



SAMENWERKINGSPROTOCOL AZ VESALIUS –THUISZORG

Inleiding

Om tot een goede samenwerking te komen tussen AZ Vesalius en thuiszorg, daar waar het gaat om een zwaar zorgbehoevende patiënt die in de thuiszorg in teamverband verzorgd werd of zal worden (na ziekenhuisontslag), wordt er een samenwerkingprotocol opgesteld waarbij het ziekenhuis en de thuiszorg in het belang van de patiënt bevoorrechte partners zijn.

Deze overeenkomst wil ook tegemoetkomen aan het project "Ontslagmanagement in Belgische Ziekenhuizen", dat in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu voorziet in het opmaken van een minimaal samenwerkingsprotocol.

De hoofddoelstelling van dit project is erover te waken dat het ontslag uit het ziekenhuis van een patiënt met een hoog risico voor institutionalisering en/of rehospitalisatie beter wordt voorbereid. De opvolging van de patiënten die in het project worden opgenomen, begint vanaf de opname in het ziekenhuis.

Dit behoort bij de coördinerende taak van de ontslagmanager van het ziekenhuis.

Deze ontslagmanager baseert zich op een multidisciplinair zorgverleningsmodel om op een optimale wijze te beantwoorden aan de specifieke noden van de hoog-risico bejaarde en de centrale verzorger.

Belangrijke bemerkingen:

- 1. Gedurende het ganse verloop moeten we steeds de patiënt centraal stellen;**
- 2. Zorgbemiddelaar: conform besluit Demeester (zie bijlage);**
- 3. AZ Vesalius is verantwoordelijk voor zorgverstrekking binnen het ziekenhuis/ de eerstelijns hulpverleners zijn verantwoordelijk voor zorgverstrekking binnen het thuismilieu/ verdere afspraken hebben enkel betrekking op de voorbereiding van de overgang van het ene zorgniveau naar het andere.**

SAMENWERKINGSPROTOCOL:

Artikel 1

Beide partijen verbinden er zich toe de nodige inspanningen te doen opdat enerzijds in het ziekenhuis en anderzijds met al de professionele gezondheidsverstrekkers in de thuiszorg, de nodige afspraken gemaakt en nageleefd worden, opdat de intenties die in deze overeenkomst zijn vervat, ook in de praktijk bij elke opname of ontslagprocedure uit het **A.Z. VESALIUS** worden gerespecteerd.

De partijen verbinden er zich toe dienaangaande te zorgen voor de nodige sensibilisatie en vorming, en tevens voor het verstrekken van de nodige informatie voor al de medewerkers en geneesheren, werkzaam in het AZ Vesalius enerzijds en al de professionele gezondheidsverleners, werkzaam in de thuiszorg, anderzijds.

Artikel 2

De partijen komen overeen dat m.b.t. een **opname** in het AZ Vesalius, de volgende afspraken dienen te worden gerealiseerd.

De huisarts schrijft een duidelijke verwijfsbrief en vermeldt het eventuele bestaan van een zorgenplan en het thuisgezondheidszorg-team.

Indien er al een zorgenplan bestaat, neemt de patiënt dit mee naar het ziekenhuis.

Is er geen, dan geeft de huisarts een formulier mee waarop de verschillende aan huis komende zorgverstrekkers worden vermeld.

Bij opname in het AZ Vesalius zonder verwijzing wordt de huisarts meteen op de hoogte gebracht (door de behandelende geneesheer).

Het omgaan met informatie over de sociale en familiale aspecten van de patiënt zal met inachtneming van de deontologische regels dienen te gebeuren.

Voor de ontslagmanagers start "opname" bij inclusie van de patiënt in het project.

Artikel 3

De partijen komen overeen dat m.b.t. **het verblijf** van een patiënt in het AZ Vesalius, de volgende afspraken dienen te worden gerealiseerd:

Het AZ Vesalius en het thuiszorg-team brengen elkaar op de hoogte van de gebeurtenissen omtrent de patiënt of zijn thuissituatie, die belangrijk zijn voor de opvolging van de patiënt in zijn genezingsproces en voor het zorgenplan bij ontslag. De huisarts wordt door de desbetreffende verantwoordelijke, mondeling en schriftelijk geïnformeerd over:

- de inclusie van de patiënt in het project (door de ontslagmanager).
- andere belangrijke beslissingen m.b.t. de behandeling en verzorging van de patiënt
- overplaatsing van de patiënt
- overlijden van de patiënt.

Artikel 4

De partijen komen overeen dat m.b.t. de ontslagvoorbereiding van zwaar zorgbehoevende patiënten de volgende afspraken moeten worden gerealiseerd:

- De huisarts en de eventuele andere hulpverleners uit de thuiszorg zullen minstens 5 dagen voor het ontslag van de patiënt hiervan verwittigd worden. Meer concreet gesteld betekent dit dat in de periode van 5 dagen het ziekenhuis voldoende gegevens en informatie verstrekt om de organisatie van de thuiszorg tijdig mogelijk te maken.
Als norm geldt dat onverwachte ontslagen moeten vermeden worden. (de verstrekte informatie bevat ook voldoende medicatie, voorschriften en verzorgingsmateriaal – om een *overbrugging* conform de RIZIV-normen mogelijk te maken).
- In alle contacten ter voorbereiding van het ontslag dient te worden onderstreept dat de patiënt de vrije keuze heeft inzake zorgverstrekkers na ontslag.
In principe worden die professionele hulpverleners uit de thuiszorg gecontacteerd, die voor de opname reeds zorgen verstrekt hebben aan de patiënt.
Indien er nieuwe disciplines worden ingeschakeld, wordt dit besproken met de huisarts, de sociale dienst/ontslagmanager en de patiënt/familie.
Eveneens informeert de huisarts, sociale dienst/ontslagmanager of zorgbemiddelaar (cfr. Besluit Demeester) de patiënt/familie omtrent het verdere verloop aan huis, de bestaande voorzieningen/hulpmiddelen en tegemoetkomingen, en verwijst hen naargelang de aard van de behoeften eventueel door naar bevoegde diensten of disciplines.
Hij zal daarbij steeds de belangen van de patiënt en de thuisverzorgers respecteren en bewaken.
- Het hanteren van gespecialiseerde technieken en apparatuur kan aangeleerd worden:

 - op de afdeling van het ziekenhuis voor het ontslag
 - via ondersteuning van de Palliatieve Dienst van Listel vzw
 - via ruime informatie aan de patiënt en de familie.

Het ontslag praktisch:

- Er bestond een thuiszorgteam/zorgenplan vóór opname van de patiënt in het ziekenhuis:
Vijf dagen voor het ontslag worden de huisarts en de andere hulpverleners van het thuiszorgteam hiervan verwittigd.
Wanneer de informatie zeer uitgebreid is of onderling overleg noodzakelijk, zal het thuiszorgteam nog voor de werkelijke ontslagdatum samenkomen.
Het thuiszorgteam kan voor deze organisatie beroep doen op de ambtenaar van het OCMW, die als zorgbemiddelaar zal fungeren.

Afhankelijk van de situatie komt het team in het ziekenhuis samen of "thuis".

- Er bestond geen thuiszorgteam vóór opname van de patiënt in het ziekenhuis: Vijf dagen voor het ontslag wordt de huisarts verwittigd. Wanneer het "ziekenhuis" van oordeel is dat er meerdere hulpverleners moeten ingeschakeld worden in de thuiszorg, legt zij dit, na overleg met de huisarts, voor aan de patiënt/familie (rekening houdend met de vrije keuze). De gekozen hulpverleners worden hiervan op de hoogte gebracht. Wanneer nodig komt dit thuiszorgteam vooraf samen. Vervolg idem als vorige situatieschets.

Artikel 5

De patiënten geïnccludeerd in het project, worden gedurende het ganse verblijf in het ziekenhuis gevolgd door de ontslagmanager. Na ontslag worden er geen systematische huisbezoeken afgelegd. Enkel op vraag van professionele hulpverleners van de eerste lijn kan de ontslagmanager zich in de thuiszorg begeven. De toestemming van de patiënt is hiervoor steeds vereist.

Evaluatie van de thuiszorg valt onder de verantwoordelijkheid van de eerstelijns-gezondheidszorg.

Er kan wel iemand vanuit het ziekenhuis uitgenodigd worden op het thuiszorgteam, als externe deskundige.

Er wordt steeds een evaluatieverslag bezorgd aan de belanghebbende binnen het ziekenhuis.

Artikel 6

Het AZ Vesalius, dient lokaal een multidisciplinaire begeleidingscommissie op te richten die minstens om de 4 maanden samenkomt.

Het doel van deze lokale begeleidingscommissie is het uitwisselen van informatie aangaande het verloop van het project en het ontwikkelen van een constructieve samenwerking om de continuïteit van zorg te optimaliseren en beter te kunnen beantwoorden aan de noden van de patiënten en hun familie.

Deze commissie wordt samengesteld uit vertegenwoordigers van de eerstelijns, SIT's uit de regio en diverse ziekenhuisdiensten:

Vertegenwoordigers van de thuiszorg

- vertegenwoordigers van de lokale huisartsen-organisaties
- afvaardiging vanuit de SIT's
- vertegenwoordigers van de verpleegkundigen
- vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten/ergotherapeuten/...
- Vertegenwoordigers van de diensten voor gezins –en bejaardenhulp
- vertegenwoordigers van de sociale diensten

- vertegenwoordigers van de lokale officina-apothekers.

Vertegenwoordigers van het ziekenhuis

- ziekenhuisdirecteur
- hoofd van het verpleegkundig departement
- medisch directeur
- vertegenwoordigende artsen van de diensten G,SP,D
- ziekenhuisapotheker
- hoofdverpleegkundige
- hoofd van de sociale dienst
- ontslagmanager

Deze begeleidingscommissie verklaart zich akkoord om de volledige samenwerkingsovereenkomst ziekenhuis-thuiszorg te bespreken, en zich niet te beperken tot het project "ontslagmanagement".

Dit akkoord geldt voor onbepaalde duur, met ingang van.....1999 en is door beide partijen opzegbaar per aangetekend schrijven, mits een opzegtermijn van 6 maanden.

Opgemaakt in twee exemplaren te....., de1999.

Namens het ziekenhuis

Namens de thuiszorg

Bijlage "zorgbemiddelaar":

Besluit van de Vlaamse regering d.d. 07/04/98 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering d.d. 21/12/90 houdende coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging (BS 16/06/98) :

De zorgbemiddelaar stelt een zorgenplan op voor personen waarvoor ondersteuning en coördinatie van de thuiszorg nodig is. De ondersteuning en coördinatie van de zorg wordt in eerste instantie gericht op personen die als zwaar zorgbehoevend gekwalificeerd worden. De zorgbemiddelaar wordt aangewezen door de patiënt. De zorgbemiddelaar stemt de werking van de verschillende partners op elkaar af. De zorgbemiddelaar en één van de betrokken hulpverleners. Hij/zij informeert de patiënt en de thuisverzorgers omtrent de bestaande voorzieningen, hulpmiddelen en tegemoetkomingen en verwijst hen naargelang de aard van de behoeften eventueel door naar bevoegde diensten of disciplines. Hij zal daarbij steeds de belangen van de patiënt en de thuisverzorgers respecteren en bewaken.