



Goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten

Verbeterdoel uit Basisset medisch specialistische zorg (MSZ)

Rode draad Deze Rode draad is ter inspiratie voor ziekenhuizen en particuliere klinieken en gaat over het verbeterdoel 'Goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten' uit de Basisset medisch specialistische zorg (MSZ). De eerste helft beschrijft goede voorbeelden. Aan het einde staat verdiepende informatie en wat aantoonbaar goed beleid van een instelling is.



Inspiratie voor goede continuïteit van zorg
De inspiratiesessie 'Goede continuïteit van zorg' op 4 oktober 2021 was bedoeld om elkaar te inspireren en van elkaar te leren. Zo kunnen we gezamenlijk bijdragen aan verbetering van de continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen.

Deelnemers

Ongeveer 100 betrokkenen bij goede zorg voor kwetsbare ouderen in ziekenhuizen en particuliere klinieken waren digitaal aanwezig. In alle provincies van het land zaten geïnteresseerden achter een beeldscherm. De meeste deelnemers waren staf- of kwaliteitsmedewerkers. Ook waren er zorgprofessionals. De meeste deelnemers kwamen om ideeën op te doen en te leren. Wat ook precies de bedoeling van de bijeenkomst was!

De dagelijkse praktijk

Marleen Harkes, voorzitter van de werkgroep continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten, startte de inspiratiesessie met een toelichting op het verbeterdoel en een terugkoppeling van de eerste resultaten zoals deze bij IGJ zijn aangeleverd. In haar dagelijkse werk ziet zij dat tijdige overdracht binnen 24 uur essentieel is. Alleen cijfers zeggen niet genoeg, het gaat er om of de overdracht echt aankomt. Want indien eventuele acties na de opname in het ziekenhuis onvolgende opvolging krijgen, zijn de risico's goed zichtbaar. Deze acties kunnen divers zijn: van instructies voor de opvolgende zorgverleners

tot medicatiewijzigingen en leefstijladviezen. Als dit niet opgevolgd wordt, dan kunnen problemen ontstaan in de thuissituatie. Dit kan bijvoorbeeld leiden tot een heropname in het ziekenhuis.

Goede voorbeelden en verbeterpunten

Goede voorbeelden waren bijvoorbeeld als de 'Richtlijn informatie-uitwisseling van huisarts en medisch specialist (HASP)' gevolgd werd. Ook de ontwikkeling van een transmurale zorgbrug in de keten en de organisatie van een warme overdracht viel op.

We keken naar beschrijvingen die aangeleverd zijn. Maar hoe weet je of het in de praktijk echt goed gaat, hoe evalueer je dat? Hiervoor werden audits en toch weer cijfers gebruikt. Op basis van deze resultaten werd bepaald welke verbetermaatregelen nodig waren en wie dat ging doen.

77 ziekenhuizen leverden verbeterdoelen aan waarvan 40 ziekenhuizen een goede beschrijving gaven.

Dit waren enkele verbeterpunten:

- In de evaluatie meenemen wat de ontvangende partij vindt van de overdracht en of de overdrachtsinformatie daadwerkelijk goed en tijdig is overgekomen.
- Er liggen veel plannen, maar het gaat weinig over wat er al dan niet is gelukt.

Kortom: beleid is mooi, het is belangrijk om de plan-do-control-act (PDCA)-cyclus te laten zien, durf je hierbij transparant en kwetsbaar op te stellen en vraag bij de ontvanger en patiënt na wat zij ervan vinden.

Een ziekenhuis aan het woord

Het Laurentius ziekenhuis in Roermond dat een goed voorbeeld had aangeleverd verzorgde een duo presentatie. Inge Welles (geriater en tevens plaatsvervangend voorzitter van de werkgroep continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten in het Laurentius) en Francien Koninkx (kwaliteitsmanager) hielden de presentatie. Zij begonnen hun presentatie met te vertellen dat alle vinkjes goed hebben niet genoeg is. Het is niet moeilijk om het allemaal mooi te beschrijven, maar hoe werkt het in de praktijk? Dat is waar het om gaat. Het risico bestaat dat ziekenhuizen aan window dressing doen en niet beschrijven hoe het er daadwerkelijk aan toe gaat in hun ziekenhuis.

Op de werkvloer bij het ziekenhuis was niet iedereen meteen enthousiast over de verbeterdoelen. Het houvast was weg en hoe moest de aanlevering? Hoe zou de toetsing en beoordeling zijn? Risico's scannen en een aanpak bepalen om die te verkleinen deden ze al.

Transmurale zorgbrug

Met twee grote wijkzorginstellingen heeft het ziekenhuis een transmurale zorgbrug ontwikkeld. Het doel van de transmurale zorgbrug is dat patiënten zo snel mogelijk vanuit het ziekenhuis weer naar huis kunnen, zonder functieverlies en met behoud van zelfstandigheid. De focus hierbij is het leveren van planbare zorg. De eerste pilot was met de afdeling orthopedie. Voor deze pilot werden alleen kwetsbare ouderen geïncludeerd die met spoed voor een heupfractuur langer dan 48 uur opgenomen werden. Bij de opname van een patiënt werd meteen een screening op het risico van functieverlies gedaan. Als uit deze screening een risico op functieverlies werd geconstateerd, werd een behandelplan opgesteld. Vervolgens kwam de wijkverpleegkundige naar het ziekenhuis om met de patiënt en diens naasten een zorgplan voor thuis op te stellen (één of twee keer per dag thuiszorg). Na ontslag volgde binnen 24 uur het eerste huisbezoek. Gedurende zes weken volgden diverse huisbezoeken om het zorgplan te evalueren en indien nodig bij te stellen.

Uit de evaluatie bleek onder andere dat patiënten deze werkwijze prettig vonden. Daarnaast bleek dat de mantelzorg(s) niet altijd betrokken werden door de wijkverpleging. Ook bleek dat de wijkverpleegkundige vaak tot een ander (breder) oordeel kwam dan de ziekenhuisverpleegkundige. Wijkverpleegkundigen gaven ook aan dat zij op deze wijze voor minder verrassingen kwamen te staan en dat een goede inschatting aan het begin resulteerde in een kortere thuiszorgperiode. In de praktijk kostte het niet meer tijd dan voorheen.

Een knelpunt is de krappe bezetting bij wijkverpleging. Digitale overdracht met thuiszorg gaat vaak niet goed; meestal vindt dit telefonisch plaats, soms zelfs nog per fax.

Deelnemers

Na afloop bleek de inspiratiesessie aan de verwachtingen van de deelnemers te voldoen. De meeste deelnemers hadden ideeën opgedaan voor dit verbeterdoel in hun instelling en vonden het een leuke, informatieve bijeenkomst. Behulpzaam, herkenbaar, interessant, inspirerend en leerzaam zijn de meest genoemde trefwoorden na afloop van de bijeenkomst.



Verdieping continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen

Waarom is overdracht zo belangrijk voor continuïteit van zorg?

Een goede overdracht na ontslag of overplaatsing is tijdig, compleet en correct en kent duidelijk gedefinieerde verantwoordelijkheden. De overdracht is noodzakelijk om goede zorg te kunnen leveren voor de opvolgende zorgverlener, zoals huisarts, specialist ouderengeneeskunde en thuiszorg. In de eerste twee weken na ontslag bezoeken veel patiënten de huisarts met vragen of problemen. Als de huisarts niet op de hoogte is van wat er in het ziekenhuis is gebeurd,

of als geen actueel medicatieoverzicht is, kunnen onveilige situaties ontstaan. Door de toenemende specialisatie van zorgverleners en de concentratie van zorg neemt het aantal overdrachtssituaties toe. Ook worden steeds meer behandelingen uitgevoerd in een kortdurend verblijf in een instelling, waarna de huisarts of de thuiszorg verder verantwoordelijk is voor de opvang.

Wat zijn de risico's, wat gaat er mis?

De consequenties van een niet-tijdige en onvolledige overdracht kunnen groot zijn: 7% van de volwassen patiënten wordt binnen 30 dagen na ontslag heropgenomen, met name in de eerste twee weken na ontslag. Bij kwetsbare groepen ligt het aantal heropnames zelfs rond de 12%. Heropnames kunnen het gevolg zijn van medicatiefouten of onvolledige informatie aan de patiënt die hierdoor zelf bepaalde complicaties niet tijdig herkent. Ook het niet uitvoeren van acties voortkomend uit de overdracht zoals onvoldoende nazorg kunnen tot heropname leiden. Bepaalde groepen hebben een grotere kans te worden heropgenomen. Bijvoorbeeld een eerdere acute opname in het ziekenhuis, de aanwezigheid van co-morbiditeit, depressiviteit, cognitieve problemen en polyfarmacie vergroten de kans op een heropname. Uit het onderzoek van IGJ blijkt dat de overdrachten van arts, verpleegkundige en apotheek vaak nog niet goed op elkaar afgestemd zijn en overlap (en dus dubbel werk) bevatten. Ook is er in de ontslagbief of overdracht veel aandacht voor het beschrijven wat er aan diagnostiek en behandeling is uitgevoerd. Terwijl de opvolgende zorgverlener juist wil weten wat er thuis moet gebeuren, of er specifieke leefregels zijn, welke nazorg is ingezet, bij welke complicaties contact gezocht moet worden met het ziekenhuis en wie dan de contactpersoon is.

Hoe kan een instelling zorgen voor continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten?

De instelling moet aantoonbaar goed beleid voeren om de juiste informatie op tijd bij de opvolgende verantwoordelijke zorgverlener af te leveren. Hierdoor wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd. Het doel van een overdracht is om de juiste informatie zo snel mogelijk bij de juiste verantwoordelijke persoon af te leveren. Het verbeterdoel is een hulpmiddel om kwaliteitsverbetering in dit traject te bewerkstelligen. Tegelijkertijd moet duidelijk zijn dat de minimale kwaliteit van de overdracht ook nu al op elk moment verzekerd is.

Hoe laat de instelling zien dat er aantoonbaar goed beleid is en uitgevoerd wordt bij overdracht?

Dit verbeterdoel heeft als doel om te verzekeren dat er tijdig een overdracht plaatsvindt met daarin een set minimale vereiste informatie. Op deze manier kunnen problemen na ontslag uit de instelling worden voorkomen.

In de overdracht moeten tenminste de volgende zaken worden verwoord:

- actuele aandoeningen en interventies tijdens opname
- behandelplan met acties die de eerste week moeten plaatsvinden
- de basisset medicatiegegevens
- contactgegevens (naam en telefoonnummer) van de persoon/collega, waar men extra informatie kan opvragen of waarmee te overleggen
- het reanimeer- en behandelbeperkingenbeleid

Instellingen moeten er voor zorgen dat minimaal de bovenstaande gegevens in de overdracht zijn opgenomen. Indien de overdracht digitaal verstuurd kan worden is de tijdsindicatie van versturen binnen 24 uur na ontslag realistisch. Het verbeterdoel is onderdeel van de 'Leidraad zorgpad kwetsbare ouderen in het ziekenhuis en over de keten heen' van de NVKG (2018) en gebaseerd op de 'Richtlijn informatie-uitwisseling van huisarts en medisch specialist (HASP)' van de NHG (2017).

Meer informatie over het verbeterdoel is te vinden op www.igj.nl