

Onderwerp: Patiëntreis netwerkzorg

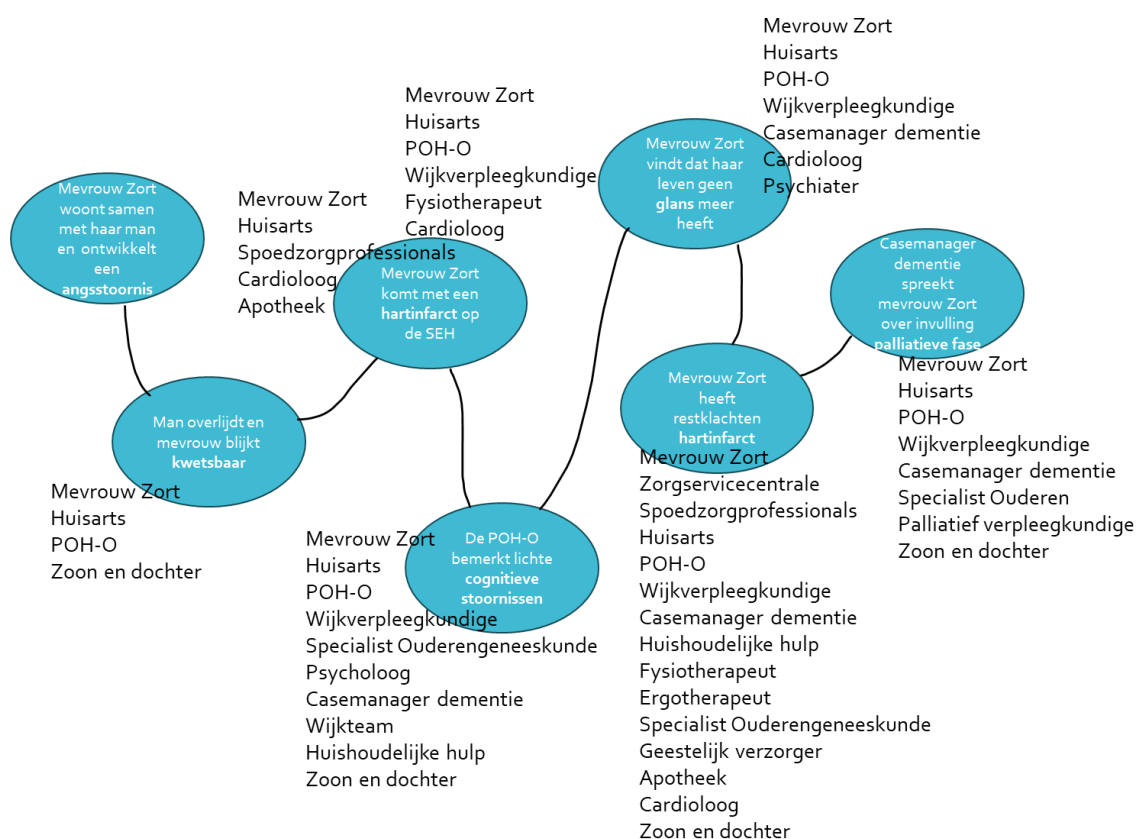
Datum: 6 september 2024

Versie: 1.0

Inleiding

Dit document is bedoeld als discussiedocument om, vanuit het perspectief van de netwerkzorg, gezamenlijk te bekijken hoe de techniek de behoeften in het zorgproces kan invullen. Hiertoe is een patiëntreis opgesteld, waarin de belangrijkste behoeften vanuit de zorgverleners een plek hebben gekregen. In dit document wordt omwille van leesbaarheid de term patiënt gebruikt, alhoewel in de VVT en delen van de GGZ de term cliënt leidend is.

De patiëntreis is voor het overzicht aangepast en vereenvoudigd ten opzichte van de casus van een werkelijke patiënt. De casus biedt ruimte om aan te vullen en zo de samenhang van specifieke oplossingen te duiden. Een aantal mogelijke aanvullingen van de casus zijn bij wijze van voorbeeld benoemd aan het einde van het document. De (wisselende) betrokkenen in het zorgnetwerk zijn voor het overzicht **gemarkeerd**. In de onderstaande figuur is de patiëntreis schematisch weergegeven.



Patiëntreis Mevrouw Zort

Angststoornis

Mevrouw Zort is 70 jaar, woont samen met haar man in een klein appartement. Mevrouw is rusteloos en angstig. De huisarts vraagt een psychiater om mee te denken.

1. **Huisarts** zoekt naar GGZ met capaciteit voor poliklinische behandeling van mevrouw Zort. (behoefte 5: meer inzicht in capaciteit van andere zorgorganisaties)
2. Verwijzing van de huisarts naar de **psychiater** met relevante gegevens uit het huisartsendossier (behoefte 1: meer inzicht in betrokken zorg- en hulpverleners en behoefte 3: makkelijk delen van patiëntgegevens).
3. Psychiater rapporteert over verleende zorg terug (overzicht intake en behandelplan) (behoefte 3: makkelijk delen van patiëntgegevens)

Na een traject van een jaar wordt de behandeling voor de angststoornis door de psychiater beëindigd. Mevrouw Zort heeft, met begeleiding van de psychiater, een manier gevonden om met haar negatieve gevoelens om te gaan.

4. Psychiater rapporteert over beëindiging traject naar de huisarts (behoefte 3: makkelijk delen van patiëntgegevens).

Kwetsbaarheid

5 jaar later, Mevrouw Zort is nu 76, overlijdt de man van mevrouw plotseling. De zoon en dochter zijn betrokken bij Mevrouw Zort maar wonen op 100 km afstand. Uit contact van de huisarts met mevrouw Zort blijkt dat ze veel is afgevallen en vermoeid is. In overleg met Mevrouw Zort, haar zoon en dochter betreft de huisarts de POH-Ouderen erbij.

5. De **POH-O** deelt welke acties worden ondernomen met mevrouw Zort en **haar kinderen**. (behoefte 1: meer inzicht in betrokken zorg- en hulpverleners en behoefte 3: makkelijk delen van patiëntgegevens).

Hartinfarct

Mevrouw Zort krijgt enige tijd later 's avonds een hartinfarct en raakt daarbij ook aan haar been gewond. Ze belt naar de huisartsenspoedpost en wordt doorgeschakeld naar 112 en met de ambulance naar het ziekenhuis vervoert. De cardioloog schrijft medicatie voor om het hart te ondersteunen, waarna mevrouw Zort weer naar huis mag.

6. Gegevensuitwisseling spoedzorgketen (triagist HAP, centralist meldkamer, ambulancezorgprofessional, SEH arts, SEH verpleegkundige) (behoefte 1: meer inzicht in betrokken zorg- en hulpverleners en behoefte 3: makkelijk delen van patiëntgegevens)
7. Doorstroom SEH naar **cardioloog**, rapportage naar huisarts, medicatiegegevens naar **apothek** (behoefte 1: meer inzicht in betrokken zorg- en hulpverleners en behoefte 3: makkelijk delen van patiëntgegevens)

Mevrouw Zort houdt veel restklachten over van haar hartinfarct (benauwdheid en pijn op de borst) en gaat naar de huisarts omdat ze het niet vertrouwd. De huisarts vermoedt een combinatie van hartklachten en angst. De fysiotherapeut wordt betrokken om vertrouwen in bewegen te herwinnen en het functioneren van mevrouw haar been te verbeteren. In overleg tussen patiënt, zoon en dochter en de huisarts wordt ook de wijkverpleegkundige betrokken om mevrouw te helpen met het aantrekken van steunkousen (vanwege vochtphoping in de benen), om de wond aan mevrouw haar been te verzorgen en voor hulp bij de persoonlijke verzorging in het algemeen. Mevrouw Zort krijgt een halsalarm, zodat ze 24/7 terecht kan en er snel hulp aanwezig kan zijn. Dit stelt mevrouw gerust.

8. Huisarts zoekt naar **wijkverpleegkundige** ondersteuning voor de wondverzorging en hulp bij de persoonlijke verzorging van mevrouw Zort. (behoefte 5: meer inzicht in capaciteit van andere zorgorganisaties).
9. De POH-O en de wijkverpleegkundige onderhouden onderling contact om de situatie van Mevrouw Zort te monitoren. (behoefte 2: beter faciliteren onderlinge bereikbaarheid).
10. Verwijzing van huisarts naar **fysiotherapeut**. (behoefte 3: makkelijk delen van patiëntgegevens).

11. De POH-O organiseert een MDO met de fysiotherapeut en wijkverpleegkundige om te bepalen wat mogelijk is aan inspanning. Behandelaafspraken worden vastgelegd en onderling en met mevrouw Zort en haar kinderen gedeeld. (behoefte 4: beter faciliteren MDO en behoefte 3 makkelijk delen van patiëntgegevens).
12. Reguliere controle door cardioloog (behoefte 3 makkelijk delen van patiëntgegevens).

Cognitieve stoornissen

De POH-O merkt na enige tijd in het contact dat er lichte cognitieve stoornissen zijn en schakelt een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) bij om te adviseren. De SO neemt samen met een psycholoog een test af en constateert beginnende Alzheimer. De POH-O schakelt vervolgens het wijkteam bij, die Mevrouw Zort helpen met het vinden van dagbesteding. Er wordt vanuit het wijkteam een casemanager dementie aangesteld als coördinerend contactpersoon voor mevrouw Zort en haar kinderen. Daarnaast wordt huishoudelijke hulp ingeschakeld.

13. POH-O zoekt **Specialist Ouderengeneeskunde** en belt met SO om casus te bespreken (behoefte 5: meer inzicht in de capaciteit van andere zorgorganisaties en behoefte 2: beter faciliteren onderlinge bereikbaarheid).
14. POH-O legt telefonisch contact met passend wijkteam. (behoefte 5: meer inzicht in de capaciteit van andere zorgorganisaties en behoefte 2: beter faciliteren onderlinge bereikbaarheid.)
15. Indicatiestelling voor WMO via wijkteam, **huishoudelijke hulp** (behoefte 1: meer inzicht in betrokken zorg- en hulpverleners)
16. De POH-O organiseert een MDO met de SO, **psycholoog**, huisarts, wijkverpleegkundige, **casemanager dementie** om te bepalen wat mogelijk is aan inspanning en dagbesteding. Behandelaafspraken worden vastgelegd en onderling en met mevrouw Zort en haar kinderen gedeeld. (behoefte 4: beter faciliteren MDO en behoefte 3: makkelijk delen van patiëntgegevens).

Eindelevenswensen of angst?

Mevrouw laat bij de casemanager dementie vallen dat het leven voor haar de glans heeft verloren.

17. Casemanager dementie agendeert Mevrouw Zort voor het reguliere MDO met huisarts, POH-O en wijkverpleegkundige. Behandelaafspraken worden bijgewerkt en onderling en met mevrouw Zort en haar kinderen gedeeld. De huisarts voert het gesprek over eindelevenswensen (behoefte 4: beter faciliteren MDO en behoefte 3: makkelijk delen van patiëntgegevens).
18. Huisarts belt met psychiater om angststoornis in relatie tot eindelevenswensen te duiden. (behoefte 2: beter faciliteren onderlinge bereikbaarheid)
19. Reguliere controle door cardioloog met kort app-contact tussen huisarts en cardioloog over PZP-gegevens (eindelevenswensen) (behoefte 2: beter faciliteren onderlinge bereikbaarheid en behoefte 3: makkelijk delen van patiëntgegevens).

Palliatieve fase

Als restklachten van het hartinfarct in het jaar erna toenemen, spreekt de cardioloog een echo af waaruit een ejectiefractie van < 25% blijkt. De maanden daaropvolgend is er bij Mevrouw Zort 3x sprake van acute benauwdheid waarna elke keer (via het bellen van de Zorgservicecentrale en van 112) een opname ziekenhuis volgt. Gezien de omstandigheden en thuissituatie wordt na de laatste opname besloten om mevrouw drie weken te laten revalideren in een VVT-organisatie, waar de voor mevrouw bekende SO betrokken is.

20. Gegevensuitwisseling spoedzorgketen (triagist HAP, centralist meldkamer, ambulancezorgprofessional, SEH arts, SEH verpleegkundige) (behoefte 1: meer inzicht in betrokken zorg- en hulpverleners en behoefte 3: makkelijk delen van patiëntgegevens)

21. Ziekenhuis informeert betrokken zorg- en hulpverleners (huisarts, wijkverpleging, fysiotherapeut, casemanager dementie, huishoudelijke hulp) over opname (behoefte 1: meer inzicht in betrokken zorg- en hulpverleners en behoefte 3: makkelijk delen van patiëntgegevens)
22. Ziekenhuis (transferverpleegkundige) zoekt plaats bij VVT-organisatie, bij SO die bekend is. (behoefte 1: meer inzicht in betrokken zorg- en hulpverleners, behoefte 5: meer inzicht in de capaciteit van andere zorgorganisaties en behoefte 3 makkelijk kunnen delen van patiëntgegevens)

Na haar revalidatie kan ze weer naar huis en nemen de huisarts en wijkverpleging de behandeling over en worden fysiotherapie en de huishoudelijke hulp weer opgestart.

23. SO overlegt met huisarts en wijkverpleging over de terugkeer naar huis. (behoefte 2: beter faciliteren onderlinge bereikbaarheid en behoefte 3 makkelijk kunnen delen van patiëntgegevens).
24. De huisarts agendaert Mevrouw Zort op het reguliere MDO met fysiotherapeut, POH-O, SO, wijkverpleging, casemanager dementie.

Qua medisch specialistische interventies t.b.v. genezing ziet de cardioloog geen mogelijkheden. De fysiotherapeut richt de behandeling op symptoomverlichting thuis en schakelt de ergotherapeut in. De casemanager dementie schakelt een geestelijk verzorger bij om mevrouw Zort bij te staan.

25. Cardioloog rapporteert bevindingen aan huisarts (behoefte 3: makkelijk kunnen delen van patiëntgegevens).
26. POH-O informeert betrokkenen over conclusie cardioloog en schakelt meerdere malen (bellen, app, email) met de casemanager dementie. (behoefte 2: beter faciliteren onderlinge bereikbaarheid)
27. De POH-O organiseert MDO met huisarts, wijkverpleegkundige, fysiotherapeut, **ergotherapeut, geestelijk verzorger** en casemanager dementie. Behandelaafspraken worden vastgelegd en onderling en met mevrouw Zort en haar kinderen gedeeld. (behoefte 4: beter faciliteren MDO en behoefte 3: makkelijk delen van patiëntgegevens).
28. De huisarts bespreekt Mevrouw Zort ook in het Farmacotherapeutisch overleg met de apotheek (behoefte 4: beter faciliteren MDO en behoefte 3: makkelijk delen van patiëntgegevens).
29. Fysiotherapeut belt met cardioloog en ergotherapeut om inspanningsmogelijkheden te bespreken. (behoefte 2: beter faciliteren onderlinge bereikbaarheid en behoefte 3: makkelijk delen van patiëntgegevens)
30. Casemanager dementie bespreekt de uitkomsten met zoon en dochter en koppelt terug naar huisarts en POH-O (behoefte 2: beter faciliteren onderlinge bereikbaarheid en behoefte 3: makkelijk delen van patiëntgegevens)

De casemanager dementie heeft met mevrouw gesproken over haar toekomstige zorg, haar beeld over het levenseinde, plek waar te sterven, hulp thuis. Mevrouw geeft aan angst te hebben om 's nachts alleen te stikken, en spreekt de wens uit t.z.t opgenomen te willen worden in een hospice bij aanwijzingen van terminaal hartfalen. Zo weet ze dat bij tekenen van dyspneu meteen hulp aanwezig is.

31. De casemanager dementie agendaert Mevrouw op het reguliere MDO met huisarts, POH-O en wijkverpleegkundige. Behandelaafspraken worden vastgelegd en onderling en met mevrouw Zort en haar kinderen gedeeld. (behoefte 4: beter faciliteren MDO en behoefte 3: makkelijk delen van patiëntgegevens).
32. De huisarts informeert de SO en die schakelt een **palliatief verpleegkundige** bij. (behoefte 2: beter faciliteren onderlinge bereikbaarheid en behoefte 3: makkelijk delen van patiëntgegevens)
33. De huisarts, SO en de casemanager dementie bespreken de uitkomsten samen met zoon en dochter. (behoefte 2: beter faciliteren onderlinge bereikbaarheid)

Behoeften samengevat

Behoeften/benodigde functies:

1. Meer inzicht in welke zorg- en hulpverleners en anderen betrokken zijn bij een patiënt, zodat er beter samengewerkt kan worden.
2. Beter faciliteren van onderlinge bereikbaarheid, zodat we elkaar makkelijk, veilig en snel kunnen bereiken.
3. Makkelijk kunnen delen van patiëntgegevens, zodat zorg sneller en beter kan worden verleend.
4. Beter faciliteren van multidisciplinair overleg (MDO), zodat MDO's sneller en makkelijker te organiseren zijn.
5. Meer inzicht in de capaciteit van andere zorgorganisaties, zodat de overdracht van een patiënt makkelijker is.

Motto is meerwaarde (en beperking administratie/beheerslast) door samenhang in de diverse functies te brengen.

Mogelijke aanvullingen casus

Hieronder worden een aantal alternatieve 'afslagen' in de patiëntreis benoemd:

- *Angststoornis:*
 - In plaats van een verwijzing naar de psychiater kan ook een (eenmalig) consult van de huisarts bij de psychiater worden aangevraagd om de situatie van mevrouw Zort meer te duiden, de behandeling af te stemmen of de beste keuze voor medicatie te bepalen. De behandeling kan daarna eventueel door de POH-GGZ worden voortgezet.
 - Inzet van antidepressiva om medicatieveiligheid in vervolgproces mee te nemen.
- *Kwetsbaarheid:*
 - Meer nadruk op medicatie, omdat bij ouderen vaak sprake is van multimorbiditeit, bv. in combinatie met COPD.
 - Meer nadruk op digitale interactie met patiënt en naasten (zoon/dochter).
- *Hartinfarct:*
 - Inzet van wijkverpleegkundige voor thuismedicatie onder behandeling cardioloog. Wijkverpleegkundige kan bijvoorbeeld via een pompje furosemide toedienen bij mevrouw Zort.
 - Telemonitoring bij hartfalen.
 - Toevoegen tweede (specialistisch) ziekenhuis (bv in verband met verstopte kransslagader).
- *Cognitieve stoornissen:*
 - Door haar cognitieve achteruitgang wordt het toenemend belangrijk om te letten op de tijdige inname van medicatie. De wijkverpleegkundige kan dit opvolgen (o.a. door inzet van een automatische medicijndispenser).
- *Palliatieve fase:*
 - Vervolgzorg vanuit de hospice, waarbij ook vrijwilligers betrokken worden.