



DWARS DOOR DE MUREN:

# HET BELANG VAN GOEDE TRANSMURALE ZORG VOOR CLIËNTEN

PROF. DR. BIANCA BUURMAN

HOOGLERAAR ACUTE OUDERENZORG &  
VERPLEEGKUNDIGE AMC/HVA

@BMBUURMAN



## Wat deze meneer mij geleerd heeft

- In het ziekenhuis zie je mensen in een hele kwetsbare situatie, dat is vaak niet hoe mensen écht zijn
- Hoe belangrijk samenwerken is om iemand goed te begeleiden en te laten herstellen
- Dat mantelzorgers onderdeel uitmaken van dat team en zij je de mens achter de patiënt kunnen laten zien
- Het motiverend is om te zien, wat die samenwerking voor de patiënt oplevert



Er is veel te weinig zorg geregeld voor zieke, kwetsbare ouderen die tijdelijk

GESCHREVEN DOOR

Mijn stelling:

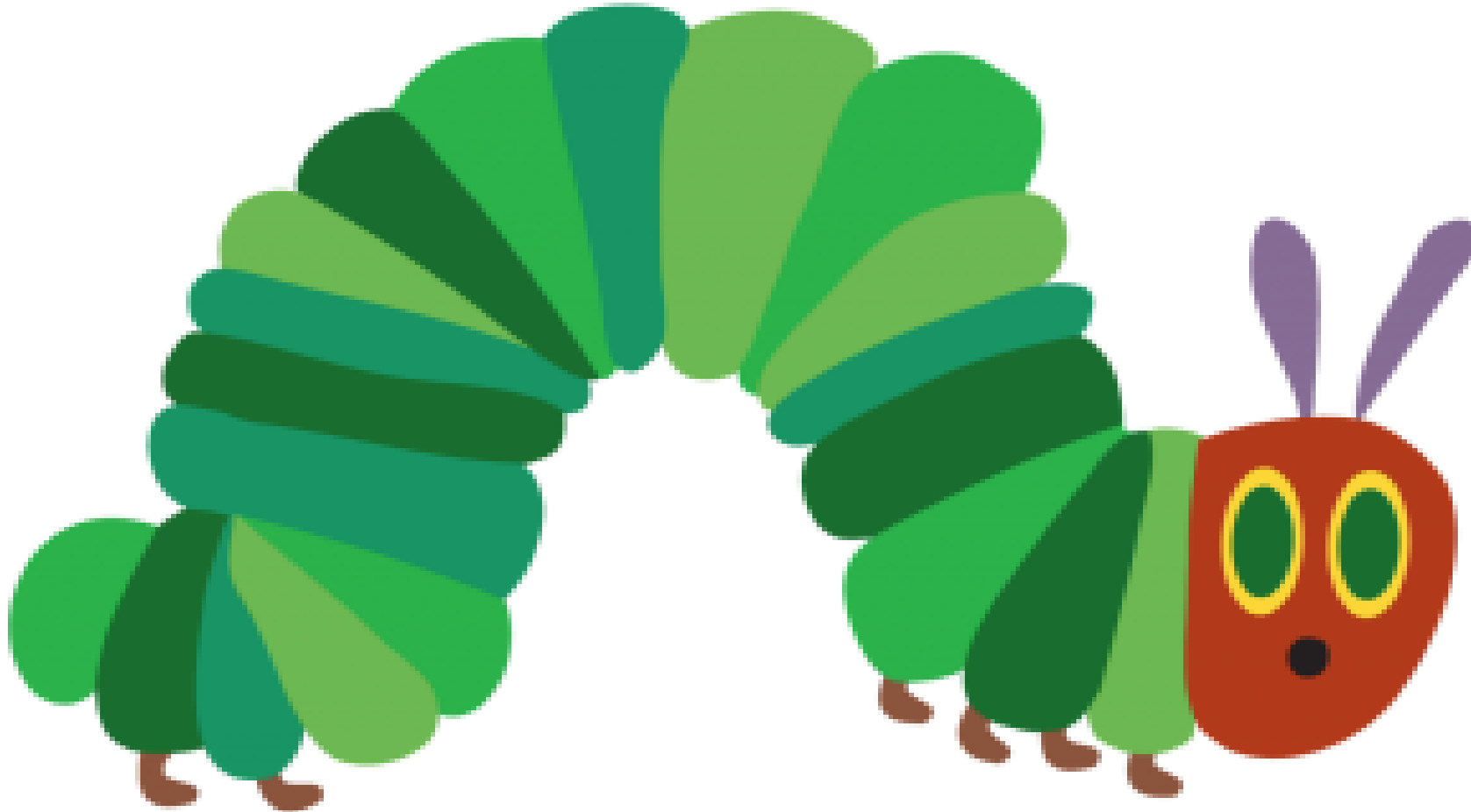
We zijn momenteel vooral bezig met symptoombestrijding in de zorg

zaker

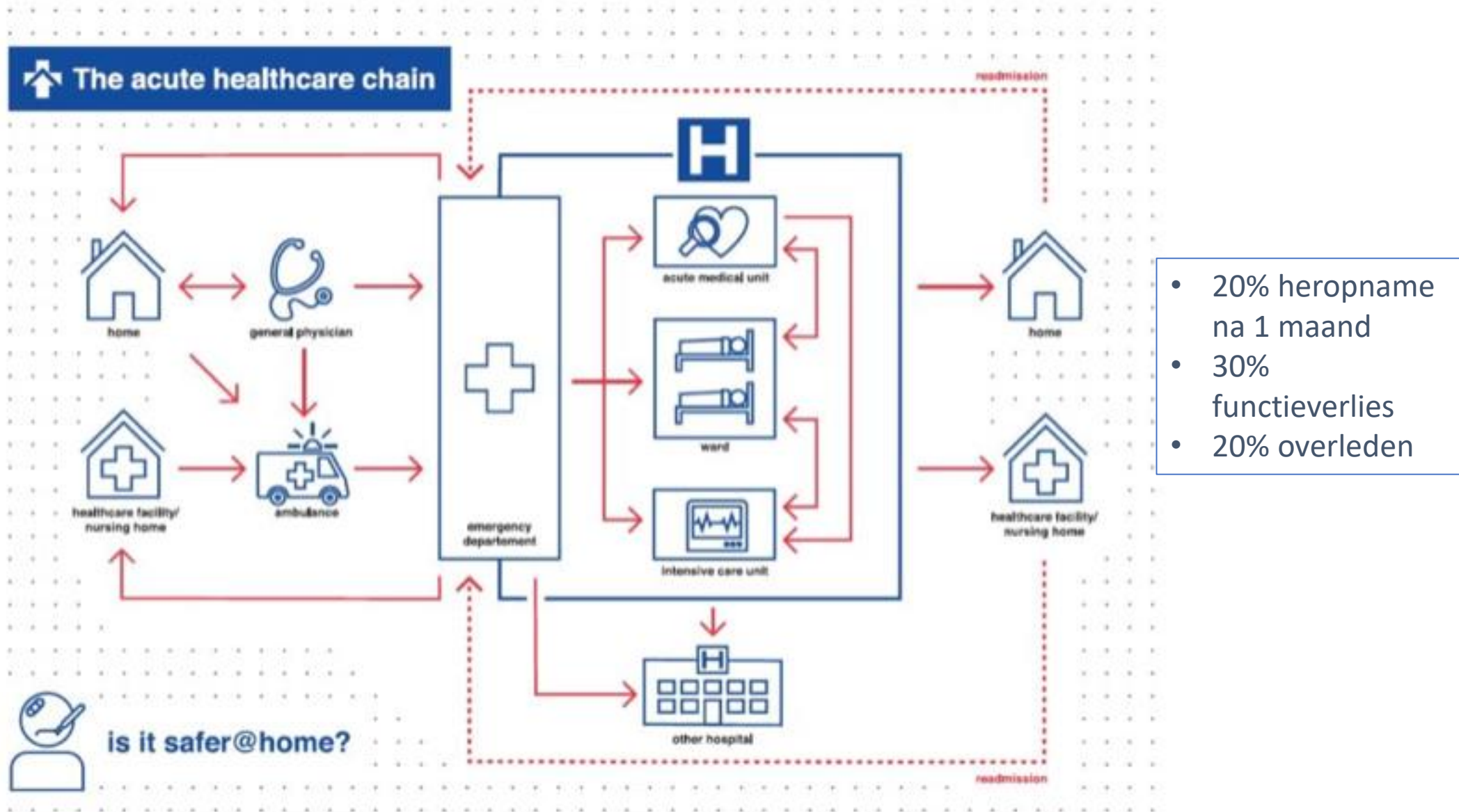
en helpen.



Door de vooruitgang in de medische wetenschap kunnen we meer, en dat leidt tot de vraag of die zorg ook daadwerkelijk moeten aanbieden



# In ons zorgstelsel creëren we zorgvraag



We richten onze aandacht te weinig op hoe we passende zorg in de zorgketen kunnen bieden.

Passende zorg sluit aan bij de wensen van mensen.

Dit kan zorgvraag verminderen en draagt bij aan kwaliteit van leven én is uitgangspunt in kwaliteitskader wijkverpleging



# Video link

- Link youtube: <https://youtu.be/UuvExEy-mcc>
- Link voor insluiten in presentatie:

```
<iframe width="560" height="315"  
  src="https://www.youtube.com/embed/UuvExEy-  
  mcc" frameborder="0" allowfullscreen></iframe>
```

(bij invoegen, video,



Belangrijke vragen:

- Wat is passende zorg?
- Hoe bied je goede begeleiding na opname, zodat heropnames worden voorkomen?
- Hoe kun je herstel in zelfredzaamheid bevorderen na een ziekenhuisopname?
- Kun je ziekenhuisopnames voorkomen?

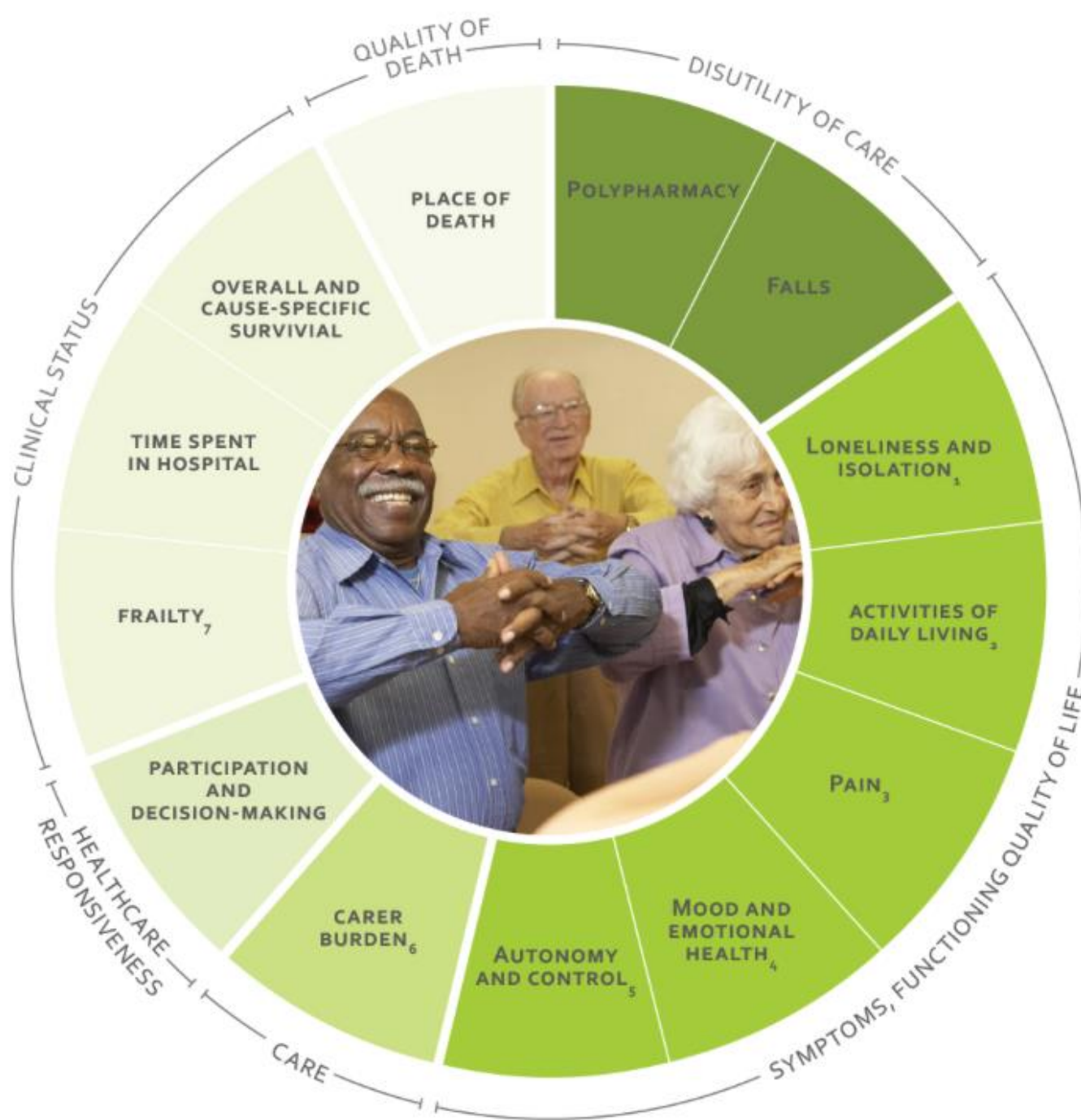


# Passende zorg

- Gaat uit van de vraag wat voor cliënt belangrijk is en hoe zorg daaraan bijdraagt
- Kan betekenen dat je afziet van behandelen of zorg, maar kan ook betekenen dat je alles uit de kast haalt
- Binnen kwaliteitskader wijkverpleging wordt dit vertaald naar uitkomstindicatoren die in lijn liggen met doelen

Wat is passende zorg voor mevrouw Pothoff?



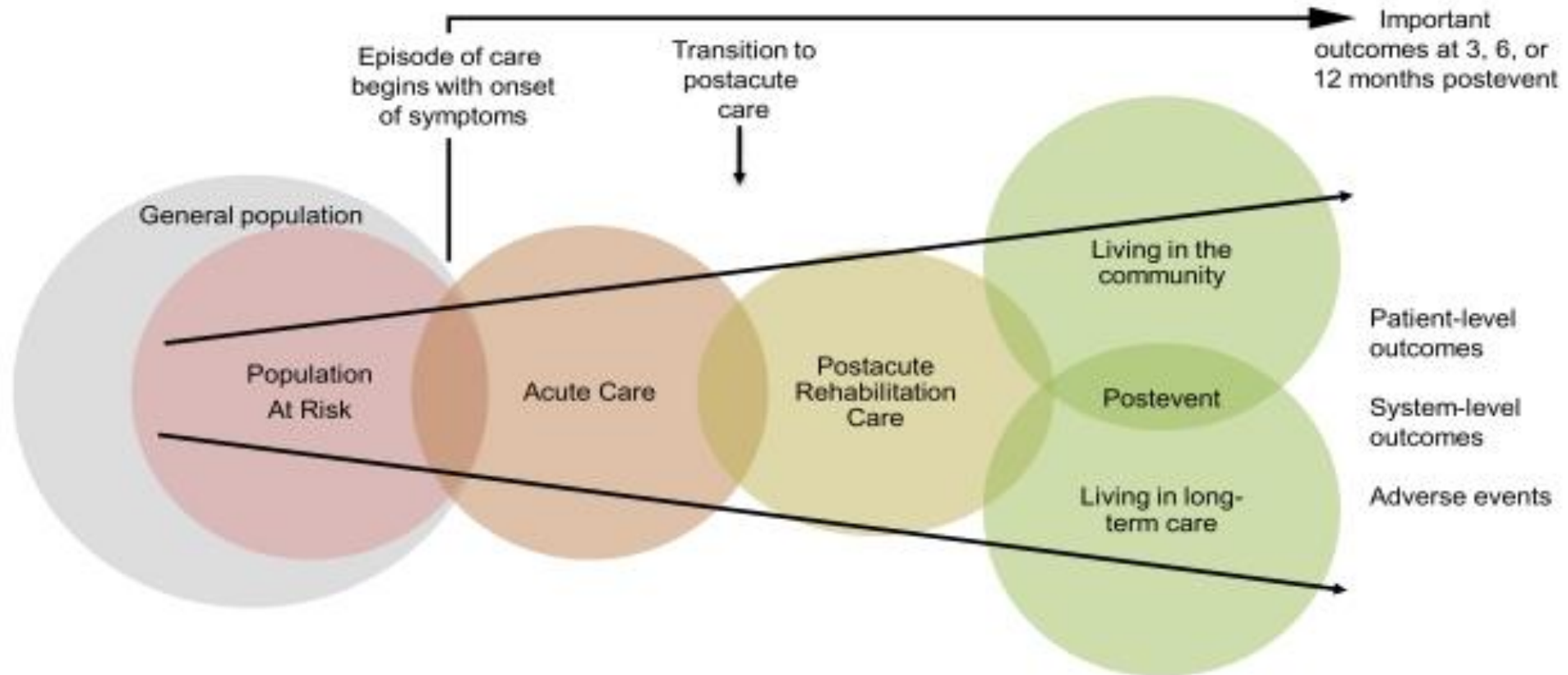


Dit zijn uitkomsten van zorg die voor ouderen van belang zijn

Mis je hier onderdelen in als wijkverpleegkundige?

Welke uitkomsten kan je met jouw zorg beïnvloeden?

Hoe kan je als wijkverpleegkundige bijdragen aan die doelen:  
vraagt samenwerking in de keten





Hoe bied je goede begeleiding tijdens en na opname, zodat heropnames worden voorkomen?

En leidt dit ook tot herstel in zelfredzaamheid?

# Zelfredzaamheid van ouderen

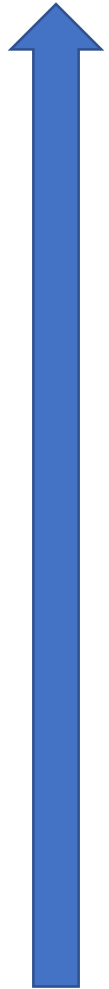
Aan: de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Nr. 2018/12, Den Haag 13 juni 2018



Nieuw advies  
gezondheidsraad:

focus vooral op mensen met  
intensieve zorgvraag en  
ouderen die acuut event  
hebben meegemaakt

# Pyramide voor nazorg



Bij hoog risicogroepen  
Transmurale zorgbrug &  
zorgcoördinatie

10%

Patiënt die nazorg krijgt

- Overdracht naar ontvangende partij
- Regelen nazorg

20-25%

Basis

- Ontslagplanning starten bij opname
- Checklist gebruiken
- Schriftelijke informatie mee bij ontslag
- Huisarts informeren

100%

# Complexiteit patiënt en traject bepalen inzet intensievere begeleiding

Complexiteit patiënt	Complexiteit zorgtraject
<ul style="list-style-type: none"><li>• Multimorbiditeit</li><li>• Gebruik van veel geneesmiddelen</li><li>• Hoog-risico geneesmiddelen</li><li>• Cognitieve problemen</li><li>• Psychische problematiek</li><li>• Sociaal systeem dat geen opvang kan bieden</li><li>• Laag opleidingsniveau</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Veel behandelaren</li><li>• Complexiteit van de behandeling (bv zeer specialistische ingreep/behandeling)</li><li>• Ontbreken van goede richtlijnen bij multimorbiditeit</li><li>• Veel ziekenhuisopnames</li><li>• Financieringsbelemmering</li></ul>



# Transmurale zorg voor hoog risico-patienten

- Voor patiënten met hoog risico op complicaties of heropname (10%) is intensieve begeleiding nodig:
  - Tijdens opname
  - In overgang van ziekenhuis naar huis
  - Na ontslag
- Dit zijn voornamelijk kwetsbare ouderen, maar ook patiënten met complexe specialistische ingrepen
- Hoog-risico groepen hebben baat bij TZ-interventies waarbij casemanager of wijkverpleegkundige:
  - De zorg coördineert
  - En patiënt volgt tijdens en na ziekenhuisopname

# Transmurale zorg

- Doel:
  - Overgang ziekenhuis → huis verbeteren door interventies
- Aspecten die vaak terugkomen in transmurale zorg interventies:
  - Assessment
  - Patiënteducatie
  - Betrekken van mantelzorgers
  - Medicatie-review
  - Telefonische overdracht naar huisarts
  - Follow-up van patiënt, telefonisch of huisbezoek



# Meta-analyse laat zien

- Transitional care is effectief op
  - Heropname : NNT na 3 maanden 7
  - Heropnames op de SEH : NNT na 3 maanden 13
  - Overlijden : NNT na 3 maanden 50
- NNT=number needed to treat: om 1 heropname te voorkomen moet je 7 mensen de zorg aanbieden

# Tussentijdse conclusie

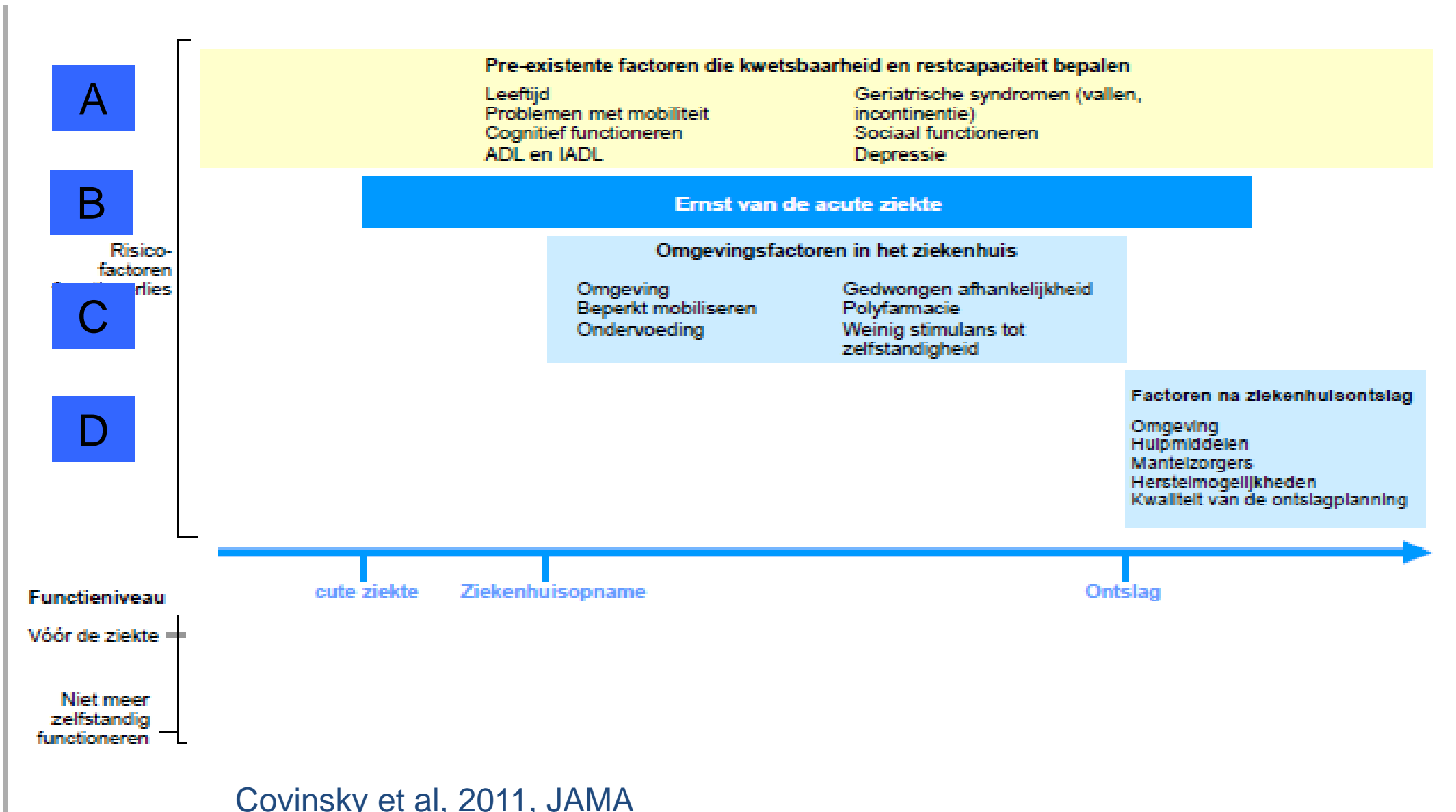
- Transitional care interventies zijn effectief
- Deze maken gebruik van principes van casemanagement
- Werken met doelen zoals preventie heropname en veiliger maken van de overdracht
  
- Dragen daarmee bij aan passende zorg & verminderen zorgvraag na ontslag
- Maar we zien geen verbetering in toename zelfredzaamheid



37



# Factoren die zijn geassocieerd met functionele achteruitgang



# Thuishkomst valt vaak erg tegen

- Na ontslag ondervonden veel patiënten problemen met mobiliteit en het uitvoeren van hun dagelijkse activiteiten
- Dit werd voornamelijk veroorzaakt door een combinatie van vier symptomen:
  - Vermoeidheid, apathie, wankelheid en valangst
  - Daarnaast ook veel gewichtsverlies en verminderde eetlust



### **Vermoeidheid**

*“Ik ben zo moe! Het is ja, of het nou een speciale griep was, of wat ik weet het niet, maar ik ben uitgewoond. Alsof ik m’n eigen verwaarloosd heb.”*

### **Apathie**

*“Ik hoop dat ik weer wat meer zin krijg in dingen. Want ik erger me wel eens aan mezelf, dat ik denk verdomme mens, doe toch eens een beetje wat! Dan denk ik he verdorie weer een dag naar de knoppen. Waar ik niks gedaan heb.”*

### **Geen eetlust**

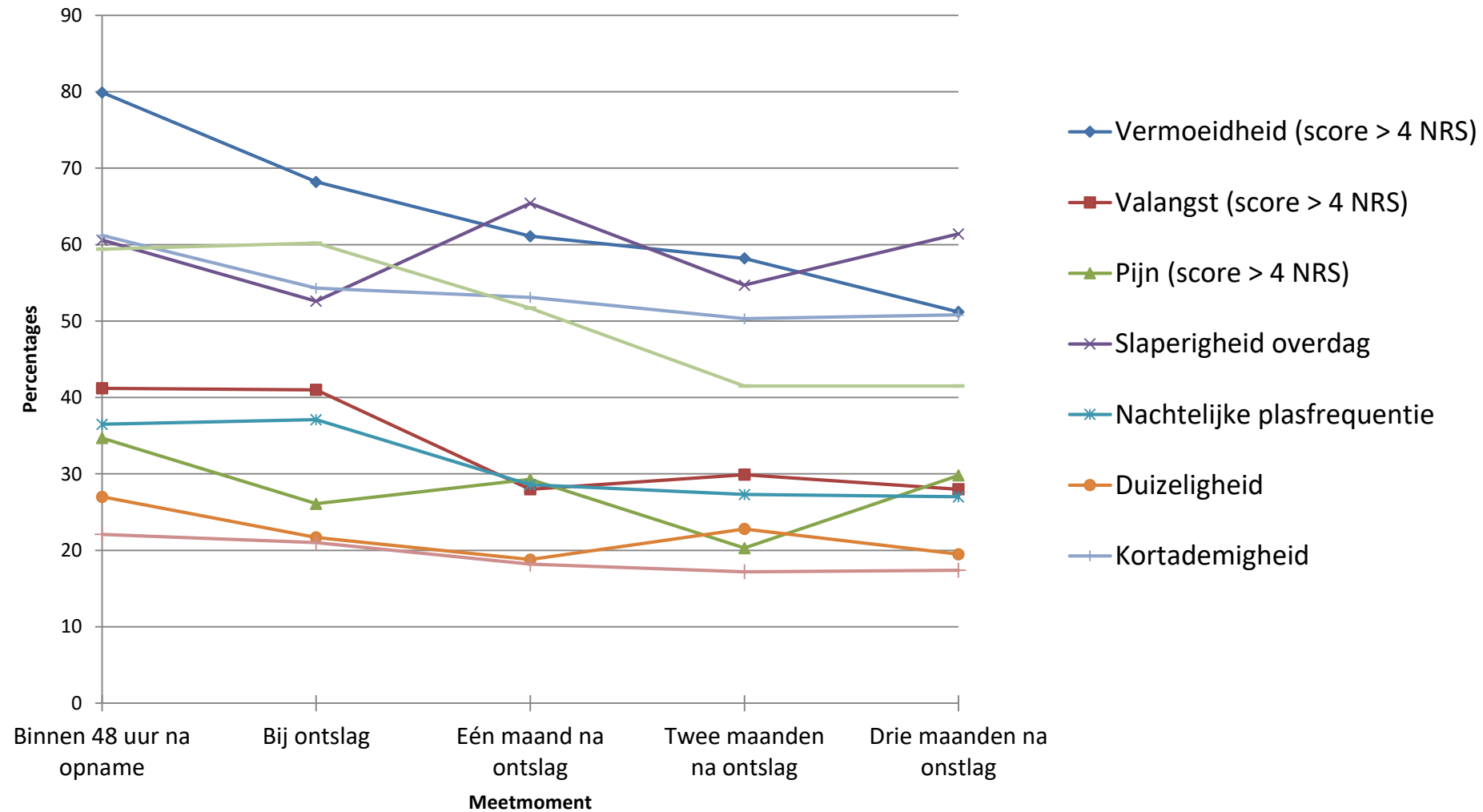
*“Ik eet kleinere porties. M’n vriendin zei je eet muizenhapjes en je poept muizenkeutels. Nou was ze daar niet bij maar, ik had niet zoveel zin.”*

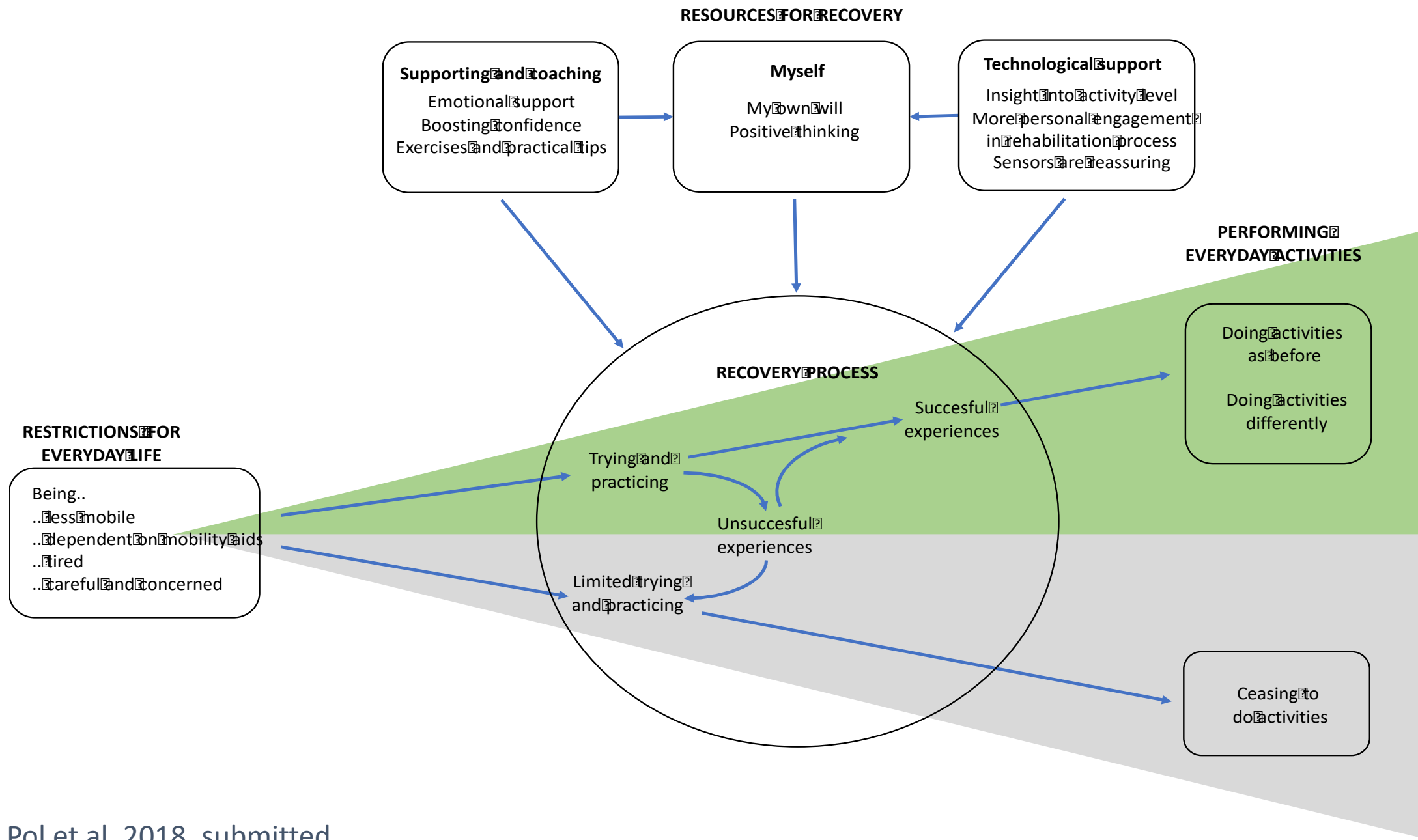
### **Valangst**

*“Dat vind ik een fout van de dokter. Door mijn bloedverdunners, mag ik niet vallen. En dat maakt je dan onzeker van ik mag niet vallen. Ik had daar eigenlijk nooit bij stil gestaan totdat mijn huisarts en cardioloog het zeiden u moet oppassen met vallen (lacht). Maar daar raak ik wel weer overheen hoor.”*



# Geriatrische syndromen die ouderen ervaren tijdens en na opname





# Coaching om te herstellen gebaseerd op behavioral change techniques

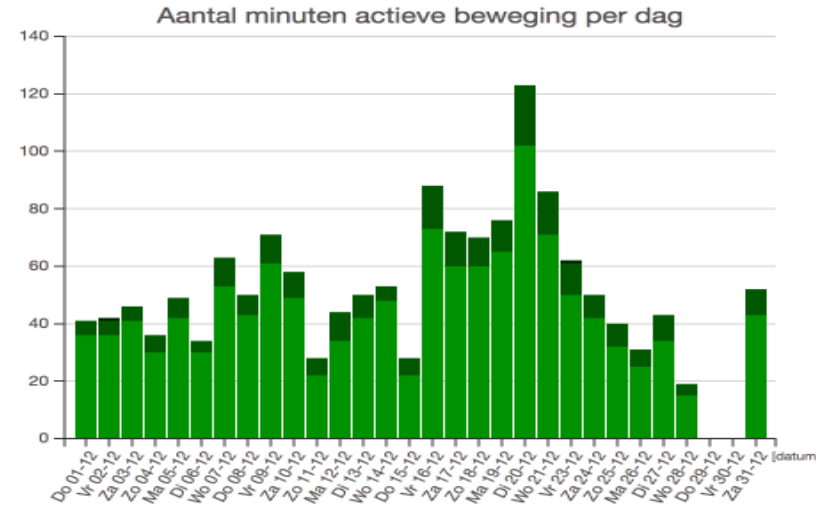
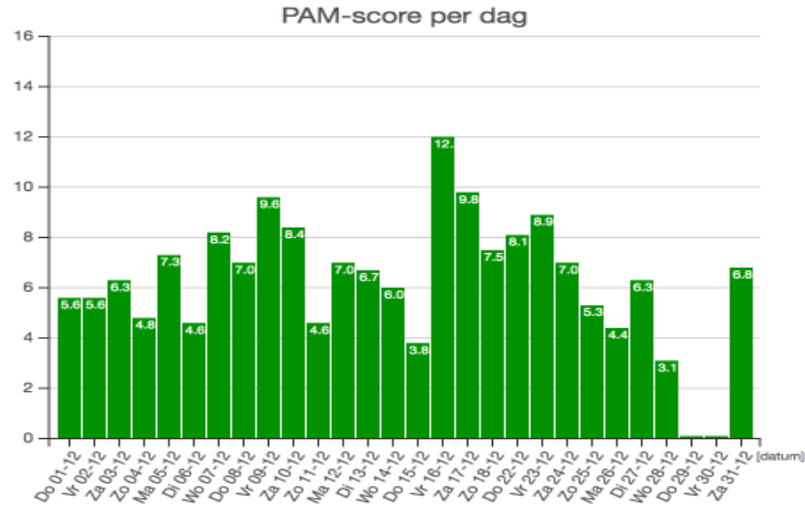


# Interessant is dat professionals en patiënten andere doelen stellen

Participant number	Goal formulated in rehabilitation plan during admission	Most important goals expressed by participant at home
1	No goals formulated	Joining community activities, performing household tasks such as cooking and cleaning
2	Going back home	Going outside, grocery shopping, doing bowls sport
3	Walk with walker	Going to church and hobby clubs Driving car, visiting family across the country
4	Going back home	Visiting daughter abroad Gardening and taking care of birds in aviary
5	No goals formulated	Volunteering for food bank and municipality, driving car, going to the town center, visiting friends
6	Going back home	Going to card club and church by bicycle, driving gardening in vegetable garden
7	Being ADL independent	Mountain hiking without walker in Switzerland, travelling by train across the country
8	Being able to make transfers Being able to walk with walker	Grocery shopping, going outside with mobility scooter, cooking and other house hold tasks
9	Being Able to use arm while cooking	Practicing door to door evangelism, travelling across the country by train
10	Being able to walk without walker, being able to was. Get in and out of bed and go to the toilet.	Going outside, grocery shopping, going out for diner, joining dance classes for seniors

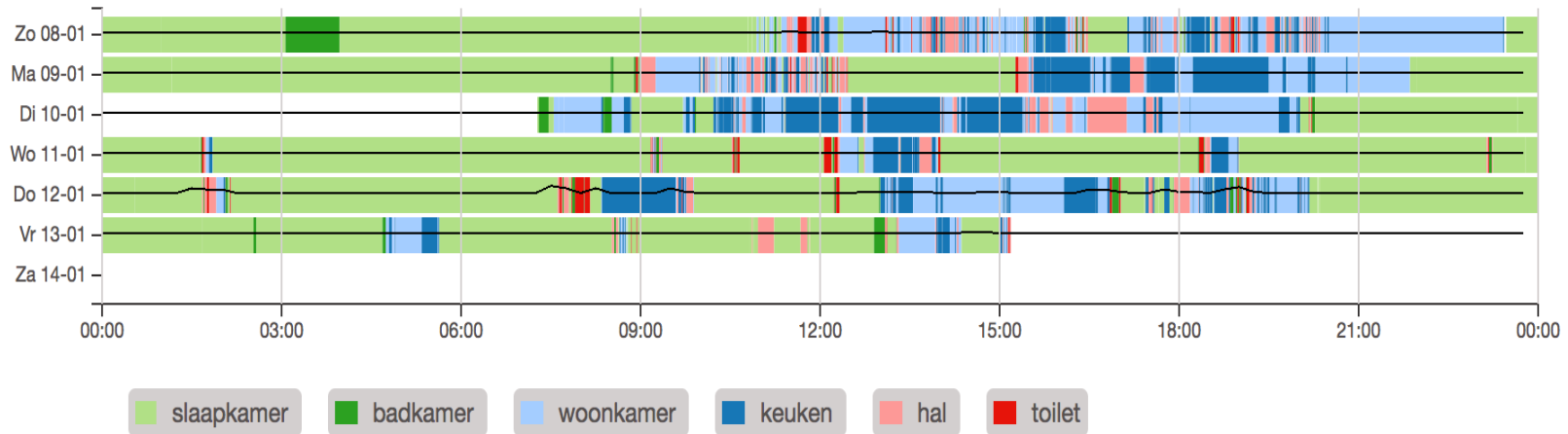
ACTIVITEITEN BEWEGING BEWEGINGSPATROON

< > MAAND WEEK 3 DAGEN

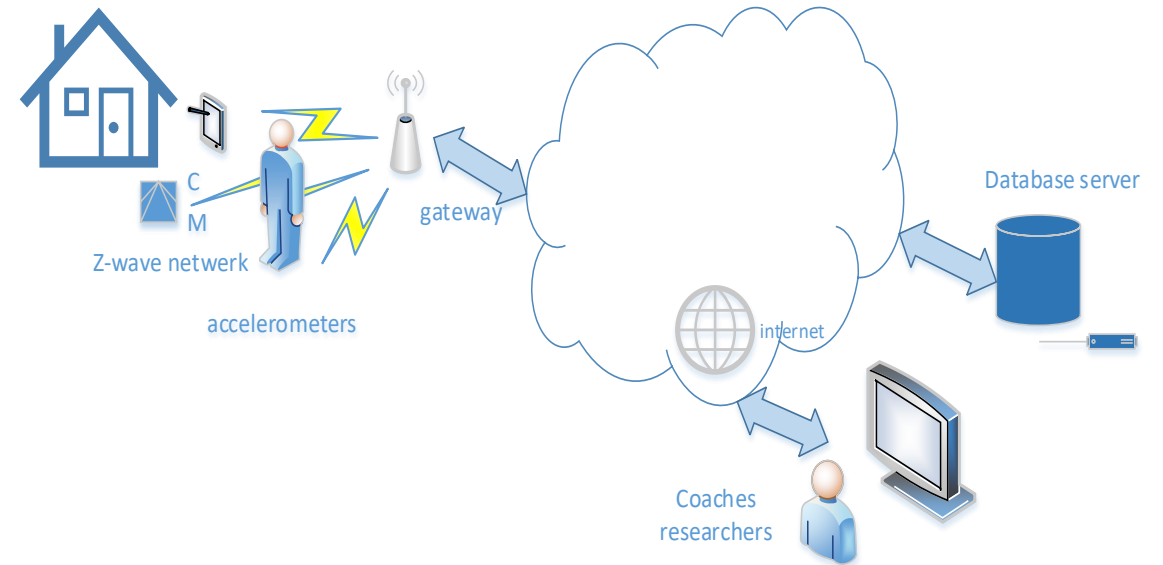


ACTIVITEITEN BEWEGING BEWEGINGSPATROON

< > MAAND WEEK 3 DAGEN



# De sensortechnologie



# Effecten

- Zeer effectief in herstel na heupfractuur
  - Bij zeer oude groep (84 jaar gemiddeld)
  - Activeert ouderen zelf ook
  - Door objectieve informatie betere coaching
- 
- Stellen van doelen cruciaal en deze goed uitvragen
  - Nu nog door ergotherapeut, maar samenwerking met wijkverpleegkundige essentieel

# Tussentijdse conclusie 2

- Herstel in zelfredzaamheid is mogelijk
- Aangrijpingspunten zijn anders dan bij heropname
- Belangrijk zijn stellen van doelen en weer kunnen doen van betekenisvolle activiteiten
- Coaching vraagt nieuwe vaardigheden van wijkverpleegkundigen
- Objectieve informatie kan ouderen ook stimuleren





Kunnen we ook  
opnames  
voorkomen?

# Wat gaat er vooraf aan een acute ziekenhuisopname?

- Interviews met ouderen over de periode voor de acute ziekenhuisopname en vroegen hen:
- Wat ging er aan de ziekenhuisopname vooraf?
- Wat voor zorg/hulp krijgt u?
  - Verschillende specialisten
  - Contact huisarts
  - Wijkverpleging
  - Mantelzorg
- Zelfredzaamheid?
  - In- en buitenshuis
  - Sociale netwerk

## De aanloop naar een acute ziekenhuisopname

- Er is vaak een breekpunt terug te vinden van een aantal jaar geleden waarop gezondheidstoestand achteruit gaat, bijvoorbeeld door een val.
- De aanloop naar ziekenhuisopname zelf gaat vrij geleidelijk, het gaat een paar weken voor de opname niet goed.

*“Ik was aldoor al niet goed. De dokter was al een keer geweest en die zei “ja, ik kan niets vinden”. Maar een week later kwam ze nog een keer en keek ze naar mijn handen. En toen zegt ze “mens, je bent helemaal uitgedroogd”. Ik zeg “weet ik dat”. Maar ik zeg “ik ben zo moe”. En ik had zo’n pijn. Ik had zo’n pijn. En toen heeft ze meteen het ziekenhuis gebeld.”*

- Vrouw 88 -



## De aanloop naar een acute ziekenhuisopname

- Patiënten laten uitstelgedrag zien en trekken zelf (te laat) aan de bel, worden via de poli opgenomen of pas als de familie slaat alarm.

*“Want ik werd zo beroerd ik liep ..ooooh van de pij...maar ik ben zo’n doordrammer he? omdat ik het zo erg vind voor mijn kinderen. Ik weet wat het is om iemand te verzorgen en dat wil ik hun niet aan doen.”*

- Vrouw 85 -



## Subacute klachten leiden tot acute klachten

- Niet herkennen van signalen (rechttop slapen bij hartfalen)
- Niet naar dokter willen
- Angst
- Mantelzorgger niet willen belasten
- Atypische klachten worden niet herkend



1. Denk je dat je ziekenhuisopnames kan voorkomen?
2. Zo ja, bij welke groepen patiënten zie je daarvoor mogelijkheden?
3. Hoe kan je als wijkverpleegkundige deze secundaire preventie uitvoeren? Waar moet focus op liggen?



- Specialistische wijkteams voor COPD & hartfalen zorg
  - Palliatieve teams in eerstelijns
  - Wijkkliniek
- ➔ Meer specialistische kennis kan bijdragen aan preventie van ziekenhuisopnames en behoud zelfredzaamheid

Door goede transmurale  
zorg & samenwerking is  
preventie opnames en goed  
herstel mogelijk!

Als wijkverpleegkundige  
vervul je daarin sleutelrol





Voor nieuw project rondom geriatrische spoedteams in de wijk, zoeken we wijkverpleegkundigen die willen meedenken uit regio Amsterdam, Noord-Holland of Nijmegen. Wat heb je nodig om opnames te voorkomen?

interesse: [b.m.vanes@amc.nl](mailto:b.m.vanes@amc.nl)