

Transmurale Zorg Kwetsbare Ouderen Utrecht

Thom van de Pol, Careyn
Martijn Wiesenekker, Diakonessenhuis



NUZO
Netwerk Utrecht Zorg Ouderen



ZIEKENHUIS
ST ANTONIUS

Apothekersvereniging
Midden-Nederland



Axioncontinu
wonen, zorg en welzijn



BUURTZORG

Careyn

Diakonessenhuis

ZHUS
MAAKT MEER MOGELIJK



UMC Utrecht

**ZORG
NU**

NUZO
Netwerk Utrecht Zorg Ouderen



Doelstellingen

- Verbeterde ziekenhuiszorg
- Begeleiden van ziekenhuis naar huis
- Systematische nazorg in de thuissituatie

- Continuïteit van zorg en behandeling
- Medicatieveiligheid
- Minder heropnames



Waarom een transmurale zorgbrug?

Filmpje



Tijdspad



Sept 2013 – sept
2014



Jan 2015- juni
2015



Sept 2015 – Mei
2016



Juli 2016 – okt
2016



Q2 2018

Pilot TZB
UMC & Careyn
*voorbereidingsfase
vanaf maart 2013*

Intentie
overeenkomst
UMCU
Antonius
Diakonessenhuis
HUS
Careyn
Axioncontinu

Vormgeven &
starten pilots
Implementatie ZH
Scholing
Toolkit
medicatieproces

Convenant

Herijking
convenant
&
uitbreiding van
partners



NUZO
Netwerk Utrecht Zorg Ouderen

Gezamenlijke vertrekpunten

- de principes van de werkwijze Transmurale Zorgbrug in de regio Utrecht worden geïmplementeerd en uitgevoerd;
- de in deze overeenkomst opgenomen afspraken leidend en richtinggevend zijn;
- partijen zich maximaal inzetten om de gestelde ambities waar te maken;
- een regiegroep, waarin alle partijen deelnemen, zorgdraagt voor invoering, borging en evaluatie van het Utrechtse model transmurale Zorgbrug.



Werkafspraken in het ziekenhuis

1. wordt bij opname van kwetsbare ouderen een screening op kwetsbaarheid uitgevoerd met de VMS+ criteria

Ambitie: minimale leeftijd van 70 jaar passend en uitvoerbaar is en toewerken naar een inzet van het VMS+ in alle ziekenhuizen.

2. wordt bij kwetsbare ouderen vanuit de thuiszorg of door de huisarts periodiek een risico inventarisatie opgemaakt. Deze actuele risico inventarisatie, of andere belangrijke informatie t.a.v. kwetsbaarheid wordt de eerste werkdag na opname in het ziekenhuis door de huisarts verstuurd aan het ziekenhuis.

Ambitie: onderzoeken of eenduidig, veilig en efficiënt berichtenverkeer mogelijk is tussen betrokken ketenpartners, zodanig dat patiënten informatie uitwisselbaar is.

3. wordt op basis van de VMS criteria bij opname een verkort geriatrisch assessment [CGA] uitgevoerd.

Ambitie: het komend jaar de werkwijze gelijkstromen en onderzoeken of ook gedurende het (langer) verblijf in het ziekenhuis een CGA uitgevoerd dient te worden.



Werkafspraken in het ziekenhuis

4. worden de in het CGA geconstateerde problemen besproken met de patiënt zelf [en zo mogelijk met diens naaste], de verpleegkundige en behandelend arts, in overleg met geriatrieteam, minimaal bestaand uit geriatrie-verpleegkundige en internist-ouderengeneeskunde/klinisch geriater/ specialist ouderengeneeskunde.

5. stelt het geriatrieteam een advies op ten behoeve van de overdracht en zorgbehandelplan, met daarin de geconstateerde en geprioriteerde geriatrische problemen voortkomend uit het CGA. Specifieke aandacht wordt gegeven aan veilige medicatieoverdracht.

Ambitie: digitale overdracht in de keten verloopt via beveiligd berichtenverkeer. Zorgmail wordt door bijna alle partijen inmiddels gebruikt

In de ziekenhuizen wordt de patiënt de dag voor ontslag specifiek geïnformeerd over de thuis te gebruiken medicatie.



Werkafspraken vanuit de wijk

6. heeft de verpleegkundige van het ziekenhuis (telefonisch) contact met de regie voerende of klant houdende thuiszorgorganisatie van de betreffende patiënt. De verantwoordelijke wijkverpleegkundige bespreekt de overdracht, het moment van ontslag, de adviezen gericht op het behandelplan en de medicatieoverdracht. Continuïteit van zorg is daarbij gewaarborgd. De specialist of behandelend arts van de afdeling in het ziekenhuis waar de patiënt is opgenomen draagt zorg voor de overdracht aan de huisarts, bij voorkeur via Edifact. Deze overdracht dient altijd op werkdagen plaats te vinden, de dag van ontslag of ingeval ontslag in het weekend, uiterlijk op vrijdag.

Ambitie: een belangrijk element van de TZB is het eerste bezoek van de (wijk) verpleegkundige in het ziekenhuis.

7. Bezoekt de wijkverpleegkundige de patiënt de dag van of na ontslag (in ieder geval uiterlijk binnen 48 uur na ontslag). Hierbij wordt nadrukkelijk en indien mogelijk de mantelzorger betrokken. Een gestructureerde medicatie-evaluatie, het advies vanuit het ziekenhuis, een evaluatie van de geconstateerde geriatrische problemen en ingezette zorg zijn onderdeel van dit bezoek.

Ambitie: alle deelnemende verpleegkundigen worden specifiek bijgeschoold op het pakket van de Transmurale Zorgbrug.



Werkafspraken vanuit de wijk

8. bespreekt de wijkverpleegkundige binnen 2 weken na ontslag de ondersteuning van de patiënt in de thuissituatie, de mantelzorg belasting en werkt verder met de geriatrische problemen uit zorgbehandelplan.

Ambitie: daar waar sociale problematiek speelt wordt in samenspraak met de patiënt de afstemming met het wijkgerichte Buurteam gezocht.

9. bezoekt de verpleegkundige de patiënt 6 weken na ontslag en evalueert of verdere bezoeken nodig zijn.

10. worden zo nodig patiënten op 12 en 24 weken na ontslag bezocht en wordt zorg overgedragen aan de huisarts. Zo mogelijk en gewenst kan dat ook eerder plaatsvinden.

Duur en beëindiging van het samenwerkingsverband

De intentieovereenkomst wordt aangegaan voor bepaalde tijd (één jaar), ingaande op 1 juli 2015. Partijen zetten zich maximaal in om per 1 januari 2016 tot Convenant afspraken te komen. Dit vormt de basis om vanuit de ervaringen met de Transmurale Zorgbrug de bovengenoemde ambities in 2016 waar te maken.



Waar wordt aan gewerkt

- Gezamenlijke scholing

- medewerkers ziekenhuis en zorgaanbieders samen 1ste scholing vindt 21 maart plaats.

- Inclusiecriteria onder de loep nemen

- onderlinge vergelijkbaarheid
- versmallen- verbreden

- ICT afspraken in de regio

- beveiligd berichtenverkeer
- systemen en keuzes

- Gegevens verzamelen

- resultaten meten
- analyses uitvoeren



Vragen, discussie en reflectie

MdG september 2015

