

Goede transferzorg voor kwetsbare ouderen

Werkboek ZorgbrugZO!



Zorgbrug



Projectteam *Zorgbrug ZO!*

december 2022

Versie 9

INHOUDSOPGAVE

Waarom <i>Zorgbrug ZO!</i> ?	3
Voor wie is <i>Zorgbrug ZO!</i> bedoeld?	3
Wat willen we met goede transferzorg bereiken?	4
Overzicht routing <i>Zorgbrug ZO!</i> per ziekenhuis en GRZ	6
Het eerste huisbezoek na ontslag	8
Vervolghuisbezoeken	8
Succesfactoren en tips voor een naadloze transfer	8
Bijlage 1 Checklist medicatie	9
Bijlage 2 Startplan	10
Bijlage 3 Werkafspraken in de huisartsenpraktijk	11
Bijlage 4 Overzicht deelnemende ziekenhuizen en GRZ-afdelingen	12

*Dit werkboek is opgesteld als handvat voor alle betrokken professionals in Zorgbrug Zuidoost.
Kortweg **Zorgbrug ZO!***

*Dat zijn de deelnemende huisartsenpraktijken, casemanagers eerste lijn, geriaters,
Geriatricverpleegkundigen en professionals van GRZ-afdelingen.*

*Naast een procesbeschrijving is uitgewerkt welke stappen praktisch nodig zijn
voor een naadloze transfer en 'een zachte landing thuis'.*

Succes!

Waarom Zorgbrug ZO!?

Door de vergrijzing worden er steeds meer ouderen opgenomen in het ziekenhuis. De impact van een ziekenhuisopname is groot. De kans op complicaties, zoals ondervoeding, delier, decubitus, bijwerkingen van medicatie of een val is groot. Vaak met blijvend functieverlies.



Zorgbrug Zuidoost, afgekort *Zorgbrug ZO!* is onderdeel van het Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen dat de zorggroepen DOH, SGE en PoZoB (DSP) met vele ketenpartners hebben opgezet. Het zorgprogramma is bedoeld voor de meest kwetsbare ouderen met verlies van regie en een hoge cure- en carecomplexity. De zorg voor deze groep vraagt een integrale en proactieve benadering met extra aandacht voor de mantelzorg. Deelnemende ziekenhuizen zijn het Catharina Ziekenhuis, Anna Ziekenhuis, St. Jans Gasthuis en het Máxima MC. De geriatrische revalidatiezorg (GRZ) van Archipel, Vitalis, Anna Ouderenzorg en Land van Horne zijn later toegevoegd aan de Zorgbrug. Zorgbelang, CZ en VGZ zijn vanaf de start betrokken.

Als een zeer kwetsbare oudere in het ziekenhuis wordt opgenomen is het van belang dat betrokken professionals over de informatie beschikken die in de eerste lijn is verzameld. *Zorgbrug ZO!* zorgt hiervoor. Bij opname wordt het ziekenhuis geïnformeerd en start de transferzorg van huis naar ziekenhuis. Door zorgvuldige overdracht van thuis naar ziekenhuis en v.v. willen we de impact van een ziekenhuisopname zoveel mogelijk beperken, zodat de oudere zo lang mogelijk thuis kan wonen.

Voor wie is *Zorgbrug ZO!* bedoeld?

Vanuit de deelnemende huisartsenpraktijken doen alléén ouderen mee die deelnemen aan het Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen. Zij ontvangen de transferzorg zoals omschreven in dit werkboek. Dit betekent dat praktijken waar het zorgprogramma nog niet is geïmplementeerd, niet deelnemen aan het project. Daarnaast kunnen zeer kwetsbare ouderen ook in het ziekenhuis worden geselecteerd voor deelname. Alle 70+ers worden bij opname in het ziekenhuis gescreend op hun risico op functieverlies. De screening wordt uitgevoerd door de afdelingsverpleegkundige volgens de [VMS](#), waarbij gekeken wordt naar risico op delier, vallen, ondervoeding en functieverlies. Bij een verhoogde kans op functieverlies of bij vooraf bepaalde indicaties/ingrepen brengt het geriatrische team de oudere verder in beeld met een uitgebreider geriatrisch onderzoek. Bv. door middel van de [CGA](#).

In het Anna Ziekenhuis, St Jans Gasthuis en het Catharina Ziekenhuis is voorwaarde voor deelname aan *Zorgbrug ZO!* dat een patiënt op 2 van de 4 domeinen kwetsbaar scoort. De screening gebeurt in het Máxima MC in eerste instantie door de afdelingsverpleegkundige samen met de hoofdbehandelaar. De score van 2 van

de 4 domeinen kwetsbaar wordt niet gehanteerd.

De casemanager in de tweede lijn beoordeelt of inzet van *Zorgbrug ZO!* nodig is. De huisarts bepaalt of een patiënt later wordt opgenomen in het Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen. In deze gevallen is het raadzaam dat de huisarts het huisbezoek doet.

De belangrijkste onderdelen uit het Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen zijn onderstaand kort weergegeven.



Wat willen we met goede transferzorg bereiken?

1. Een verbeterde/naadloze overdracht van huis naar het ziekenhuis waarbij het ziekenhuis binnen 1 werkdag na opname over informatie, verzameld in de eerstelijns, beschikt van een kwetsbare oudere.
2. De al beschikbare informatie over de oudere wordt gebruikt in het ziekenhuis
3. De mantelzorg is diegene die het meest betrokken is bij de oudere. Deze blijft betrokken in de zorg voor de oudere in het ziekenhuis.
4. In het ziekenhuis is er extra aandacht voor kwetsbaarheid. Dus extra aandacht voor o.a. delierpreventie, voeding, huiskameractiviteiten, zo snel mogelijk uit bed aangekleed etc. Het doel is om functieverlies bij de kwetsbare oudere zoveel mogelijk te beperken.
5. Een telefonische overdracht bij opname en ontslag tussen de casemanager 1^e lijn (nu meestal de Praktijkondersteuner Ouderenzorg) en de casemanager 2^{de} lijn. Indien nodig brengt de casemanager 1^e lijn een bezoek aan de oudere in het ziekenhuis. De mantelzorg is hierbij aanwezig.
6. De brief van de behandelend specialist (en geriater of met toevoeging input geriater) zijn binnen 24 uur na ontslag aanwezig op de huisartsenpraktijk. Onderdeel van de ontslagpapieren is het actueel medicatieoverzicht.
7. Een 'zachte landing' thuis door een huisbezoek door de casemanager 1^e lijn binnen 2 werkdagen na ontslag. Liefst in het bijzijn van de mantelzorg. Belangrijkste punten: medicatiecheck, organisatie van benodigde ondersteuning en (mantel)zorg en evt. bijstelling gezondheidsplan.
8. Systematische (na)zorg in de thuissituatie. De eerste maanden na ziekenhuisontslag heeft de casemanager frequenter contact met de oudere of mantelzorg, op maat van de situatie en indien nodig wordt een MDO gepland.

Natuurlijk willen we met inzet van *Zorgbrug ZO!* bereiken dat patiënt en mantelzorg tevreden zijn over de gecoördineerde overdracht tussen huisartsenpraktijk en ziekenhuis en de (minder stressvolle) overgang naar

huis. Uit diverse onderzoeken¹ blijkt dat een goed functionerende transferbrug leidt tot een lagere sterfte na ziekenhuisopname en een kortere ligduur. Winst voor de patiënt dus. Ook de kosten/baten-verhouding is positief.

De kwetsbare oudere gaat niet altijd via het ziekenhuis naar huis, maar gaat eerst naar de geriatrische revalidatie (GRZ). Het gaat hier om ruim 20%. Steeds meer revalidatie-afdelingen van VVT-instellingen maken deel uit van *Zorgbrug ZO!* Inmiddels zijn met vier VVT-instellingen afspraken gemaakt: Anna Ouderenzorg, Archipel, Land van Horne en Vitalis. Het proces voor ontslag via GRZ verschilt iets per VVT-instelling. De GRZ-routes gelden ook voor ELV-hoog en worden incidenteel ook vanuit thuis opgestart. Begin 2023 sluiten de GRZ-afdelingen van Oktober en Valkenhof aan.

Als een Kwetsbare oudere wordt opgenomen krijgt de Geriatrieverpleegkundige of de consulent geriatrie in de tweede lijn een verwijzing via VIPLive en een warme telefonische overdracht. In de verwijzing ontvangen zij belangrijke informatie van de kwetsbare oudere. Indien gewenst kan een terugkoppeling worden gegeven (bijv. de verpleegkundige overdracht) of onderling afstemming worden gezocht via de beveiligde communicatietool in VIPLive. Gaat een kwetsbare oudere eerst revalideren voordat hij of zij weer naar huis kan, dan kan ook een verwijzing naar de GRZ gestuurd worden. Op blz. 6 en 7 staan de processen per ziekenhuis en GRZ uitgebreid beschreven. Lees deze door voordat je gebruik maakt van de zorgbrug.

Het ontvangen van een verwijzing en rapportage op de verwijzing vanuit VIPLive vind je onder de volgende link: [Ontvangen van een verwijzing - VIPLive Ketenzorg - Confluence \(atlassian.net\)](#)

***ZorgbrugZO!* is in 2018 geëvalueerd bij zorgverleners, patiënten en mantelzorgers:**

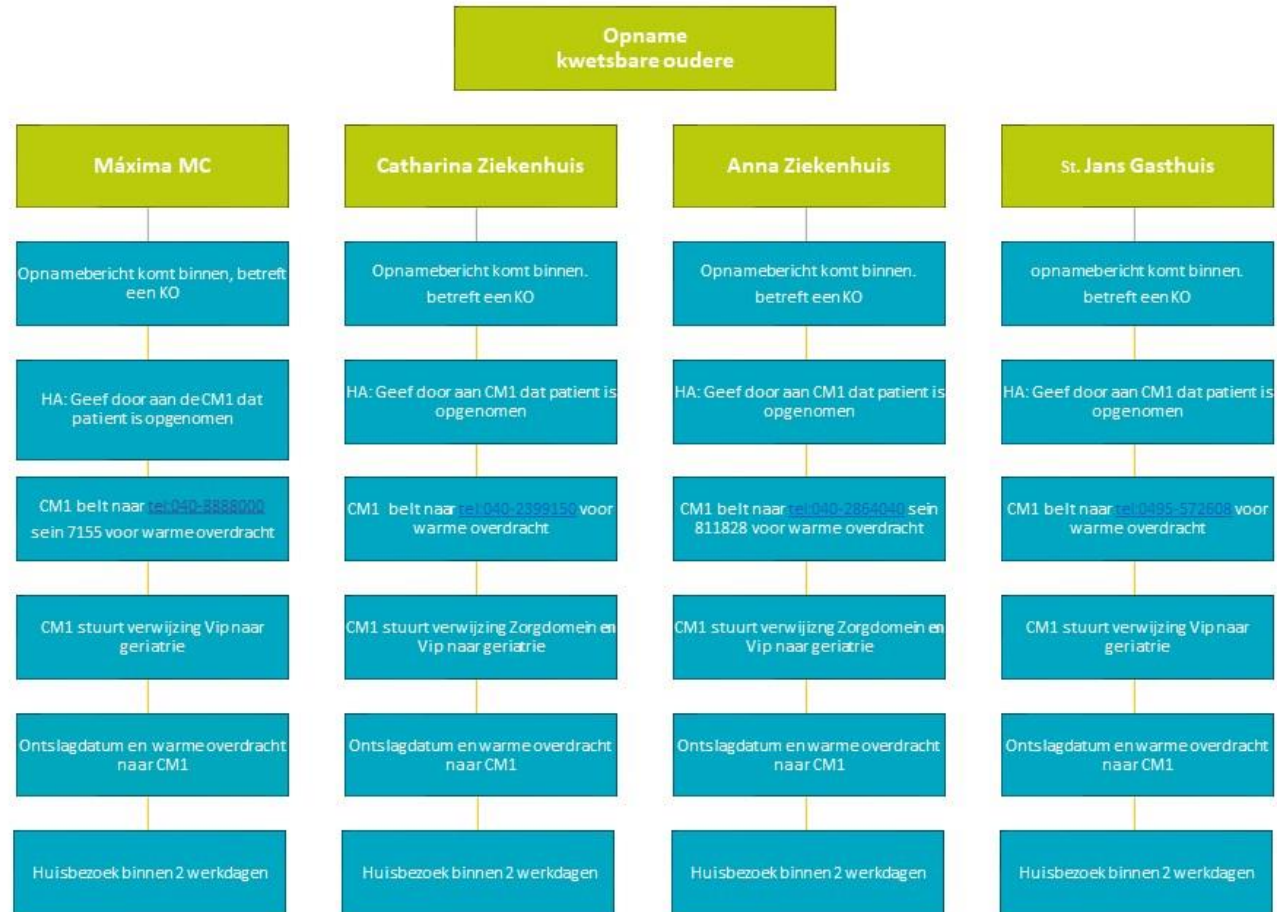
- Gemiddeld 15% van de kwetsbare ouderen uit het zorgprogramma Kwetsbare Ouderen wordt opgenomen in een ziekenhuis
- Complete en duidelijke informatie over de patiënt is snel beschikbaar.
- Warme overdracht geeft meer en andere informatie dan papieren dossier (bijvoorbeeld over recent overlijden partner, benaderingswijze, stress bij de mantelzorger of verslavingsproblematiek).
- Minder medicatiefouten.
- Minder stress voor patiënt en mantelzorger.
- Kortere lijnen tussen eerste en tweede lijn. Wat minder 'gedoe' achteraf geeft.
- Beter kwaliteit van zorg voor de patiënt: zorgverleners waren veel beter op de hoogte van de actuele situatie van de patiënt. Er kon beter en sneller na ontslag bepaald worden wat nodig was.

¹<https://www.zorgkennis.net/downloads/kennisbank/ZK-kennisbank-Analyse-belemmeringen-structurele-bekostiging-vier-NPO-projecten-4096.pdf> - vanaf pagina 25

Overzicht routing *Zorgbrug ZO!* per ziekenhuis en GRZ

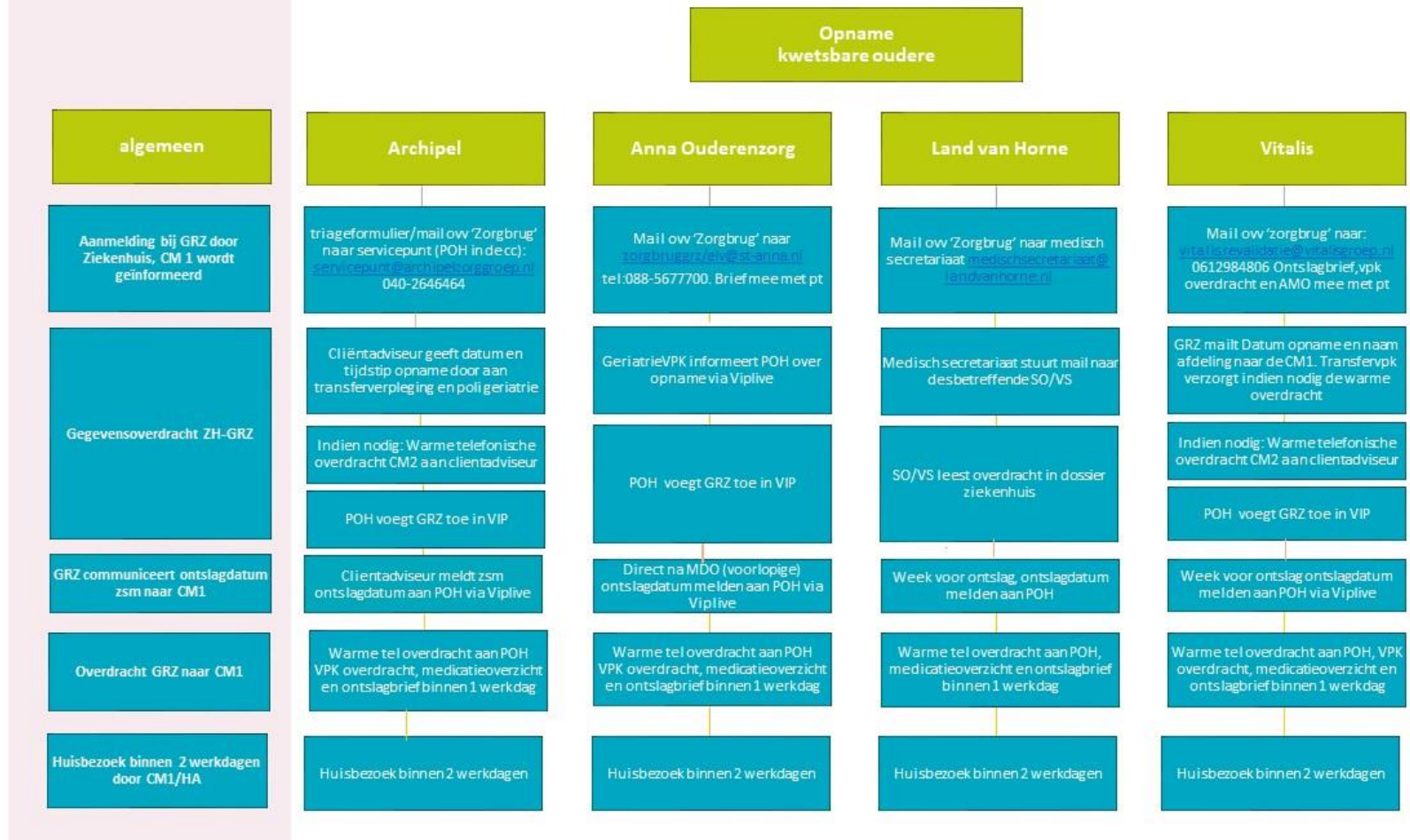
ROUTEKAART *ZORGBRUGZO!* Ziekenhuizen

*voor achtergrond en detail lees het werkboek *ZorgbrugZO!*



ROUTEKAART Geriatrische revalidatiezorg

*bij afwezigheid POH/VS, neem contact op met huisartsenpraktijk



Het eerste huisbezoek na ontslag.

De casemanager (CM1) voert een **medicatiecheck** uit met de patiënt, aan de hand van de medicatielijst uit het ziekenhuis of de GRZ en HIS en de 'oude' medicatie die vaak nog thuis ligt. 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. Ook kan medicatie gestopt zijn of nieuwe medicatie gestart. Bij afwijkingen wordt met de huisarts overlegd. In bijlage 1 vind je een eenvoudige opzet die je kunt gebruiken bij de medicatiecheck.

Als de patiënt **thuiszorg** heeft, checkt de casemanager hoe dit verloopt en of er behoefte is aan meer (of minder) zorg. Ook de **informele zorg** wordt besproken; zijn er mantelzorgers? Is voor hen duidelijk wat zij kunnen doen? Kunnen zij de zorg aan en zijn er andere mensen op wie de oudere een beroep kan doen? Zijn er nog hulpmiddelen of andere oplossingen die patiënt en mantelzorger helpen om het leven thuis makkelijker te maken? CM1 kijkt of er thuiszorg noodzakelijk is en of bestaande zorg voldoet. Als laatste wordt gecheckt of bijstelling van het **gezondheidsplan** en evt. een **MDO** nodig is.

Vervolghuisbezoeken

Enkele weken na ontslag uit het ziekenhuis heeft de oudere zijn leven meestal weer wat opgepakt en is ook duidelijk wat nog niet 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.

Bespreken en voorbereiden bezoek aan de polikliniek

Vaak heeft de patiënt vier tot zes weken na ontslag een poliklinische vervolgspraak bij een of meer medisch specialisten in het ziekenhuis. De casemanager bespreekt het polikliniekbezoek desgewenst voor en formuleert samen met de patiënt mogelijke vragen. Daarnaast samen doornemen welke medicatie gebruikt wordt en eventueel het actueel medicatieoverzicht meegeven.

Succesfactoren en tips voor een naadloze transfer

Uit de ervaringen tot nu toe blijkt dat de volgende factoren heel bepalend zijn voor het realiseren van een goede zorgbrug:

1. Bij opname kwetsbare oudere in het zorgprogramma vermeld in de **memo-/attentieregel**: "Bij opname in ziekenhuis bericht in agenda praktijkondersteuner"
2. Dagelijks **checken van het 'Postvak In' op opnames** van een kwetsbare oudere. Wie dat doet is per praktijk verschillend: doktersassistente, POH OZ of de huisarts. Tip CM1; maak hier afspraken over in de praktijk.
3. **Onderlinge vervanging**. Veel casemanagers werken parttime. Goede transferzorg staat of valt met het organiseren van vervanging. Tip CM1: Geef In VIPLive aan wanneer je bereikbaar bent en wie je vervangt bij afwezigheid. Ook hier geldt dat het niet uit maakt wie het doet, als het maar gebeurt. Zie [hier](#) instructiefilmpje
4. **Onderlinge bereikbaarheid**: op welk nummer ben je (snel) bereikbaar? In het ziekenhuis is dat meestal de poli.
5. Zorg voor **actuele informatie in het HIS en gezondheidsplan**. Dit is het uitgangspunt voor zorg. Wensen en omstandigheden van kwetsbare ouderen zijn veranderlijk. Tip CM1: check voordat je verwijzing stuurt op actualiteit en volledigheid onderstaande info:
Belangrijke actuele informatie:
 - Zorgnetwerk in Viplive actueel
 - Zijn toekomstige behandeldoelen bekend (zie ICPC A20 of gezondheidsplan)
 - Is er een Wlz-indicatie bekend (vastgelegd op de juiste manier in het DSP-protocol in het HIS gaat deze mee in de verwijzing)
 - Mantelzorggegevens
 - Gezondheidsplan bijgewerkt en genoteerd wie CM1 is.
6. Nodig de **mantelzorger** uit om bij het huisbezoek na ontslag aanwezig te zijn. Mantelzorgers stellen dit zeer op prijs en het geeft hen rust. Bovendien zijn zij vaak nodig voor benodigde acties.

Voor praktijken die starten met *Zorgbrug ZO!* is in bijlage 2 een kort startplan toegevoegd

Bijlage 1 Checklist medicatie

Onderdeel:	Antwoord:	Actie indien nodig:
Heeft patiënt medicatie mee naar huis gekregen?	Ja	
	Nee	
Kan patiënt de medicatie zelf uitzetten?	Ja	
	Nee	
Indien nee, welke hulp is gewenst?	Mantelzorger kan helpen	
	Thuiszorg is nodig	
	Overleg met apotheek voor Baxter	
Heeft oudere zelf nog medicatie thuis liggen?	Ja, het is duidelijk voor de patiënt hoe deze te gebruiken	
	Ja, het is niet duidelijk voor de patiënt hoe deze te gebruiken	
	Nee	
Acties noodzakelijk naar aanleiding van check?	Nee	
	Ja, contact met huisarts/ ziekenhuis/ apotheek/ thuiszorg/ mantelzorg	
Heeft ingezette actie geleid tot verandering van medicatie?	Nee	
	Ja, namelijk	

Bijlage 2 Startplan

Basisvoorwaarden:

- De doelgroep is duidelijk: kwetsbare ouderen uit het Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen.
- Bij alle kwetsbare ouderen is bekend wie de casemanager in de eerstelijns is. Dit is vastgelegd in het gezondheidsplan in VIPLive.
- De casemanager heeft in VIPLive beschikbaarheid vastgelegd en houdt dit bij. In het out of office bericht staat wie waarneemt.
- Wordt het casemanagement niet door de PO-OZ uitgevoerd, dan zorgt de POH-OZ voor instructie werkwijze *ZorgbrugZO!*
- Zorg dat de gegevens in het gezondheidsplan actueel zijn en wie CM1 is

Benodigde acties bij de start:

- Zorg dat alle medewerkers in de praktijk op de hoogte zijn van de zorgbrug. Het slagen van *Zorgbrug ZO!* is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de hele praktijk en lukt alleen als ieders rol duidelijk is.
- Maak onderling afspraken over vervanging van deeltijd werkende PO-OZ/ huisartsen en leg ze schriftelijk vast zie bijlage 5
Iedere werkdag is er iemand aanwezig die:
 - ✓ Opnameberichten checkt op opname van een kwetsbare oudere.
 - ✓ Verwijzingen kan aanmaken-Huisbezoeken kan doen.
 - ✓ Bereikbaar is voor de casemanager uit de 2^e lijn.
- Maak onderling afspraken hoe je om gaat met volle agenda's. Bijvoorbeeld bij het huisbezoek binnen 2 werkdagen of een ziekenhuisbezoek. Laat bijvoorbeeld de praktijkassistente ruimte maken in je agenda.
- Zorg *dat* je elkaar persoonlijk kent:
 - ✓ Neem deel aan leerbijeenkomsten die door ziekenhuizen en de zorggroepen georganiseerd worden.

Met bovenstaande ligt er een goede basis om samen te starten en ervaring op te doen met de eerste patiënten. De ervaring leert dat onderlinge samenwerkingsafspraken al doende steeds beter worden, met als resultaat korte lijnen tussen huisartsenpraktijk en ziekenhuis. Daarmee is de basis gelegd voor goede (transfer)zorg voor de patiënt.

Bijlage 3: werkafspraken in de huisartsenpraktijk

Werkafspraken ZorgbrugZO!

Goede transferzorg voor kwetsbare ouderen

Voor wie is Zorgbrug ZO! Bedoeld?

Alléén voor ouderen die deelnemen aan het Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen.

Daarnaast kunnen zeer kwetsbare ouderen ook in het ziekenhuis worden geselecteerd voor deelname na uitgebreid onderzoek door geriatrieteam waarbij de patiënt op 2 van de 4 domeinen kwetsbaar scoort en waarna de casemanager in de tweede lijn beoordeelt of inzet van Zorgbrug ZO! nodig is. De **huisarts** bepaalt of een patiënt later wordt opgenomen in het Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen. In deze gevallen is het raadzaam dat de huisarts het huisbezoek doet.

Acties:	
Praktijkassistente	Dagelijks ZH-opnameberichten checken op opname van kwetsbare oudere: HA en POH inlichten
Praktijkondersteuner	Neem contact op met geriatrie tel:: Wie is CM2? Verwijzing via VIPLive naar CM2 binnen 1 werkdag Voeg CM2 toe aan zorgnetwerk van de patiënt <i>* afhankelijk van ZH, zie proces en pas aan</i>
Praktijkondersteuner	Warme telefonische overdracht door POH/CM1 aan CM2 bij opname
Casemanager 2 ^e lijn	Warme telefonische overdracht door CM2 voorafgaand aan ontslag aan CM1
Geriatr/specialist/SO	Brief en medicatieoverzicht binnen 24 uur naar praktijk sturen
Huisarts of CM1	Huisbezoek doen binnen 2 werkdagen: <ul style="list-style-type: none">- Indien mogelijk mantelzorger aanwezig- Organisatie benodigde zorg/ zorg- Medicatiegebruik checken/ uitleggen zn.- Gezondheidsplan bijstellen- Verwijzing geriatrie in Viplive sluiten

Bijlage 4 Overzicht deelnemende ziekenhuizen en GRZ-afdelingen

Catharina Ziekenhuis				Poli Geriatrie: 040 - 239 91 50
Voornaam	Achternaam	Organisatie	Functie	
Carolien	van de Leur	Catharina Ziekenhuis	Verpleegkundig consulent	
Tessa	Machiels	Catharina Ziekenhuis	Verpleegkundig consulent	
Marjolein	Groeneveld	Catharina Ziekenhuis	Verpleegkundig consulent	
Evelien	van Nieuwenhoven	Catharina Ziekenhuis	Verpleegkundig consulent	
Britt	Goertz	Catharina Ziekenhuis	Verpleegkundig consulent	
Georgette	Jurrissen	Catharina Ziekenhuis	Verpleegkundig consulent	
Karlijn	Cavens	Catharina Ziekenhuis	Verpleegkundig consulent	
Judith	Wilmer	Catharina Ziekenhuis	Klinisch geriater	

Anna Ziekenhuis				dienstdoende geriater+geriatrieverpleegkundige: 040-2864040
Voornaam	Achternaam	Organisatie	Functie	poli geriatrie: 040-2864811
Els	Leijten	Anna Ziekenhuis	Geriatric verpleegkundige	sein 6862
Mirjam	Schepens	Anna Ziekenhuis	Geriatric	sein 6827

St.Jans Gasthuis				Poli Geriatrie 0495-572608 geriatrieverpleegkundigen@sjgweert.nl
Voornaam	Achternaam	Organisatie	Functie	
Wouter	Overbeek	SJG Weert	Geriatric	
Paul	Croughs	SJG Weert	Geriatric	
Nadja	Ommering	SJG Weert	Geriatric	
Wieke	Segers	SJG Weert	Geriatric	
Marlies	Sleegers	SJG Weert	Geriatric	
Jolien	Bongaerts	SJG Weert	PA	
Laura	van den Eertwegh	SJG Weert	Geriatric verpleegkundige	
Marja	van Doorn	SJG Weert	Geriatric verpleegkundige	
Simone	van Loos	SJG Weert	Geriatric verpleegkundige	

Máxima MC				poli geriatrie: 040-8886184 Sein:7155
Voornaam	Achternaam	Organisatie	Functie	
Loes	Zigenhorn	Máxima MC	Verpleegkundige Geriatric	
Esther	van der Sanden	Máxima MC	Verpleegkundige Geriatric	
Reneé	van de Ven	Máxima MC	Verpleegkundige Geriatric	
Saskia	Gruithuijzen	Máxima MC	Verpleegkundige Geriatric	
Edwin	Velthuisen	Máxima MC	Verpleegkundige Geriatric	Tijdelijk tot maart 2023
Laura	van Geffen	Máxima MC	Klinisch Geriatric	
Els	Lambooj	Máxima MC	Internist Ouderengeneeskunde	

GRZ - Archipel

040-2610102

Voornaam	Achternaam	Organisatie	Functie
Loes	Ragas	Dommelhoeve & Landrijt	Cliëntadviseur
Sam	Schoon	Archipel	Specialist Ouderengeneeskunde
Fiona	Koops	Archipel	Specialist Ouderengeneeskunde

GRZ - Vitalis

040-2151667

Voornaam	Achternaam	Organisatie	Functie
Suzan	Intven	Vitalis	Casemanager revalidatie
Tom	Buytels	Vitalis	Casemanager revalidatie

GRZ - Land van Horne

088-9878447

Voornaam	Achternaam	Organisatie	Functie
Iris	Snijders	Land van Horne	Specialist ouderengeneeskunde

GRZ - Anna Ouderenzorg

088-5677762

Voornaam	Achternaam	Organisatie	Functie
Margreet	de Groot	Anna Ouderenzorg	Specialist ouderengeneeskunde
Karin	Zegers	Anna Ouderenzorg	Zorgcoördinator