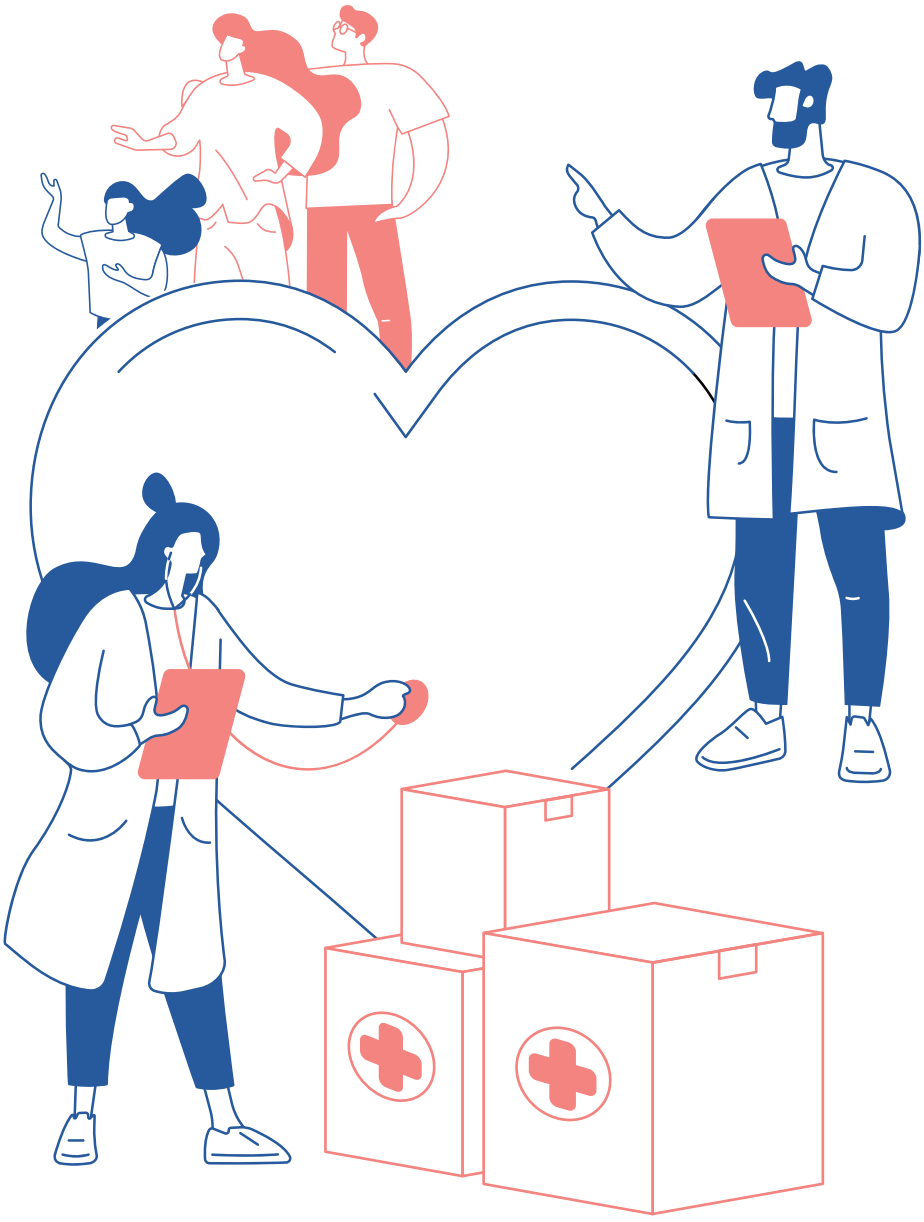
BLAUWDRUK

INTERPROFESSIONELE SAMENWERKING KINDZORG



Inhoud

1

INTRODUCTIE 04

BETROKKEN PARTIJEN 08

PROJECTSAMENVATTING 10

DOELSTELLINGEN EN INTERVENTIES 17

- Uitwisseling kinderverpleegkundigen 18
- Warme overdracht 25
- Digitale transmurale contact 30
- Interprofessioneel consult bij indicatiestelling zorg 35
- Extramurale kinderverpleegkundige 36
- Huisbezoek kinderarts 39

PROCESEVALUATIE 43

KANSEN EN UITDAGINGEN BINNEN DUURZAME IMPLEMENTATIE VAN INTERPROFESSIONELE SAMENWERKING 45

IMPLEMENTATIE EN BORGING, PROJECTBREED EN PER ORGANISATIE 50

2 **BIJLAGEN**

- Praatplaat 58
- Brochure ouders 59
- Checklist uitwisseling kinderverpleegkundigen 60
- Zorgpad warme overdracht 64
- Format warme overdracht (HIK) 69
- Stappenplan digitale visite 91
- Format digitale visite 92
- Zaurus werkinstructie 94
- Menukaart 95

- Referenties 97
- Projectleden 98

Tijd voor dialoog, elkaar leren kennen en elkaar vertrouwen is de basis van transmurale zorg

Amalia kinderziekenhuis
Radboudumc

Beatrix Kinderziekenhuis umcg

KINDER THUIS ZORG® NEDERLAND

INTRODUCTIE

Introductie

Deze handreiking is geschreven naar aanleiding van het project Interprofessionele Samenwerking in de Kindzorg. Dit is een gezamenlijk project van het Amalia Kinderziekenhuis, het Beatrix Kinderziekenhuis en KinderThuisZorg Nederland met als doel het verbeteren van kwaliteit van zorg middels transmurale, interprofessionele samenwerking.

Kwaliteit van zorg is gedefinieerd als zorg die van hoge kwaliteit is, maar ook duurzaam, passend en betaalbaar. Om dit doel te bereiken zijn diverse interventies uitgewerkt en ingezet, gericht op het verbeteren van de transmurale samenwerking van de diverse betrokken organisaties en zorgverleners rondom het kind en gezin. Daarnaast is gekeken of dit leidt tot een meer integrale blik op de thuissituatie, een betere bijsturing van het medische beleid, en betere samenwerking tussen het intramurale en extramurale werkveld.

Het aantal kinderen dat in de toekomst medische zorg nodig heeft zal naar verwachting, door meer en betere behandelmethoden van eerder lethale of niet te behandelen ziekten verder groeien. [1]

Het is hierbij belangrijk dat de samenwerking tussen de bij het kind en gezin betrokken partijen, goed op elkaar is afgestemd. Dit hebben we als professionals met elkaar afgesproken en vastgelegd in het handvest Kind en Zorg. [2] Hierin staan rechten van zieke kinderen en hun gezin. Die rechten zijn gebaseerd op het Verdrag inzake de Rechten van het Kind (VRK) dat al vanaf 1995 van kracht is in Nederland. [3]

Door in de zorg voor kinderen te investeren kunnen we de toekomst veranderen: Kinderen van nu zijn de volwassenen van morgen. Inherent hieraan moet de focus liggen op het opgroeien naar volwassenheid, ondanks ziekte of beperking. Het zo zelfstandig mogelijk maken van kind en gezin, met focus op wat er kan en op gezondheid in plaats van op het gebrek of de ziekte is waar we voor staan. Als zorgverleners kunnen we hieraan bijdragen door de kinderen meer zelfredzaam te maken, zodat zij minder afhankelijk worden van de zorg en hier in de toekomst minder een beroep op hoeven te doen. [4] De zorg verandert langzaam van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'. [5]

Een betere samenwerking in de zorg rondom zieke kinderen is hiervoor enorm belangrijk.

Het is van belang voor goede samenwerking, en daarmee voor goede zorg, dat het inzichtelijk is welke partijen betrokken zijn bij de dagelijkse zorg. Ook moeten de verschillende partijen weten welke rol zij hebben en welke taak zij vervullen in het ondersteunen van kind en gezin. Dit voegt niet alleen kwaliteit toe aan de zorg zelf, maar zal naar verwachting ook leiden tot minder zorgconsumptie. [6,7]

We willen niet alleen toewerken naar integrale zorg, maar ook naar transmurale zorg. Zorg zonder muren. Het zorgtraject neemt bij transmurale zorg een centrale plek in en alle (zorg)professionals en zorgorganisaties organiseren zich dusdanig (interprofessionele samenwerking) hieromheen dat dit ten goede komt aan het kind en het gezin. [8] Dit kan bereikt worden door tijdige afstemming van het (medische) beleid en gebeurtenissen in de vier kinderleefdomeinen die invloed hebben op de (mentale) gezondheidstoestand van het kind en het gezin. [9]

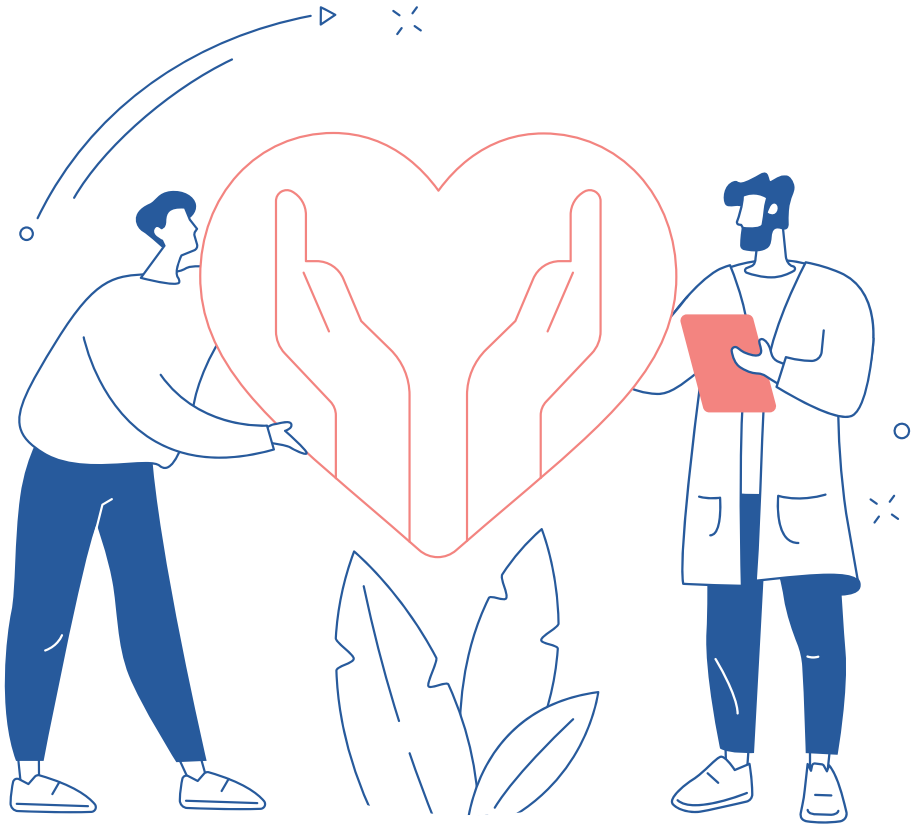
Belangrijk zijn het nemen van preventieve maatregelen en vroegsignalering. [10] Verder stellen we ons ten doel het beperken/voorkomen van onnodige poliklinische bezoeken door goede afstemming tussen de kinderarts en kinderverpleegkundige die werkzaam zijn in het ziekenhuis enerzijds en de extramurale kinderverpleegkundige anderzijds.

Als alle zorgverleners van elkaars bevindingen op de hoogte zijn, kan beter bepaald worden welke zorg echt nodig is (bijvoorbeeld een polikliniekbezoek of aanvullend onderzoek), waar dit idealiter plaats vindt en wat voor het kind in deze situatie achterwege gelaten kan worden.

“Transmurale zorg is niet gebonden aan de plek waar de zorg plaatsvindt.”

Het ontwikkelen van deze ideeën en werkwijze is volledig in lijn met de Medische Kindzorg Samenwerking (MKS). Dit gedachtegoed is ontwikkeld om de samenwerking tussen kind en gezin, zorgorganisaties, scholen en gemeenten te bevorderen via het ontwikkelen van uniforme werkwijzen voor indiceren, organiseren, uitvoeren en overdragen van zorg en ondersteuning. [9]

De interventies die in dit project worden gedaan zijn stuk voor stuk onderdelen van deze samenwerking. In dit project hebben we de volgende interventies uitgevoerd: uitwisseling van kinderverpleegkundigen, warme overdracht, (mee)lopen van de visite, continueren van deze visite (digitale visite), huisbezoek door de kinderarts, Interprofessioneel consult, inzet van de extramurale kinderverpleegkundige.
Deze blauwdruk, die tot stand is gekomen door samenwerking van een grote groep zorgprofessionals geeft op basis van daadwerkelijke ervaringen en lessen een advies op welke wijze genoemde interventies ingezet kunnen worden om transmurale samenwerking te bevorderen en te behouden. We hebben de opgedane ervaringen, behalve in deze blauwdruk, ook vormgegeven in een format waarmee we onze collega’s in het werkveld met praktische handvatten kunnen stimuleren tot het opstarten, dan wel uitbreiden, van hun eigen interprofessionele contacten om zo de transmurale zorg praktisch vorm en inhoud te geven.



BETROKKEN SAMENWERKINGSPARTNERS

Samenwerkingspartijen

Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) - Beatrix Kinderziekenhuis

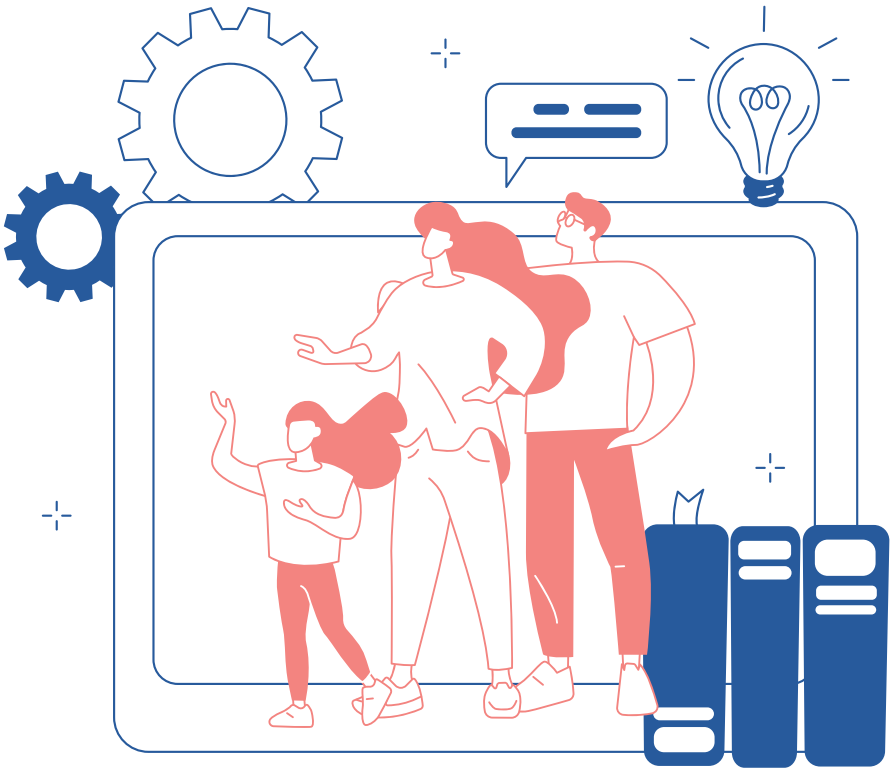
Het Beatrix Kinderziekenhuis (BKZ) is de kinderafdeling van het UMCG, waar de algemene kindergeneeskunde en alle kindergeneeskundige deelspecialismen en snijdende specialismen worden uitgeoefend. Het BKZ is aangewezen als transplantatiecentrum voor kinderen, vooral voor lever- en longtransplantaties.

Radboudumc Nijmegen - Amalia Kinderziekenhuis

Het Amalia kinderziekenhuis is onderdeel van het Radboudumc. Het Amalia kinderziekenhuis - of kortweg 'Amalia' - verbindt de specialismen van het Radboudumc die zorg aan kinderen bieden. Ook de zorg voor aanstaande moeders en hun dan nog ongeborenen kind(eren) vindt in het Amalia kinderziekenhuis plaats. Amalia ligt de scope op zeldzame, erfelijke en complexe aandoeningen, inclusief kindertraumatologie en brandwonden.

KinderThuisZorg-Nederland PENVOERDER

KinderThuisZorg is een landelijk werkende kinderthuiszorgorganisatie die kinderverpleegkundige vervolgzorg biedt aan kinderen na ontslag uit het ziekenhuis. 90% van de zorg die zij bieden betreft kortdurende zorg. Dit betekent dat er vaak dagelijks een kort zorgmoment wordt geboden om de gezondheid van het kind te ondersteunen. Het gaat dan veelal om een enkelvoudige voorbehouden handeling. 10% van de kinderen heeft langdurige zorg nodig. Denk aan kinderen die permanent toezicht nodig hebben vanwege hun gezondheidssituatie. Nieuwe thuiszorgtechnologie en toenemende kennis en professionaliteit van de kinderverpleegkundigen maken het mogelijk dat deze zorgverlening steeds meer gebeurt in de eigen leefomgeving. KinderThuisZorg ondersteunt daarnaast ook kinderen en gezinnen in het meer zelfredzaam worden, zodat zij minder afhankelijk worden van anderen buiten hun gezin.



PROJECTSAMENVATTING

Projectsamenvatting

Interprofessionele transmurale samenwerking in de (complexe) kindzorg is de toekomst. Het huidige systeem, waarbij sprake is van een scheiding tussen intramurale en extramurale zorgverlening, leidt tot een gebrek aan continuïteit van zorg. [7] **Transmurale zorg beoogt een oplossing te bieden voor deze discontinuïteit. Het gaat daarbij om intensieve samenwerking tussen professionals over de muren van zorgorganisaties heen. Een interprofessionele samenwerking gaat uit van een centraal gedeeld perspectief. Het is een continu proces waarbij besluitvorming gericht is op consensus en het creëren van een duidelijke meerwaarde.** [11]

De complexe kindzorg vraagt om interprofessionele samenwerking die ook transmuraal is. Deze blauwdruk (voortkomend uit het project Interprofessionele Samenwerking in de kindzorg) tracht handvatten te bieden voor de versterking van interprofessionele en transmurale samenwerking.

Doel

Het doel van dit project is het verbeteren van de kwaliteit van zorg middels transmurale, interprofessionele samenwerking. Daarnaast moet deze zorg ook duurzaam, doelmatig, passend en betaalbaar zijn.

Interventies

Om het doel van het project te bereiken zijn diverse interventies uitgewerkt en ingezet, gericht op het verbeteren van de transmurale samenwerking. Er is verder gekeken of dit leidt tot een betere blik op de thuissituatie, een betere bijsturing van het medische beleid thuis en een betere samenwerking tussen het intramurale en extramurale werkveld.

De directe interventies waren gericht op:

- Uitwisseling kinderverpleegkundigen
- Warme overdracht
- Digitaal transmuraal contact
- Interprofessioneel consult bij indicatiestelling zorg
- Inzet van extramurale kinderverpleegkundige (in een KinderComfortTeam)
- Huisbezoek kinderarts

Proces

De projectgroep heeft de verschillende interventies uitgewerkt. Deze projectgroep bestond uit leden van de diverse organisaties, met uiteenlopende functies (intra- en extramuraal werkende kinderverpleegkundigen, teamleiders uit het verpleegkundig domein, kindertransferverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en kinderartsen). Voor elke interventie zijn er passende kaders en werkwijzen gecreëerd. Alle interventies zijn cyclisch geëvalueerd, besproken en waar nodig aangepast. Het proces werd gecompliceerd door de bestaande cultuurverschillen tussen de betrokken organisaties. Het bleek essentieel om deze verschillen te (h)erkennen, benoemen en overeenkomsten te versterken om op die manier tot een verbeterde samenwerking te komen.

Resultaten

De projectgroep heeft in de praktijk ervaren wat de uitwerking was van de diverse interventies op de geleverde zorg. Het uitwisselen van zorgprofessionals tussen het intramurale en extramurale werkveld is binnen dit project met groot enthousiasme ontvangen. Het wisselen van perspectief helpt om elkaar beter te begrijpen doordat het bijdraagt aan meer kennis over elkaars werkplek en de kaders waarbinnen gewerkt wordt. Wederzijds begrip draagt in belangrijke mate bij aan een verbeterde transmurale samenwerking. Het versterken van lokale netwerken draagt bij aan het werkplezier van de medewerkers.

De warme overdracht werd door de betrokken disciplines ook als een prettige en effectieve manier van samenwerken ervaren. De verwachtingen worden bij een warme overdracht goed op elkaar afgestemd en men ervaart dat er een betere uitleg mogelijk is.

Ouders leren de kinderthuiszorgverpleegkundige in het ziekenhuis kennen, wat de overgang naar huis versoepeld.

Dit gold ook voor het digitaal transmuraal contact. Deze is – ondanks nog veel ervaren beperkingen op het gebied van ICT – ervaren als een zeer kansrijke vorm van samenwerking. Het kan een manier zijn om efficiënt om te gaan met financiële middelen doordat het gepaard gaat met een besparing in tijd (vooral aan de kant van de ouders) en kosten (vervanging van poliklinische controle in het ziekenhuis met alle kosten van dien). Om te komen tot de identificatie van de populatie die het meest gebaat zou zijn bij deze interventies liep het interprofessioneel consult bij indicatiestelling als rode draad door dit project. De toegevoegde waarde van dit overleg lag in het juist afstemmen van de zorginzet van de betrokken intra- en extramurale zorgverleners met de zorgbehoefte van kind en gezin. Door zorgverleners van alle betrokken achtergronden (verpleegkundigen, artsen en andere professionals) te betrekken bij een zorgplan komt er een doelmatig plan dat aansluit bij de actuele hulpbehoefte van kind en gezin en bijdraagt aan passende zorg.

Hiernaast is er binnen dit project geëvalueerd wat de rol van de extramuraal kinderverpleegkundige in het KinderComfortTeam idealiter zou zijn. Hierin zijn de beide KCT's tot de conclusie gekomen dat er, zoals reeds werd vermoed, op casusniveau een belangrijke toegevoegde waarde is van aansluiten bij het KCT. Dit draagt bij aan transmurale, interprofessionele zorg waarin wederom werkplezier en elkaar kennen voorop staan zoals beoogd binnen de doelstellingen van het project.

Als laatste is de meerwaarde van het huisbezoek van de behandelend kinderarts of andere behandelaar (verpleegkundig specialist) uitgewerkt en zijn hier zijn diverse kaders voor beschreven. Ook hier is in specifieke situaties, binnen de beschreven kaders, een meerwaarde van deze bezoeken.

"Ouders en kinderen vinden het fijn om een gesprek met de kinderarts voor te bereiden. Zo kunnen ze alle vragen stellen en komen alle punten die besproken moeten worden ook echt aan bod."

Kansen

De belangrijkste kansen lagen op het gebied van:

- Verbeterd werkplezier door meer begrip en betere samenwerking
- Efficiëntere en doelmatigere zorg
- Grotere patiënttevredenheid over de geboden zorg

Een suboptimaal ingericht transmuraal proces levert inefficiëntie op door verlies of vertraagd beschikbaar komen van informatie over de patiënt waardoor professionals over en weer tijd en energie kwijtraken aan het verkrijgen van een passend gedeeld beeld over de patiënt. Dit leidt daarmee tot suboptimale kwaliteit van zorg. Beide leiden daarbij ook tot verlies van werkplezier aan zijde van zorgprofessional en tot ontevredenheid over de geleverde zorg aan zijde van de kind en het gezin. Elkaar kennen, het creëren van kleine lokale netwerken en daarmee het voelen van een gedeelde verantwoordelijkheid geeft de betrokken partijen de mogelijkheid tot sneller ingrijpen, zowel in het ziekenhuis als thuis. Het bieden van kwaliteit van zorg en het ondersteunen in de zelfredzaamheid van kind en ouders levert winst op voor het kind en het gezin, leidt tot grotere efficiëntie en doelmatigheid en draagt in grote mate bij aan het werkplezier van de zorgverlener. Het is de ervaring van de projectgroep dat dit ook de patiënttevredenheid ten goede komt.

Uitdagingen

De belangrijkste uitdagingen om te komen tot goede interprofessionele transmurale zorg lagen op het gebied van:

Compatibiliteit van ICT-toepassingen

Coördineren van zorg

Financiering van zorg

De verschillen in inrichting van zorginformatiesystemen en aanverwante ICT-toepassingen bemoeilijkt verbetering op het gebied van samenwerking. Het overwinnen van deze uitdagingen vereist samenwerking tussen verschillende belanghebbenden in de gezondheidszorg, zoals zorgverleners, zorginstellingen, beleidsmakers en technologieleveranciers. Het vereist daarnaast ruimte en durf om te experimenteren.

En andere uitdaging bij het interprofessioneel en transmuraal werken is het effectief coördineren van zorg en communicatie tussen verschillende zorgverleners en kind en gezin. Dit kan leiden tot misverstanden, vertragingen in de zorgverlening en suboptimale zorg. Echter het ontstaan van lokale netwerken is, naast het aanwijzen van een coördinerend zorgverlener, de meest effectieve methode gebleken om dit om te buigen in effectieve en bijdragende communicatie. Daarbij hoort ook dat iedereen gedeelde verantwoordelijkheid voelt voor de zorg, weet wie wat kan doen en doet en hoe te escaleren en aanspreken bij problemen. Het actief houden van evaluaties van de samenwerking hoort hier ook bij. Het betrekken van kinderen en ouders bij transmurale zorg en ervoor zorgen dat ze actief deelnemen aan hun eigen zorg kan een uitdaging zijn, vooral als ze niet goed geïnformeerd zijn over de voordelen van deze benadering. De ervaring leert echter dat de voordelen al snel evident zijn en kinderen en ouders tot grote tevredenheid van alle betrokkenen de benodigde zorg op de benodigde plek kunnen ontvangen. Buiten de scope van dit project, maar wel relevant en ook aangestipt tijdens onze projectbijeenkomsten, valt de financiering van zorg. Bestaande financierings- en betalingssystemen in de gezondheidszorg sluiten niet altijd goed aan op de behoeften van transmurale zorg. Dit kan financiële belemmeringen opwerpen voor zorgverleners om samen te werken.

“Samenwerken is een waardevolle investering ook al kost het veel tijd”

Conclusie

Het project Interprofessionele Samenwerking in de Kindzorg heeft geleid tot een verbeterde samenwerking van de betrokken ketenpartners op 4 kinderleefdomeinen. Het uitwisselen van zowel professionals als ideeën en culturen tussen de betrokken organisaties heeft geleid tot meer begrip voor en bij zowel het intramurale als het extramurale werkveld. Dit resulteerde in een betere samenwerking en daarmee grotere werkvoldoening voor alle betrokken professionals. De warme overdracht en het digitale transmurale contact heeft tot gevolg gehad dat over en weer een beter inzicht in, begrip voor en samenwerking tussen de 4 kinderleefdomeinen is ontstaan. Die betere samenwerking maakt de zorg beter in te regelen, doelmatiger, passender en toegankelijker voor individuele patiënten. Betrokken zorgverleners kunnen de medische noodzaak, zorgvraag en hulpbehoefte van kind en gezin en eventuele andere (nieuwe) problematieken beter op elkaar afstemmen. Dat geldt nog sterker in de zorg voor de meest kwetsbare groepen. Door betere interprofessionele samenwerking kunnen belangrijke stappen worden gezet om te komen tot zorg van hoge kwaliteit die duurzaam, doelmatig, passend en betaalbaar blijft in het huidige, snel veranderende zorgklimaat.

Toekomstige transmurale projecten moeten bij de start inzetten op ondersteuning van adequate interprofessionele samenwerking met aandacht voor onderlinge contacten, communicatie, belangen, complexiteit van financieringsstromen en compatibiliteit van ICT-systemen.

“Het geeft me een gerust gevoel dat we onze wensen kunnen bespreken en dat ik daarin ook als ouder gehoord word.”

DOELSTELLINGEN EN INTERVENTIES

Doelstellingen en interventies

Het doel van dit project is het verbeteren van de kwaliteit van zowel de zorg middels transmurale samenwerking. Kwaliteit van zorg is hierin gedefinieerd als zorg die van hoge kwaliteit is, maar ook duurzaam, passend en betaalbaar. Om doel te bereiken zijn diverse interventies uitgewerkt en ingezet, gericht op het verbeteren van de transmurale samenwerking. Er is verder gekeken of dit leidt tot een betere blik op de thuissituatie, een betere bijsturing van de situatie thuis en betere samenwerking tussen het intramurale en extramurale werkveld.

Interventies

- **Uitwisseling kinderverpleegkundigen**
- **Warme overdracht**
- **Digitaal transmuraal contact**
- **Interprofessioneel consult bij indicatiestelling zorg**
- **Inzet van extramurale kinderverpleegkundige in het KinderComfortTeam**
- **Huisbezoek kinderarts**

Interventies

Uitwisseling Kinderverpleegkundigen

Het uitwisselen van zorgprofessionals tussen het intramurale en extramurale werkveld is binnen dit project met groot enthousiasme ontvangen en in praktijk gebracht. Het wisselen van perspectief helpt om elkaar beter te begrijpen doordat het bijdraagt aan meer kennis over elkaars werkplek en de kaders waarbinnen gewerkt wordt. Wederzijds begrip draagt in belangrijke mate bij aan een verbeterde transmurale samenwerking

doordat efficiëntie, communicatie en continuïteit van zorg bevorderd worden. Tevens leidt het tot nieuwe impulsen om verdere samenwerking te onderzoeken. Daarnaast resulteert het steeds weer in meer voldoening van het dagelijks werk. [12] In de huidige praktijk is hier, helaas, buiten incidentele scholingen en opleidingen om noch tijd, noch financiële ruimte voor, terwijl de resultaten, zowel op de korte als de langere termijn veelbelovend lijken. Er is binnen dit project een interventie gedaan om dit contact doelbewust te stimuleren en te creëren om zo te leren wat de meerwaarde precies is.

Doel

Het doel is het creëren van meer begrip tussen de intra- en extramuraal werkende kinderverpleegkundigen door middel van het faciliteren van een duurzame dialoog die bijdraagt aan goede transmurale zorg.

Proces

Vanwege de Coronapandemie en onmogelijkheden tot uitwisselen toen, hebben er over een langere periode uitwisselingen plaatsgevonden. Er is dan ook besloten om dit onderdeel als een rode draad door dit project te laten lopen.

Om informatie op te halen hebben alle kinderverpleegkundigen die tussen intra- en extramuraal werken uitgewisseld zijn een checklist ingevuld (zie bijlage). Deze checklist is gemaakt op basis van de ervaringen van de eerste kinderverpleegkundigen die van positie gewisseld hebben. Zo kregen de kinderverpleegkundigen die niet direct betrokken waren bij het project al een richting waarop te observeren tijdens de meeloopdag. Nadat de uitwisselingen waren voltooid hebben de kinderverpleegkundige projectleden gezamenlijk alle ervaringen gebundeld. Punten waarop de samenwerking nog verbeterd en versterkt kan worden zijn in de resultaten vermeld.

Resultaten

In alle gevallen werd het elkaar leren kennen als zeer positief ervaren. De (versterking van) de lokale netwerken dragen in belangrijke mate bij aan het hebben korte en efficiënte lijnen met elkaar. Ook draagt dit bij aan het gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid in de zorg voor patiënten.

Positieve ervaringen van extramurale kinderverpleegkundigen over het intramurale werk.

Alle kinderverpleegkundigen die extramuraal werken hebben al ervaring in de intramurale setting. Toch gaf het meelopen, na enige tijd alleen extramuraal gewerkt te hebben, weer belangrijke inzichten. Het was positief om te zien dat er intramuraal, net als extramuraal, steeds meer aandacht is voor traumavrije kindzorg. Concreter voorbeelden hiervan zijn: Emla, voorbereidingen door de pedagogisch medewerker, sucrose toedienen, comfort talk etc. Ook viel het op dat er steeds meer warme overdrachten gepland worden in het ziekenhuis.

Het AKZ (Amalia Kinderziekenhuis Nijmegen) werkt verder met het overdrachtsformulier uit de HIK. Dit wordt als prettig en compleet ervaren door de extramuraal kinderverpleegkundigen. Het sluit aan bij de extramurale werkwijze.

Positieve ervaringen van de intramurale kinderverpleegkundigen over het extramurale werk

De meeste intramuraal werkende kinderverpleegkundigen hebben niet in de extramurale setting gewerkt. Er heerste dan ook verbazing over de hoeveelheid rust en tijd die de extramuraal kinderverpleegkundige bij kind en gezin thuis heeft. Er is tijd voor goede intakegesprekken. Dit staat soms in schril contrast tot de beperkt beschikbare tijd voor een anamnese in het ziekenhuis. Daarnaast viel op wat de meerwaarde is van ‘bij mensen thuis’ kijken. Het geeft een mooi beeld hoe chaotisch of juist gestructureerd het er is en hoe de zorg voor het kind door ouders wordt vormgegeven. Hiermee is de waarde van de warme overdracht direct duidelijk. De extramuraal verpleegkundigen werken op basis van de vier kinderleefdomeinen en nemen daardoor de context, die zo van invloed is op het medische domein, mee in de zorg. In het ziekenhuis wordt de context van thuis van oudsher minder meegenomen. Tegenwoordig echter is er ook binnen de intramurale setting steeds meer aandacht voor de vier kinderleefdomeinen.

Het werd verder als bijzonder ervaren welke zorg er allemaal thuis geregeld kan worden. Het was een eyeopener dat wanneer de medische situatie het toelaat veel meer zorg thuis uitgevoerd kan worden. Het was niet iedereen bekend dat de kinderarts eindverantwoordelijk blijft voor het medische beleid buiten het ziekenhuis en dat de kinderarts een opdracht moet geven om een voorbehouden handeling uit te voeren (uitvoeringsverzoek).

Naast de zorginhoudelijke taken bleek er ook tijd om de coördinerende rol als kinderverpleegkundige op te pakken. Ook viel op dat de extramuraal kinderverpleegkundige reistijd heeft en dus niet direct aanwezig kan zijn, als de nood aan de man is. Het is daarom van belang om ouders al zoveel mogelijk zelfredzaam te maken en de 'what if' scenario's extra te trainen. Verder bleek het werken buiten het ziekenhuis veel minder solistisch dan vooraf gedacht. Er is veel en laagdrempelig intercollegiaal contact mogelijk, ondanks de afstanden.

De reikwijdte van de rol van de kindertransferverpleegkundige werd eveneens duidelijk. Ook na het ontslag is er nog contact mogelijk. Transferverpleegkundigen zijn een goede schakel voor zowel ouders als de kinderverpleegkundige thuis wanneer er vragen zijn rondom de zorg. Ook als schakel tussen het KinderComfortTeam en thuis is de transferverpleegkundige onmisbaar.

Ruimte voor verbetering in het leren kennen van elkaars werkveld en op welke punten kan de samenwerking versterkt/verbeterd worden? Van extramurale kinderverpleegkundigen voor intramurale kinderverpleegkundigen.

De punten waarop de samenwerking van het intra- en het extramurale veld versterkt kan worden liggen in lijn met de positieve ervaringen van de intramurale verpleegkundigen. Ten eerste moet er meer bekendheid worden gecreëerd bij de kinderverpleegkundigen en artsen in het ziekenhuis over de mogelijkheden van kinderverpleegkundige zorg buiten het ziekenhuis. Een uniforme werkwijze zou de samenwerking verder ten goede komen. Werken volgens de MKS-methodiek zou daar in de praktijk heel bruikbaar voor kunnen zijn. Bij opname is er dan direct meer aandacht voor andere kinderleefdomeinen (sociaal, ontwikkeling en veiligheid) naast uiteraard het medische domein. Dit komt terug in een complete anamnese volgens de HIK.

Als kinderen het ziekenhuis verlaten zou het goed zijn om bij problematiek op verschillende kinderleefdomeinen (complexe casuïstiek) tijdig een zorgvraag aan te melden bij een kinderthuiszorgorganisatie. Dat zorgt ervoor dat er meer tijd is om de overdracht van zorg goed te organiseren. Het aanvullen van de kinderverpleegkundige

Als ik over een jaar terugkijk ben ik trots als; IPS gestandaardiseerd en geïmplementeerd in richtlijnen en protocollen in alle ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties en er toereikende computersystemen zijn. Als er aandacht hiervoor in medische en vpk studies en als onderdeel van elk inwerktraject. Daarnaast zou iedereen de kans moeten krijgen om intra-extramuraal meekijken in je regio.

overdracht met informatie van de medisch pedagogisch medewerker, als die betrokken is bij het aanleren van of voorbereiden op een handeling, zou waardevol zijn. Verder moet de overdracht duidelijke informatie bevatten over wie de hoofdbehandelaar is, maar ook vermelden met wie contact opgenomen kan worden bij vragen. Dat is niet altijd de hoofdbehandelaar, maar kan soms ook de verpleegkundige specialist, CTB of bijvoorbeeld de wondconsulent zijn.
Om de zorg verder goed aan te laten sluiten moet er rekening worden gehouden met de benodigde materialen thuis. Er moet geverifieerd worden dat die goed aansluiten op de daadwerkelijke behoefte thuis.

Ruimte voor verbetering in het leren kennen van elkaars werkveld en op welke punten kan de samenwerking versterkt/ verbeterd worden? Van de intramurale kinderverpleegkundigen voor extramurale kinderverpleegkundigen.

Wat intramuraal als een struikelblok wordt ervaren is het ontbreken van (warme) overdrachten terug naar het ziekenhuis. De kinderverpleegkundige uit het KinderComfortTeam, maar ook de betrokkenen op de afdeling missen een overdrachtsmoment met de thuiszorg als een kind heropgenomen wordt. Het zou fijn zijn en de zorgkwaliteit in het ziekenhuis na terugkeer van het kind verhogen, wanneer de extramuraal kinderverpleegkundige contact opneemt met de kinderverpleegkundige van de afdeling bij heropname voor een warme overdracht.
Verder zou het goed zijn om aandacht te hebben voor samenwerken volgens dezelfde protocollen. Zodoende is de overgang, ook voor ouders, minder groot.
Ook zou het helpen als de intramuraal kinderverpleegkundigen meer informatie krijgen over de werkwijze en diensten van de thuiszorgorganisatie zodat ouders beter kunnen worden voorbereid en verwachtingsmanagement kan worden toegepast.
Verder moet er in de samenwerking meer aandacht zijn voor de transitie naar volwassen thuiszorg. Dit is intramuraal soms minder strikt geregeld, maar de thuiszorg voor kinderen stopt bij KinderThuisZorg in principe bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar. Dit verschilt van organisaties die ook met volwassen teams werken.

Verder moet er aandacht zijn in de samenwerking voor de transitie naar volwassen thuiszorg. Dit is intramuraal soms minder strikt echter de thuiszorg voor kinderen stopt bij een organisatie voor kinderen in principe bij 18 jaar. Dit verschilt va organisaties die met volwassen teams werken.

Aanbevelingen

Hoewel alle deelnemend verpleegkundigen gedifferentieerd kinderverpleegkundigen zijn, leert een uitwisseling dat er essentiële verschillen zijn in de werkzaamheden zelf en in de beleving ervan. De meerwaarde van uitwisselen en elkaar positief kritisch bekijken is dan ook groot.

- Blijf zo mogelijk regelmatig met elkaar uitwisselen. Dit draagt bij aan meer begrip een waardering voor elkaars werkveld. Transmuraal opleiden en transmuraal werken zijn voorbeelden die bijdragen aan de continue uitwisseling en zorg zonder muren.
- Creëer meer bekendheid bij de intramurale kinderverpleegkundigen en kinderartsen over de mogelijkheden van kinderverpleegkundige zorg buiten het ziekenhuis. Daardoor kunnen meer kinderen die behandeld worden in het ziekenhuis sneller met zorg naar huis.
- Werk samen volgens Medische Kindzorg Samenwerking (MKS). Eén van de doelen van het MKS is, dat het kind en de ouders/verzorgers en alle betrokken professionals met elkaar samenwerken in hetzelfde Zorgplan. Dit Zorgplan is gebaseerd op de behoeften van het kind en het gezin en sluit aan bij de vier kinderleefdomeinen die in kaart zijn gebracht met de Hulpbehoeftescan kind & gezin.

MKS - 4 kinderleefdomeinen

Samenvatting

Uitwisselen draagt bij aan meer kennis over elkaars werkzaamheden en creëert lokale netwerken waardoor kinderverpleegkundigen beter transmuraal kunnen samenwerken. Het geeft de intramurale kinderverpleegkundigen ook meer kennis over de mogelijkheden van kinderverpleegkundige zorg buiten het ziekenhuis waardoor kinderen sneller met zorg naar huis kunnen en andersom geeft het de extramurale kinderverpleegkundige inzicht in welke complexe, multidisciplinaire zorg er intramuraal geboden wordt. Door betere afstemming over zorg en een meer eenduidige werkwijze en informatieoverdracht verlopen transities van ziekenhuis naar huis en terug steeds beter wat bijdraagt aan meer werkplezier, maar vooral aan betere kwaliteit van zorg aan kinderen en hun gezinnen.

Warme overdracht

Een warme overdracht is een moment waarop intra- en extramuraal werkzame zorgverleners en ouders samen komen om te bespreken wie kind en gezin zijn en wat er zowel op medisch vlak als op de andere kinderleefdomeinen speelt. Ook wordt er besproken hoe de opname of afgelopen tijd thuis er uit heeft gezien en wat de verwachtingen zijn voor de (nabije) toekomst. De warme overdracht is uiteraard geen nieuw fenomeen. Alle betrokken organisaties waren reeds bekend met het doen van warme overdrachten. Warme overdrachten werden voorafgaand aan dit project echter alleen georganiseerd op individueel initiatief wanneer men opmerkte dat dit nodig was om de zorg zo goed mogelijk te kunnen continueren. In de praktijk kwamen warme overdrachten sporadisch voor en ze verliepen zonder duidelijke inhoudelijke structuur en plan.

De warme overdracht wordt vanuit de projectgroep gedefinieerd als overdracht van informatie conform de richtlijn Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK), vormgegeven als een persoonlijk contact, dat fysiek, telefonisch of digitaal plaatsvindt. Het betreft overdracht van zorg op de vier kinderleefdomeinen medisch, sociaal, ontwikkeling en veiligheid.

Doel

Doelen van een warme overdracht is, naast het optimaliseren van netwerkzorg en interprofessionele samenwerking, door inzet van korte communicatielijnen een duidelijk en gedeeld beeld van kind en gezin te creëren bij alle betrokken disciplines, over alle kinderleefdomeinen.

De doelgroep zijn kinderen die verpleegkundige zorg thuis (gaan) ontvangen of hebben ontvangen en waarbij een warme overdracht, conform bestaande richtlijnen (HIK, etc) meerwaarde heeft. Deze meerwaarde doet zich volgens de projectgroep voor als er sprake is van een of meer van de volgende omstandigheden:

1. Meervoudige medische problemen;
2. Problematiek op minimaal één van de niet-medische leefdomeinen;
3. Chroniciteit, langdurige zorg;
4. Er bestaat bij een van de betrokken partijen behoefte aan persoonlijk contact.

Proces

De warme overdracht in het project wordt uitgevoerd door minimaal een kinderverpleegkundige intramuraal en een kinderverpleegkundige, werkzaam bij een thuiszorgorganisatie voor kinderen. Idealiter sluiten hier andere betrokken zorgverleners zoals de kinderarts, pedagogisch medewerker en andere betrokkenen bij aan. De warme overdracht kan in verschillende situaties wenselijk zijn en een meerwaarde bieden. Denk aan:

1. Ontslag van klinische opname naar huis
2. Klinische opname vanuit thuis
3. Poliklinisch bezoek

Organisatie

Bij het initiëren van de warme overdracht speelt de transferverpleegkundige een centrale rol. Een transferverpleegkundige screende op wenselijkheid van een warme overdracht bij ieder ontslag, in ieder geval als de zorg werd overdragen aan KinderThuisZorg, in latere instantie ook bij andere zorgaanbieders.

De kindertransferverpleegkundige legt het contact met de thuiszorgorganisatie conform de normale structuur. Complexe aanmeldingen (infuuszorg, terminale zorg etc.) worden altijd eerst telefonisch overlegd. In dit eerste contact wordt laagdrempelig de wenselijkheid van een warme overdracht besproken. De warme overdracht wordt idealiter door de teamleider in samenwerking met de verpleegkundige, die voor het betreffende kind zorgt, gepland.

De warme overdracht zelf vond bij voorkeur fysiek in het ziekenhuis plaats. Wanneer echter een fysieke ontmoeting onmogelijk bleek, dan werd er gekozen voor een overdracht via een beeldverbinding. Hierbij werd per organisatie gekozen voor een verschillend communicatiemiddel conform de afspraken rondom de AVG.

Format

Alle overdrachten zijn uitgevoerd volgens een vast format, conform de richtlijn HIK. In dit overdrachtsformat kan alle informatie binnen de vier kinderleefdomeinen gedeeld worden.

Resultaten

De warme overdracht is van duidelijke meerwaarde bij het overdragen van de zorg naar de thuissituatie. De voorkeur gaat duidelijk uit naar een fysieke warme overdracht waarbij ouders meteen kennis kunnen maken met de extramurale kinderverpleegkundige. Wanneer er sprake is van een taalbarrière, wordt aan de fysieke warme overdracht door alle betrokken partijen nog extra meerwaarde toegekend. In alle gevallen bleek het zo te zijn dat er door de interactie tussen de betrokkenen een completer beeld geschetst werd van de situatie. Hetzelfde werd ervaren bij complexe zorg en intensieve casuïstiek. Wanneer er (noodgedwongen) werd gekozen voor een telefonische overdracht was ofwel de fysieke afstand tussen het ziekenhuis en het betrokken thuiszorgteam te groot. De tijdsinvestering was daardoor op dat moment niet realiseerbaar. Ofwel de aanmelding van de casus bij de kindertransferverpleegkundige te laat om een fysieke warme overdracht te kunnen organiseren.

32

Er hebben 32 warme overdrachten plaatsgevonden volgens de vooropgestelde criteria. Zesentwintig maal vanuit een opname naar huis en 5 van thuis terug naar het ziekenhuis. Er was geen essentieel verschil in uitdagingen en kansen in de evaluaties met het projectteam. Er was ook geen verschil merkbaar in thematiek tussen de academische huizen.

Andere waarnemingen waren dat een goede organisatie van de warme overdracht cruciaal is om de uitvoer ervan soepel te laten verlopen. Verder bleek dat de benodigde tijd om tot een compleet ingevuld HIK formulier te komen significant verkort werd door aanwezigheid van volledig ingevulde anamnese op de vier kinderleefdomeinen. Ook is er ervaren dat het doen van de warme overdracht gezamenlijk met ouders, extramuraal- en ziekenhuisverpleegkundige tijd scheelde. Verder is het met betrekking tot de uit te voeren handelingen die door ouders kunnen worden aangeleerd van meerwaarde dat de verpleegkundigen de handelingen in het ziekenhuis voor kunnen doen en de resultaten kunnen delen met zowel ouders als thuiszorgverpleegkundige. Dit om te waarborgen dat de handelingen, thuis en in het ziekenhuis op dezelfde manier worden uitgevoerd.

Warme overdracht naar het ziekenhuis

Vanuit de thuissituatie naar het ziekenhuis hebben ook enkele warme overdrachten plaatsgevonden. Het doen van de warme overdracht richting het ziekenhuis bleek echter minder op het netvlies te staan. Indien patiënten met spoed opgenomen worden is het soms langere tijd niet bekend bij de extramuraal verpleegkundige wat de warme overdracht terug bemoeilijkt. Indien er sprake is van een geplande opname zou deze horde niet moeten bestaan. Echter ook hier blijkt in de praktijk dat deze informatie via ouders gedeeld moet worden.

Polikliniek

Het proces rondom het indiceren en uitvoeren van een warme overdracht bij polipatiënten is in een van de organisaties uitgevoerd. Dit bleek uitdagender dan bij klinische patiënten. Allereerst is er bij polipatiënten alleen een arts aanwezig, wat maakt dat die het verpleegkundige overdrachtsformulier zelf moet invullen. Dit vraagt een andere denkwijze van de arts die afwijkt af van het huidige takenpakket. Daarnaast is het invullen van het overdrachtsformulier een tijdrovend proces gebleken. Echter, juist ook bij de polipatiëntenpopulatie is het wel degelijk van belang om een effectieve interprofessionele communicatie, korte lijnen en een duidelijk beeld van kind en gezin bij alle betrokken disciplines na te streven.

Zorg bij kinderen met problemen binnen twee of meer kinderleefdomeinen altijd voor een warme overdracht. Organiseer ook altijd een warme overdracht terug naar het ziekenhuis bij een geplande of spoed (her)opname.

Aanbevelingen

1. Geef meer bekendheid aan de meerwaarde van de warme overdracht bij specifieke patiëntgroepen.
2. Evalueer systematisch, per transfermoment (van thuis naar opname, van opname naar thuis, van thuis naar polikliniek en vice versa) of een warme overdracht

geïndiceerd is. Juist ook bij de polipatiëntenpopulatie is het wel degelijk van belang om een effectieve interprofessionele communicatie, korte lijnen en een duidelijk beeld van kind en gezin bij alle betrokken disciplines na te streven.

3. Zorg voor timemanagement. Om bovenstaande in goede banen te leiden is op tijd aanmelden essentieel.
4. Zorg dat als het enigszins mogelijk is dat (één van de) ouders aansluit bij de warme overdracht. Zij hebben een onvervangbare inbreng vanuit hun expertise als ouder. Bijkomend voordeel is dat zij kennismaken met de kinderverpleegkundige die bij hen thuis zal komen.
5. Het is een absolute voorwaarde dat zowel de intramuraal als extramuraal verpleegkundige die aansluit bij de warme overdracht op de hoogte is van de casus en in voldoende mate uit gepland zijn van andere zorgtaken op dat moment.
6. Handhaaf van een vast format van deze overdracht, waarbij de door de kinderverpleegkundige beroepsgroep geformuleerde benadering aangehouden wordt, met systematische aandacht voor de diverse leefdomeinen waarin de zorg zich afspeelt.

Samenvatting

Het implementeren van de warme overdracht laat uitdagingen en kansen op meerdere gebieden zien. Over het algemeen hebben de betrokken disciplines een prettige en effectieve samenwerking ervaren, net zoals ouders en kind hebben een prettige overgang van ziekenhuiszorg naar thuissituatie hebben doorgemaakt. De verwachtingen worden bij een warme overdracht goed op elkaar afgestemd en men ervaart dat er een betere uitleg mogelijk is. Ouders leren de thuiszorgverpleegkundige in het ziekenhuis kennen, wat de overgang naar huis makkelijker maakt.

Digitaal transmuraal contact

Het digitale contact is een intensieve manier van opvolgen van het kind en de ouders door de betrokken intramuraal behandelaar en de extramuraal werkende kinderverpleegkundige, waarbij proactief het ingezette beleid geëvalueerd en zo nodig aangepast kan worden en waarbij erop mogelijke problemen in de vier kinderleefdomeinen geanticipeerd kan worden. Dit kan zowel worden ingezet na klinisch ontslag als vanuit het poliklinisch zorgproces. Wat deze interventie onderscheid van het multidisciplinair overleg of poliklinisch bezoek is dat de extramuraal verpleegkundige in het gezin aanwezig is als de oren en ogen van de op afstand aanwezige behandelaar. Gezamenlijk kunnen er zo zorgdoelen geformuleerd en geëvalueerd worden. Deze verbetering en versterking van de continuïteit van zorg kan in potentie heropnames voorkomen. Ook door de juiste gezamenlijke indicatiestelling en het bevorderen en ondersteunen van de zelfredzaamheid van kind en ouders kunnen heropnames voorkomen worden. De digitale visite moet ingezet worden als substitutie voor andere vormen van zorg (waarbij te denken valt aan fysieke poliklinische controle, multidisciplinaire overleggen of telefonische consulten). Het komt dus in plaats van en niet erbij. Dit kan tijdwinst opleveren voor kind en ouders en scheelt reiskosten. Doordat de zorg meer thuis kan worden geleverd terwijl continuïteit is verzekerd, houden kind en ouders meer regie. Hiervan weten we dat het leidt tot minder afhankelijkheid en een grotere tevredenheid. [9,13]

Het heeft de potentie om in de gehele keten, zowel voor als na ontslag uit het ziekenhuis problemen te identificeren en voorkomen. Dit leidt tot een betere afstemming en daardoor minder verstoring van het traject dat kind en gezin doorlopen.

Doel

Het doel van het digitaal contact een completer beeld te verkrijgen van de thuis geboden behandeling en effecten hiervan op ziekte(herstel) en kwaliteit van leven te evalueren en vervolgens behandelingen aan te kunnen passen of voort te zetten

middels verbeterde interprofessionele afstemming.
De doelgroep bestaat uit kinderen met problemen en/of te verwachten problemen op meerdere kinderleefdomeinen en/of kinderen met complexe problematiek waarbij er nog vervolgzorg ingezet is van de extramuraal werkende kinderverpleegkundige.

Proces

Vanuit het project hebben we het wenselijke proces om tot een digitale visite te komen beschreven en getracht dit proces te stroomlijnen.

- Voorafgaand aan de digitale visite bereidt de extramuraal werkende kinderverpleegkundige de visite samen met kind en ouders voor aan de hand van een, door de projectgroep opgesteld voorbereidingsformulier. Dit formulier is opgesteld aan de hand van de vier kinderleefdomeinen. Het formulier kan desgewenst een aantal dagen voor de visite toegestuurd worden naar de medisch specialist zodat die zich ook voor kan bereiden.

- De tijdsduur van een digitale visite is 15-20 minuten. Het is daarmee een contact dat vergelijkbaar is met een poliafspraak.

- De werkwijze is analoog aan die van het videoconsult.

- Vastlegging van de digitale visite vindt plaats in het patiëntendossier aan zowel de zijde van het kinderziekenhuis als die van de KinderThuisZorg.

Resultaten

Het bleek uitdagend om digitale transmurale contacten te organiseren. Verder was de uitrol naar andere artsen, buiten het project, uitdagend door de gevreesde digitale hordes.

7

Er zijn 7 digitale visites geweest in de loop van het project. Er waren belangrijke uitdagingen en kansen te identificeren gerelateerd aan tijd, interoperabiliteit en organisatie van de digitale visite. Dit was echter voor beide academische huizen op thematiek gelijk.

Feedback betrokken professionals

De ervaring van zorgverleners was eenduidig positief wanneer de drempel van het organiseren eenmaal was overwonnen. De digitale visite bleek een geschikt instrument om een beeld te krijgen van de thuis geboden behandeling en effecten hiervan op ziekte(herstel). Mede door de voorbereiding van de extramuraal kinderverpleegkundige met kind en gezin bleek het een goed instrument om de kwaliteit van leven te evalueren en vervolgens behandelingen aan te kunnen passen of voort te zetten middels verbeterde interprofessionele afstemming.

De redenen die daarvoor zijn aangedragen verschillen van ‘zicht op de thuissituatie bij problematiek binnen meerdere kinderleefdomeinen’ tot het ‘hebben van een kinderverpleegkundig blik in de thuissituatie’.

De betrokken medisch specialist had na de digitale visite een beter beeld van de thuissituatie en de problemen waar ouders met hun kind tegen aanliepen. Er kon, na een digitale visite sneller op de thuissituatie worden geanticipeerd en het beleid werd adequaat op die situatie aangepast. Doordat de verpleegkundige bij de ouders thuis was, kon zij het nieuwe beleid meteen goed uitleggen aan ouders en verwerken in het verpleegkundig dossier. De verpleegkundigen merkten dat door deze samenwerking de lijntjes korter werden en het contact erna sneller en makkelijker gemaakt werd.

Feedback vanuit ouders

Vanuit de ouders werd er als feedback gegeven dat ze zich beter gehoord en serieus genomen voelden doordat er werd geanticipeerd op hun vragen en onzekerheden zoals die in het voorbereidingsgesprek naar voren waren gekomen. Daarnaast was men blij niet naar de polikliniek te hoeven komen daar het voor kinderen met meervoudige problematiek, nog meer dan voor volwassenen, een enorme (fysieke) belasting is.

Belemmerende factoren

Belemmerende factoren waren het plannen van een datum en tijdstip waarop alle partijen, inclusief ouder en kind, aanwezig konden zijn. Het heeft de voorkeur dat de extramuraal werkende kinderverpleegkundige die de voorbereiding van de visite

doet, ook persoonlijk aansluit bij de digitale visite. Dit bleek plan technisch een uitdaging. Ook bleek het niet altijd eenvoudig om de voorbereiding door de ouders en de extramuraal werkende verpleegkundige een week voorafgaand aan de visite te plannen. Toch is die week van belang om het voorbereidingsformulier op tijd toe te kunnen sturen naar de betrokken arts.
Een andere belangrijke belemmering voor deze vorm van zorg is de omslachtige organisatie van de digitale visite door niet goed aansluitende ICT-voorzieningen. Het toevoegen van een tolk via de digitale spreekkamer bleek daardoor ook lastig. De organisatie van digitale visites liep nu vooral via informele lijnen en eigen netwerken. Er moet in de praktijk dus ingezet worden op een eenvoudige, generieke manier om over en weer behoefte tot digitale visite kenbaar te kunnen maken.

Kansen

Digitale contacten zijn bruikbaar voor de meest kwetsbare kinderen. Ze zijn ook goed in te zetten om toegankelijkheid tot zorg te verbeteren bij gezinnen met weinig financiële middelen, problemen met transport naar ziekenhuis, lage geletterdheid (mits de digitale middelen van de extramuraal kinderverpleegkundige worden gebruikt). Digitale visite voorkomt onnodige bezoeken aan het ziekenhuis en bespaart ouders dus kosten en tijd. Het geeft ouders die werken meer ruimte voor de gewone werkzaamheden. Aanwezigheid van extramuraal verpleegkundigen en goede voorbereiding voorkomt dat in het contact alleen focus is op het medische deel en andere problemen onvoldoende aandacht krijgen. Dit kan de therapietrouw verbeteren.

Als ik over een jaar terugkijk ben ik trots als; Digitale visites ‘normaal’ zijn en zorgen voor meer transparantie thuis en dat het gezin minder vaak naar het ziekenhuis hoeft.

Aanbevelingen

- De digitale visite moet ingezet worden als substitutie voor andere vormen van zorg (waarbij te denken valt aan fysieke poliklinische controle, multidisciplinaire overleggen of telefonische consulten). Het komt dus in plaats van en niet erbij.
- ICT-voorzieningen moeten op orde zijn. Idealiter is er een goede mogelijkheid om gegevens (tussen ziekenhuis en thuiszorg) over en weer uit te wisselen en is er sprake van eenmalige registratie voor meervoudig gebruik van data.
- Voorbereiding is de sleutel tot een zinnig en efficiënt overleg. Het is belangrijk dat ouders en thuiszorg verpleegkundigen zich voorbereiden op wat belangrijk is om te delen met de medisch specialist en zich realiseren welke medische informatie er nodig is om de conditie van het kind te kunnen inschatten.
- Verantwoordelijkheden rondom vastlegging van gegevens moeten duidelijk belegd zijn.

Samenvatting

De digitale visite is – ondanks nog veel ervaren beperkingen op het gebied van ICT – een zeer kansrijke vorm om de samenwerking tussen ziekenhuis en thuis structureel te verbeteren. Het kan een manier zijn om efficiënt om te gaan met financiële middelen doordat het gepaard gaat met een besparing in tijd (vooral aan de kant van de ouders) en kosten (vervanging van poliklinische controle in het ziekenhuis met alle kosten van dien).

Interprofessioneel consult bij indicatiestelling zorg

Het interprofessioneel consult op indicatiestelling van zorg is een van de beschreven interventies binnen dit project. De toegevoegde waarde van dit consult ligt in het juist afstemmen van de zorgwensen van de betrokken intra- en extramurale zorgverleners met de zorgbehoefte van kind en gezin. Door zorgverleners van alle betrokken achtergronden (verpleegkundigen, artsen en andere professionals) te betrekken bij een zorgplan komt er een zo accuraat en gecoördineerd mogelijk plan dat aansluit bij de actuele behoefte aan passende zorg. Tijdens het project bleek deze interprofessionele uitwisseling verweven in zowel de warme overdracht, als het digitale contact en de regelmatige uitwisseling tussen kinderverpleegkundigen van binnen en buiten het ziekenhuis. Dit interprofessioneel consult liep daarmee als een rode draad door de diverse interventies en is daarom bij al deze interventies meegenomen en niet als een aparte interventie behandeld. Duidelijke uitkomstmaten van deze interventie zijn niet separaat van de andere interventies te noemen. Nieuw aan de invalshoek van het interprofessioneel consult is echter dat intra- en extramurale zorgverleners vanuit alle rollen betrokken worden bij het juist stellen van de indicatie tot zorg. Binnen alle interventies was er dan ook aandacht voor verschillende vragen: ‘welke zorgverlener overziet welk deel van de zorg?, welke zorgverlener is het aanspreekpunt voor kind en gezin en op welk moment geldt dit?, wie is er eindverantwoordelijk?, met wie moet elk overleg plaatsvinden?’ Uitgangspunten zijn daarbij steeds het bewaken en bevorderen van de autonomie van kind en gezin om zo een duurzame overgang van ziekenhuis naar huis te bewerkstelligen.

Landelijk Actieplan Zeggenschap

Als ik over een jaar terugkijk ben ik trots als; We niet anders meer weten dan dat we werken met een zorgplan volgens de 4 kinderleefdomeinen.

Inzet van een extramurale kinderverpleegkundige in het KinderComfortTeam

Palliatieve zorg aan kinderen is bij uitstek een terrein waar transmurale samenwerking een voorwaarde is om deze zorg optimaal uit te voeren. De kinderpalliatieve zorg voor kinderen wordt landelijk gecoördineerd door kindercomfort teams (KCT's), welke op kennisniveau verbonden zijn aan de UMC's.

Het doel van dit deelproject was om te onderzoeken of het structureel aansluiten van een extramurale kinderverpleegkundige bij het MDO van een kinder comfort team van toegevoegde waarde is m.b.t de hierboven genoemde transmurale samenwerking. Waarbij uitwisseling van elkaars kennis, kunde en toewerken naar en zelfde werkwijze bevorderende factoren kunnen zijn binnen de transmurale samenwerking
Door met elkaar op dezelfde wijze naar een kind en gezin te kijken, zoals bijv. binnen de 4 leefdomeinen van MKS, en te werken binnen hetzelfde format van een individueel zorgplan kan het dit plan een kind volgen binnen en buiten het ziekenhuis.

Doel

Het doel is het onderzoeken van mogelijkheden voor een duurzame dialoog en het verkennen van nieuwe paden van samenwerking tussen intra en extramuraal werkende kinderverpleegkundigen die bijdragen aan betere transmurale zorg voor deze complexe categorie patiëntjes.

Proces

Beide betrokken academische huizen zijn in het bezit van een KinderComfortTeam. Kinderartsen en verpleegkundig consulenten/verpleegkundig specialisten en coördinatoren zijn bij alle casussen betrokken. Daarnaast zijn er zeer diverse expertises beschikbaar, die altijd in multidisciplinaire besprekingen betrokken worden: transferverpleegkunde, maatschappelijk werk, geestelijke verzorging, pedagogische zorg, educatieve dienstverlening, kinderpsychologie, ethiek, diëtetiek, huisartsgeneeskunde, diverse kinderarts subspecialisaties, anesthesiologie.
In de loop van een palliatief traject vindt er vrijwel altijd een huisbezoek plaats door de verpleegkundig consulent/specialist. Soms gebeurt dit samen met de kinderarts. Voor de invulling van de palliatieve (terminale) zorg wordt vrijwel altijd – de samenwerking met behandelaren nabij de woonplaats van de patiënt gezocht. Bij de opzet van dit

zorgnetwerk wordt vrijwel altijd een extramuraal kinderverpleegkundige betrokken, werkend vanuit een thuiszorgorganisatie. In de huidige situatie nemen Deze verpleegkundigen deel aan multidisciplinaire besprekingen. Daarnaast is er wanneer nodig contact met respectievelijke leden van het KCT. Bij een van de participerende organisaties is de structurele aanwezigheid/deelname aan het wekelijks MDO onderzocht. Na evaluatie blijkt dat het geen toegevoegde waarde heeft om een extramuraal kinderverpleegkundige casus-overstijgend deel te laten nemen aan het wekelijks MDO van het KCT.

Resultaten

Er is helaas maar een enkel ervaring door de vroege analyse van een van de organisaties da dit niet van toegevoegde waarde zou zijn.

Het lijkt erop dat aansluiten van extramurale verpleegkundige bij een MDO van KCT alleen op casus niveau een directe toegevoegde waarde heeft. De huidige privacywetgeving bemoeilijkt het participeren omdat ook intramurale patiënten besproken worden. De vroegtijdige signalering om thuiszorg in te schakelen blijkt parallel te lopen met de signalering hiervan door de transferverpleegkundige. Gezien de beschikbare tijd is er niet altijd voldoende ruimte en tijd voor alle vragen/zaken m.b.t de thuissituatie te bespreken.

Het aansluiten bij het MDO heeft echter wel wederzijdse herkenning en erkenning van elkaar als partners in zorg opgeleverd en daardoor bijgedragen aan een duurzame basis voor samenwerking.

0

Er hebben er diverse huisbezoeken plaatsgevonden van verpleegkundig specialisten vanuit de rol binnen het kindercomfortteam.

De meerwaarde van het aan laten sluiten van de extramurale kinderverpleegkundige in het KCT is op casus niveau groot. De lijnen zijn in deze vorm van zorg gelukkg meestal al kort en dit is ook nodig om kinderen en gezinnen de ondersteuning te bieden die ze nodig hebben.

Aanbevelingen

- Het is aan te bevelen is om een extramurale verpleegkundige bij een MDO van KCT op casusniveau uit te nodigen omdat dit van belangrijke toegevoegde waarde is.

Samenvatting

Voor de invulling van de palliatieve zorg wordt noodzakelijkerwijs ook altijd de samenwerking met behandelaren nabij de woonplaats van de patiënt gezocht. Hierbij wordt vrijwel altijd de extramuraal kinderverpleegkundige betrokken, meestal werkend vanuit een thuiszorgorganisatie. Het is momenteel voldoende om deze werkwijze te hanteren en verpleegkundigen op casusniveau uit te nodigen bij de multidisciplinaire besprekingen. Daarnaast is er, wanneer dat nodig is, laagdrempelig contact met leden van het KCT mogelijk.

Huisbezoek kinderarts

In het plan van aanpak van dit project is ruimte gemaakt voor het ontwikkelen van een format voor bezoek aan huis door de kinderarts. Op dit moment is de praktijk dat de kinderarts zelden een kind en gezin aan huis bezoekt. De belangrijkste redenen om kind en gezin tóch thuis te bezoeken zijn dat er geen mogelijkheid is voor het kind om te reizen (bijvoorbeeld in de setting van levenseindezorg) én/of dat er in het ziekenhuis geen zorgprofessional dichtbij (bijvoorbeeld extramuraal verpleegkundige of huisarts) is die in overleg met de kinderarts tot de juiste zorg kan komen. Een andere valide reden zouden kunnen zij dat de verwachting is dat het bezoek aan huis essentiële informatie oplevert die niet verkregen wordt bij een ziekenhuisbezoek. Bij het bezoeken van kind en gezin thuis zijn er echter ook belangrijke belemmeringen. De belangrijkste drempel voor huisbezoek door de kinderarts is de benodigde extra investering in reistijd. Deze tijd kan niet voor andere patiënten worden ingezet. De toegevoegde waarde voor de patiënt en het zorgteam (microniveau) kan hier echter mee in verhouding staan. Op macroniveau zal het afleggen van huisbezoeken door de kinderarts leiden tot een hoger aantal benodigde beschikbare kinderartsen. De bekostiging van zorg brengt verdere complexiteit met zich mee. De extra inspanning wordt niet financieel gedekt. Een andere drempel is echter gerelateerd aan de verzekering voor het extramuraal verrichten van werkzaamheden. Hierin wordt niet altijd voldoende aandacht besteed aan de beroepsaansprakelijkheidsverzekering. Aangezien het anderhalvelijnszorg betreft vindt de zorg elders plaats. Daarvoor biedt de ziekenhuisverzekering over het algemeen geen dekking. Een andere drempel die relevant is, is dat het voor ouders ook belastend kan zijn om bezoek te ontvangen. Ouders kunnen het gevoel hebben iets te moeten doen voor de arts. Dit kan zich uiten in eten halen, de verwarming hoog zetten en andere zaken die een ongewenste, financiele impact hebben op kind en gezin.

Doel

Exploreren of de inzet van de kinderarts in het extramurale werkveld kan bijdragen aan verbeterde transmurale zorg.

Proces

Het daadwerkelijke huisbezoek door de kinderarts heeft niet plaats gevonden binnen

dit project vanwege de hierboven geschetste bezwaren. Er zijn echter stappen gezet in de indicatiestellingen en het nadenken over en uitzoeken van de benodigde randvoorwaarden. Verder zijn er huisbezoeken gedaan door een verpleegkundig specialist.

Resultaten

Het huisbezoek van de kinderarts heeft binnen dit project niet plaatsgevonden. Wel hebben er huisbezoeken door een verpleegkundig specialist plaatsgevonden.

De verkenning van de manier waarop een huisbezoek door kinderarts (of ander intra-muraal werkende specialist) meerwaarde kan hebben bij transmurale zorg leidde tot een 'menukaart' van interventies welke eerst zouden moeten worden ingezet alvorens over te gaan tot een huisbezoek. Deze menukaart ziet er als volgt uit:

1. Intensiveren contact kinderarts/ extramuraal kinderverpleegkundige/ extramuraal arts over observaties/ zorgen/ wensen.
2. Warme overdracht bij ontslag/ heropnames.
3. Digitale visite/ Digitaal MDO (huisarts/ ouders/ kinderarts/ extramuraal kinderverpleegkundige)
4. Huisbezoek extramuraal arts/ verpleegkundig specialist/ huisarts
5. Huisbezoek kinderarts

Om het huisbezoek van een intramuraal werkzame medisch specialist structureel als interventie in te kunnen zetten zijn er belangrijke barrieres geïdentificeerd welke eerst moeten worden opgelost. Het gaat hierbij over bekostiging, aansprakelijkheid / verzekering, communcatie / verslaglegging en sociale impact op kind en gezin.

0

Er hebben geen huisbezoeken plaatsgevonden van kinderartsen. Wel hebben er diverse huisbezoeken plaatsgevonden van verpleegkundig specialisten vanuit de rol binnen het kindercomfortteam.

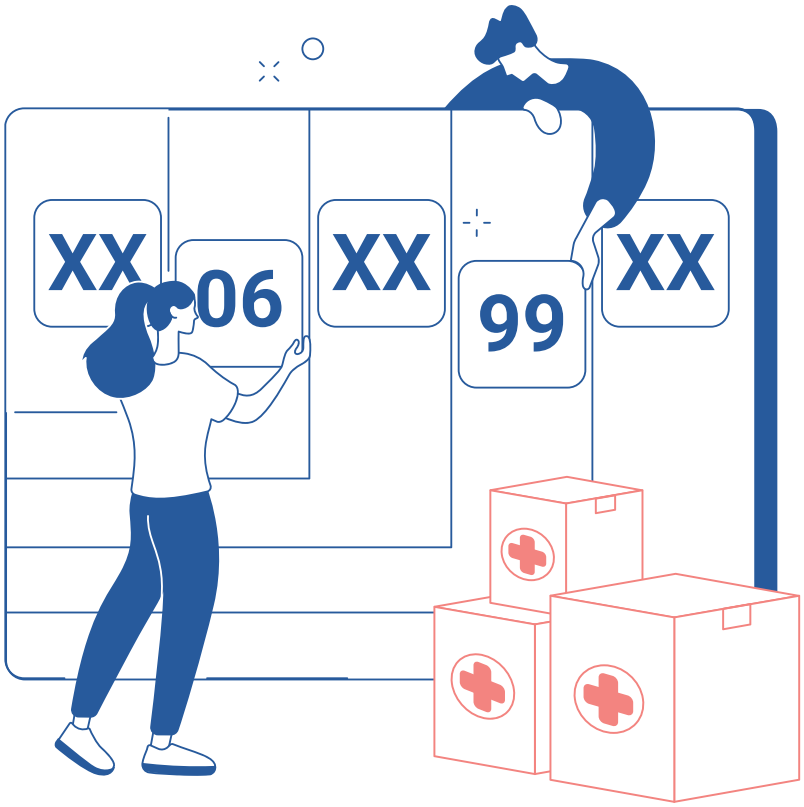
Aanbevelingen

De projectgroep is van mening dat er - binnen strikte kaders en voorwaarden - een plek kan zijn voor het huisbezoek van de kinderarts als onderdeel van transmurale zorg. Echter, op dit moment zijn er zwaarwegende randvoorwaarden die een uitzondering niet onmogelijk maken, maar het bezoek van de kinderarts thuis als de regel wel.
Wij bevelen dan ook aan om vanuit de beroepsgroep en/of belanghebbenden eerst deze gebieden verder te exploreren alvorens dit op grote schaal toe te passen. Onze projectgroep pleit voor een zorgproduct dat voorziet in redelijke waardering van het huisbezoek door de kinderarts.

Het is fijn als het kan wanneer het nodig is. Als het niet stikt nodig is dat het een kinderarts is dan is de ervaring dat de verpleegkundig specialist een hele goede en waardevolle blik heeft op de thuissituatie.

Samenvatting

Huisbezoek door de kinderarts kan in specifieke situaties belangrijk bijdragen aan kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven. De huidige zorgbekostigingssystematiek en verzekeringsgraad is een belangrijke belemmering om dit goed uit te voeren.



CIJFERS

20

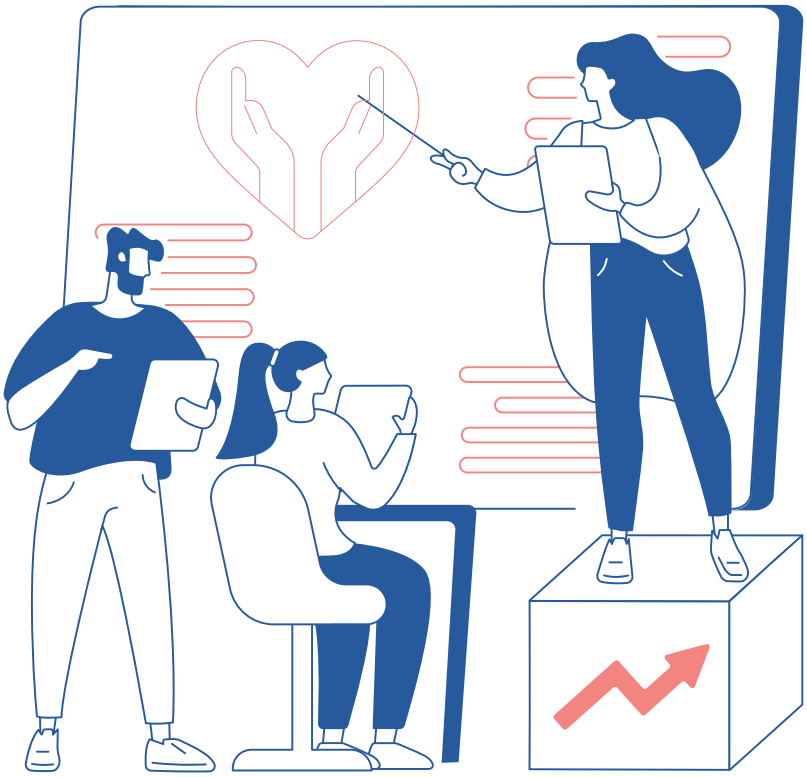
Kinderverpleegkundigen hebben uitgewisseld van werkplek.

10

Er hebben 10 kinderverpleegkundigen van KinderThuisZorg Nederland in het ziekenhuis een dagdienst meegelopen met een intramurale kinderverpleegkundige (5 in het Beatrix Kinderziekenhuis en 5 in het Amalia Kinderziekenhuis)

10

10 intramurale kinderverpleegkundigen (5 uit het Beatrix Kinderziekenhuis en 5 uit het Amalia Kinderziekenhuis) hebben een dagdienst meegelopen met de extramurale kinderverpleegkundige van KinderThuisZorg Nederland.

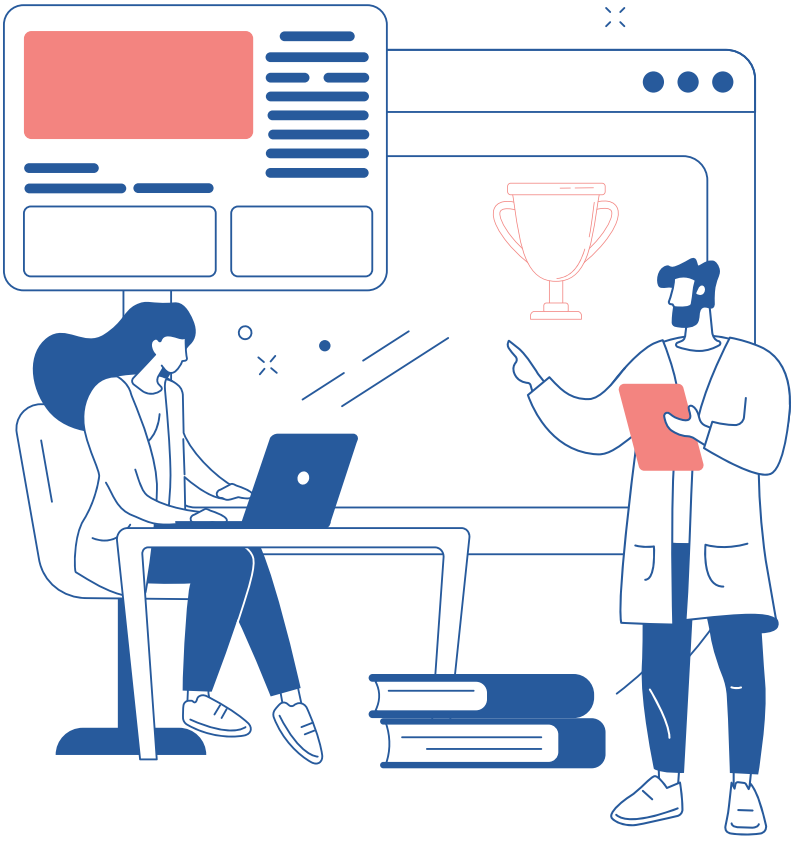


PROCESEVALUATIE

Procesevaluatie

Het project had een wat moeizame start die viel in Coronatijd. Hierdoor werden bijeenkomsten noodgedwongen gereduceerd tot digitale vergaderingen. De projectgroep is unaniem van mening het elkaar leren kennen als ketenpartners binnen een transmuraal zorgsysteem is niet gebaat bij alleen digitale vergaderingen. Dit heeft geleid tot een langere aanloop dan noodzakelijk en wenselijk. Vanaf het moment dat fysieke bijeenkomsten weer mogelijk ware is hier dan ook dankbaar gebruik van gemaakt. In de hierna volgende periode die restte moesten de diverse organisaties elkaars taal en cultuur leren spreken en waarderen. Onze ervaring is dat juist die dialoog tussen de verschillende partijen essentieel is, waarbij er draagvlak en bewustwording moet worden gecreëerd voor een doorlopende dialoog. Het is cruciaal om elkaar mee te nemen in elkaars perspectief en overwegingen, om zo inefficiënties, problemen en frustraties over en weer te kunnen benoemen en in gezamenlijkheid te kunnen werken aan oplossingen. Dit heeft binnen dit project geleid tot een gezonde basis voor een duurzame, interprofessionele, transmurale samenwerking. En zijn lokale netwerken ontstaan waarin men elkaar kent, laagdrempelig contact kan worden gezocht en een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor patiënten wordt gevoeld.

Toekomstige projecten gericht op interprofessionele transmurale samenwerking zouden dan ook moeten starten met een gedegen en gefaciliteerde kennismaking van de betrokken partners. Zodoende worden direct de eerste stappen gezet naar lokale netwerken.



KANSEN EN UITDAGINGEN BIJ DUURZAME IMPLEMENTATIE VAN INTERPROFESSIONELE SAMENWERKING

Kansen en uitdagingen binnen duurzame implementatie van interprofessionele samenwerking

Naast de interventies zelf zijn er enkele interventie overstijgende kansen en uitdagingen geïdentificeerd welke betrekking hebben op implementatie van interprofessionele samenwerking.

Kansen

Meer werkplezier door beter begrip en betere samenwerking

De samenwerking tussen kind, ouders, kinderverpleegkundige, extramuraal kinderverpleegkundige en kinderarts moet worden geoptimaliseerd. Door kinderverpleegkundigen en artsen beiden te betrekken bij het zorgproces, kunnen zij elkaar aanvullen om zo kwalitatief de beste zorg te kunnen leveren. Kinderarts en kinderverpleegkundigen in en buiten het ziekenhuis kunnen samen met het kind en de ouders de continuïteit van zorg bewaken doordat zij allereerst een nauwkeurige inventarisatie doen en vervolgens gezamenlijk de voortgang bespreken en evalueren. Dit geeft de betrokken partijen de mogelijkheid tot sneller ingrijpen, zowel in het ziekenhuis als thuis. Het goed verlopen van deze processen met bijbehorende uitkomsten bij kind en gezin levert in belangrijke mate een bijdrage aan het werkplezier van alle betrokken zorgverleners. Bovendien ontstaat er meer onderling begrip en lokale netwerken van zorgverleners wat beiden ook weer bijdraagt aan het werkplezier.

Ik ben tevreden over de opzet van het uniform werken en trots een bijdrage geleverd te hebben aan een stapje in dit proces. Om dit vervolgens ook lokaal door middel van scholing uit te dragen in de eigen organisatie en bewustwording te vergroten is leuk! Het vervolgens terugzien bij ouders en kind – dat is waar we het voor doen.

Efficiëntere zorg

Een suboptimaal ingericht transmuraal proces levert inefficiëntie op door verlies of vertraagd beschikbaar komen van informatie over de patiënt waardoor professionals over en weer tijd en energie kwijtraken aan het verkrijgen van een passend gedeeld beeld over de patiënt. Dit leidt daarmee tot suboptimale kwaliteit van zorg. Beide leiden daarbij ook tot verlies van werkplezier aan zijde van zorgprofessional en tot ontevredenheid over de geleverde zorg aan zijde van de kind en het gezin. Elkaar kennen, het creëren van kleine lokale netwerken en daarmee het voelen van een gedeelde verantwoordelijkheid geeft de betrokken partijen de mogelijkheid tot sneller ingrijpen, zowel in het ziekenhuis als thuis. Het bieden van kwaliteit van zorg en het ondersteunen in de zelfredzaamheid van kind en ouders levert winst op voor het kind en het gezin, leidt tot grotere efficiëntie en doelmatigheid en draagt in grote mate bij aan het werkplezier van de zorgverlener.
Concrete voorbeelden hiervan zijn het implementeren van de verwachte ontslagdatum (VOD) en het doen van gestructureerde warme overdrachten vanuit de vier kinderleefdomeinen. Dit is conform het (aangepaste) HIK formulier uit de hulpbehoeftescan Medische Kinderzorg Samenwerking (MKS) zoals in de bijlage weergegeven. Zo wordt de kans op gemiste informatie belangrijk kleiner en kunnen problemen en missers in de zorgverlening worden voorkomen.

Grotere patiënt tevredenheid over geboden zorg

Grotere patiënttevredenheid kan worden bereikt met goede interprofessionele, transmurale zorg. Hierin moet duidelijk zijn wie welke verantwoordelijkheid draagt, wie wanneer het aanspreekpunt is en wordt de continuïteit van zorg bewaakt gezamenlijke evaluaties. Deze doelgroep heeft door de diverse complexiteiten en daarmee vaak veelvuldige contacten baat bij interprofessionele transmurale zorg. Dit voorkomt onduidelijkheden die in het nadeel van het kind en gezin kunnen werken. Evaluatie van zorg en het volgen van het verpleegkundig proces zijn belangrijke tools om met elkaar en met het kind en gezin te kijken waar de verbeterkansen liggen. De projectgroep heeft ervaren dat al deze stappen belangrijk bijdragen aan de patiënttevredenheid.
Het zou dan ook goed zijn deze werkwijze vast te leggen in een meerjarenplanvisie met duidelijke doelstellingen, conform bijvoorbeeld de MKS.

Uitdagingen

Compatibiliteit van ICT-toepassingen

De implementatie van interprofessionele zorg kan uitdagingen met zich meebrengen, aangezien die implementatie vereist dat verschillende zorgverleners en instellingen samenwerken en hun processen coördineren. We zijn binnen dit project veelvuldig bezig geweest met de compatibiliteit van ICT-toepassingen. Het implementeren van de benodigde technologieën voor de uitwisseling van informatie en coördinatie van zorg kan kostbaar zijn en vereist investeringen in infrastructuur en training. Daarnaast zijn het delen van medische gegevens en het waarborgen van compatibiliteit tussen verschillende zorgsystemen en elektronische patiëntendossiers een grote hindernis. Niet alleen binnen dit project, maar in het hele werkveld hebben zorginstellingen hun eigen geïntegreerde systemen en standaarden, wat de naadloze uitwisseling van informatie bemoeilijkt. Deze situatie vergt een open vizier en het vermogen om buiten de lijntjes kleuren. In dit werkveld echter is het essentieel de privacy en beveiliging te waarborgen van patiëntgegevens bij het delen van informatie door de verschillende zorgverleners en instellingen. Zorginstellingen moeten voldoen aan strenge regelgeving en normen om patiëntgegevens te beschermen. Zo ook de individuele (uitvoerende) professionals. De naleving van wet- en regelgeving met betrekking tot de zorgverlening en de uitwisseling van gezondheidsinformatie kan complex zijn en de implementatie van transmurale zorg bemoeilijken. Hoe complex ook, deze privacybescherming is een groot goed dat we moeten beschermen. Dit maakt wel dat het steeds weer extra tijd vergt om hier zowel zorgvuldig als creatief mee om te springen in het belang van kind en gezin. De projectgroep dringt aan op een duurzame dialoog om deze problemen met de compatibiliteit van ICT-toepassingen in de toekomst achter ons te kunnen laten.

Coördineren van zorg

Een andere uitdaging bij het interprofessioneel en transmuraal werken is het effectief coördineren van zorgverlening door en communicatie tussen verschillende zorgverleners en het kind en het gezin. Gaat dit niet optimaal, dan kan dat leiden tot misverstanden, vertragingen in de zorgverlening en suboptimale zorg. Het over en weer goed leren kennen van de ketenpartners is binnen dit project, naast het aanwijzen van een coördinerend zorgverlener, de meest effectieve methode gebleken

om dit om te buigen in effectieve helpende communicatie. Dit leidt tot het ontstaan van lokale netwerken. Het betrekken van patiënten bij transmurale zorg en ervoor zorgen dat ze actief deelnemen aan hun eigen zorg kan een uitdaging zijn, vooral als ze niet goed geïnformeerd zijn over de voordelen van deze benadering. De ervaring leert echter dat de voordelen al snel evident zijn en patiënten tot grote tevredenheid van alle betrokkenen de benodigde zorg op de benodigde plek kunnen ontvangen.

Financiering van zorg

Buiten de scope van dit project, maar wel relevant en ook aangestipt tijdens onze projectbijeenkomsten, valt de financiering van zorg. Bestaande financierings- en betalingssystemen in de gezondheidszorg sluiten niet altijd goed aan op de behoeften van transmurale zorg. Dit kan financiële belemmeringen opwerpen voor zorgverleners om samen te werken. Ook kan hier een dubbele vergoeding uit ontstaan die geen van de ketenpartijen ondersteunt. Bij grote transmurale projecten kunnen deze problemen worden ondervangen door bijvoorbeeld zorgverzekeraars mee te laten denken. De projectgroep dringt dan ook aan op een duurzame dialoog met de zorgverzekeraars.

Het overwinnen van bovenstaande problemen en een adequaat antwoord op de verschillende uitdagingen vereist samenwerking tussen verschillende belanghebbenden in de gezondheidszorg, zoals zorgverleners, zorginstellingen, beleidsmakers en technologieleveranciers. Het ontwikkelen van duidelijke richtlijnen, het investeren in de benodigde technologie en het bevorderen van een cultuur van samenwerking en communicatie kunnen helpen bij de succesvolle implementatie van transmurale zorg. Het beeld lijkt te bestaan dat medische zorg buiten het ziekenhuis complex is. Echter, doordat de kinderverpleegkundige met kennis en kunde niet alleen extramuraal maar ook interprofessioneel en transmuraal kan werken, levert de tijdsinvestering in een project als dit uiteindelijk gezondheidswinst op voor zowel de korte als lange termijn en draagt belangrijk bij aam het verlagen van de totale zorgkosten.

Alik hoop dat me van dit project leert waar in de organisatie van transmurale zorg potentiële hordes liggen en men weet dat er al handvatten ontwikkeld zijn om hier zo efficiënt mogelijk mee om te gaan!

IMPLEMENTATIE EN BORGING, PROJECTBREED EN PER ORGANISATIE

Implementatie en borging en per organisatie

Binnen dit project is een aantal interventies met betrokken partijen verder uitgewerkt en doorontwikkeld. Omwille van een duurzame implementatie en borging die garandeert dat het geleerde binnen dit project breed ter beschikking komt (en ook in gebruik blijft) na afronding van dit project, is er vroegtijdig ingestoken op het koppelen van dit project aan de juiste (soms nog te ontwikkelen) trajecten in de diverse organisaties. Trajecten die ervoor moeten zorgen dat het geleerde dagelijkse praktijk kan worden. Het experimenteren met, en het leren, door ontwikkelen en duurzaam implementeren van de zorgactiviteiten in het dagelijks zorgproces zijn naar onze overtuiging onlosmakelijk met elkaar verbonden. Elk van de deelnemende organisaties heeft naar aanleiding van bovenstaande kansen eigen overwegingen gemaakt om bepaalde zaken duurzaam te implementeren. Verder zijn er vanuit de projectgroep gezamenlijke keuzes gemaakt die de geleerde lessen uit het project in de breedte uit zullen dragen.

Implementatie materialen ter borging projectbreed

Binnen de projectgroep is de ervaring opgedaan dat alle interventies van grote waarde zijn voor de transmurale zorg van de toekomst. Hoe die duurzaam te implementeren en borgen is echter een forse uitdaging binnen de huidige structuren. Er is daarom met name ingezet op informatievoorziening om zo de meerwaarde van de interventies duidelijk te maken aan de diverse collega's van zowel de eigen centra als organisaties elders in het land. Een instrument hiervoor is bijvoorbeeld het ontwikkelen van een blauwdruk die handvatten biedt voor alle betrokkenen, zowel nu als in de toekomst. Het houden van een informatiebijeenkomst over interprofessionele transmurale zorg voor een breed publiek is een andere mogelijkheid. Verder is er ingezet op het ontwikkelen van een praatplaat die eveneens bijgevoegd is in de bijlage.

Naast de informatie voor professionals is het van belang om de ouders en kinderen

in te lichten over enkele voor hen relevante interventies. Om interprofessionele transmurale kindzorg echt van de grond te tillen is het noodzakelijk om niet alleen goede informatievoorziening te bieden, maar ook de vraag vanuit patiënten en hun ouders te stimuleren. Daarvoor is een brochure ontwikkeld voor kinderen en ouders die ook rekening houdt met eventuele laaggeletterdheid. Hierin staan zowel de relevante interventies beschreven als voorbereidende vragen die zowel ouders als professionals kunnen helpen in het gesprek. Deze brochure zal ook (online) in meerdere talen beschikbaar zijn.

KinderThuisZorg Nederland

De waarde van een warme overdracht is voor de extramurale kinderverpleegkundigen groot. Vanuit de dialoog binnen dit project is gebleken dat de warme overdracht terug in het geval dat kinderen worden heropgenomen of uit zorg gaan ook een belangrijke bijdrage kan leveren aan het stroomlijnen van de zorg. Binnen KinderThuisZorg is daarom gestart met het bevorderen van de kennis over dit onderwerp door middel van het delen van informatie op het intranet. Tevens is er een formulier ontwikkeld binnen het DKD (patiëntendossier) gebaseerd op de HIK dat de relevante informatie bevat die direct teruggekoppeld kan worden aan de verwijzend specialist. Zodoende kan de extramuraal kinderverpleegkundige belangrijke terugkoppeling eenvoudig geven. In de toekomst zullen er nog enkele cycli van informatievoorziening volgen om dit proces duurzaam te implementeren. Ook worden er stappen gezet richting het (digitaal) beschikbaar stellen van een standaard terugkoppeling naar de aanvragend behandelaar met betrekking tot de afgeronde zorg. Verder zal het formulier, betreffende de voorbereiding op het digitale contact, ook in het DKD worden weergegeven. Dit moet, behalve het bevorderen van een eenduidige overlegstructuur, ook een stimulans vormen om deze vorm van overleg toe te passen.

Amalia Kinderziekenhuis

De ontwikkelde interventies ‘digitale visite’ en ‘warme overdracht’ zijn door Amalia als vertrekpunt genomen voor de borging van de projectresultaten binnen de eigen organisatie. Het proces van experimenteren, leren en ontwikkelen is beschreven in de Blauwdruk. Al doende bleek bij Amalia al snel i dat genoemde interventies een grote meerwaarde hebben maar ook tijdsintensief zijn en moeizaam hun weg vinden

naar zorgprofessionals die niet direct betrokken waren bij dit project. Het beschikbaar maken van deze nieuwe zorgactiviteiten voor de meest kwetsbare patiënten (vanuit de optiek van de vier leefdomeinen) kreeg daarom prioriteit. Tevens bleek dat in deze kwetsbare populatie de zorgconsumptie hoger lag dan verwacht op basis van alleen het medische domein. Om die reden is er extra gekeken naar deze Frequent Flyers (FF).

FF verwijst naar een bovengemiddelde zorgconsumptie van een patiënt en is in te delen in grofweg drie groepen: (1) patiënten met een zorg intensieve aandoening, (2) patiënten met een (zeldzame) chronische ziekte en kans op acute ontregeling en (3) patiënten in een (psychosociaal) kwetsbaar systeem (door bijvoorbeeld laaggeletterdheid, kwetsbare financiële situatie etc.).

Gedachte hierbij was dat via het in kaart brengen van de FF de meest kwetsbare patiënten kunnen worden geïdentificeerd. Deze kwetsbare patiënten hebben vermoedelijk het meeste baat bij de nieuwe zorgactiviteiten die binnen het voorliggende project ontwikkeld worden. Tevens zorgt dit voor een soort sneeuwbaleffect doordat de in dit project ontwikkelde zorgactiviteiten gericht worden aangeboden aan behandelaren van FF en die zo meer bekend raken met deze activiteiten en er de meerwaarde van kunnen inzien. Met als uiteindelijke doel dat ook de niet-FF hiervan profiteren doordat behandelaren de nieuwe activiteiten ook voor hen gaan gebruiken.

Binnen het Amalia kinderziekenhuis worden de volgende producten ontwikkeld en opgeleverd om de interventies van het project ‘Interprofessionele Samenwerking in Kindzorg’ duurzaam te borgen in de organisatie:

1. Een systematiek om zicht te krijgen en houden op de FF van het Amalia kinderziekenhuis. Deze lijst zal worden ontwikkeld door Business Intelligence Analysis en periodiek worden gedraaid opdat de FF van het Amalia kinderziekenhuis structureel in beeld komen.
2. Een vragenlijst, gebaseerd op de vier leefdomeinen met als doel via de behandelaren een nadere duiding van de problematiek van de patiënt te krijgen om zo meer gericht zorgactiviteiten te kunnen adviseren. Deze vragenlijst wordt uitgewerkt in een protocol.

3. Een menukaart van zorgactiviteiten die passen bij problemen in een van de vier leefdomeinen. Ook deze menukaart wordt uitgewerkt in een protocol.

- Om de drie bovenstaande producten optimaal te laten functioneren zijn nog twee dingen nodig.
- Het inbedden van punten 2 en 3 in een digitale omgeving omwille van een efficiënt en duurzaam ingericht proces.

4. Het uitvoerig testen van de vragenlijst en bijhorende menukaart onder ten minste 5 FF patiënten en hun behandelaren om zo het ontwikkelde prototype verder te testen en ontwikkelen.

Beatrix Kinderziekenhuis

In het Beatrix Kinderziekenhuis sloot dit project naadloos aan bij het proces van implementeren van de Medische Kindzorg Samenwerking (MKS) filosofie. Daarbij hebben onderdelen van dit project gewerkt als belangrijke katalysator. Met name de systematiek van het onderdeel warme overdracht inclusief overdrachtsformulier volgens de toolbox HIK, zoals gedurende het project voor specifieke patiënten beschikbaar gesteld, wordt nu als standaard geïmplementeerd. Dit heeft op zijn beurt gekatalyseerd dat het integraal werken (vanaf begin opname), met zicht op de 4 kinderleefdomeinen, meer expliciet gebeurt, inclusief documentatie in het dossier.

Het meelopen van de intramuraal werkende kinderverpleegkundigen in de extramurale setting was leerzaam en inspirerend, en heeft voor de teams op de verpleegafdelingen de waardering en kennis van transmurale samenwerking versterkt. In de toekomst zullen uitwisselingen cyclisch herhaald blijven worden, inclusief benoeming van deze optie in het jaargesprek.

Ter bevordering van kennis over de systematiek van werken volgens de 4 leefdomeinen en de toolbox van de kinderverpleegkundige beroepsverenigingen is ook een scholing ontwikkeld. Er zijn in totaal 335 kinderverpleegkundigen geschoold.

Als ik over een jaar terugkijk ben ik trots als; Het project volledig is geïmplementeerd en geborgd in de eigen organisatie en wordt onderzocht/toegepast door de regionale ziekenhuizen en partners.

Scholing 1)

De transferverpleegkundige heeft samen met een collega van de thuiszorg een scholing verzorgd rondom het thema ‘Ketenzorg’.
In deze scholing komen onderstaande punten aan bod;

- Bij opname in het ziekenhuis al nadenken over ontslag en niet pas twee dagen voor dit ontslag.
- Is er al zorg? Intramuraal kinderverpleegkundige zoekt dan contact met de thuiszorg voor een warme overdracht.
- In kaart brengen van het kind en gezin (belang van de anamnese), gespreksvoering, doorvragen.
- Samenwerken van de kinderverpleegkundige op de afdeling met de transferverpleegkundige in het ontslagproces.
- Gezamenlijke verantwoordelijkheid, kijk verder dan de medische (be)handeling. Kijk als intramuraal kinderverpleegkundige ook met de ogen van de extramuraal kinderverpleegkundige naar het kind en gezin met een hulpvraag.
- Waar liggen kansen/knelpunten om beter samen te werken met de tranferverpleegkundige?
- Overgang van ziekenhuis naar thuis verbeteren door warme overdracht breder te implementeren. Bij welke kinderen wel/niet. Proces hoe dit georganiseerd kan worden. Voorbereiding warme overdracht.
- Voordelen benoemen, knelpunten meenemen.
- Andere betrokken disciplines aanhaken, materiaal voor thuis afstemmen.
- Wat doet de extramuraal kinderverpleegkundige na opname?
- Aan de hand van actuele casuïstiek belichten waarom alle eerdergenoemde punten belangrijk zijn. Waar zitten knelpunten?
- Waar loopt de extramuraal kinderverpleegkundige tegenaan als we alleen op het medische stuk info overdragen?
-

Scholing 2)

Twee aan dit project deelnemende kinderverpleegkundigen hebben een scholing verzorgd rondom de Handreiking Integrale Kindzorg (HIK) en de vier kinderleefdomeinen. Deze scholing zal georganiseerd worden voor de kinderverpleegkundigen (in opleiding) werkzaam op de zeven verschillende afdelingen binnen het Beatrix Kinderziekenhuis. Om kennis en bewustzijn te vergroten zullen de HIK en de vier kinderleefdomeinen geïntroduceerd worden in meerdere lesdagen.

Door herhaaldelijk deze onderwerpen onder de aandacht te brengen zal het gebruik en de toepassing van de vier kinderleefdomeinen bevorderd worden binnen het Beatrix Kinderziekenhuis. Deze toepassing moet bijdragen aan integrale kindzorg door een uniforme aanpak, zowel intra- als extramuraal.

Bijlage

- Praatplaat
- Brochure ouders
- Checklist uitwisseling kinderverpleegkundigen
- Zorgpad warme overdracht
- Format warme overdracht (HIK)
- Stappenplan digitale visite
- Format digitale visite
- Zaurus werkinstructie
- Menukaart

Ontdek de route naar transmurale kindzorg door interprofessionele samenwerking

Scan voor de volledige blauwdruk

Interprofessionele transmurale samenwerking in de (complexe) kindzorg is de toekomst. Het huidige systeem, waarbij sprake is van een scheiding tussen intramurale en extramurale zorgverlening, leidt tot een gebrek aan continuïteit van zorg. Bekijk alle zes interventies in de weg naar interprofessioneel transmuraal samenwerken. Wil je meer informatie? Scan de QR-code om de blauwdruk te openen.

Uitwisseling kinderverpleegkundigen

Het uitwisselen van zorgprofessionals tussen het intramurale en extramurale werkveld helpt om elkaar beter te begrijpen doordat het bijdraagt aan meer kennis over elkaars werkplek. Wederzijds begrip draagt in belangrijke mate bij aan een verbeterde transmurale samenwerking. Het versterken van lokale netwerken draagt bij aan het werkplezier van de medewerkers.

Warme overdracht

Het implementeren van de warme overdracht leidt er toe dat disciplines een prettige en effectieve samenwerking ervaren. De verwachtingen zijn goed op elkaar afgestemd en men ervaart dat er een betere uitleg mogelijk is. Ouders leren de thuiszorgverpleegkundige in het ziekenhuis kennen, waardoor dit de overgang naar huis makkelijker kan maken.

Digitaal transmuraal contact

Het digitaal transmuraal contact is een kansrijke vorm om de samenwerking tussen ziekenhuis en thuis structureel te verbeteren, waarbij een kinderverpleegkndige thuis als ogen en oren kan functioneren voor de behandelaar. De toegevoegde waarde van dit overleg lag in het juist afstemmen van de zorginzet van de betrokken intra- en extramurale zorgverleners met de zorgbehoefte van kind en gezin.

Huisbezoek kinderarts

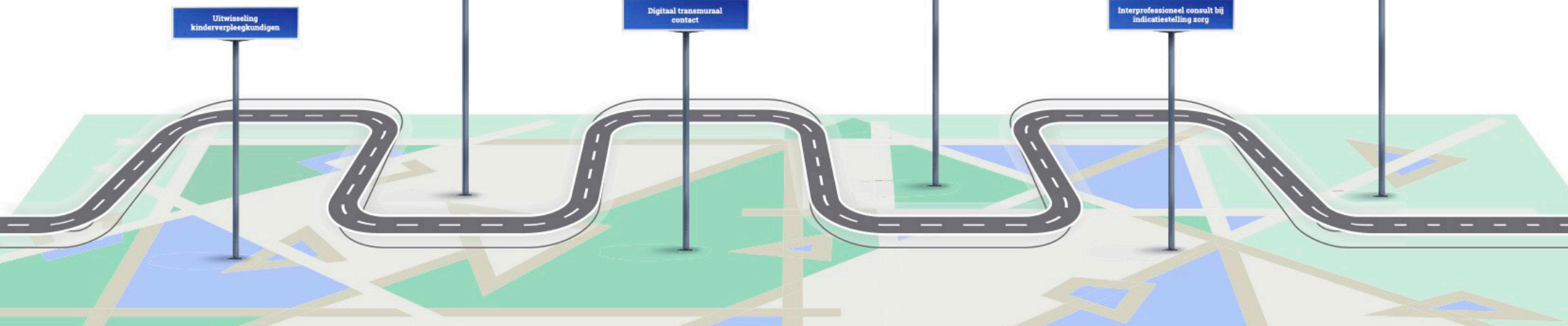
Huisbezoek door de kinderarts kan in specifieke situaties belangrijk bijdragen aan kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven. Dit kan in specifieke gevallen ook goed worden ondervangen door een verpleegkundig specialist of PA.

Interprofessioneel consult bij indicatiestelling zorg

Een eenduidige werkwijze waarin zorgverleners elkaar beter weten te vinden heeft grote voordelen voor kind er gezin. Door een betere afstemming is er meer doelmatigheid en efficiëntie van zorg. Omdat we beter op de hoogte zijn van de context, is de veiligheid en kwaliteit van de zorginzet beter gewaarborgd.

Extramurale kinderverpleegkundige

Voor de invulling van de palliatieve zorg wordt altijd de samenwerking met behandelaren nabij de woonplaats van de patiënt gezocht. Hierbij wordt vrijwel altijd de extramuraal kinderverpleegkundige betrokken, meestal werkend vanuit een thuiszorgorganisatie.



Brochure ouders

Volgt nog in samenwerking met Stichting Kind & Ziekenhuis.

Checklist uitwisseling kinderverpleegkundigen

Checklist uitwisseling kinderverpleegkundigen	
Naam:	
Datum:	
Organisatie/afdeling werkzaam:	
Organisatie / afdeling / team uitwisseling:	
Dienst meegelopen:	
Doel:	Elkaars werkveld leren kennen en herkennen zodat er beter kan worden samengewerkt.

Observatiepunten	Ervaringen
MKS in dagelijks werk (verwijsboom, hulpbehoeftescan, warme overdracht, zorgplan, beslisboom):	
Met welke domeinen wordt er gewerkt (Medisch - Sociaal - Ontwikkeling - Veiligheid)	
Hoe verloop de visite? Medisch deel / verpleegkundig deel	
Visite in alle domeinen:	
Anamnese gesprek / inventarisatiegesprek:	Wat weet de kvpk in het ziekenhuis van de thuissituatie/ sociale situatie bij opname van het kind als deze al in zorg is bij KTZ? Wat weet de kvpk van KTZ van de beleving van het kind en ouders gedurende de opname in het ziekenhuis als het kind weer thuis komt?
Werkwijze kinderverpleegkundige thuis vs. ziekenhuis:	
Met welke protocollen wordt gewerkt:	
Hoe wordt gewerkt aan traumavrije kindzorg:	PROSA?
Ontslagprocedure:	Wanneer begint de voorbereiding op ontslag?
Overdracht van zorg naar huis:	4 kinderleefdomeinen?
Overdracht van zorg terug naar ziekenhuis:	4 kinderleefdomeinen?

Checklist uitwisseling kinderverpleegkundigen	
Individueel zorgplan schrijven:	
Zelfredzaamheid kind / ouders:	
Hoe verloop de visite? Medisch deel / verpleegkundig deel:	
Werkwijze / rol transferverpleegkundige:	
Welke zorg kan ook thuis:	
Verpleegkundig leiderschap ketenzorg:	
Samenwerking kinderverpleegkundigen intra-extramuraal:	Wat weet de kvpk in het ziekenhuis van de thuissituatie/ sociale situatie bij opname van het kind als deze al in zorg is bij KTZ? Wat weet de kvpk van KTZ van de beleving van het kind en ouders gedurende de opname in het ziekenhuis als het kind weer thuiskomt?
Samenwerking kinderarts:	
Ontslagprocedure:	
Overdracht van zorg naar huis:	
Overdracht van zorg terug naar ziekenhuis:	

Processen gezien tijdens uitwisseling	
Zorgmoment ziekenhuis:	
Zorgmoment thuis:	
Warme overdacht:	
Telefonische overdracht:	
Telefonische overdracht:	
Evaluatiegesprek thuis:	
Bereikbaarheid KinderThuisZorg:	

Kennis	
Handreiking indicatieproces Kindzorg en Toolbox:	Handreiking indicatieproces Kindzorg en Toolbox
Handvest Kind en Zorg:	Handvest Kind en Zorg
Kinder Comfort Team:	Kinder Comfort Team

Checklist uitwisseling kinderverpleegkundigen	
Wetgeving (zvw/wlz/jeugdwet):	
Financiering (ZIN / Pgb):	

Ervaring uitwisseling

Verbetergebieden samenwerking

Zorgpad warme overdracht

Wat?	Wie en hoe?
Naam zorgpad:	Warme overdracht thuis <-> ziekenhuis.
Verantwoordelijke/eigenaar:	Projectgroep interprofessionele samenwerking.
Doelgroep zorgpad:	Kinderen die verpleegkundige zorg thuis ontvangen en waarbij er meerwaarde is voor een warme overdracht in aanvulling op de schriftelijke overdracht conform bestaande richtlijnen daarvoor (HIK etc.).
Criteria:	Een of meer van volgende: • Meervoudige medische problemen; • Problematiek in een van de niet-medische leefdomeinen; • Chroniciteit, langdurige zorg; • Behoefte aan persoonlijk contact bij overdracht bij een van de deelnemende partijen.
Perspectief:	Optimaal samenwerkende zorgverleners.
Definitie warme overdracht:	Om de overgang van ziekenhuis of andere instelling naar de eigen woon- en leefomgeving (en vice versa) van het kind zo soepel mogelijk te laten verlopen is het zeer wenselijk een warme overdracht te organiseren. Kind en ouders worden betrokken in dit proces en zijn aanwezig tijdens de warme overdracht. Een warme overdracht betekent dat er persoonlijk contact is tussen: • De kinderarts/medisch specialist / VS • Kinderverpleegkundige intramuraal • Kinderverpleegkundige extramuraal • Kind en ouders • Evt. andere betrokken zorgprofessionals Het gaat om kennismaking en overdacht van de huidige situatie. Persoonlijk contact houdt in dat je elkaar spreekt, hetzij face-to face, hetzij via beeldbellen, zodat je elkaar direct verduidelijkingsvragen kunt stellen.

Doelen van het zorgpad:	• Effectieve interprofessionele communicatie • Korte lijnen, laagdrempeligheid • Duidelijk en gedeeld beeld kind en gezin bij alle betrokken disciplines, over alle leefdomeinen • Teamvorming rond kind en gezin • Doelmatige zorg
Verwachtingen:	Verbeterde interprofessionele samenwerking, uiteindelijk leidend tot verbetering van integrale kindzorg, die ook doelmatiger is.
Betrokken zorgprofessionals • **Betrokkenheid** • **Verantwoordelijkheid**	Het gaat hier zowel om (zorg-)professionals uit het ziekenhuis (als ook in de thuissituatie). Een warme overdracht kan face-to-face, maar ook via (beeld)bellen. **Route 1: warme overdracht van ziekenhuis naar huis** - Kinderverpleegkundige KinderThuisZorg: - Coördinator zorg en planning KTZ. Is verantwoordelijk voor de aanmelding en planning van de zorg. Dagelijks aanwezig van 9.00-17.00. Buiten kantooruren is er altijd een kinderverpleegkundige uit het kinderwijkteam bereikbaar voor overleg. Plant de warme overdracht in route kinderverpleegkundige KTZ. Kinderverpleegkundige ziekenhuis: - Verantwoordelijk voor informatieoverdracht van ziekenhuis naar eigen leefomgeving - Invullen HIK Overdracht en digitaal versturen naar transferverpleegkundige. - Plant een overdrachtsmoment in met KTZ of via transferbureau. Transferverpleegkundige: - Coördineert warme overdracht, uitnodigen betrokken professionals. Heeft hierover afstemming met de regieverpleegkundige. - Versturen digitale overdracht voorafgaand aan warme overdracht naar KTZ. Kinderarts: - Deelnemer warme overdracht Kind en Ouders: - Deelnemer warme overdracht

Route 2: warme overdracht van thuis naar ziekenhuis

Kinderverpleegkundige KinderThuisZorg:

- Verantwoordelijk voor informatieoverdracht van thuissituatie naar ziekenhuis bij geplande heropname, polibezoek en ad hoc bij acute opname.
- Invullen/aanvullen HIK Overdracht
- Versturen overdacht digitaal voorafgaand aan warme overdracht.
- Coördinator zorg en planning KTZ is verantwoordelijk voor de aanmelding en planning van de zorg. Dagelijks aanwezig van 9.00-17.00. Buiten kantooruren is er altijd een kinderverpleegkundige uit het kinderwijkteam bereikbaar voor overleg. Plant de warme overdracht in route kinderverpleegkundige KTZ. Ad hoc gaat de kinderverpleegkundige mee naar het ziekenhuis of wordt en een telefonische overdracht gepland door de coördinator.

Verpleegkundige ziekenhuis:

- Deelnemer warme overdracht

Transferverpleegkundige:

- Ontvangt verzoek vanuit KTZ inplannen warme overdracht met KA en kvpk afdeling.
- Geeft terugkoppeling aan planning KTZ wanneer warme overdracht ingepland kan worden.
- Nodigt professionals ziekenhuis uit. Neemt contact op met de afdeling. Ad Hoc warme overdrachten gaan buiten transferbureau om.

Kinderarts:

- Deelnemer warme overdracht

Kind en Ouders:

- Deelnemer warme overdracht

	Route 3: Polikliniek - KTZ **Verpleegkundige KinderThuisZorg:** **- Aanwezig bij polikliniekbezoek of beeldbelconsult / telefonische afspraak?** **- Deelnemer warme overdracht** **Verpleegkundige ziekenhuis:** **- Kinderverpleegkundige polikliniek??** **- Deelnemer warme overdracht** **Transferverpleegkundige: Niet betrokken?** **Kinderarts:** **- Verantwoordelijk voor informatieoverdracht van poliklinisch consult. Beeldbelconsult, telefonisch?** **- (Invullen/aanvullen HIK overdracht en digitaal versturen naar KTZ).** **Kind en Ouders:** **- Deelnemer warme overdracht** **Faciliterend – 'kwaliteit', ICT, medische administratie**
Evaluatie:	Volgens project Evaluatiecoördinator: M. Jochims
De zorg:	Overdracht van informatie conform richtlijn HIK, vormgegeven in persoonlijk contact, fysiek of digitaal. Het betreft overdracht van zorg op de vier leefdomeinen medische, sociaal, ontwikkeling en veiligheid.
Stappenplan:	Vaststellen dat een warme overdracht nodig is. Zie onder 'Criteria'. Dit initiatief kan van beide kanten komen: - Planning van de warme overdracht. Zo mogelijk enkele dagen voor ontslag, met mogelijkheid dat 'EVV' ' VCP' aanwezig is - Voorbereiding d.m.v. format overdracht (bijlage 3 HIK toolbox) door verzendende partij, die vooraf gedeeld wordt - Deel 1 overdracht: professionals - Deel 2 overdracht: toevoegen kind en/of ouders - Vaststellen afspraken over de zorg - Vaststellen criteria en timing vervolgoverleg

Rapportage:	Primair in aangepaste schriftelijke overdracht (waarvoor het ter voorbereiding gemaakte document de basis is). Dit document wordt opgenomen in de respectievelijke dossiers. Aanvullend hieraan: medische correspondentie Digitaal versturen via beveiligde mail.
Registratie en meldingen:	?
Tools:	HIK: Handreiking Indicatieproces Kindzorg HIK toolbox overdrachtsformulier EPD functionaliteit Beveiligde e-mail NB: ter ontwikkeling Mailadressen kinderthuiszorg: Mailadressen BKZ Mailadressen AKZ:
Bruikbare en niet bruikbare interventies:	
Informatievoorziening:	

Format warme overdracht (HIK)

Leeswijzer

De tool overdracht is opgebouwd uit de vier kinderleefdomeinen, zoals deze beschreven staan in het MKS. De tool is een hulpmiddel voor een zo compleet mogelijke overdracht van zorg voor kind en gezin van ziekenhuis naar de eigen leefomgeving en andersom. Het doel is dat de zorg- en hulpbehoefte van kind en gezin gecontinueerd en gewaarborgd blijven.
De overdracht is een interactief proces waarmee bij opname al gestart kan worden. Tijdens de opname kan het aangevuld en bijgesteld worden. De overdracht kan op deze manier zo-veel mogelijk samen met kind, ouders en kinderverpleegkundige ingevuld en vormgegeven worden. De overdracht kan tevens een hulpmiddel voor de warme overdracht.

Algemene gegevens	
Naam kind:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode en plaats:	
BSN nummer:	
Zorgverzekeringsgegevens:	
Naam moeder/verzorger:	
Telefoonnummer moeder/verzorger:	
Telefoonnummer moeder/verzorger:	
Naam vader/verzorger:	
Telefoonnummer vader/verzorger:	
E-mailadres vader/verzorger:	
Opnamedatum:	
Vermoedelijke ontslagdatum:	
Definitieve ontslagdatum:	

Samenvatting/conclusie	
Medisch:	
Sociaal:	
Ontwikkeling:	
Veiligheid:	

Geplande afspraken/onderzoeken				
Datum	**Discipline**	**Evaluatie/ overdracht thuiszorg gewenst?**	**Telefoon-nummer**	**E-mail**
		Ja/nee		
		Ja/nee		
		Ja/nee		

Kinderleefdomein Medisch

Kinderleefdomein Medisch	
Diagnose/prognose:	
Voorgeschiedenis:	
Reden van de opname:	
Verloop van de opname:	

Huidige situatie Laatste parameters: wanneer contact opnemen met hoofdbehandelaar	
Gewicht:	
Lengte:	
Hartactie:	
Ademhaling:	
Saturatie:	
Tempratuur:	

	Ja/Nee	Welke:
Behandelbeperking:	Ja/Nee	
Allergieën:	Ja/Nee	
Inentingen volgens rijksvaccinatieprogramma:	Ja/Nee	
Isolatie (in ziekenhuis):	Ja/Nee	

Moeten er verpleegkundige interventies uitgevoerd worden?				
Welke	**Hoe vaak?**	**Wie voert de interventie uit?**	**Worden er interventies toegepast ter voorkoming van dwang/ restraint? Zo ja, welke?**	**Datum laatste uitvoering (b.v. sonde/infuus ingebracht)?**

Zijn er handelingen die kind en/of ouders of mantelzorgers zelf uit gaan voeren?

Zijn kind en/of ouders of mantelzorgers bekwaam in het uitvoeren van deze interventies? Ja/Nee
Zo ja, wie?

Hoe hebben kind en/of ouders of mantelzorgers deze interventies aangeleerd?

Zijn er afspraken over bewaken van deze bekwaamheid? Ja/Nee
Bij nee: Wat is de reden? Is dit besproken met de arts?

Welke hulp willen kind en/of ouders thuis in zetten?

Bij welke zorg is verder nog ondersteuning nodig? Toelichting

Benodigde materialen	Leverancier

Medicatie *recent medicatieoverzicht meegeven

Is het medicatiebeleid doorgesproken met ouders? Ja/Nee

Zijn ouders bekwaam in geven van medicatie? Ja/Nee Zijn hier nog interventies voor nodig?

Zijn er veiligheidsaspecten van belang bij het toedienen van de medicatie? Ja/Nee
Zo ja, welke?

Is er sprake van een veilige bewaarplek met (evt.) juiste temperatuur? Ja/Nee
Zo ja, welke?

Betrokkenn disciplines

Wie zijn er vanuit het medische domein betrokken bij het gezin en de zorg?				
Discipline	**Naam**	**Evaluatie/ overdracht thuiszorg gewenst?**	**Telefoon-nummer**	**E-mail**
Hoofdbehandelaar				
Huisarts				
Apotheek				

Kinderleefdomein Ontwikkeling

Heeft het kind zich altijd naar verwachting ontwikkeld? Ja/Nee

Heeft het kind zich altijd naar verwachting ontwikkeld? Ja/Nee

Welke bijzonderheden over onderstaande ontwikkelingsgebieden zijn er?

Ontwikkelgebied	Bijzonderheden
Motorische ontwikkeling (grof/fijn)	
Lichamelijke ontwikkeling	
Sociaal- emotioneel	
Cognitief (leervermogen)	
Taal- spraak	
Dagelijks gedrag	
Seksuele ontwikkeling	
Zindelijkheid	

Beleving kind en/of ouder *zie tool hulpbehoeftescan (HBS)

Hoe ervaart het kind zijn ziekte? Wat lukt er en wat lukt er niet?

Is er professionele ondersteuning voor het kind? Ja/Nee/Gewenst
Indien ja: welke hulp is er al ingezet?

Hoe ervaren ouders de opvoeding rondom de ziekte van het kind?

Is er professionele ondersteuning voor ouders? Ja/Nee/Gewenst
Indien ja: welke hulp is er al ingezet?

Dagbesteding

Gaat het kind naar school, naschoolse opvang, (verpleegkundig) KDV, MKD, logeerhuis?

Wat is er gedaan om deze te betrekken bij de zorg?

Contactpersonen:

Overdracht pedagogische medewerkers/ therapeuten aanwezig?

Ja / Nee

Kinderleefdomein Sociaal

Beschrijving van de gezinssituatie

Wie heeft gezag?

Broers en/of zussen
Toelichting: wat weten zij en hoe raakt het hen?

Bijzonderheden andere zorg voor gezinsleden:

Netwerk

Hoe ziet het sociale netwerk eruit rondom het kind en gezin? Familie, vrienden, buren, anders?

Welke hulp kan sociaal netwerk bieden?

1. **Wat is er al geregeld? Wat moet er geregeld worden?**
2. **Welke hulp is daarbij nodig?**
3. **Welke invloed heeft deze situatie op de werksituatie en financiële situatie van de ouder(s)? 4.Is er (behoefte aan) contact met lotgenoten?**

ZIngeving

Welke rol speelt religie of spiritualiteit in het gezin?

Kinderleefdomein Veiligheid draagkracht/draaglast

**Welke impact heeft het ziek zijn/ aandoening op het gezinsleven?
bijvoorbeeld bij. beleving, werk, vrijetijdsbesteding, zorg voor eventuele andere kinderen in het gezin/ huisdieren?**

Vervoer:

Is het vervoer van het kind naar/van huis of ziekenhuis geregeld bij ontslag en (her) opname?

Ja / Nee

Huisvesting:

In wat voor type woning woont het gezin?

Is de woning/zorgplek geschikt om het kind veilig te verzorgen? (denk aan valgevaar, werkhoogte) Zo nee, waarom niet?

Zijn er acties in gang gezet om dat te realiseren? Zo ja, welke acties? Wie zijn erbij betrokken?

Zijn de noodzakelijke hygiënische maatregelen met ouders/verzorgers doorgenomen?

Ja / Nee

Hulpmiddelen

Zijn er hulpmiddelen aanwezig? Ja/Nee Bij ja, welke hulpmiddelen zijn aanwezig?

Bij nee, zijn deze hulpmiddelen besteld? Wanneer zijn de hulpmiddelen aanwezig?

Welk facilitair bedrijf is hierbij betrokken?

Zijn hulpmiddelen wenselijk, is hier advies over nodig?

Ja / Nee

Zijn er andere organisaties betrokken (geweest) bij het kind/ gezin?

Indien ja, welke organisaties:

- **Gemeente**
- **Centrum jeugd en gezin**
- **Veilig Thuis**
- **Politie**
- **Jeugdbeschermingsinstelling**
- **Onafhankelijke cliëntondersteuning**
- **Onderwijs**
- **CIZ**
- **Netwerk Integrale Kindzorg (NIK) -Kinder Comfort Team (KCT)**
- **Anders:**

Toelichting op desbetreffende organisatie(s):

Format warme overdracht (HIK)

Stappenplan digitale visite

Kinderarts/ VS	Coördinator zorg en planning KTZ	Kinderverpleegkundige KTZ
• Ontvangt verzoek digitale visite van kvpk KTZ of plant dit in na ontslag / poli bezoek. • Opent de order digitaal beeldbel consult in EPIC. • Organiseert zn. Tolk. (minimaal een week voorafgaand aan digitale visite) • Mailt de coördinator zorg en planning van KinderThuisZorg (KTZ): met verzoek inplannen digitale visite. Benodigde gegevens: Gegevens kind, datum en tijdstip digitale visite. Regio UMCG: hoofdregio1@kinderthuiszorg.nl. Regio Radboud: hoofdregio2@kinderthuiszorg.nl, Hoofdregio3@kinderthuiszorg.nl, Hoofdregio6@kinderthuiszorg.nl • Aanvragend arts geeft aan datum wanneer hij het voorbereidingsformulier terug wil ontvangen. Liefst kort voor digitaal contact, dasn plant KTZ de voorbereiding direct voor de uitvoer van de digitale visite bij dezelfde kinderverpleegkundige • Nodigt ouders uit voor een digitale visite. • Maakt een digitale link aan en verstuurt deze naar ouders en naar de coördinator zorg en planning KTZ. • Ontvangt voorafgaand aan digitale visite ingevuld voorbereidend formulier van KTZ kvpk. • Rapporteert in EPIC.	• Ontvangt verzoek van KA/VS. • Inplannen voorbereiding en uitvoer digitale visite bij kvpk. (Zoveel mogelijk achter elkaar plannen, afhankelijk van wanneer arts voorbereidend formulier terug wil ontvangen • Inplannen gesprek bij ouders/kind en kvpk. • Inplannen digitale visite in planning. Mits dit niet direct na de voorbereiding kan. • Stuurt link die ontvangen is van de KA door naar kvpk / zaurus hoofdregio mailadres die aanwezig is bij de digitale visite. • Mail naar KA en kvpk waarin staat wat er ingepland is. • Plant in route bij kinderverpleegkundige uitwerken digitale visite. • Liefst voorbereiding en uitvoering digitale visite bij dezelfde kvpk.	• Bereid de visite voor vanuit 4 kinderleefdomeinen op formulier: Voorbereiding digitale visite. Duur visite Max 15-30 minuten. • Ingevulde format digitale visite terugsturen naar kinderarts op het afgesproken moment voorafgaand aan digitaal contact. • Heeft voorbereidend gesprek met ouders/ kind: (kan mogelijke direct voorafgaand aan digitale viste gepland worden) Wederzijdse verwachtingen afstemmen. • Is aanwezig bij ouders thuis op moment van digitale visite. • Uitwerken uitkomst digitale visite. • Rapporteert in DKD. • Past eventueel werkinstructies en zorgplan aan als er veranderingen zijn in beleid.

Format digitale visite

Doel

Duurzaam inzetten van een geplande declarabele digitale beeldbelverbinding waarmee betrokkenen na opname door een generieke structuur met een individueel accent beter zicht hebben op de zorg thuis.

In beide centra wordt voor 11 oktober bij 1-3 casussen een digitale visite via Zaurus uitgevoerd na de opname met hoofdbehandelaar, ouders (tolk), z.n. kind en KinderThuisZorg-verpleegkundige. De duur van de visite max. 15 min.

Voorbereiding KinderThuisZorg kinderverpleegkundige:

Vraag	Antwoord
Naam Kind Geboortedatum:	
Wie zijn er aanwezig bij deze digitale visite en met welke reden? (Bijvoorbeeld: kvpk / ka/ professionals)	
Vindt het gesprek met ouders plaats en het kind (WGBO)?	Ja / Nee het kind is 16+ en kiest ervoor ouders niet bij het gesprek aanwezig te laten zijn / Nee, het kind kan niet deelnemen aan het gesprek in verband met ontwikkeling en/of leeftijd
Betreft dit een gezaghebbende ouder?	
Wel/geen tolk en in welke taal?	
Informatievoorziening ouders? (Bijvoorbeeld KTZ verpleegkundige)	
Verwachtingen: • Digitale visite: • Kind/ouder(s:) • Professional	Digitale Visite: Kind/ouder(s): Professional:

Mogelijkheid uploaden foto's.

Uitvoering Digitale visite	
1. Medisch domein Ter kennisgeving: • Vg/ Diagnose/ huidige situatie • Parameters (afhankelijk van casuïstiek) • Medicatie • Voeding/groei • Vpk Interventies en zelfredzaamheid Ter bespreking: • Doel visite medisch	
2. Ontwikkeling: Ter kennisgeving: (motorisch, lichamelijk, sociaal/ emotioneel, cognitief, taal/spraak, gedrag, zindelijkheid, seksueel) • Huidige situatie • Hoe ervaart kind ziekte • Opvoeding Ter bespreking:	
3. Sociaal domein Ter kennisgeving: - Gezinssituatie - Hulpbehoefte Ter bespreking: - Wat moet er geregeld worden?	
4. Veiligheid: Ter kennisgeving: • Draagkracht/ draaglast • Huisvesting • Hulpmiddelen Ter bespreking:	
5. Overig Ter kennisgeving: • Overdracht. Eventueel toe te voegen als bijlage? • Klinisch verloop: Wat verwacht je op korte- en lange termijn qua gevolgen? Complicaties/ ongewenste effecten beleid. • Betrokken disciplines: Ter bespreking: • Plan: • Evaluatie:	

To do KTZ: ICT de checklist waar we mee bezig zijn om te zetten naar een profielvragenlijst digitale visite.
Zo hoeft de arts niks mee te sturen.

Zaurus werkinstructie

Format Digitale visite op gepland tijdstip

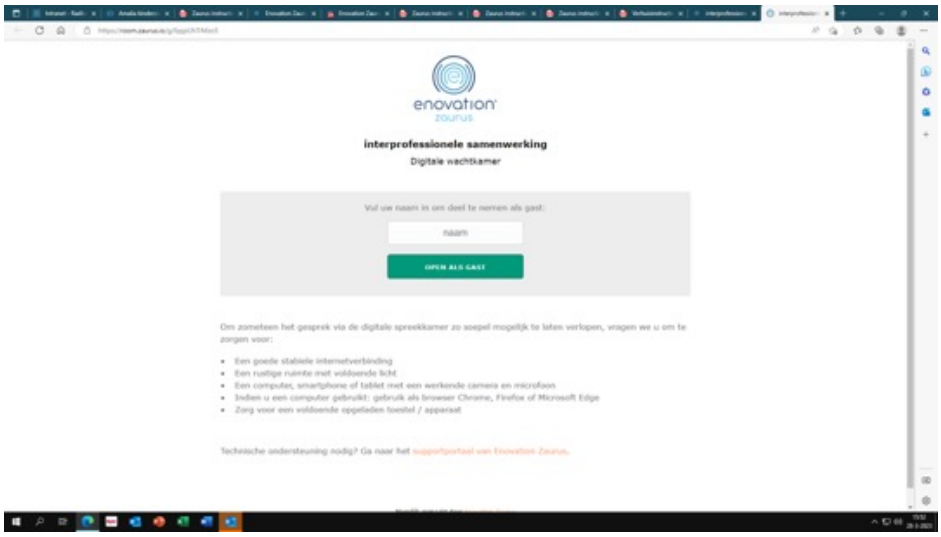
Enovation Zaurus biedt digitale spreekkamers voor zorg op afstand, tussen zorgverleners en met patiënten.

Via Zaurus kan er een spreekkamer aangemaakt worden door bijv. een zorgverlener vanuit het ziekenhuis.

- De coördinator zorg en planning of KTZ-verpleegkundige ontvangt een mail met daarin een uitnodiging om deel te nemen aan de spreekkamer.
- Hierin wordt gevraagd een account aan te maken. Door hierop te klikken, je mailadres van KTZ te gebruiken en een wachtwoord te installeren kom je automatisch in de spreekkamer.
- Aldaar wacht je totdat bijv. de arts ook inlogt en kan het gesprek al starten.

In de digitale spreekkamer is het ook mogelijk om iemand uit te nodigen zonder dat diegene een account hoeft aan te maken.
Dan krijg je ook een mail maar hoef je enkel op de link te klikken. Dat ziet er als volgt uit:

Zie onderstaand scherm, vul je naam in en je komt in de digitale spreekkamer.



Let op dezelfde link kan ook doorgestuurd worden naar een andere collega zodat diegene ook deel kan nemen.

Menukaart

‘Menukaart’ Transmurale samenwerking

Criteria intensiveren transmurale samenwerking: (later aan te passen na ervaringen)

- ACP / Preventief / vroegsignalering om gezondheidsproblemen te voorkomen
- Onderbuikgevoel
- Vervoer naar ziekenhuis niet wenselijk
- Klinische blik noodzakelijk
- Intensieve PGB indicaties (verbinding interprofessioneel consult indicatiestelling) wanneer er twijfel is over kwalitatieve en veiligheid van zorg thuis. Kinderen met veel (voorbehouden) handelingen/ zorg thuis. PGB zonder ZIN zorg
- Sociale en technisch complexe casuïstiek (darmspoelen, TPV, Asielzoekers)
- Vrije interpretatie
- Frequente ziekenhuisopnames

Mogelijkheden ‘”Menu” om samenwerking te intensiveren:

1. Inzet kinderverpleegkundige contextexpertise. Wordt aangevraagd door transferverpleegkundige in afstemmig met hoofdbehandelaar.
2. Intensiveren contact kinderarts / extramuraal kinderverpleegkundige / KTZ arts over observaties / zorgen / wensen.
3. Warme overdracht bij ontslag / heropnames.
4. Digitale visite/ Digitaal MDO (huisarts/ ouders / kinderarts / extramuraal kinderverpleegkundige.
5. Huisbezoek KTZ-arts.
6. Huisbezoek kinderarts.

Inzet kinderverpleegkundige context expertise:

De expertise van de kinderverpleegkundige wordt ingezet bij:

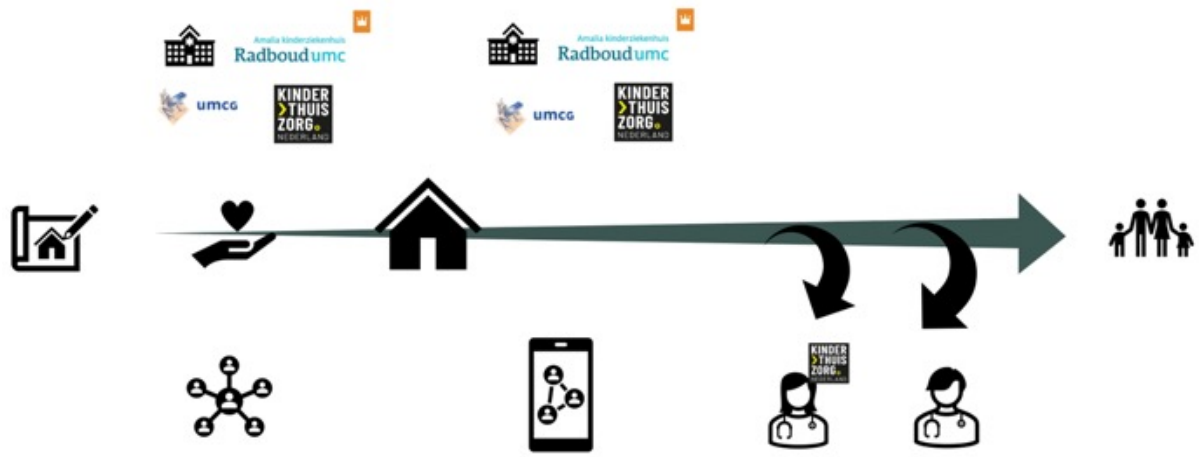
- preventie of vroegsignalering om gezondheidsproblemen te voorkomen en/of een signaal bij een ‘niet-pluis-gevoel’
- Naderend ontslag uit het ziekenhuis om de eigen leefomgeving alvast te verkennen waardoor zorg op maat en ‘Advanced care planning (ACP) kan plaatsvinden
- Het -indien nodig- uitvoeren van coördinerende werkzaamheden die zorgen voor een betere samenwerking en afstemming tussen betrokken partijen zoals beschreven in het MKS (Medisch Kind samenwerking)
- Advies, voorlichting, instructie en toetsing bij aanleertrajecten van interventies met als doel de zorg duurzaam, efficiënt, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden.

Randvoorwaarden voor inzet van kinderverpleegkundige expertise:

- Een opdracht van de kinderarts waarom inzet kinderverpleegkundige expertise nodig is.
- Kinderarts bespreekt voorstel inzet kinderverpleegkundige expertise met ouders en ouders gaan akkoord. Standaard zorg.
- Een warme overdracht.
- Maatwerk per casus waarbij de extramurale kinderverpleegkundige verantwoordelijk is voor de indicatie, het zorgplan en de noodzakelijke zorginzet.
- Afspraken over terugkoppeling naar de kinderarts en bereikbaarheid kinderarts.

Verslaglegging, registratie/ evaluatie:

Kinderarts rapporteert in dossier patiënt (EPIC) en met extramurale organisatie. Overdracht van informatie moet gewaarborgd zijn.



Referenties

1. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, van https://www.vtv2018.nl/belangrijkste-ontwikkelingen
2. Stichting Kind en Ziekenhuis, Handvest Kind en Zorg, van https://kindenziekenhuis.nl/handvest-kind-zorg/
3. Kinderrechten.nl. Verdragtekst, van https://www.kinderrechten.nl/verdragstekst/
4. Nadja Rod; et al. (2021). Childhood adversity: a profound determinant of health. The Lancet Public Health; Volume 6, issue 11, E780.
5. Nursing, 'Zorgen voor verandert naar zorgen dat' van https://www.nursing.nl/nieuws/zorgen-voor-verandert-naar-zorgen-dat-2696029w/
6. Raad van Volksgezondheid en Samenleving, van https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/1998/12/01/redesign-van-de-1e-lijn-in-transmuraal-perspectief
7. Royen P; (2019). Interprofessionele samenwerking, transmurale en interdisciplinaire zorg. Bijblijven; 25(3):31-36 DOI:10.1007/BF03087636
8. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, van https://nvz-ziekenhuizen.nl/sites/default/files/2022-10/ZMT%21_Stroomversneller%20-%20Inzetten%20op%20transmurale%20samenwerking.pdf
9. Medische Kindzorg Samenwerking, van https://integralekindzorgmetmks.nl/wat-is-mks/fase2-hulpbehoeftescan/
10. Handreiking Indicatieproces KindZorg, van https://www.venvn.nl/media/amclgbqw/handreiking-indicatieproces-kindzorg-versie-maart-2023.pdf
11. Federatie Medisch Specialisten, van https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2022-11/FMS_Werkvormen_IPL.pdf
12. HAN University of Applied Sciences, van https://www.han.nl/projecten/2020/samenredzaamheid-methode-wederzijds-begrip/
13. Nederlands Jeugdinstituut, van https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Eigen-kracht-versterken-jeugd-en-ouders.pdf

Projectleden

KinderThuisZorg Nederland

- Jacqueline Kasten
- Marjolein Jochims
- Marguerite Gorter
- Emma Borst
- Janniene Duisterwinkel - Burema
- Bernice Arends
- Monique van Baardewijk
- Joyce Wouterse

Beatrix Kinderziekenhuis UMCG

- Eduard Verhagen
- Rien Verbruggen
- Stefan van Wijk
- Lianne Compagner
- Albertine Geerts
- Mirella Kremer

Radboud UMC

- Jan Peter Rake
- Joris Fuijkschot
- Inge Ahout
- Marion Hermans
- Marjolein de Jong
- Sanne van Alphen,
- Tineke Teunissen-Croonen,
- Rosemarie Elijzen

BLAUWDRUK

INTERPROFESSIONELE SAMENWERKING KINDZORG