
Transmurale Zorgbrug

HANDLEIDING PROACTIEVE ZIEKENHUISZORG EN STRUCTURELE NAZORG



INHOUDSOPGAVE

Casus: Mevrouw Bundel-Katz	3
Voorwoord	4
1. Aanleiding en wetenschappelijke onderbouwing van de Transmurale Zorgbrug	5
1.1 De gevolgen van ziekenhuisopnamen bij ouderen	5
1.2 Internationale evidence	6
1.3 Nederlandse evidence	7
1.4 Kosteneffectiviteit en financiering	8
2. Van onderzoek naar structurele implementatie	9
2.1 Achtergrond in Nederland: van NPO naar Beter Oud	9
2.2 Ben Sajet Centrum voor de regio Amsterdam	9
2.3 Lopende studies en projecten in de transmurale zorg	10
3. De Transmurale Zorgbrug	11
3.1 Schematische weergave	11
3.2 Wat is de Transmurale Zorgbrug?	12
<i>In het ziekenhuis</i>	12
<i>Thuis</i>	14
<i>Rol huisarts en praktijkverpleegkundige Ouderenzorg</i>	14
Casus: Mevrouw Bundel-Katz met de Transmurale Zorgbrug	17
4. Praktische zaken rondom implementatie van de TZB	19
4.1 Algemene informatie	19
1. <i>Wie moeten er betrokken zijn om de Transmurale Zorgbrug te starten?</i>	19
2. <i>Wat is er nodig om de Transmurale Zorgbrug te starten?</i>	19
3. <i>Hoe wordt de zorg gefinancierd binnen de Transmurale Zorgbrug?</i>	19
4. <i>Kan ik hulp bij de implementatie krijgen?</i>	19
5. <i>Hoe waarborg ik de wetgeving in de Transmurale Zorgbrug?</i>	19
4.2 Informatie voor ziekenhuizen	20
1. <i>Wie voert de screening uit?</i>	20
2. <i>Hoeveel tijd kost de screening?</i>	20
3. <i>Hoe identificeer ik acuut opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder?</i>	20
4. <i>Wie neemt het CGA af?</i>	20
5. <i>Wie maakt het zorgbehandelplan?</i>	20
6. <i>Waar kan ik meer informatie vinden over diagnostiek en interventies bij geriatrische problemen?</i>	20
7. <i>Hoeveel tijd kost het CGA en het maken van een zorgbehandelplan?</i>	21
8. <i>Wat als de patiënt te ziek is of cognitief niet in staat is om een CGA af te nemen?</i>	21
9. <i>Hoeveel patiënten komen per maand in aanmerking voor de TZB?</i>	21
10. <i>Wanneer wordt de wijkverpleegkundige ingeschakeld?</i>	22
4.3 Informatie voor thuiszorgorganisaties en huisartspraktijken	22
1. <i>Wie voert de nazorg na ziekenhuisopname uit?</i>	22
2. <i>Hoeveel wijkverpleegkundigen zijn nodig?</i>	22
3. <i>Welke scholing kunnen de wijkverpleegkundigen volgen?</i>	22
4. <i>Hoe gaat het bezoek in het ziekenhuis?</i>	23
5. <i>Wat is het voordeel van een bezoek in het ziekenhuis?</i>	23
6. <i>Hoeveel tijd kosten de huisbezoeken?</i>	23
7. <i>Hoe wordt de inhoud van de huisbezoeken bepaald?</i>	23
8. <i>Komt het voor dat ouderen niet meer mee doen?</i>	23
9. <i>Wat te doen wanneer er al andere zorg- of hulpverleners betrokken zijn?</i>	23
Referenties	24

Bijlage 1:	
VMS	25
Bijlage 2:	
ISAR-HP	26
Bijlage 3:	
CGA	27
Bijlage 4:	
Samenvatting CGA Transmurale Zorgbrug	43
Bijlage 5:	
Zorgbehandelplan Transmurale Zorgbrug	44
Bijlage 6:	
Checklist Transmurale Zorgbrug	46
Bijlage 7:	
Logboek Transmurale Zorgbrug	47

Colofon

Februari 2018

Samenstelling: drs. Hartel L. & prof. dr. Buurman B.M.,
afdeling Ouderengeneeskunde, AMC; prof. dr. de Rooij,
S.E. afdeling Ouderengeneeskunde, UMCG
Vormgeving: Cabbage

Deze handleiding is mogelijk gemaakt door:



umcg



ZonMw

CASUS: 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 een 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 huishoudelijke werk, zelfzorg kan ze zonder hulp.

Het is 3 maart 2017. 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 aantal onrustige dagen en nachten komt de zaalarts vrijdagmorgen met goed nieuws: de longontsteking is over en ze kan diezelfde middag nog naar huis. Ze komt met een taxi thuis en 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 nichtje 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 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 2017 gaat mevrouw Bundel-Katz naar haar nieuwe kamer in een woonzorgcentrum. 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.



VOORWOORD

Even belangrijk als het ontwikkelen van nieuwe zorg is het daadwerkelijk implementeren ervan, zodat zorgprocessen zoals die van mevrouw Bundel-Katz beter verlopen in de reguliere zorg. Deze handleiding is ontwikkeld om patiënten, zorgprofessionals en hun instellingen te prikkelen om de Transmurale Zorgbrug (TZB) ook zelf aan te bieden. Daarbij worden specifiek handvatten geboden voor zorgprofessionals die de TZB willen gaan inzetten in hun eigen werkomgeving, of al geïmplementeerde zorgbruggen verder willen verbeteren. Deze handleiding is inhoudelijk afgestemd met het Ouderenpanel AMC/VUmc op basis van het landelijke Toetsingskader ouderen Beter Oud (2018).

De handleiding beschrijft eerst de aanleiding, relevantie en wetenschappelijke onderbouwing van de TZB als werkwijze.

Hierna wordt ook ingegaan op ontwikkelingen rondom de implementatie. Daarna volgen 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 alle benodigde meetinstrumenten en vragenlijsten opgenomen.



1. AANLEIDING EN ACHTERGROND VAN DE TRANSMURALE ZORGBRUG

De Transmurale Zorgbrug (TZB) 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. In dit hoofdstuk wordt eerst vanuit wetenschappelijk onderzoek de relevantie van de TZB besproken en vervolgens wordt ingegaan op de kosteneffectiviteit en financiering.

1.1 DE GEVOLGEN VAN ZIEKENHUISOPNAMEN BIJ OUDEREN

Het verhaal van mevrouw Bundel-Katz staat niet op zichzelf. Jaarlijks wordt in Nederland 18 procent van de 75-plussers (acuut) opgenomen in het ziekenhuis (CBS, 2017). 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 het zelfstandig kunnen ondernemen van activiteiten van het dagelijks leven (ADL) (Buurman & De Rooij, 2015; Covinsky, Pierluissi, & Johnston, 2011).

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 (geriatrische) problemen die speelden. Zo was er sprake van een delier, was de voedings-toestand van mevrouw slecht en was zij erg inactief tijdens de ziekenhuisopname. Uiteindelijk werd zij in een verslechterde toestand naar huis ontslagen.

Naast dat er weinig aandacht is voor de mogelijk geriatrische problemen die spelen is de overgang naar huis vaak onvoldoende gecoördineerd. Ten eerste worden patiënten steeds eerder vanuit het ziekenhuis ontslagen, waardoor herstel grotendeels buiten het ziekenhuis plaatsvindt (Eurostat, 2016). De patiënt is hierdoor op het moment van de overgang naar huis kwetsbaarder. Bovendien ontbreekt vaak tijdige voorbereiding op het ontslag, waardoor zorg onvoldoende is geïnventariseerd of fouten worden gemaakt in de medicatieoverdracht. Veranderingen in het medicatiegebruik worden bovendien 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. Daarnaast leidt een gebrekkige overdracht van zorg vanuit het ziekenhuis naar de huisarts en de wijkverpleegkundige tot nog minder continuïteit van zorg voor de patiënt. Al deze factoren leiden samen tot meer heropnames in het ziekenhuis (Barnett et al., 2012; Henderson & Zernike, 2001; Holland, Mistiaen, & Bowles, 2011; IGZ, 2015; Kripalani et al., 2007).

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 (Buurman & De Rooij, 2015). Het gebruik van zowel formele als informele zorg neemt toe na een acute ziekenhuisopname. Mevrouw Bundel-Katz uit het voorbeeld kon ondanks een revalidatietraject niet meer terugkeren naar haar eigen woning en moest verhuizen naar een verpleeghuis. Daarnaast wordt ruim 20 procent van de ouderen binnen een maand na ontslag opnieuw opgenomen in het ziekenhuis (Kansagara et al., 2011). Bovendien wordt maar liefst de helft van de ongeplande heropnames verondersteld potentieel vermijdbaar te zijn (van Galen et al., 2016).

Om functieverlies, heropnames en sterfte te voorkomen is tijdige ontslagplanning en een goede overdracht tussen zorgverleners van groot belang (Shepperd et al., 2010; Verhaegh et al., 2014). Echter uit een recent onderzoek bij twintig Nederlandse ziekenhuizen bleek dat een ontslagbrief van het ziekenhuis naar de opvolgende zorgverlener gemiddeld pas na een week werd verstuurd en in 10% van de gevallen zelfs afwezig was (Langelaan, Baines, de Bruijne, & Wagner, 2017). Om de overdracht voor patiënten te verbeteren is er daarom een studie gedaan in acht Nederlandse ziekenhuizen (Van Seben, Geerlings, & Buurman, 2017; van Seben, Geerlings, Verhaegh, Hilders, & Buurman, 2016). Voor deze interventie werd een werkbundel geïmplementeerd op afdelingen in het ziekenhuis. Hiermee werd het ontslagproces en de inhoud van de overdracht gestandaardiseerd, een streefontslagdatum vastgesteld, vroegtijdig informatie verzameld voor de overdracht en de patiënt meer bij zijn overdracht betrokken.

Dergelijke verbeteringen zijn van belang om de overdracht voor alle patiënten te verbeteren. Onderzoek laat zien dat daarnaast voor kwetsbare oudere patiënten meer nodig is voor een goede overgang naar huis. Bij deze groep komen namelijk, zoals bij mevrouw Bundel-Katz, na een ziekenhuisopname veelvuldig klachten voor als vermoeidheid, apathie, valangst en evenwichtsproblemen. Deze symptomen komen vooral voor in de eerste maand na ontslag (van Seben et al., 2018). Interventies om de

overgang voor patiënten naar huis te verbeteren lijken daarom vooral zinvol in de eerste periode na ontslag, des te meer omdat de meeste heropnames zelfs al in de eerste week na ontslag plaats blijken te vinden (Dharmarajan et al., 2013).

De Transmurale Zorgbrug grijpt specifiek voor de kwetsbare groep oudere patiënten aan op de voorgaande bevindingen. De afgelopen jaren is deze interventie dan ook landelijk op veel plekken ingevoerd en verder verfijnd.

1.2 INTERNATIONALE EVIDENCE

De Transmurale Zorgbrug (TZB) is gebaseerd op de principes van '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.

Door op al deze momenten aan te grijpen kan functieverlies worden voorkomen en herstel worden bevorderd. Volgens Covinsky et al. (2011) vindt functieverlies namelijk plaats door (1) factoren die al aanwezig zijn vòòr een ziekenhuisopname, zoals mobiliteitsproblemen, cognitief functioneren, ADL en IADL en depressie; (2) omgevingsfactoren in het ziekenhuis, zoals omgeving,

gedwongen afhankelijkheid, beperkt mobiliseren, polyfarmacie, ondervoeding en een beperkte stimulans tot zelfstandigheid; en (3) factoren na het ziekenhuisontslag, zoals hulpmiddelen, herstelmogelijkheden, omgeving en kwaliteit van de ontslagplanning (Buurman & De Rooij, 2015; naar Covinsky et al., 2011). In de TZB wordt daarom vroegtijdig in de ziekenhuisopname proactief gescreend op mogelijke problemen die al aanwezig waren vòòr opname, wordt een zorgbehandelplan gemaakt en interventies ingezet om de factoren binnen het ziekenhuis te beïnvloeden en wordt tot slot de overgang naar huis intensief door de wijkverpleegkundige begeleid. Onderstaand wordt ter illustratie het beschreven model van Buurman & De Rooij (2015) naar Covinsky et al. (2011) weergegeven.

risicofactoren functieverlies

pre-existente factoren die kwetsbaarheid en restcapaciteit bepalen

leeftijd	geriatrische syndromen (vallen, incontinentie)
problemen met mobiliteit	sociaal functioneren
cognitief functioneren	depressie
ADL en IADL	

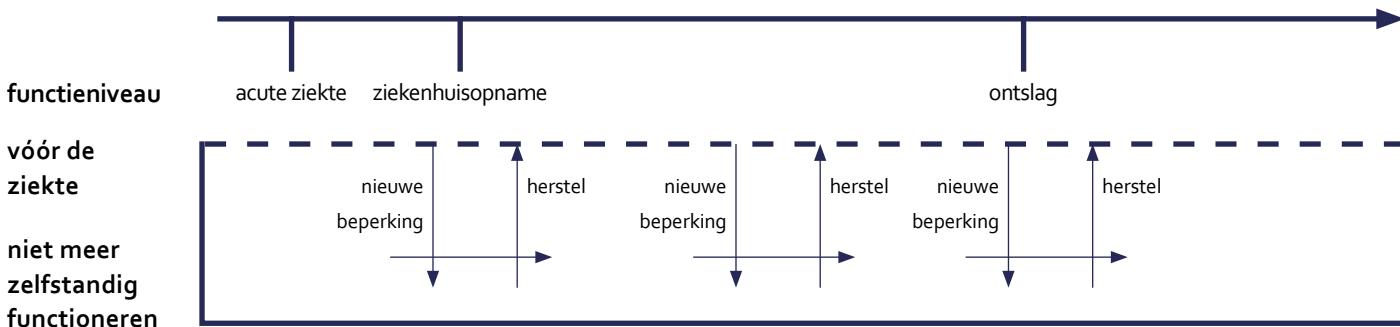
ernst van de acute ziekte

omgevingsfactoren in het ziekenhuis

omgeving	gedwongen afhankelijkheid
beperkte mobiliseren	polyfarmacie
ondervoeding	weinig stimulans tot zelfstandigheid

factoren na ziekenhuisontslag

omgeving
hulpmiddelen
mantelzorgers
herstelmogelijkheden
kwaliteit van ontslagplanning



Factoren die bijdragen aan het ontstaan en herstel van functieverlies bij ouderen die acuut in het ziekenhuis worden opgenomen. Pre-existente factoren zijn al aanwezig bij opname in het ziekenhuis en bepalen het risico op functieverlies tijdens het verblijf in het ziekenhuis. De acute ziekte en omgevingsfactoren in het ziekenhuis kunnen bijdragen aan verder functieverlies tijdens opnamen. De zorg na ziekenhuisontslag kan bijdragen aan herstel van nieuwe beperkingen in het dagelijks functioneren, bijvoorbeeld door revalidatie.

1.3 NEDERLANDSE EVIDENCE

Naast onderzoek op internationaal niveau wordt de werkwijze van de TZB ook door onderzoek binnen Nederland ondersteund en verder verbeterd. De afdeling ouderengeneeskunde van het AMC heeft ten eerste 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 (Verhaegh et al., 2014).

Om vervolgens de effecten van de TZB te meten is onderzoek gedaan in drie ziekenhuizen (AMC, OLVG en Flevoziekenhuis), thuiszorgorganisaties (Buurtzorg Nederland, Cordaan en Zorggroep Almere) en huisartsenpraktijken in het werkgebied rond deze ziekenhuizen. Het effect van het geïntegreerde zorgpad werd getest in een gerandomiseerde klinische trial met 674 ouderen tussen 2010 en 2014. Aan de helft van de ouderen werd de TZB-interventie geleverd en de andere helft werd op de gebruikelijke manier ontslagen uit het ziekenhuis. De groep die zorg volgens de Transmurale Zorgbrug geleverd

kreeg, had 30 dagen na ontslag 37% minder sterfte ten opzichte van de groep die gebruikelijke zorg ontving. Na 6 maanden was de sterftereductie nog steeds 26%. Ouderen die zorg volgens TZB-protocol kregen werden een dag eerder ontslagen (Buurman et al., 2016).

Uit de procesevaluatie van deze TZB-studie kwam verder naar voren dat er minder medicatiefouten worden gemaakt en dat de samenwerking verbeterde tussen zorgverleners bij toepassing van de TZB. De warme overdracht en de eerste drie huisbezoeken bleken het meest waardevol. Het werd hierbij van meerwaarde gezien om het eerste huisbezoek binnen 48 uur na thuiskomst af te leggen. Zo konden onduidelijkheden omtrent medicatie tijdig worden opgelost met de patiënt. Bovendien werd de patiënt door wijkverpleegkundigen het meest kwetsbaar bevonden in de eerste periode na ontslag. Dit wordt bevestigd door eerder genoemde onderzoeken, waarin blijkt dat geriatrische klachten en heropnamen binnen de eerste weken na ontslag uit het ziekenhuis plaatsvinden (Dharmarajan et al., 2013; van Seben et al., 2018). Op basis van deze kennis kan de TZB nog gericht worden toegepast in de praktijk om optimaal effect te bereiken.



1.4 KOSTENEFFECTIVITEIT EN FINANCIERING

Wat betreft kosteneffectiviteit werd in de trial gevonden dat patiënten met de TZB-zorg gemiddeld 9,5 dagen in het ziekenhuis doorbrachten, ten opzichte van gemiddeld 10,6 dagen ligduur van patiënten zonder TZB. Alhoewel dit verschil niet significant bleek in het onderzoek, zijn de baten van één dag korter in het ziekenhuis (ca. € 290) hoger dan de kosten van inzet van de TZB. In een [analyse](#) van Zorgmarktadvies van de belemmeringen voor structurele bekostiging van de TZB werden per patiënt implementatiekosten van € 250,- met daar tegenover een besparing binnen de Zorgverzekeringswet van € 2.858,- bevonden (Soeters & Verhoeks, 2016).

Diverse ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties in Nederland zijn aan de slag gegaan met de TZB. Per thuiszorgorganisatie en regio kan de precieze manier van financiering verschillen, zoals wanneer de TZB onderdeel is van een groter zorgprogramma. In ieder geval kan in de reguliere zorg onder de Aanspraak Wijkverpleging de wijkverpleegkundige zorg van de TZB worden gefinancierd. Voorheen betrof het de regeling advies, instructie en voorlichting (AIV). Ook is het binnen de beleidsregel verpleging en verzorging 2018 van de Nederlandse Zorgautoriteit mogelijk om de warme overdracht in het ziekenhuis te financieren.



2 VAN ONDERZOEK NAAR STRUCTURELE IMPLEMENTATIE

Sinds de uitkomsten van de Transmurale Zorgbrug bekend zijn, zijn ruim 40 ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties in Nederland aan de slag gegaan met de TZB. De mate van implementatie verschilt per regio. Ook zien we

doorontwikkelingen van het TZB-zorgprogramma. Dit hoofdstuk gaat in op landelijke en stedelijke ontwikkelingen en lopende projecten in de transmurale zorg.

2.1 ACHTERGROND IN NEDERLAND: VAN NPO NAAR BETER OUD

De TZB is begonnen als een zorg-experiment van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). Het NPO werd van 2008 tot 2016 in opdracht van het ministerie van VWS door ZonMw gecoördineerd. Het NPO heeft op grote schaal projecten, samenwerkingen en netwerken geïnitieerd en ondersteund: in totaal hebben ruim 650 partijen samen met ouderen de krachten gebundeld. Zij werkten binnen acht regionale netwerken opgezet vanuit de academische ziekenhuizen. Op 30 november 2016 droeg staatssecretaris Van Rijn officieel het NPO over aan platform Beter Oud om de opbrengsten van [het NPO](#) verder te verspreiden. Het experiment TZB werd

met deze overdracht op nationaal niveau verbreed tot een Beter Oud Leergemeenschap, genaamd: Transmurale Zorg. Deze leergemeenschap faciliteert landelijke uitwisselingen van ervaring en kennis over de TZB en aanverwante transmurale zorgverbetering. Zo organiseert Vilans vanuit Beter Oud meerdere malen per jaar bijeenkomsten voor iedereen die landelijke uitwisseling op dit thema wenst. Betrokken zorgverleners leren elkaar zo kennen en weten elkaar tussen de bijeenkomsten heen goed te vinden. Via [deze link](#) is meer informatie te vinden over de verschillende leergemeenschappen. Meer informatie over Beter Oud is te vinden op de website www.beteroud.nl.

2.2 BEN SAJET CENTRUM VOOR DE REGIO AMSTERDAM

Binnen Amsterdam is in 2016 door wijlen burgemeester Van der Laan het startsein gegeven voor het Ben Sajat Centrum. Deze academische werkplaats is in het leven geroepen vanuit het NPO om langdurige zorg structureel te vernieuwen in de stad. Dit gebeurt vanuit een samenwerking van Academisch Medisch Centrum, VU Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, Hogeschool van Amsterdam, Vrije Universiteit, hogeschool InHolland, zorgorganisaties Cordaan en Ons Tweede Thuis, Stichting Actief Burgerschap, het Amsterdam Health and Technology Institute en de gemeente Amsterdam. Op stedelijk niveau worden regelmatig implementatiebijeenkomsten georganiseerd om ervaringen met de TZB in de praktijk te delen. Deze vinden vaak plaats in het Ben Sajat Centrum. Zie voor meer informatie ook www.bensajetcentrum.nl.



2.3 LOPENDE STUDIES EN PROJECTEN IN DE TRANSMURALE ZORG

Naast de Transmurale Zorgbrug lopen er meerdere projecten gericht op het verbeteren van transmurale zorg. Deze staan in deze paragraaf verder uitgelegd.

Cardiologische zorgbrug

Zo wordt op het moment dat deze handleiding uitkomt een onderzoek in zes ziekenhuizen en omringende zorgorganisaties uitgevoerd naar de effecten van de Cardiologische Zorgbrug (Verweij et al., 2016). In deze zorgbrug worden specifiek kwetsbare cardiologische patiënten tijdens en na ziekenhuisopname begeleid, waarbij een fysiotherapeut wordt betrokken om functionele revalidatie na ontslag toe te passen. Daarnaast heeft de wijkverpleegkundige extra aandacht voor diseasemanagement, door de patiënt te begeleiden bij meegekregen leefregels (zoals vochtbeperking en leefstijlaanpassing). Medio 2020 worden de resultaten van de Cardiologische Zorgbrug verwacht. Afhankelijk van de uitkomsten van het onderzoek zal de Cardiologische Zorgbrug, net als de Transmurale Zorgbrug nu, in de reguliere zorg worden geïmplementeerd. Zie ook deze [link](#) voor meer informatie.

Pallisupport: transmurale palliatieve zorg voor ouderen

Daarnaast loopt er het PalliSupport project met als doel dat ouderen met een palliatieve zorgbehoefte op plaats van voorkeur kunnen overlijden, verminderde symptoomlast ervaren en hun mantelzorgers optimaal ondersteund worden. Er wordt een zorgpad ontwikkeld dat start tijdens een ongeplande ziekenhuisopname. Tijdens de opname worden patiënten gemarkeerd, starten gesprekken over de levenseindevoorkeuren en wordt de patiënt besproken in het MDO van het transmurale palliatieve team (TPT) waarvoor ook de wijkverpleegkundige en huisarts zijn uitgenodigd. Na ontslag wordt patiënt zo lang als nodig in de thuissituatie vervolgd door het TPT. Het zorgpad zal vanaf de zomer 2018 in een vijftal ziekenhuizen en omliggende regio geëvalueerd worden. Meer informatie over PalliSupport kan men vinden op [deze pagina](#).

Hospital@home

In Groningen wordt momenteel het innovatieve zorgprogramma Hospital at Home onderzocht. Hierbij wordt aan oudere patiënten met cognitieve stoornissen en een acute ziekte, thuis ziekenhuiszorg verleend door een Hospital at Home team. Het team bestaat uit een arts en verpleegkundigen van het UMCG. Dit concept is ge-

baseerd op het Hospital at Home-zorgprogramma dat in 1986 in het John Hopkins Hospital te Baltimore (Verenigde Staten) werd ingevoerd en sindsdien wereldwijd gevolgd heeft gekregen. Met dit programma wordt getracht opnamen via de Spoedeisende Hulp te voorkomen, doordat benodigde zorg in de eigen thuissituatie kan worden verleend. Zie ook de [website](#) voor meer informatie.

Beter oud in Amsterdam: proactieve ouderenzorg

De Transmurale Zorgbrug grijpt aan bij het moment dat iemand al in het ziekenhuis is opgenomen. Om ook het traject daarvoor al te verbeteren, ter voorkoming van vermijdbare opnames, is integrale eerstelijns zorg essentieel. Het Ben Sajet Centrum, SIGRA en Eerste Lijn Amsterdam-Almere (ELAA) hebben daartoe de handen ineen geslagen. Over dit project Beter Oud in Amsterdam [beschrijven zij](#): "Hoe komt integrale samenwerking van de huisarts, verpleging, verzorging, wonen en maatschappelijk werk tot stand? En hoe kun je deze werkwijze duurzaam bekostigen? Om daarop antwoord te geven, is het project 'Beter Oud in Amsterdam' gestart. Vier gezondheidscentra in Amsterdam zijn, samen met de thuiszorgorganisaties, bezig met het implementeren van integrale eerstelijns ouderzorg in de praktijk. Het gaat om de huisarts, POH'ers, wijkverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde en georganiseerde ouderenvertegenwoordigers." Voor meer informatie over dit initiatief, zie ook [dit artikel](#) vanuit het Ben Sajet Centrum.

De WijkKliniek

In juni 2018 wordt in Amsterdam Zuidoost de WijkKliniek geopend: het resultaat van een innovatieve samenwerking tussen Cordaan, het Academisch Medisch Centrum (AMC) en Zilveren Kruis. De WijkKliniek is een nieuw zorgconcept voor ouderen die normaalgesproken in het ziekenhuis worden opgenomen vanwege acute medische problemen. Daar waar deze ouderen in het ziekenhuis vooral behandeling krijgen voor hun medische problemen is er in de WijkKliniek zowel acute medische zorg, als goede ondersteuning en begeleiding (geriatrie, revalidatie-) om zo fit mogelijk weer naar huis te kunnen. Tijdens en na de opname vindt intensief afstemming plaats met mantelzorgers, huisarts en andere eigen zorgverleners zodat er een optimale overdracht naar huis mogelijk is. Dit voorkomt nieuwe acute gezondheidsproblemen, haalt de druk af van de dichtslubbende SEH's en helpt ouderen weer op de been. Het zorgconcept is ontwikkeld op basis van praktijkvragen, wensen van ouderen zelf en eerder onderzoek.

3. DE TRANSMURALE ZORGBRUG

Dit hoofdstuk behandelt de Transmurale Zorgbrug (TZB) inhoudelijk.

3.1 SCHEMATISCHE WEERGAVE

De 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.

De genoemde verpleegkundige onderdelen zijn hier schematisch uitgewerkt:



3.2 WAT IS 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. Deze paragraaf volgt de schematische weergave van de TZB op weergegeven in paragraaf 3.1..

Het is hierbij belangrijk te benoemen dat de schematische weergave voor de leesbaarheid zich op de handelingen van de verpleegkundigen richt. Voor succesvolle implementatie is meer nodig dan deze basis; de stappen moeten namelijk zorgvuldig worden ingepast in de situatie van het betreffende ziekenhuis en ketenpartners. Hiervoor zullen in hoofdstuk 4 een aantal handvatten worden gegeven.

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 van 70 jaar en ouder die 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 welke patiënten een verhoogd risico hebben op functieverlies en wie niet. De interventie richt zich op de hoogrisico-patiënt. Zo wordt overbehandeling voorkomen; de oudere die er het meest baat bij heeft krijgt de zorg.

In het schema op de vorige bladzijde wordt voor deze screening het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) genoemd. De VMS is sinds 2008 in Nederlandse ziekenhuizen geïmplementeerd, en gaat in op de risico's op delier, vallen, ondervoeding en fysieke beperkingen (Veiligheidsprogramma, 2013). Er zijn nog geen evaluaties gepubliceerd van het programma als geheel, maar uit een studie in de regio Leiden onder 1700 ouderen bleek de VMS in combinatie met leeftijd een voorspeller voor functieverlies, verpleeghuisopname en/of sterfte (Buurman & De Rooij, 2015; Heim et al., 2014). De vragen van de VMS-screening zijn te vinden in **bijlage 1**.

Een ander screeningsinstrument is de Identification of seniors at risk for Hospitalized patients (ISAR-HP). Ook met deze korte screening kunnen patiënten met een hoog risico op functieverlies worden geïdentificeerd, en de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) adviseert algemeen gebruik bij ouderen van de ISAR-HP om te bepalen of een aanvullend CGA zinvol is. De ISAR-HP-screening is te vinden in **bijlage 2**.

In het onderzoek naar de TZB werd de ISAR-HP gebruikt. Over het algemeen geldt dat men nu met name gebruik maakt van de VMS-criteria. Ziekenhuizen die willen starten met de TZB wordt geadviseerd de keuze te baseren op wat al in de standaard anamnese zit, om implementatie zo goed mogelijk op de reguliere zorg aan te laten sluiten.

Wanneer een patiënt als hoog-risico uit de screening komt, kan het zinvol zijn beschikbare informatie aan te vullen door contact op te nemen met de huisarts. Met name wanneer iemand via de spoedeisende hulp binnenkomt, kan de meegestuurde informatie over de thuissituatie gering zijn. Wanneer een eventuele kwetsbaarheid al vanuit huis bekend is, is dit echter waardevolle informatie om mee te nemen in het opstellen van het zorgbehandelplan.

2. Comprehensive Geriatric Assessment

Ouderen met een verhoogd risico worden vervolgens door een geriatrieteam of een specifiek opgeleide afdelingsverpleegkundige 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). In **bijlage 3** is het CGA bijgesloten zoals het werd afgenomen in het TZB-onderzoek. 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 (geriatrie) 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 3**). Indien hieruit een (verdenking van) delier blijkt is verder uitvragen van het CGA bij de patient niet zinvol. Er kan gekozen worden om dit op een later tijdstip af te maken, mits het delier dan voorbij is. Een andere optie is

om delen van het CGA af te nemen met een mantelzorger middels hetero-anamnese. De bevindingen van het CGA worden tenslotte handzaam samengevat (**bijlage 4**). Aan de patiënt wordt gevraagd of hij de problemen herkent en aan welke problemen hij of zij zou willen werken. Indien er sprake is van meer dan drie problemen waarbij actie gewenst is zal aan zowel de patiënt als de geriater worden gevraagd naar prioriteiten.

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 of zij aanvullende diagnostiek uitvoeren om problemen beter in kaart te brengen. Vervolgens wordt een op maat gemaakt zorgbehandelplan (voorbeeldformat in **bijlage 5**) gemaakt samen met de patiënt en indien wenselijk en mogelijk met de mantelzorger. Dit plan beschrijft de problemen, doelen en interventies die worden ingezet tijdens en 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.

4. Bezoek wijkverpleegkundige aan de patiënt in het ziekenhuis

De patiënt wordt nog tijdens ziekenhuisopname aangemeld bij een voor de TZB opgeleide 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. Dit bezoek vindt zo vroeg mogelijk plaats, bij voorkeur binnen 24 uur na ontslag maar in ieder geval binnen 48 uur.



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 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.

De initiële richtlijn voor de duur van de nazorg was maximaal zes maanden, waarin ongeveer vijf huisbezoeken plaatsvonden. In het onderzoek naar de TZB is deze richtlijn ook aangehouden. Echter wordt altijd geadviseerd het aantal huisbezoeken af te stemmen op de complexiteit van de patiënt. Bovendien blijkt uit recent onderzoek dat functieverlies, geriatrische problemen en heropnames zich met name voordoen in de eerste maand na ontslag, en was er in het TZB-onderzoek 30 dagen na ontslag 37% minder sterfte in de interventiegroep (zie hoofdstuk 1). De meeste winst lijkt dus te behalen in de eerste periode en de meerwaarde van huisbezoeken na 4-6 maanden is dan ook waarschijnlijk beperkt, alhoewel afhankelijk van de situatie van de patiënt. Op basis van bovenstaande wordt een nieuwe indicatie gegeven voor de timing van de huisbezoeken.

- **Huisbezoek 1:**
binnen 48 uur na ontslag uit het ziekenhuis
- **Huisbezoek 2:**
één tot twee weken na ontslag uit het ziekenhuis
- **Huisbezoek 3:**
drie weken na ontslag uit het ziekenhuis
- **Huisbezoek 4:**
zes weken na ontslag uit het ziekenhuis
- **Huisbezoek 5:**
(op indicatie)

In principe worden dus vier huisbezoeken aanbevolen, en een vijfde wanneer dit nodig wordt geacht. Het is namelijk 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.

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 en 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. Nog openstaande interventies worden na het laatste huisbezoek doorgezet naar de juiste instanties. Dit kan de praktijkverpleegkundige Ouderenzorg zijn en/of zo nodig andere partijen zoals maatschappelijk werk of een vrijwilliger.

Rol huisarts en praktijkverpleegkundige Ouderenzorg

Zoals al genoemd bij de screening op risico op functieverlies kan het zinvol zijn om de patiëntinformatie bij opname aan te vullen door contact op te nemen met de huisarts. Een aantal huisartsen in Amsterdam en Nederland hebben ook een praktijkverpleegkundige met een aanvullende opleiding Ouderenzorg. Hiermee kan worden besproken of er al kwetsbaarheid van de betreffende patiënt bekend was in de thuissituatie, zodat de TZB hierop verder kan worden afgestemd.

In ieder geval is het belangrijk dat de huisarts bij ontslag van de patiënt vanuit het ziekenhuis op de hoogte wordt gesteld dat er een Transmurale Zorgbrug is ingezet. Nadat de huisbezoeken zijn afgerond, kan de wijkverpleegkundige nog openstaande interventies overdragen aan de huisarts en, wanneer mogelijk, de praktijkverpleegkundige Ouderenzorg. Laatstgenoemde kan daarnaast ook een actievere rol spelen in de TZB, waarin verschillende opties mogelijk zijn. Het doel hierbij is om de TZB beter af te kunnen stemmen op wat er al vanuit de thuissituatie bekend is bij de huisartspraktijk. Wanneer een patiënt al thuiszorg kreeg vóór opname, kan behoud van dezelfde wijkverpleegkundige in de TZB voorkeur hebben boven inzet van de praktijkverpleegkundige Ouderenzorg. Andersom kan wanneer een patiënt al goed bekend was bij de praktijkverpleegkundige en nog geen thuiszorg kreeg, de eerstgenoemde de huisbezoeken doen in plaats van een wijkverpleegkundige. Hoe men de rollen bij het leveren van de TZB ook kiest te verdelen: voorwaarde is dat hierover onderling duidelijke afspraken worden gemaakt tussen ziekenhuis, thuiszorg en praktijkverpleegkundigen en dat het belang van de patiënt centraal staat.

Hieronder wordt beschreven welke interventies de wijkverpleegkundige gedurende het traject verder toepast, naast de op maat gesneden interventies op basis van het 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 en apotheek 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, één tot 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 enkele 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, drie 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, zes 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 praktijkverpleegkundige 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 praktijkverpleeg-

kundige, wijkverpleegkundige of 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, op indicatie

Evaluatie

Tijdens het laatste bezoek kan het traject van opname tot ontslag worden geëvalueerd. Aan de hand van het samen-

vattingsblad 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 zo nodig contact op met degene aan wie de zorg zal worden overgedragen.



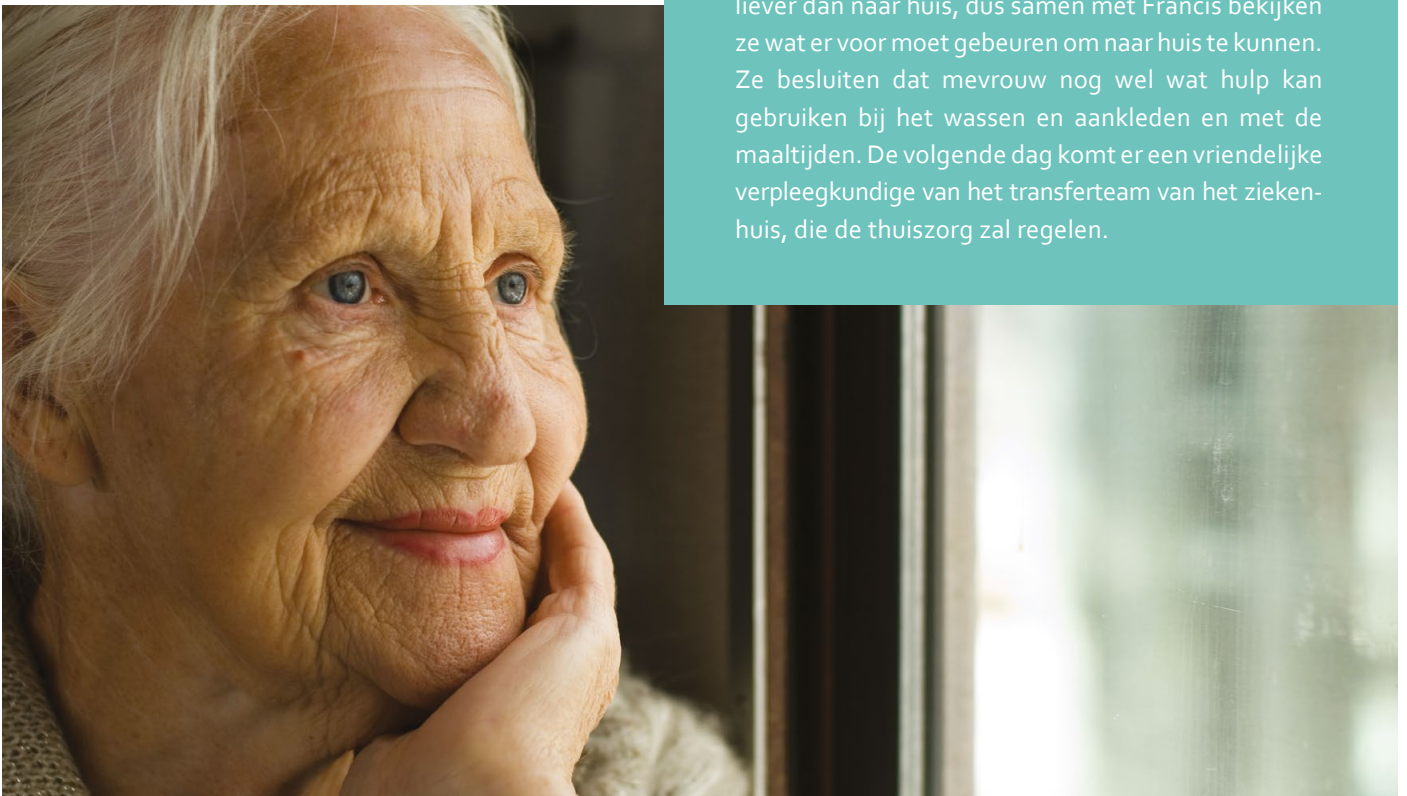
CASUS: MEVROUW BUNDEL-KATZ MÈT DE TRANSMURALE ZORGBRUG

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 3 maart 2017. 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 nachts 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 wordt gestimuleerd overdag haar dagelijkse kleding te dragen 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 Francis heeft uitgenodigd. Mevrouw Bundel-Katz wil niets liever dan naar huis, dus samen met Francis bekijken ze 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 vriendelijke verpleegkundige van het transferteam van het ziekenhuis, die de thuiszorg zal regelen.



Op 10 maart 2017 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 tussen-doortje 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 een week later langskomt bespreken ze opnieuw het plan dat ze met Helma in het ziekenhuis heeft gemaakt, en evalueren ze 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-afspraken 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 drie weken hebben Francis, de buurvrouw, en mevrouw Bundel-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 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 burendit ook wel willen doen? Afsproken wordt dat deze dagbestedings-activiteit 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.



4. 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.

4.1 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).

Bij zorgverbetering is het daarnaast essentieel om de doelgroep te betrekken, om te toetsen of de zorg wel aansluit op wat zij belangrijk vinden. Zoek daarom altijd uitwisseling met de cliëntraad of ouderenplatform van uw ziekenhuis of uw regio. Maak hierbij ook gebruik van het landelijke toetsingskader. Hierin geven ouderen aan waaraan zij vinden dat zorg moet voldoen (Beter Oud, 2018).

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 voor screening beschreven. Dit is echter een minimaal zorgmodel wat slechts vier onderdelen in kaart brengt 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?

Per thuiszorgorganisatie en regio kan de precieze manier van financiering verschillen, zoals wanneer de TZB onderdeel

is van een groter zorgprogramma. In ieder geval kan in de reguliere zorg onder de Aanspraak Wijkverpleging de wijkverpleegkundige zorg van de TZB worden gefinancierd. Voorheen betrof het de regeling advies, instructie en voorlichting (AIV). Ook is het binnen de beleidsregel verpleging en verzorging [2018](#) van de Nederlandse Zorgautoriteit mogelijk om de warme overdracht in het ziekenhuis te financieren.

4. Kan ik hulp bij de implementatie krijgen?

Wij ondersteunen uiteraard graag enthousiaste instellingen die willen starten met de TZB bij de implementatie, bijvoorbeeld door mee te denken over de organisatie van de TZB in de regio. Inmiddels wordt de Transmurale Zorgbrug al in heel Nederland gebouwd.

5. Hoe waarborg ik de wetgeving in de transmurale zorgbrug?

De patiënt informeren

Zorgverleners dienen zich aan de wetgeving te houden, ook wanneer een patiënt in aanmerking komt voor de Transmurale Zorgbrug. Hiervoor is het nodig dat de patiënt goed wordt geïnformeerd over en instemt met de Transmurale Zorgbrug. Hiertoe behoort ook dat de patiënt weet welke informatie wordt meegegeven aan de wijkverpleegkundige vanuit het ziekenhuis, en dat de betreffende informatie ook schriftelijk aan de patiënt wordt meegegeven. De instemming door patiënt met informatiedeling dient in het medisch dossier te worden gedocumenteerd.



Praktische van vertrouwelijke informatie scheiden

Bij toepassing van de Transmurale Zorgbrug kan het zijn dat er gevoelige informatie wordt overgedragen naar aanleiding van het CGA. Het ziekenhuis dient op een beveiligde manier alleen de informatie over te dragen die van belang is voor optimale voortzetting van zorg voor de patiënt na ontslag, en alleen aan die personen die deze informatie nodig hebben om de voortzetting van zorg te verlenen. Hiervoor is het nodig om vertrouwelijke informatie te scheiden van informatie die van belang is voor andere thuiszorgmedewerkers dan de wijkverpleegkundige, zoals een huishoudelijke hulp.

Wanneer data kwijtraakt of toegankelijk wordt voor onbevoegden

Ook is het goed om vanuit de nieuwe wetgeving rekening te houden met wat te doen wanneer gegevens wegraken. Zodra een wijkverpleegkundige patiëntgegevens op papier kwijtraakt, is er sprake van een datalek. De wijkverpleegkundige dient dan de datalekprocedure van de desbetreffende thuiszorgorganisatie te volgen.

Wanneer op deze manier wordt gewerkt, wordt zowel de huidige wetgeving als de nieuwe Europese wetgeving per voorjaar 2018 gewaarborgd.

4.2 INFORMATIE VOOR ZIEKENHUIZEN

1. Wie voert de screening uit?

De screening kan door een afdelingsverpleegkundige worden uitgevoerd volgens de VMS-criteria kwetsbare ouderen, een gebruiksvriendelijke vragenlijst (**bijlage 1**). Bij voorkeur wordt dit onderdeel van uw seniorgerichte verpleegkundige anamnese, waardoor het zoveel mogelijk wordt geïntegreerd in de reguliere zorg. Voor de taakverdeling wordt in ieder geval gepleit om te kijken wat 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 die bij de zorgbrug wordt geadviseerd, de VMS, bestaat uit vier onderdelen met korte vragen en kost per patiënt ongeveer vijf minuten. Wel is het belangrijk dat verpleegkundigen goed geïnformeerd zijn over het nut van de VMS-screening, zodat deze zorgvuldig wordt afgenomen en de juiste patiënten worden geselecteerd voor de TZB.

3. Hoe identificeer ik acuut opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder?

In veel ziekenhuizen is het niet ongebruikelijk om via het identificatiesysteem van het ziekenhuis 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 70 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 dat gegenereerd wordt uit het EPD dat melding maakt van de aanwezigheid van een kwetsbare oudere, dus een oudere met een verhoogd risico op functieverlies, wellicht even effectief.

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. U kunt er ook voor kiezen om enkele afdelingsverpleegkundigen op te leiden in het afnemen van het CGA. Deze tijdsinvestering betaalt zich terug in het feit dat verpleegkundigen zich meer bewust worden van de zorg aan ouderen, door meer vertrouwen van patiënten in de zorgverleners en daardoor een grotere kans op compliantie tijdens de behandeling. 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/of 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. Wanneer meerdere specialismen betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt is het belangrijk dat in samenwerking een integraal (ofwel specialisme-overstijgend) zorgbehandelplan wordt opgesteld. Indien nodig kunnen andere zorgverleners ook input leveren voor het zorgbehandelplan (bijvoorbeeld de zaalarts, fysiotherapeut, diëtist of een andere medisch specialist).

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

Op de website www.effectieveouderenzorg.nl is de toolkit

Effectieve Ouderenzorg te vinden die handvatten biedt op het gebied van multidisciplinaire diagnostiek. Hier worden interventies voorgesteld 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 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 45-60 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. Verder kan bij implementatie van de TZB worden gekeken naar welke vragen van het CGA al in de reguliere anamnese en terugkerende screenings zitten, zodat de al beschikbare informatie in de TZB kan worden gebruikt. Dit kan een behoorlijke tijdsbesparing opleveren bij het afnemen van het CGA, mits deze informatie actueel en accuraat is.

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 ziekenhuis-

zorg 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 bij de meest betrokken mantelzorger delen van het CGA uit te voeren. 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 en afdeling en het aantal afdelingen dat mee doet met het project.

In het onderzoek werd de ISAR-HP screening gehanteerd in plaats van de VMS-criteria. Daarvan 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.

Onderstaand overzicht geeft u een idee van het aantal patiënten dat meedeelt in het onderzoeksproject TZB:

Ziekenhuis	Specialismen	Aantal bedden	Aantal patiënten TZB 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?

De ervaring leert dat het ontslag niet zelden onverwacht snel komt. Bij voorkeur wordt de wijkverpleegkundige zo snel mogelijk op de hoogte gebracht van een TZB-patiënt zodat zij de patiënt voor ontslag kan bezoeken. Dit kan bijvoorbeeld

vlak na opname zodra iemand positief uit de VMS komt en dus in aanmerking komt voor de TZB. Overige benodigde documenten zoals de uitkomsten van het CGA kunnen later worden meegestuurd. Indien uw instelling werkt met het transferdossier Point is dit een goede optie voor aanmelden bij de wijkverpleegkundige.

4.3 INFORMATIE VOOR THUISZORGORGANISATIES EN HUISARTSPRAKTIJKEN

1. Wie voert de nazorg na ziekenhuisopname uit?

Indien een patiënt al bekend is bij een thuiszorgorganisatie heeft het nadrukkelijk voorkeur dat een wijkverpleegkundige van de bewuste organisatie de nazorg uitvoert. De desbetreffende wijkverpleegkundige heeft affiniteit met - en kennis van ouderenzorg. Er wordt sterk aangeraden om de wijkverpleegkundigen een aanvullende opleiding te laten volgen op het gebied van ouderenzorg (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. Bovendien vraagt een warme TZB-overdracht en -nazorg om een goede planning vanuit het ziekenhuis, waarbij onder meer al bij opname een voorlopige ontslagdatum wordt gesteld.

Om flexibele inzetbaarheid te bereiken is het thuiszorgorganisaties niet aan te raden één parttime werkende verpleegkundige in te zetten. Kennis van de sociale kaart in de buurt waar de oudere woont is bovendien een grote meerwaarde. Bij voorkeur wordt dus een verpleegkundige ingezet die al werkzaam is in de betreffende wijk, stad of gemeente.

Afhankelijk van de situatie kan het ook wenselijk zijn om een praktijkverpleegkundige met aanvullende scholing Ouderenzorg in te zetten in plaats van een wijkverpleegkundige, bijvoorbeeld als er nog geen thuiszorg is en de patiënt goed bekend is met de praktijkverpleegkundige Ouderenzorg. U kunt informeren of er bij de huisarts van de TZB-patiënt een praktijkverpleegkundige Ouderenzorg werkzaam is. Wel is het van belang dat de warme overdracht in het ziekenhuis en de huisbezoeken volgens dezelfde richtlijnen plaatsvinden. Wanneer dit niet haalbaar is kan de praktijkverpleegkundige wel tijdens en na de ziekenhuisopname regelmatig overleggen met de ziekenhuis- en wijkverpleegkundige om de TZB goed op de thuissituatie van de patiënt aan te laten sluiten. Maak in ieder geval duidelijke afspraken over de rol van de huisarts en praktijkverpleegkundige Ouderenzorg en evalueer ze regelmatig.

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 of regio) of bij twee of drie vaste wijkverpleegkundigen die de zorg verdelen. Er wordt aangeraden meer dan één wijkverpleegkundige te scholen om een dekkingtekunnengaranderen bij ziekte, vakanties, uitdiensttreding en dergelijke.

3. Welke scholing kunnen de wijkverpleegkundigen volgen?

Voor ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen die zich willen opleiden voor de Transmurale Zorgbrug, biedt de Hogeschool van Amsterdam een scholing aan van vijf dagdelen, "Transmurale Zorgbrug ouderen". Vanaf voorjaar 2018 is de scholing open voor eenieder die zich wil opleiden voor de implementatie van de Transmurale Zorgbrug en er vinden regelmatig cursussen plaats. Informatie over de cursussen is te vinden via onderstaande weblink:

<http://www.hva.nl/achieve/onderwijs/post-hbo-verpleegkunde/post-hbo-cursussen-verpleegkunde.html>

Tevens kan bij de Hogeschool van Amsterdam een aanvullende cursus worden gevolgd om naast de Transmurale Zorgbrug, ook de cardiologische zorgbrug onder de knie te krijgen. Bij zowel de basiscursus als de cardiologische aanvulling worden ziekenhuis- en wijkverpleegkundigen gezamenlijk opgeleid om begrip en inzicht in elkaars werkgebied te creëren, ter bevordering van transmurale zorg.

Hiernaast wordt aangeraden om na de start van het project intervisiebijeenkomsten 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 kan men van elkaar leren en meer inzicht krijgen in elkaars werk.

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 of 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. Om te zorgen dat het bezoek van de wijkverpleegkundige op tijd kan worden ingepland is goede ontslagplanning in het ziekenhuis belangrijk, bijvoorbeeld door al bij opname een streefontslagdatum te plannen met ontslagcriteria en deze regelmatig bij te werken. De aanvraag voor TZB bij thuiszorg kan zodoende al vroeg in de opname worden ingediend, en het ontslag kan zo beter worden voorbereid.

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 (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 vervolg van het zorgbehandelplan. 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. Bovendien is de eerste week na ontslag uit het ziekenhuis de meest kwetsbare periode met de meeste geriatrische problemen en heropnames. De warme overdracht door de wijkverpleegkundige (danwel praktijk-

verpleegkundige) met zijn/haar blik vanuit de eerste lijn is dan ook van grote meerwaarde voor een goede de terugkeer naar huis.

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 Verhaegh et al. (2014) 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 voedings-toestand. 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 beoordeelt 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 en welzijn).

9. Wat te doen wanneer er al andere zorg- of hulpverleners betrokken zijn?

Wanneer de patiënt al zorg krijgt van een andere zorgorganisatie, 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.

REFERENTIES

- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B.** (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, 380(9836), 37-43. doi:10.1016/S0140-6736(12)60240-2
- BeterOud,** (2018). Toetsingskader ouderen: Samen werken aan wonen, welzijn en zorg, geschreven voor en door ouderen. Retrieved from <http://www.beteroud.nl/ouderen/toetsingskader-ouderen.html>
- Buurman, B. M., & De Rooij, S. E.** (2015). Functieverlies ouderen bij acute opname in ziekenhuis. *Ned Tijdschr Geneesk.*, 159, A8185.
- Buurman, B. M., Parlevliet, J. L., Allore, H. G., Blok, W., van Deelen, B. A., Moll van Charante, E. P., . . . de Rooij, S. E.** (2016). Comprehensive geriatric assessment and transitional care in acutely hospitalized patients: the transitional care bridge randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*, 176(3), 302-309.
- CBS.** (2017). Zorggebruik 75-plussers. Retrieved from <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2017/51/zorggebruik-75-plussers>
- Covinsky, K. E., Pierluissi, E., & Johnston, C. B.** (2011). Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". *Jama*, 306(16), 1782-1793.
- Dharmarajan, K., Hsieh, A. F., Lin, Z., Bueno, H., Ross, J. S., Horwitz, L. I., . . . Suter, L. G.** (2013). Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia. *Jama*, 309(4), 355-363.
- Eurostat.** (2016, Nov, 2016). Hospital discharges and length of stay statistics. Retrieved from http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Hospital_discharges_and_length_of_stay_statistics#Average_length_of_hospital_stay_for_in-patients
- Heim, N., van Fenema, E. M., Weverling-Rijnsburger, A. W., Tuijl, J. P., Jue, P., Oleksik, A. M., . . . van der Mast, R. C.** (2014). Optimal screening for increased risk for adverse outcomes in hospitalised older adults. *Age and Ageing*, 44(2), 239-244.
- Henderson, A., & Zernike, W.** (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients. *J Adv Nurs*, 35(3), 435-441.
- Holland, D. E., Mistiaen, P., & Bowles, K. H.** (2011). Problems and unmet needs of patients discharged "home to self-care". *Prof Case Manag*, 16(5), 240-250; quiz 251-242. doi:10.1097/NCM.0b013e31822361d8
- IGZ, D. H. I.** (2015). Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd. Retrieved from https://www.igz.nl/Images/2015-06-08%20Rapport%20Continu%C3%AFteit%20van%20zorg%20voor%20kwetsbare%20ouderen%20ZH-VVT_tcm294-366374.pdf
- Kansagara, D., Englander, H., Salanitro, A., Kagen, D., Theobald, C., Freeman, M., & Kripalani, S.** (2011). Risk prediction models for hospital readmission: a systematic review. *Jama*, 306(15), 1688-1698.
- Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P., & Baker, D. W.** (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *Jama*, 297(8), 831-841.
- Langelaan, M., Baines, R. J., de Bruijne, M. C., & Wagner, C.** (2017). Association of admission and patient characteristics with quality of discharge letters: posthoc analysis of a retrospective study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 225.
- Shepperd, S., McClaran, J., Phillips, C. O., Lannin, N. A., Clemson, L. M., McCluskey, A., . . . Barras, S. L.** (2010). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev*, 1.
- Soeters, M., & Verhoeks, G.** (2016). Analyse belemmeringen structurele bekostiging vier NPO-projecten. *Zorgmarktadvies*.
- van Galen, L., Fluitman, K., Merten, H., Rombach, S. M., Brabrand, M., Cooksley, T., . . . Nanayakkara, P. W.** (2016). Exploring the preventable causes of unplanned readmissions using root cause analysis: coordination of care is the weakest link. *PATIENT SAFETY IN THE ACUTE HEALTHCARE CHAIN*, 30, 93.
- Van Seben, R., Geerlings, S. E., & Buurman, B. M.** (2017). 10 tips voor een goede transmurale overdracht. *Ned Tijdschr Geneesk.*, 161, D1031.
- van Seben, R., Geerlings, S. E., Verhaegh, K. J., Hilders, C. G., & Buurman, B. M.** (2016). Implementation of a Transfer Intervention Procedure (TIP) to improve handovers from hospital to home: interrupted time series analysis. *BMC Health Services Research*, 16(1), 479.
- van Seben, R., Reichardt, L. A., Essink, D. R., van Munster, B. C., Bosch, J. A., & Buurman, B. M.** (2018). "I Feel Worn Out, as if I Neglected Myself": Older Patients' Perspectives on Post-hospital Symptoms After Acute Hospitalization. *The Gerontologist*.
- Veiligheidsprogramma, V.** (2013). Praktijkgids Kwetsbare ouderen. https://www.vmszorg.nl/wp-content/uploads/2017/07/web_2009.0104_praktijk-gids_kwetsbare_ouderen.pdf
- Verhaegh, K. J., MacNeil-Vroomen, J. L., Eslami, S., Geerlings, S. E., de Rooij, S. E., & Buurman, B. M.** (2014). Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. *Health affairs*, 33(9), 1531-1539.
- Verweij, L., Jepma, P., Buurman, B., Peters, R., ter Riet, G., & Reimer, W.** (2016). Cardiac Care Bridge: study protocol of nurse-coordinated transitional care in older cardiac patients. Paper presented at the *J Adv Nurs*.

Bijlage 1: VMS

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?		

VMS	Fysieke beperkingen Katz-ADL6	Ja	Nee
1	Heeft U hulp nodig bij baden of douchen?		
2	Heeft U hulp nodig bij het aankleden?		
3	Heeft U hulp nodig bij het naar de toilet gaan?		
4	Maakt U gebruik van incontinentiemateriaal?		
5	Heeft U hulp nodig bij een transfer van bed naar stoel?		
6	Heeft U hulp nodig bij het lopen?		

Bijlage 2: ISAR-HP

ISAR-HP

Identification of Seniors At Risk – Hospitalized Patients

		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, looprekje 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	Positief
	(0 – 1)	(2 – 5)

Bij een positieve score wordt een vervolgtraject door middel van een uitgebreid geriatrisch assessment (CGA) aanbevolen.

Transmurale Zorgbrug

Comprehensive Geriatric Assessment

Pinnummer patiënt: _ _ _

Datum van invullen

Datum van invullen:

				2	0		
		d	d	m	m	j	j

Persoonlijke gegevens / Sociaal functioneren

Geboortedatum:

		d	d	m	m	j	j

Geslacht:

☐ Man ☐ Vrouw

Opnamedatum:

		d	d	m	m	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 acut 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 geriatrische problemen aanbevolen. Dit volgens het Defence model: screenen, geriatrische anamnese en geriatrische 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	☐ Nee ☐ Ja	_____ keer in totaal
Visite van de huisarts bij u thuis tijdens kantooruren	☐ Nee ☐ Ja	_____ keer in totaal
Bezoek aan huisartsenpost <u>of</u> visite van de huisarts in avond/nacht of weekend	☐ Nee ☐ Ja	_____ keer in totaal
Bezoek aan spoedeisende hulp	☐ Nee ☐ Ja	_____ keer in totaal
Opname in een ziekenhuis	☐ Nee ☐ Ja	_____ keer in totaal _____ dagen in totaal
Opname in een verzorgingshuis	☐ Nee ☐ Ja	_____ weken in totaal
Opname in een verpleeghuis	☐ Nee ☐ Ja	_____ weken in totaal
Thuiszorg door een (wijk) verpleegkundige	☐ Nee ☐ Ja	_____ uur per week
Thuiszorg door een verzorgende	☐ Nee ☐ Ja	_____ uur per week
Huishoudelijke thuiszorg	☐ Nee ☐ Ja	_____ uur per week
Dagopvang	☐ Nee ☐ Ja	_____ dagen per week
Dagbehandeling	☐ Nee ☐ Ja	_____ dagen per week
Hulp van uw partner	☐ Nee ☐ Ja	_____ uur per week
Hulp van kinderen	☐ Nee ☐ Ja	_____ uur per week
Hulp van overige familie	☐ Nee ☐ Ja	_____ uur per week
Hulp van burenvrienden/vrijwilligers	☐ Nee ☐ Ja	_____ uur per week
Maaltijdvoorziening	☐ Nee ☐ Ja	
Alarmsysteem	☐ Nee ☐ Ja	
Particuliere hulp (hulp die u zelf betaalt)	☐ Nee ☐ Ja	_____ dagen per week voor hulp bij: _____
Behandeling van GGZ/Psycholoog/Psychiater	☐ Nee ☐ Ja	
Fysiotherapie	☐ Nee ☐ Ja	_____ keer per week _____ uur per keer
Diëtist	☐ Nee ☐ Ja	
Andere zorg/hulpverlening	☐ Nee ☐ 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

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?	☐ nee ☐ ja
2. Heeft U hulp nodig bij het aankleden?	☐ nee ☐ ja
3. Heeft U hulp nodig bij kammen van de haren of scheren?	☐ nee ☐ ja
4. Heeft U hulp nodig bij het naar de toilet gaan?	☐ nee ☐ ja
5. Maakt U gebruik van incontinentiemateriaal?	☐ nee ☐ ja
6. Heeft U hulp nodig bij opstaan uit een stoel ?	☐ nee ☐ ja
7. Heeft U hulp nodig bij het lopen?	☐ nee ☐ ja
zo ja; Hulpmiddel:	
8. Heeft U hulp nodig bij het eten?	☐ nee ☐ ja
9. Heeft U hulp nodig bij het gebruiken van de telefoon?	☐ nee ☐ ja
10. Heeft U hulp nodig bij reizen?	☐ nee ☐ ja
11. Heeft U hulp nodig bij het boodschappen doen?	☐ nee ☐ ja
12. Heeft U hulp nodig bij het bereiden van een maaltijd?	☐ nee ☐ ja
13. Heeft U hulp nodig bij huishoudelijk werk?	☐ nee ☐ ja
14. Heeft U hulp nodig bij het innemen van medicijnen?	☐ nee ☐ ja
15. Heeft U hulp nodig bij het omgaan met geld ?	☐ nee ☐ 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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



geen
pijn



heel
veel pijn

Slikstoornis

Heeft u moeite met slikken? ☐ nee ☐ ja

Mondhygiëne:

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

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 scoor 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? | ☐ nee ☐ ja |
| 2. Had u de afgelopen maand minder interesse of plezier in dingen? | ☐ nee ☐ ja |

Angst

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

Pinnummer patiënt: _ _ _

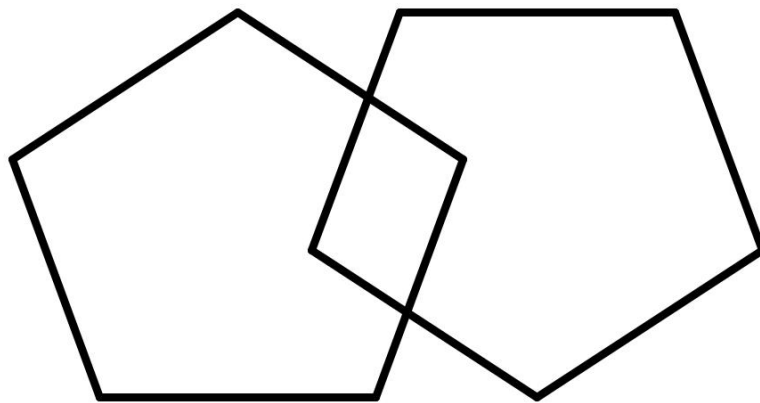
MMSE

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 nategetekend. 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

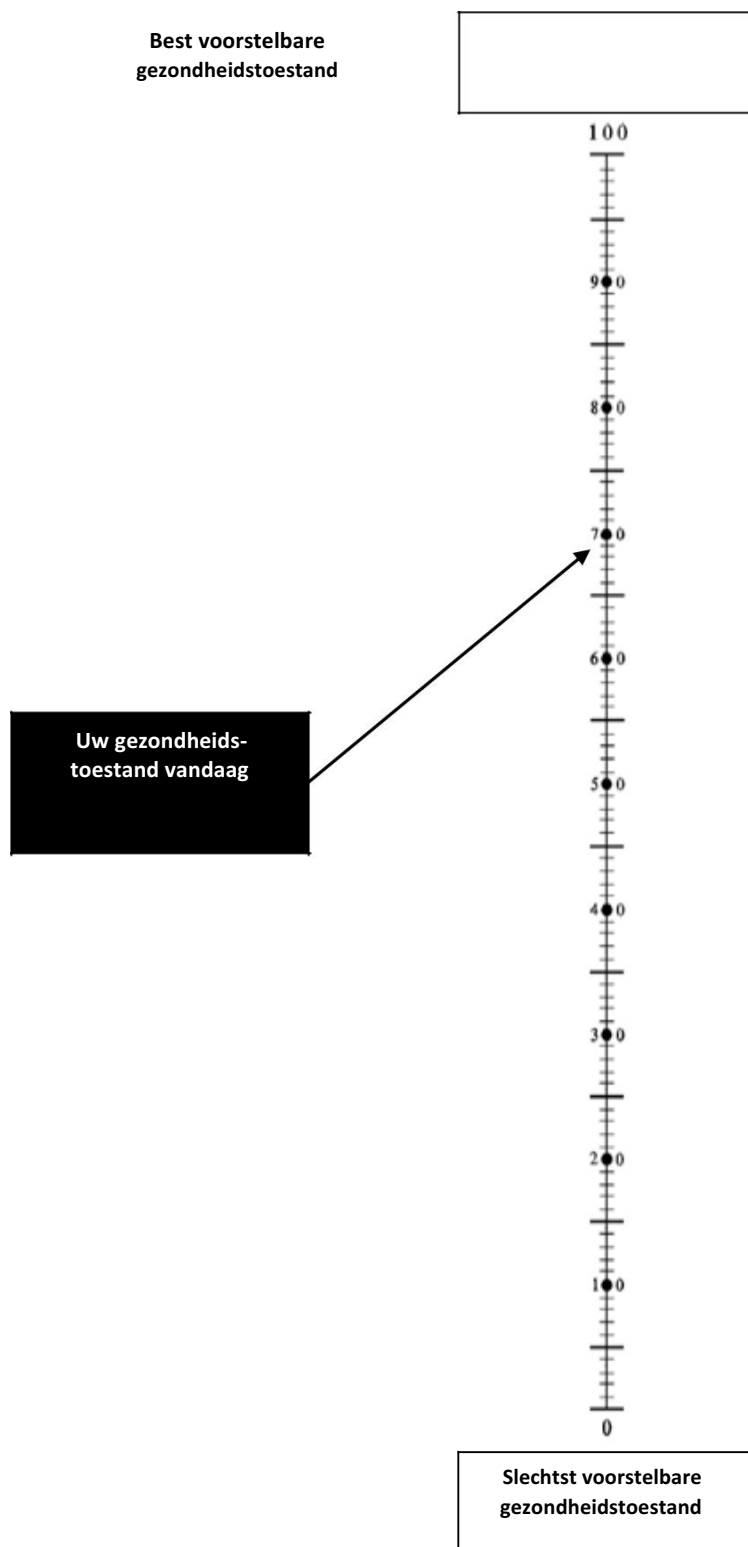
Pinnummer patiënt: _ _ _

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.

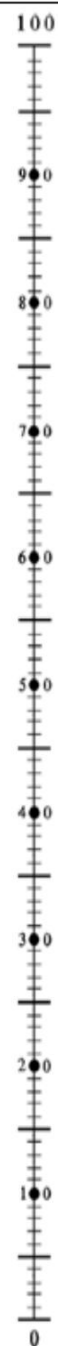


Pinnummer patiënt: _ _ _

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

Best voorstelbare
gezondheidstoestand



Slechtst voorstelbare
gezondheidstoestand

Bijlage 4: Samenvatting CGA Transmurale Zorgbrug

Probleem	Afkappunten meetinstrument => positief? => probleem aanwezig	Probleem Aanwezig	Herkent patiënt probleem?	Prioriteit patiënt (nummeren)	Prioriteit geriater (nummeren)	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							

Bijlage 5: 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:

* Uiteindelijke prioritering

Bijlage 6: 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
- ☐ Maak (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

Transmurale Zorgbrug

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
BINNEN 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
1-2 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
3 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 CIRCA 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

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**OP INDICATIE CIRCA 8 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 Afronding

Overdracht

Wordt de zorg overgedragen? ☐ nee ☐ ja

Indien de zorg overgedragen moet worden, aan wie?

- ☐ praktijkondersteuner ouderenzorg ☐ wijkverpleegkundige
☐ huisarts ☐ ouderenadviseur
☐ 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? (ZOZ)

Overige aandachtspunten: