zorg voor deze groep ouderen is al langer bekend. Onderzoek uit de Verenigde Staten heeft laten zien dat speciaal opgeleide wijkverpleegkundigen heropnames kunnen voorkomen door deze ouderen in de thuissituatie te begeleiden^{4,5}. Op basis van dit concept, Transitional Care genaamd, hebben het AMC en OLVG in Amsterdam en het Flevoziekenhuis in Almere, samen met Cordaan, Buurtzorg Nederland en de Zorggroep Almere een transmuraal herstellzorgtraject ontwikkeld om deze groep tijdens en ná ziekenhuisopname goede begeleiding te bieden.

Dit project, de Transmurale Zorgbrug, wordt momenteel uitgevoerd in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg⁶. De wijkverpleegkundige heeft binnen dit traject een spilfunctie in de coördinatie en begeleiding na ziekenhuisopname.

De drie fases binnen het project

Begeleiding binnen de Transmurale Zorgbrug bestaat uit drie fasen: 1) aanvullende zorg door geriatrieteam, 2) overdracht in het ziekenhuis, 3) wijkverpleegkundige nazorg gericht op herstel in functioneren.

Fase 1: Aanvullende zorg door geriatrieteam

Naast de reguliere ziekenhuisbehandeling worden alle acuut opgenomen ouderen die langer dan twee dagen in het ziekenhuis liggen, gezien door een verpleegkundige van het geriatrieteam. Zij stelt met behulp van het eenvoudige screeningsinstrument ISAR-HP vast of de oudere een verhoogd risico heeft op functieverlies⁷. Is dit het geval, dan krijgt de oudere een uitgebreider geriatrisch onderzoek. Daarin wordt gekeken welke ouderdomsproblemen er spelen zoals delier, vallen, pijn en cognitieve problemen. Dit wordt een Comprehensive Geriatric Assessment genoemd. Als het nodig is wordt de geriater geconsulteerd. De verpleegkundige stelt, samen met de oudere en/of mantelzorger, een op maat gemaakt zorgbehandelplan op. Wat de oudere vindt, geeft hierin de doorslag.

Fase 2: Overdracht in het ziekenhuis

De verpleegkundige van het geriatrieteam schakelt na het opstellen van het zorgbehandelplan de wijkver-

pleegkundige in en draagt haar bevindingen en het zorgbehandelplan over aan de wijkverpleegkundige. Al in het ziekenhuis maakt de wijkverpleegkundige kennis met de oudere en de mantelzorger en ontvangt bij ontslag van het geriatrieteam een overdracht. In de tussentijd brengt de wijkverpleegkundige in kaart welke hulpverleners er nog meer betrokken zijn bij de oudere. Op deze manier wordt de wijkverpleegkundige goed geïnformeerd en komt niet voor verrassingen te staan als de oudere uit het ziekenhuis ontslagen wordt.

Fase 3: Wijkverpleegkundige nazorg gericht op herstel in functioneren

Wanneer de oudere uit het ziekenhuis wordt ontslagen, wordt de wijkverpleegkundige hier meteen van op de hoogte gebracht. Binnen 48 uur na het ontslag vindt er een huisbezoek plaats, gevolgd door meerdere bezoeken tot zes maanden na de ziekenhuisopname. Het doel van deze bezoeken is het ondersteunen van de oudere tijdens zijn herstel, en het voorkomen van ziekenhuisopnamen.

De wijkverpleegkundige nazorg

De intensiteit en de inhoud van de nazorg die de wijkverpleegkundige levert na de opname in het ziekenhuis is maatwerk. Een richtlijn voor het aantal huisbezoeken is vijf binnen een half jaar, maar uit de praktijk blijkt dat bij ouderen met lichte problematiek drie huisbezoeken vaak voldoende zijn. Bij complexe problematiek of het ontbreken van een mantelzorger, zijn juist meer bezoeken nodig.

Voor de inhoud van de huisbezoeken neemt de wijkverpleegkundige het zorgbehandelplan uit het ziekenhuis als basis en is de zorg gericht op herstel van functioneren. De wensen van de oudere(n) staan hierin overigens centraal. De oudere zelf geeft aan welke problemen prioriteit hebben en samen met de wijkverpleegkundige stelt de oudere doelen. De wijkverpleegkundige zal vervolgens samen met de oudere bekijken welke acties er mogelijk zijn om het probleem aan te pakken. Hierbij wordt de nadruk gelegd op de acties die de oudere zelf kan ondernemen. Op deze wijze wordt de eigen kracht van de oudere aangesproken. Uiteraard wordt ook bekeken wat de wijkverpleegkundige, de huisarts of een andere discipline daaraan kan bijdragen.

De inhoud van de huisbezoeken

Binnen de Transmurale Zorgbrug zijn er per huisbezoek een aantal vastgestelde zaken die aan de orde komen:

Huisbezoek 1 (uiterlijk twee dagen na thuiskomst): Dit bezoek is bedoeld om in kaart te brengen of de overgang van het ziekenhuis naar de thuissituatie goed is verlopen. Er wordt veel aandacht besteed aan de medicatieoverdracht. De medicatie wordt gestructureerd doorgenomen met de cliënt. Want is bij de oudere duidelijk welke medicatie er gebruikt moet worden? En zijn er nog medicijnen in huis waar eigenlijk mee gestopt had moeten worden? Is de trombosedienst ingeschakeld? Al deze vragen worden besproken.

Veel fouten, zoals onjuist gebruik van nieuwe medicatie of afwijkende doseringen, worden op deze manier vroegtijdig ontdekt. Als er onduidelijkheden zijn dan neemt de wijkverpleegkundige contact op met het ziekenhuis, de huisarts of de apotheker. Ook wordt samen met de oudere geïnventariseerd of de hulp die is ingeschakeld (bijvoorbeeld thuiszorg of het inzetten van hulpmiddelen) na de ziekenhuisopname voldoende is. Tevens wordt de mantelzorg besproken en bekeken of mantelzorgers aanvullende hulp kunnen bieden als dat nodig is.

Tijdens de huisbezoeken staan de wensen van de oudere centraal

Tijdens dit huisbezoek anticipeert de wijkverpleegkundige op mogelijke problemen door het regelen van de nodige voorzieningen en het leggen van contact met andere hulpverleners. Indien de oudere een poliklinisch ziekenhuisbezoek heeft voor nacontrole dan bereidt de wijkverpleegkundige dit samen met de oudere en de mantelzorg voor.

Huisbezoek 2 (twee weken na thuiskomst):

Tijdens dit bezoek wordt het zorgbehandelplan met de oudere doorgenomen en wordt er gekeken welke doelen de oudere de komende periode wil behalen. In de praktijk blijkt dat ouderen, eenmaal weer in de thuissituatie en in rustiger vaarwater, veel beter kunnen aangeven waar hun prioriteiten liggen. De problemen die in het ziekenhuis zijn geïdentificeerd worden besproken, maar ook nieuwe zaken kunnen bij dit gesprek aan het licht komen. Als er een nieuw probleem opdoemt, dan kan de wijkverpleegkundige gebruik maken van een speciaal hiervoor ontwikkelde toolkit.

Deze toolkit is beschikbaar via www.effectieveouderenzorg.nl en beschrijft de multidisciplinaire diagnostiek en aanpak van de 25 meest voorkomende geriatrische problemen. Als een oudere aangeeft dat

hij incontinent is en dat hij daarmee aan de slag wil, dan bevat de toolkit handvatten over incontinentie. Via deze toolkit kan uitgezocht worden om welk type incontinentie het gaat en welke (verpleegkundige) interventies hier het meest passend bij zijn.

Huisbezoeken 3 en 4 (zes en twaalf weken na thuiskomst):

Ook tijdens dit gesprek blijft het zorgbehandelplan het uitgangspunt en met de oudere wordt de voortgang bij het aanpakken van de verschillende problemen besproken. Bij dit bezoek wordt de mantelzorg nadrukkelijk ook uitgenodigd om eventuele overbelasting van het sociale systeem rond de patiënt in kaart te brengen. Thema's als wonen en welzijn komen tijdens dit bezoek vaak aan de orde. De wijkverpleegkundige kan, met haar kennis van de sociale kaart, de oudere verwijzen naar diverse instanties. Ook wordt nagedacht over overdracht van zorg van de wijkverpleegkundige na zes maanden.

Huisbezoek 5, (24 weken na thuiskomst):

Dit is het laatste bezoek. Er wordt geëvalueerd wat er is bereikt, en waar de oudere nog aan wil werken de komende periode. Indien nodig wordt de zorg overgedragen aan een andere hulpverlener, zoals een praktijkondersteuner met een specialisatie ouderenzorg, de huisarts of een ouderenadviseur.

Ervaringen van wijkverpleegkundigen en ouderen

In totaal 23 wijkverpleegkundigen van Cordaan, Buurtzorg Nederland en de Zorggroep Almere zijn nu twee jaar actief in de begeleiding van ouderen in de Transmurale Zorgbrug. Deze wijkverpleegkundigen, met een aanvullende opleiding richting ouderenzorg, zijn erg positief over de proactieve werkwijze in dit project.

Het wordt als prettig ervaren om de kwetsbare ouderen eerder en beter in beeld te krijgen. Vaak gaat het om ouderen die al in zorg zijn bij de instelling waar de wijkverpleegkundige werkt, of na ziekenhuisopname in zorg komen. Een intensief contact is dan erg nuttig. De wijkverpleegkundigen geven aan dat ouderen problemen goed kunnen definiëren en dat het een uitdaging is om samen met de oudere haalbare doelen te creëren.

De ouderen zelf zijn ook positief over de nazorg. Zij geven aan dat het prettig is iemand te hebben die meedenkt en begeleiding biedt na zo'n ingrijpende gebeurtenis als een ziekenhuisopname. De verpleegkundige als wegwijzer tussen verschillende instanties wordt als zeer behulpzaam ervaren. Daarnaast wijzen

de ouderen erop dat zij na ziekenhuisopname vaak tegen allerlei onvoorziene zaken aan lopen, zoals onvoldoende hulp en het regelen van hulpmiddelen. Daarbij kan de wijkverpleegkundige hen goed op weg helpen.

Wat is er nodig om de Transmurale Zorgbrug in de wijk te implementeren?

Om de Transmurale Zorgbrug succesvol te implementeren is er een aantal randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan:

- Geriatrische expertise in het ziekenhuis om de kwetsbare ouderen in het ziekenhuis te identificeren en aanvullende zorg te bieden
- Samenwerking tussen ziekenhuizen en thuiszorginstellingen in het uitstroomgebied om zo korte lijnen te houden
- Kennis over zorg voor de oudere patiënt bij de wijkverpleegkundigen. Op deze manier is zij nog beter voorbereid op het bieden van verpleegkundige zorg. Binnen de Transmurale Zorgbrug hebben alle wijkverpleegkundigen een 10-daagse opleiding praktijkondersteuning ouderenzorg gehad. Zie voor meer info hierover: www.inholland.nl/academy/opleiding, ga naar 'Zorg, Welzijn en Publieke Dienstverlening' en kies de opleiding

'Ouderenzorg in de eerste lijn' uit de rubriek Zorg en Welzijn.

Blik op de toekomst

De zorg zoals de wijkverpleegkundige biedt binnen de Transmurale Zorgbrug sluit aan bij de visie van de fractie Wijkverpleging van V&VN Eerstelijns en het nieuwe beroepsprofiel van de verpleegkundigen⁸. Een generalistische verpleegkundige met een holistische kijk op de oudere is nodig om de oudere te helpen bij het herstel na ziekenhuisopname. Omdat de wijkverpleegkundige acuut moet anticiperen op de aanmelding van nieuwe patiënten lijkt vrije regelruimte een belangrijk goed. Het wijkgerichte model lijkt een toekomstbestendige werkwijze in deze vorm van begeleiding van kwetsbare ouderen na ziekenhuisopname. 

Meer weten over dit project? www.effectieveouderenzorg.nl

Bij vragen: Nancy van der Hoorn, n.t.vanderhoorn@amc.nl

Literatuur

- 1 Buurman BM, Hoogerduijn JG, de Haan RJ, Abu-Hanna A, Lagaay AM, Verhaar HJ et al. Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. *PLoS One* 2011; 6(11):e26951.
- 2 Boyd CM, Landefeld CS, Counsell SR, Palmer RM, Fortinsky RH, Kresevic D et al. Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56(12):2171-2179.
- 3 Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007; 297(8):831-841.
- 4 Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2006; 166(17):1822-1828.
- 5 Naylor MD, Broton D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA* 1999; 281(7):613-620.
- 6 Buurman BM, Parlevliet JL, van-Deelen BA, de-Haan RJ, de-Rooij SE. A randomised clinical trial on a comprehensive geriatric assessment and intensive home follow-up after hospital discharge: the Transitional Care Bridge 120. *BMC Health Serv Res* 2010; 10:296.
- 7 Hoogerduijn JG, Buurman BM, Korevaar JC, Grobbee DE, de Rooij SE, Schuurmans MJ. The prediction of functional decline in older hospitalized patients. *Age Ageing*. In press 2012.
- 8 Projectgroep V&V2020. Beroepsprofiel verpleegkundige, Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020, deel 3. 8-3-2012. Utrecht.

Nancy van der Hoorn is verpleegkundige en verplegingswetenschapper i.o., en junior-onderzoeker afdeling Geriatrie-Ouderengeneeskunde AMC

Juliette Parlevliet, is klinisch geriatr en promovendus aan de afdeling Geriatrie-Ouderengeneeskunde AMC

Sophia de Rooij, is internist-geriatr en hoogleraar afdeling Geriatrie-Ouderengeneeskunde AMC

Bianca Buurman is verpleegkundige, verplegingswetenschapper en senior-onderzoeker bij de afdeling Geriatrie-Ouderengeneeskunde AMC

