



“HET GAAT NIET MEER THUIS”

RAPPORTAGE NIET-PASSEND GEBRUIK SEH

Dit onderzoek bevat een probleemanalyse van niet-passend gebruik van de SEH door kwetsbare ouderen. In het rapport worden de knelpunten geschetst vanuit verschillende perspectieven, best practices toegelicht en oplossingsrichtingen voor de regio uitgewerkt.

Colofon

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het DB van SvKO010. Binnen dit onderzoekstraject is samengewerkt tussen SvKO010, Samergo, ROAZ, HAP, Maasstad Ziekenhuis.

Auteurs rapportage:

Willemijn Looman (Samergo)

Mahdia Moradi (Samergo)

Dit onderzoek is uitgevoerd in een kernteam met de volgende leden:

Carolien Hoogstede (SvKO010)

Kirsten Kirschner (ROAZ)

Magrita van Breugel (HAP Rijnmond)

Marleen Harkes (Maasstad Ziekenhuis)

Sasha Beijsterveld (SvKO010)

Contactpersoon:

Sasha Beijsterveld (programmamanager SvKO010): sasha@conforte.nl

Inhoud

Inleiding	4
Toenemende druk op SEH in de regio Rotterdam door kwetsbare ouderen?.....	6
Probleem-analyse niet-passend gebruik van de SEH	9
Vanuit het perspectief van de oudere en mantelzorger:	9
Vanuit het perspectief van de ambulance	10
Vanuit perspectief van het ziekenhuis:	11
Vanuit het perspectief van de huisarts in de dagpraktijk:	13
Vanuit het perspectief van de HAP	15
Vanuit het perspectief van de VVT.....	16
Vanuit het multidisciplinaire perspectief:	17
Interventies om niet-passende gebruik van de SEH te verminderen.....	20
Integrale zorg in de wijk/preventie	20
Instroom acute zorg beperken	21
Doorstroom in ziekenhuis bevorderen.....	22
Heropname SEH voorkomen	23
Gegevensuitwisseling	24
Conclusies.....	26
Aanbevelingen.....	27
Addendum	32
Concretisering aanbevelingen	33
Referentielijst	35
Voorbeeld data template monitoring SEH-bezoek in ziekenhuizen	36

Inleiding

Het is half acht 's avonds op een vrijdag en op de huisartsenpost wordt gebeld. Het is een bezorgde dochter; er moet nu iets gebeuren, het gaat nu echt niet meer. Moeder Jansen, die aan veel kwalen zou lijden is nu echt erg in de war en voelt zich niet goed. De huisarts komt op visite en kan weinig achterhalen over de medische achtergrond. Hij ziet een oude kwetsbare dame die niet goed kan vertellen wat er allemaal aan de hand is. Ziek is ze niet, controles zijn goed. Ze loopt met de rollator langzaam, maar veilig. Dochter geeft aan dat het allemaal wel ging met wat hulp en dat ze naar haar moeders wensen heeft gehandeld, zo lang mogelijk thuis. Maar nu gaat het niet meer, afgelopen week heeft ze gezien dat het bed een nacht niet beslapen is en ze vergeet haar rollator en afgelopen dagen al 2 keer gevallen hierdoor. Ze durft zo het weekend niet in. Huisarts denkt dat een korte opname in een verpleeghuis het beste zou zijn, zodat ze kunnen observeren wat er aan de hand is, bijvoorbeeld een dementie. Na veel telefonisch contact kan de huisarts geen plek vinden. Kan dochter toch niet een weekendje bij haar moeder blijven, zodat er maandag opnieuw wordt gekeken door eigen huisarts? Dit is niet mogelijk en de huisarts voelt zich uiteindelijk genoodzaakt om mevrouw Janssen in te sturen naar de spoedeisende hulp. Wie weet heeft ze wel een delier, omdat ze toch slechter functioneert als de weken hiervoor? Omdat het niet urgent is bij de triage op de overvolle SEH, ligt ze uren te wachten op een hard bed voor ze beoordeeld wordt. Er kan niets acuuts worden gevonden waarom ze achteruit is gegaan; dus geen redenen om te worden opgenomen in het ziekenhuis. Maar wat te doen midden in de nacht? Deze nacht mag ze op de SEH blijven, waar mevrouw Jansen om veel aandacht vraagt: ze blijft maar vragen waar ze is en waar haar dochter blijft, ze valt eenmaal op haar heup als ze op zoek is naar het toilet, lopend zonder haar rollator. De foto van haar heup wordt snel gemaakt; gelukkig niet gebroken! De volgende dag slaagt de verpleegkundige op de spoedeisende hulp er net als de huisarts ook niet in een plek voor mevrouw te regelen.

Het verhaal van mevrouw Jansen, haar dochter Heleen en de betrokken professionals lijkt niet op zichzelf te staan. In de regio Rotterdam komt veelvuldig en hardnekkig naar voren **dat kwetsbare ouderen op de SEH belanden terwijl dit niet de meest passende plek is**. Deze problematiek kwam uit eerdere regio-analyse in 2017 en in de afgelopen jaren zijn meerdere initiatieven opgestart (zowel landelijk als regionaal) om niet-passend gebruik van de SEH te beperken (De Boer & Kirschner 2017).

Niet-passend gebruik van de SEH kenmerkt zich door:

- Het probleem had voorkomen kunnen worden of was vermijdbaar door tijdige en effectieve eerstelijnszorg of poliklinische zorg.
- Er is een betere alternatieve plaats waar patiënt geholpen kan worden; i.v.m.
 - o geen somatische probleem/ oorzaak.
 - o geen therapeutische of (aanvullende) diagnostische interventies gewenst voor het probleem.
 - o sprake van een eerstelijns medische probleem, maar te complex door multiproblematiek, met vooral problemen in het sociale domein waardoor er tevens een zorgprobleem is.

Het doel van dit onderzoek is vanuit het programma SvKO010 - in samenwerking met andere betrokken organisaties - kennis te delen, van elkaar te leren en innovatie te stimuleren. Kortom: **impact maken op het thema**.

Dit rapport bevat:

- analyse over toenemende druk op de SEH en de rol van ouderen in de regio Rotterdam
- een uitgebreide probleemanalyse van niet-passend gebruik SEH door kwetsbare ouderen geschetst vanuit het perspectief van de verschillende domeinen
 - Oudere en mantelzorger
 - Ambulance
 - Ziekenhuis (SEH en geriatrie)
 - Huisartsen (dagpraktijk en HAP)
 - VVT
 - Multidisciplinair perspectief
- analyse van regionale en best practices
 - integrale zorg thuis
 - instroom acute zorg voorkomen
 - doorstroom vanaf SEH bevorderen
 - terugval en heropname voorkomen
- conclusies en aanbevelingen voor het vervolg

De aanpak het onderzoek

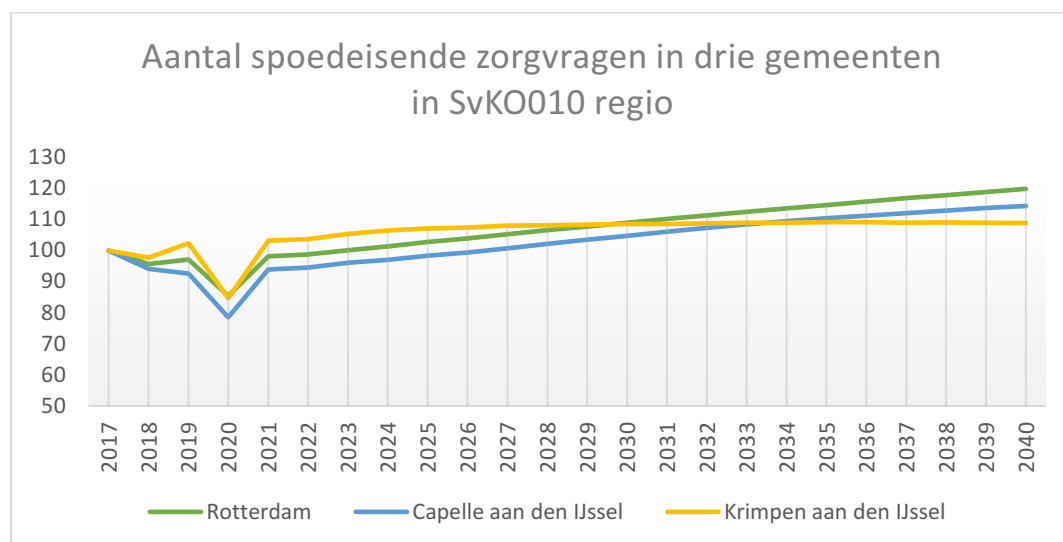
In dit onderzoek zijn kwalitatieve en kwantitatieve methoden gecombineerd:

- Desk-research naar landelijke en regionale best practices
- Interviews met 7 SEH-managers in de regio Rotterdam
- Interview met afvaardiging VVT en betrokkenen verwijshulp010
- Interview met een beleidsmedewerker ambulance
- Interviews met ouderen (n=5)
- Vragenlijst huisarts (n=30)
- Multidisciplinaire casuïstiekbesprekingen met een brede afvaardiging van professionals uit zorg (ziekenhuis en wijk) en welzijn
- Kwantitatieve data vanuit de ziekenhuizen en de HAP
- Sessies met afgevaardigden van SvKO010, Samergo, ROAZ, HAP en Maasstad ziekenhuis

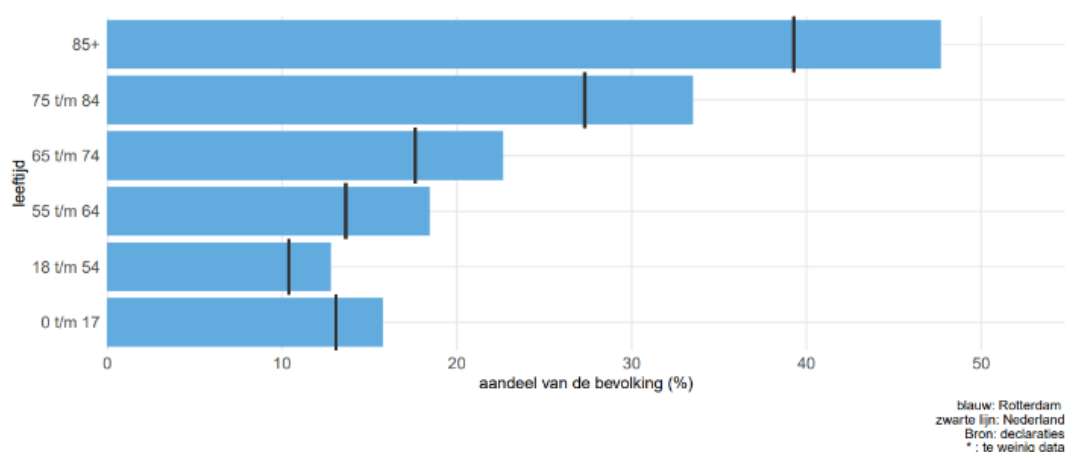
Toenemende druk op SEH in de regio Rotterdam door kwetsbare ouderen?

Het totaal aantal SEH-bezoeken zal de aankomende jaren toenemen in de regio Rotterdam. Na een daling in de coronaperiode wordt verwacht dat het aantal spoedeisende zorgvragen in 2040 toe zal nemen. Deze toename is in de gemeente Rotterdam relatief het hoogst in vergelijking met Capelle en Krimpen a/d IJssel. Deze voorspelde toename gaat gepaard met de groeiende personeelstekorten, waardoor de druk op de SEH toeneemt. In 2025 is in de regio Rijnmond het verwachte tekort 3.000 werknemers en wanneer er geen transitie in de zorg plaats vindt zal dit tekort in 2031 oplopen naar 10.000 werknemers.

Hoe ouder je wordt, hoe groter de kans op een opname op de SEH. De recent uitgebrachte regio-analyse van de NZa laten zien dat het aandeel van de bevolking dat de SEH in de regio Rotterdam in 2019 bezocht aanzienlijk hoger ligt dan in de rest van Nederland (figuur 2). Als er vervolgens ingezoomd wordt naar het aandeel per leeftijdscategorie, dan valt op dat in 2019 maar liefst 48% van de 85+-ers in de regio Rotterdam de SEH bezochten. Bij de groep van 75-85 jarigen is dit aandeel 34%. Een mogelijke verklaring die door Zilveren Kruis wordt genoemd is het hoger percentage alleenstaande ouderen zonder sociaal vangnet in regio Rotterdam.



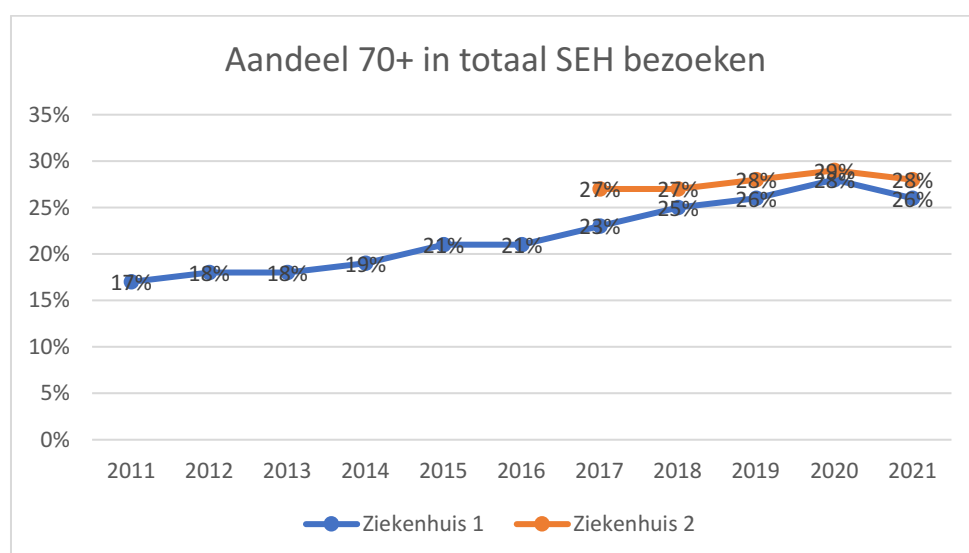
Figuur 1 – Indexcijfers van spoedeisende zorgvragen in drie gemeenten in SvKO010 – bron regio-beeld.nl; RIVM via micro-data CBS



Figuur 2 – SEH-bezoeken in 2019 drie SVK0010 gemeenten per leeftijdscategorie (met Nederland als referentiecategorie) – bron NZa regio-analyse

“Vaak wordt gedacht dat het vooral de ouderen zijn die zorgen voor de grote toename van de drukte op de spoedeisende eerste hulp (SEH’s) van de laatste jaren. **Het aantal ouderen (70+) dat de SEH bezoekt is de afgelopen jaren weliswaar toegenomen, maar die stijging is niet groot genoeg om de toegenomen drukte op de SEH’s te verklaren**” (onderzoek van NIVEL en AMC). Landelijk onderzoek op basis van declaratiedata laat zien dat er in 2019 730.358 SEH-bezoeken waren van 70-plussers in vergelijking met 696.005 in 2016. Dit betekent een stijging van 20 naar 23 bezoeken per SEH en dit zien de onderzoekers als een beperkte stijging.

Ook uit verkregen data van twee ziekenhuizen in de regio Rotterdam is te zien dat de stijging van het aandeel 70-plussers t.o.v. het totaal aantal SEH bezoeken in de laatste jaren beperkt is (figuur 3). In 2021 was er in ziekenhuis 1 t.o.v. 2017 een stijging van 3% en in ziekenhuis 2 was dit 1%.



Figuur 3 – aandeel 70 plus t.o.v. totaal aantal SEH bezoekers – bron: aangeleverde data van twee ziekenhuizen uit de regio

De impact van (kwetsbare) ouderen op de SEH groot is omdat hun problematiek complex is. Eerder onderzoek toont aan dat kwetsbare ouderen op de SEH zich kenmerken met een ingewikkelde ziekte prestatie, meer diagnostische testen, een langere bezoektijd op de SEH en een verhoogd risico op herbezoek (Wachelder 2021). Dit wordt ook bevestigd in dit onderzoek en dit blijkt uit een interview met een SEH-arts uit de regio Rotterdam:

“Het is een groep met een grote impact, want ze liggen lang op de SEH en hebben veel zorg nodig. Ze zijn vaak onrustig, ze hebben cognitieve problemen en worden uit hun veilige omgeving hierin gelegd zitten in een hokje veel drukte, geluidjes, piepjes. Dus het zijn zorgintensieve mensen. We maken ze niet beter, ze worden hier niet beter. Nog meer in de war en gaan vallen.” – SEH-arts

Als we meer inzoomen op niet-passend gebruik van de SEH door kwetsbare ouderen, dan blijken exacte cijfers beperkt beschikbaar. Niet-passend gebruik is bovendien lastig te definiëren en vaak pas achteraf te bepalen. Een protocol of richtlijn bestaat niet en per arts en /of specialismen wordt hier verschillende naar gekeken. Kwantitatieve cijfers puur op basis van geregistreerde DBC's zijn niet bruikbaar. Voor het SEH-bezoek wordt een DBC geregistreerd maar op basis van deze cijfers kan niet bepaald worden of er sprake was van een niet passend SEH bezoek. In het medisch dossier wordt momenteel nog niet geregistreerd dat er sprake is van niet-passend gebruik, sociale indicatie of zorguitdaging.

Eerder wetenschappelijk onderzoek toont aan dat het percentage van niet-passend gebruik varieert van 10-23%. Italiaans onderzoek spreekt over 14.6% van de opnames die niet-passend zijn (Isaia et al., 2021). In Amsterdam zijn de dossiers van 100 ouderen in een academisch ziekenhuis bestudeerd en achteraf is bepaald dat het SEH-bezoek te voorkomen was bij 23% van de patiënten volgens de artsen in het ziekenhuis, 21% volgens de huisartsen en 10% van de patiënten (Driesen et al., 2021). Uit ander onderzoek bij 492 ouderen (70+-ers) die in twee Nederlandse ziekenhuizen op de SEH waren opgenomen bleek dat een van de vijf SEH opnames voorkomen had kunnen worden (Van den Broek et al. 2020). Vooral buiten kantoortijden en in het weekend was er sprake van niet-passende opnames. Oorzaak hiervoor was het minder beschikbaar hebben van andere zorgopties zoals thuishulp en mantelzorg, en de druk van de familie en naasten van de kwetsbare oudere om deze in te sturen naar de SEH. Volgens het onderzoek hadden acute chronische opnames voorkomen kunnen worden als deze op tijd herkend waren. Doorstroom op de SEH werd verhinderd doordat het ook voor het ziekenhuis lastig is om buiten kantoortijden en in het weekend de juiste zorg voor de patiënt te regelen. Verder heeft het ziekenhuis op deze momenten ook minder toegang tot diagnostiek waardoor een patiënt genoodzaakt is te overnachten in het ziekenhuis.

Probleem-analyse niet-passend gebruik van de SEH

Vanuit het perspectief van de oudere en mantelzorger:

Uit interviews met vijf ouderen blijkt dat het SEH-bezoek zeker impact heeft. Het chronologisch navertellen van het bezoek blijkt lastig. *“Op het moment het moment dat je daar ligt ben je er niet altijd bij met je hoofd, je maakt je zorgen over de situatie en daardoor is navertellen nu lastig”*. Kwetsbare ouderen hebben begrip voor het feit dat een bezoek aan de SEH betekent dat zij langer moeten wachten voordat ze geholpen worden. Er is begrip dat andere spoedsituaties voor gaan. Het wachten in onzekerheid en niet weten wat er aan de hand is en gaat gebeuren maakt het wel een spannende situatie. Zonder steun van familie en vrienden is het wachten lastig want je bent overstuurd op dat moment.

“Mensen wachten uren en uren. Eerst in de wachtruimte en daarna in de kamer, je weet ook niet op wie je wacht en hoe lang je wacht. Wat er gaat gebeuren weet je niet.” – Oudere

De ervaring is dat op de SEH weinig gesproken wordt over de zorg thuis na ontslag. Achteraf gezien zou het een betere ervaring geweest zijn op de SEH als er gevraagd werd of iemand thuishulp kan ontvangen. Maar op dat moment is het niet iets waar een oudere aan denkt. Na ontslag moet de oudere zelf aangeven bij de huisarts wat er is gebeurd. Dit doet de oudere dan telefonisch, of aan de hand van een papier waarop staat wat er gebeurd is. Volgens de ervaringen wordt de huisarts niet direct via de SEH op de hoogte gesteld van het bezoek op de SEH.

Personeelskrapte merken de ouderen in de zorg die zij ontvangen. Je wordt vaker afgehouden bij de huisarts, en als je zorg ontvangt dan is er te merken dat er minder tijd is. Maar daar tegenover staat ook dat ouderen het gevoel hebben dat andere ouderen sneller een beroep doen op de SEH en zorg.

“Je ziet dat mensen sneller bellen. Mensen die vaak klagen over ziekte, die doen sneller beroep op de gezondheidszorg.” – Oudere en lid cliëntenraad ziekenhuis

Uit de ervaring van een geriater met de kwetsbare ouderen en mantelzorger blijkt dat men niet altijd realiseert dat het om een probleem gaat waarbij ze eerder aan de bel hadden moeten trekken. Soms is het probleem al wel aangekaart bij de huisarts en wordt er verwacht dat deze het verder zal oppakken en monitoren. Verder wordt er vaak niet of beperkt nagedacht over het ouder worden en wat er moet gebeuren als het thuis niet meer gaat. Als burger betaal je premie voor de zorgverzekering dus dan zal er ook zorg geleverd worden zodra dit nodig is, is vaak de gedachtegang.

De professional merkt dat de mantelzorgers geen zorg op zoeken voor de kwetsbare oudere, omdat de oudere dit zelf niet wil. De mantelzorgers die er wel echt bovenop zitten, zijn vaak zelf overbelast. Het is lastig voor de mantelzorger om zaken geregeld te krijgen en de bureaucratie werkt vaak

frustrerend. Ook merkt de professional dat er vaak veel verdeeldheid is binnen het gezin van de kwetsbare oudere, wat het aanpakken van het probleem lastig maakt.

Vanuit het perspectief van de ambulance

Uit het interview met de beleidsmedewerker van de ambulance blijkt dat zij geen exacte cijfers hebben van oneigenlijk gebruik van de SEH.



“Het zou 10% of 5% kunnen zijn of minder. Maar bij het aantal SEH-presentaties is bijvoorbeeld 5% of 2,5% al heel wat per jaar, het gaat om grote aantallen. Het is net als bij een file op de weg, een half procent meer drukte zorgt ervoor dat er een file ontstaat.” – Beleidsmedewerker ambulance

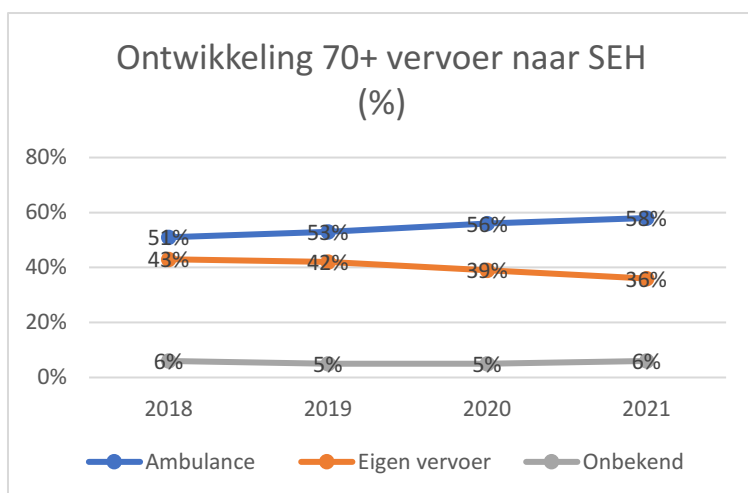


Het probleem vanuit de ambulance is dat het lastig is om in hele korte tijd de complexe problematiek van kwetsbare ouderen te duiden. Het is acuut, maar het komt niet op elke seconde omdat het een zorgprobleem is. Dan is er tijd nodig om te bepalen wat er aan de hand is, wat de context is en wat de sociale mogelijkheden zijn. Als het op het randje is en het thuis niet meer gaat, dan neemt de ambulance de kwetsbare oudere mee. Dit wordt door de beleidsmedewerker van de ambulance gerelateerd aan de juridisering en risicomijdend gedrag; gevaar dat je aangeklaagd kan gaan worden als je een foute inschatting maakt. Dit is ook terug te zien in de data die een ziekenhuis in regio Rotterdam heeft aangeleverd. Van het totaal aantal 70+-ers die op de SEH komen groeit het aandeel wat via de ambulance binnen komt (figuur 4). Ook gaan we als systeem ten onder aan ons eigen succes.



“We hebben het in Nederland heel goed geregeld, maar worden wel een beetje slachtoffer van ons eigen succes. Als je kijkt naar de tekorten die er nu al zijn en die komen. Ik zag van de week een getal dat het in een jaar tijd bijna verdubbeld qua vacatures in de zorg. Dan hoef je geen rocket scientist te zijn om te zien dat dit niet gaat.” – Beleidsmedewerker ambulance





Figuur 4 – ontwikkeling 70 plus+ vervoer naar de SEH - bron: aangeleverde data van een ziekenhuis uit de regio

Vanuit perspectief van het ziekenhuis:

“De SEH is een afvoerputje geworden.” – SEH- manager

“Op de SEH stroomt een emmer over die al veel langer en eerder volstroomde.” – SEH- manager

De SEH-managers van zeven verschillende ziekenhuizen in de regio ervaren de omvang van het probleem van niet-passend gebruik verschillend. Zo wordt 2-3 patiënten van de 100 patiënten per dag genoemd, maar ook twee patiënten per week. Exacte data over niet-passend gebruik van de SEH is beperkt beschikbaar. Kwantitatieve cijfers op basis van geregistreerde DBCs zijn hierin niet bruikbaar en in het medisch dossier wordt ook niet geregistreerd of er sprake is van niet-passend gebruik. Niet-passend gebruik is bovendien lastig te definiëren en is eigenlijk pas na het bezoek van de SEH te bepalen.

De druk van (niet-passend gebruik van) kwetsbare ouderen op de SEH is enorm. Als kwetsbare ouderen op de SEH komen, vooral in de avonden en weekenden, dan is er weinig informatie over de patiënt – bijvoorbeeld over behandelwensen – en moeilijk contact te leggen met de desbetreffende zorgverleners. Beperkte mogelijkheden van digitale gegevensuitwisseling werkt hierin belemmerend; vroeger nam de patiënt de thuiszorgmap mee naar de SEH. Vaak heeft de patiënt communicatieve beperkingen waardoor de informatie langzaam en niet geheel betrouwbaar wordt overgebracht. Dan hoop je op een adequate mantelzorger. Deze is vaak overbelast waardoor deze met veel emoties zijn of haar opinie geeft i.p.v. duidelijke feitelijke informatie.

Het is volgens de SEH-managers goed te beseffen wat er dan allemaal uit de kast wordt getrokken als een kwetsbare oudere ingestuurd wordt naar de SEH. Bij ongebruikelijke insturen naar de SEH, wordt niet benoemd dat het een sociale indicatie betreft of dat het thuis niet meer gaat, maar wordt er

toch een vermoeden op een onderliggend probleem als verwijfsredenen genoemd. Dan halen ze op de SEH alles uit de kast om deze diagnose te checken.



“In het ziekenhuis kijken we heel anders naar de patiënt. Dat is iets wat we ons allemaal moeten beseffen. ... Op de SEH als je komt dan heb jij een probleem “je gaat dood” en dan gaan wij downscalen wat je dan nog hebt. Dat is heel andere manier van hoe je naar mensen kijkt. Dat is met ouderen ook. Als je bij ons binnen komt gaan we uit dat je het allerergste hebt. Je komt bij ons en wij gaan direct alles inzetten. Dat zie je ook in de diagnostiek. Als je met buikpijn komt dan krijg je een labonderzoek, een urine, een echo ook als je maar een beetje afwijking hebt. Ik trek je desnoods door de CT. Als je bij de huisarts komt zegt hij paracetamolletje en misschien een keer urine. Dit gaat botsen met elkaar.” – SEH-manager



Kwetsbare ouderen verblijven ook relatief lang op de SEH, omdat het niet alleen moeilijk is om de diagnose(s) te stellen maar ook om hen een geschikte plek te geven; ofwel het ziekenhuis heeft geen plek of vindt een ziekenhuisbed niet geschikt (omdat er geen ziekenhuisindicatie is), ofwel een bed in een verpleeghuis is niet te vinden. Dit laatste geldt vooral in de avond en nacht als verwijshulp010 niet beschikbaar is en met name voor bepaalde doelgroepen zoals PG, psychiatrie en alcoholmisbruik.



“Als een transferplekje geregeld wordt dan ben je 2/3 uur verder. Je kunt pas een ambulance bellen als die geregeld is. Als er een plekje is bel je een ambulance en zo ben je 7/8 uur verder. Dus kleine aantallen met veel impact. In die 8 uur kan je ook 15 andere patiënten zien.” – SEH-manager



Ook zien de SEH-managers dat de SEH een onveilige plek is voor kwetsbare ouderen door de drukte en prikkels. Ze wachten vaak lang op een niet comfortabel bed op de gang. De oudere raakt er juist meer van door de war. Uit de gesprekken kwam naar voren:

“Het is een groep met een grote impact, want ze liggen lang op de SEH en hebben veel zorg nodig. Ze zijn vaak onrustig, ze zijn dementerend en worden uit hun veilige omgeving hierin gelegd zitten in een hokje veel drukte, geluidjes, piepjes. Dus het zijn zorgintensieve mensen. Ze liggen op een harde brancard. We maken ze niet beter, ze worden hier niet beter. Nog meer in de war en gaan uit bed klimmen”.

Ook kwetsbare ouderen ontslaan van de SEH naar huis blijkt uitdagend. Mantelzorgers zijn overbelast en willen regelmatig de kwetsbare oudere patiënt niet mee naar huis nemen. Ze geven dikwijls aan dat de SEH het op moet lossen. Dit rijst de vraag wie verantwoordelijk is. Het is geen plicht om als kind voor je ouder te zorgen, maar een SEH is gemaakt om eerste hulp te verlenen en niet geschikt om zorg te regelen. De zorgverleners kunnen hen vaak ook niet met een goed gevoel naar huis laten gaan, en als elders uitplaatsen ook niet lukt dan wordt de patiënt, dus mede onder druk van de mantelzorger, toch opgenomen in het ziekenhuis zonder goede indicatie

Verkeerde bedproblematiek van kwetsbare ouderen is een enorme uitdaging voor het ziekenhuis, omdat kwetsbare ouderen niet uitgeplaatst kunnen worden. Vanuit het ziekenhuis wordt gedacht dat huisartsen soms insturen om ouderen sneller op een plek in de VVT te krijgen. De transferverpleegkundige geeft aan: “we vissen uit dezelfde vijver”. Data van Zilveren Kruis verzekerende geven aan dat er in de regio 2.630 ligdagen zijn wachtend op vervolgzorg in de GRZ; 1.323 voor wijkverpleging en 890 ligdagen voor ELV. Wachtend in het ziekenhuis op vervolgzorg draagt ook niet bij aan de gezondheid van kwetsbare ouderen:



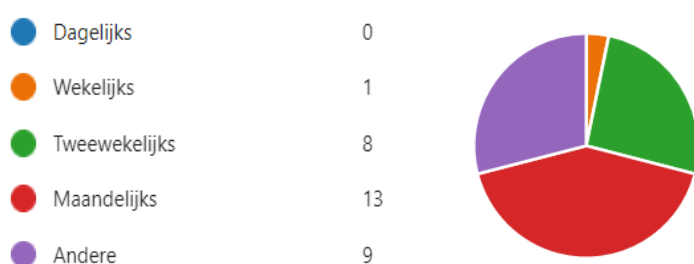
“Vaak zie je ze weken hier in het ziekenhuis. Waarvan de transfer zit te leuren van waar kunnen ze naartoe. Hoe langer ze hier liggen, hoe meer er hier bovenop komt. Hoe meer problemen, en dan accepteert die het niet en dan die weer niet. Je moet er gewoon snel bij zijn [zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plek bieden]. Dit zijn kwetsbare mensen die je niet veel moet verslepen. Van een paar weken in het ziekenhuis gaan deze mensen echt niet opknappen.” – SEH-manager



Vanuit het perspectief van de huisarts in de dagpraktijk:

De omvang van het probleem van niet-passend gebruik van SEH is uitgevraagd in een vragenlijst (n=30). De antwoorden zijn niet eenduidig. Op de vraag: “Kunt u een indicatie geven in hoeveel procent van de gevallen dat u een kwetsbare oudere verwijst naar de SEH terwijl dit niet de ideale keuze was en waarom?” worden percentages van 5% genoemd, maar ook 30%, 50% of 80%.

Per maand sturen 13 van de 30 huisartsen een kwetsbare oudere in; en 8 huisartsen tweewekelijks (figuur 5).



Figuur 5 – Frequentie insturen van kwetsbare ouderen naar SEH door huisarts (vragenlijst huisartsen)



In de uitgezette vragenlijst geven de huisartsen als volgt aan dat het organiseren van thuiszorg of een ELV plek wordt als complex en onmogelijk ervaren.

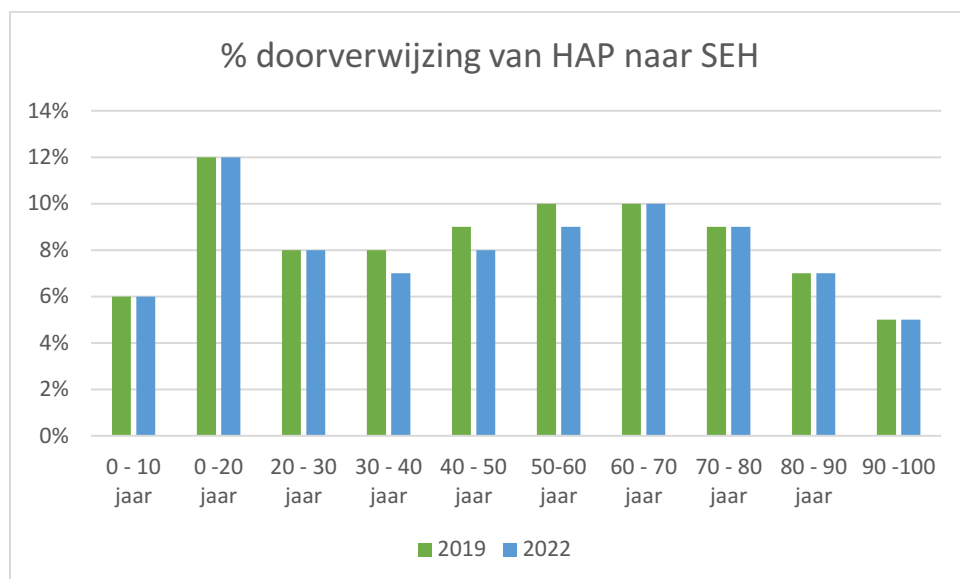
- *“Verpleeghuis niet beschikbaar, geen extra zorg beschikbaar en daardoor onmenselijke situatie.”*
- *“Thuis blijven is geen optie, en alternatief is er niet.”*
- *“Er is geen alternatief. ELV bed niet te vinden.”*
- *“Geen thuiszorg/ELV bed beschikbaar. Acut gevaar voor patiënt alleen thuis.”*
- *“SEH is een plek waar snel diagnostiek gedaan kan worden, probleemverheldering en een plan gemaakt kan worden voor thuiszorg/elv zorg.”*
- *“Transferverpleegkundige aldaar.”*
- *“Thuiszorg of verpleeghuiszorg schuiven elke verantwoordelijkheid af, hebben geen plek en sturen aan op beoordeling ziekenhuis.”*
- *“REGEL DAT ER GENOEG ELV BEDDEN ZIJN EN THUISZORG, MAAK IEMAND ANDERS VERANTWOORDELIJK DAN DE HUISARTS OM DAT TE REGELEN. DIT ZIJN NAMELIJK GEEN MEDISCHE VRAGEN MAAR ZORGVRAGEN DIE HOREN BIJ DE DESBETREFFENDE INSTANTIE.”*



De woordenwolk links geeft aan welke woorden door huisartsen het meest genoemd zijn in de vragenlijst wanneer gevraagd wordt naar knelpunten van niet-passend gebruik van de SEH. Woorden als thuiszorg, bedden, mogelijkheden, meer, ELV en verpleeghuis worden veel genoemd.

Vanuit het perspectief van de HAP

Het percentage ouderen dat doorverwezen wordt van de HAP naar de SEH is de afgelopen periode gelijk gebleven. De data van HAP Rijnmond toont aan dat het percentage doorverwijzingen naar de SEH bij de ouderen het hoogst is in de leeftijdscategorie 60-70 jarigen en dat het daarna afneemt tot 5% van de 90-100 jarigen.



Figuur 7 – Percentage doorverwijzing van HAP naar SEH per leeftijdscategorie – bron: HAP Rijnmond

De redenen van insturen naar de SEH komen redelijk overeen tussen de dagpraktijk en de HAP; een sociale indicatie wordt weinig expliciet benoemd als reden om in te sturen naar de SEH. Vanuit de HAP zijn de verwijzingen naar de SEH ook gerelateerd aan diagnostiek.

Bij de HAP is een groot knelpunt het gebrek aan informatie over de patiënt. De dienstdoende huisarts heeft beperkte kennis over het dossier en het netwerk van de patiënt. Als dienstdoende arts bij de HAP ben je ook afhankelijk van de huisarts in de dagpraktijk:

“Je kunt in de dienst niet gladstrijken wat in de dagpraktijk niet is opgebouwd (goede ouderenzorg). Daar had al thuiszorg contact moeten zijn. Maar dat is er blijkbaar niet. Insturen naar de SEH is dus een noodgreep.” – Huisarts

Alternatieven voor thuiszorg zijn bij de HAP nog lastiger om in te zetten dan in de dagpraktijk:

“Proberen thuiszorg in te zetten afhankelijk van de situatie, maar eerlijkheid gebiedt mij te zeggen dat inzet thuiszorg of inzet ELV in ANW-uren nog veel lastiger is dan overdag (vooral ELV) en dat op een HAP ook weinig tijd/ruimte is om dit te regelen... overdag nemen mijn doktersassistentes ook een hoop van dat geregeld en gebel uit handen.” – Huisarts

Vanuit het perspectief van de VVT

De geïnterviewden denken dat het gebruik van de SEH door ouderen beperkt is. Men stelt dat er überhaupt meer ouderen in de samenleving zijn en dat er dus ook een toename is op de SEH. Dit wordt gezien als een logische ontwikkeling en de verwachting is ook dat dit alleen maar zal toenemen de komende jaren. Wat wel opvalt is dat het patiënten zijn die complexe zorg nodig hebben.



“De ontwikkeling in de VVT is enorm groot, maar ook het profiel van de patiënt is enorm veranderd. Je ziet eigenlijk alleen nog maar patiënten met enorm complexe zorg, enkelvoudig zie je niet meer. Dat gaat naar huis.” – VVT



Te complexe patiënten zou je idealiter als houden de VVT-instellingen liever buiten de deur. Zij zorgen voor extra belasting van het personeel en onrust op de afdeling. Idealiter wil een VVT-instelling een maximale bezetting met niet al te complexe patiënten. Uiteindelijk is het de VVT-instelling zelf die mag bepalen of zij een patiënt aannemen of niet.

Als er een beroep op de VVT gedaan wordt door de SEH of een huisarts dan is dat vaak wel terecht en wordt ook zeker serieus genomen. Echter is het vinden van een leeg beschikbaar bed passend bij de zorgbehoefte van een patiënt in spoedsituaties lastig.

Er zijn vier redenen die het vinden van een bed lastig maken. Allereerst het vergoedingensysteem van de VVT-zorg. VVT-instellingen krijgen geen vergoeding voor beschikbaarheid van bedden. Een leeg bed betekent geen inkomsten. Dit maakt dat ze streven naar een zo hoog mogelijke bezettingsgraad. In een spoedsituatie is het vinden van een beschikbaar bed dan ook op toeval gebaseerd.

Het matchen van een zorgprogramma met de zorgbehoefte van de patiënt is niet eenvoudig. Het plaatsen van een patiënt op een willekeurig beschikbaar bed is ook niet mogelijk. Als het bijvoorbeeld om een patiënt gaat met dementie, kan deze patiënt niet op een bed op de acute zorgafdeling. Dan zal de patiënt daar niet veilig zijn, zonder goed toezicht.



“We zijn van de juiste zorg op de juiste plek tegenwoordig, dus dan moet een patiënt wel op de juiste zorgprogramma komen. Dus dat maakt het complex. Want je zult altijd zien dat er een bed beschikbaar is, maar niet op de zorgprogramma wat bij jouw patiënt past.” – VVT



Het type zorgverzekering van een patiënt kan het vinden van een bed ook lastig maken. Het kan zijn dat de patiënt een zorgpolis heeft waarbij er weinig zorgaanbieders zijn gecontracteerd. Dan nemen de opties waar een patiënt terecht kan sterk af.

Tot slot zijn er ook nog specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld jongeren of patiënten met GGZ-problematiek, waarvan de problematiek niet in de VVT thuishoort. Maar professionals denken dan als het niet in het ziekenhuis hoort, dan moet het naar de VVT. Dit soort aanvragen worden dan ook afgewezen.

Vanuit het multidisciplinaire perspectief:

In de casuïstiekbespreekings met een multidisciplinaire groep professionals uit het ziekenhuis en de wijk (zowel zorg als welzijn) is de aard van de problematiek van niet-passend gebruik van een aantal casussen in de diepte besproken.

Betrokkenen bij multidisciplinaire casuïstiekbespreekings:

- Geriater
- SEH-verpleegkundige
- Transferverpleegkundige
- Specialist ouderengeneeskunde
- Praktijk Ondersteuner Huisarts-ouderen
- Verpleegkundig Specialist
- Wijkmanager
- Wijkverpleegkundigen
- Spin in het web welzijn
- Ouderenwerker welzijn
- Ouderen maatschappelijk werker
- Thuisplusflatcoördinator
- Diëtist
- Oefentherapeut

Zo blijkt dat er **met terugwerkende kracht een knik of ‘event’ te ontdekken is in de achteruitgang van het functioneren van de oudere, bijvoorbeeld een delier, die uiteindelijk geleid heeft tot opname SEH.** Ofwel deze signalen worden niet tijdig opgevangen ofwel men weet niet waar de plek in de wijk is waar je terecht kunt met signalen en waar je elkaar kunt informeren. Ook is er geen gestructureerd opvolging gegeven aan de signalen.

Ouderen, mantelzorgers en professionals blijken beperkt op de hoogte van alle mogelijkheden in de wijk op het gebied van wonen, ondersteuning en zorg, zoals thuisplusflats, inloophuizen, huizen van de wijk en mogelijkheden voor inzet van professionals zoals de specialist ouderengeneeskunde paramedici.



“Je zoekt zelf als professional, laat staan de oudere zelf of hun mantelzorgers.”
– in multidisciplinaire casuïstiekbespreekings



De casuïstiekbespreekings laten bovendien zien dat preventief werken anders wordt gezien en benaderd vanuit de verschillende disciplines. Professionals uit het medisch domein hadden graag ingezet willen worden na het event om het probleem te tackelen en erger voorkomen, terwijl vanuit welzijn, begeleiding en paramedici de oudere al voor het event in beeld willen hebben (zie ook onderstaande uitwerking van taken en rollen).

Als er wel professionals betrokken zijn bij een ouderen, is het overzicht hierover bewaren erg ingewikkeld voor zowel de oudere zelf, hun mantelzorgers en de betrokken professionals. De regierol wordt niet duidelijk uitgesproken. Bij zorgmijders wordt ook vaak veel inzet gepleegd door professionals, maar weten ze dat niet van elkaar. Dit komt omdat **informatiesystemen niet goed op elkaar aansluiten**. Men kijkt meewarig terug naar de vroegere thuiszorgmap, waar dit soort informatie gebundeld werd en deze map ging ook mee naar het ziekenhuis. Het gebrek is problematisch op de SEH in de ANW-uren waar professionals niet goed op de hoogte zijn van wat de (medische) situatie en behandelwensen van een patiënt zijn.

De samenwerking in de wijk hangt momenteel veel af van personen die elkaar kennen uit overleggen of projecten. Dit is beperkt vastgelegd in functies of in structuren. De afstand tussen bijvoorbeeld het ziekenhuis en de wijk is best groot. Zo geeft de geriater aan dat zij veel patiënten ziet die eenzaam zijn en dat ze hen graag wil helpen. Overzicht houden wat er mogelijk is in de wijk is lastig vanuit het ziekenhuis en zij verwijst nu door naar personen of initiatieven die ze kent.

Aanmelden bij mogelijk alternatieven van de SEH is ingewikkeld. Zo zijn de formulieren voor ELV enorm ingewikkeld. Bij verschillende plekken zijn er exclusiecriteria zoals alcoholinname of geheugenproblematiek. Zoals eerder in het stuk over het perspectief van de VVT is aangegeven, zorg op maat leveren is ingewikkeld.

*“De scheiding tussen PG en somatiek is inmiddels ouderwets, want ze gaan vrijwel altijd samen.”
– in multidisciplinaire casuïstiekbespreking*

De huisarts weet vaak ook geen andere routes, zoals het inzetten van een specialist ouderengeneeskundige of het laten meedenken van een geriater alvorens patiënt in te sturen.

Uitwerking taken en rollen van verschillende professionals bij kwetsbare ouderen:

Voor ‘event’ (in het verhaal van mevrouw een delier):

Thuispluscoördinator: signalementen van buiten, laagdrempelig kennis maken (“mag ik uw vogels zien”) en vanuit daar hulp in proberen te zetten .

Paramedi: bij afwijzing zorg terugkoppelen aan huisarts, maar wel duidelijk krijgen wat de reden is. Met tool paramedisch netwerk brede zorgvraag in kaart brengen.

Ouderenwerker welzijn: meer tijd nemen voor 75+ huisbezoeken en gesprekken met kwetsbare ouderen – de vraag achter de vraag

Spin in het web welzijn: aanmelding welzijn op recept door huisarts, doorzetten ouderenwerker welzijn of op zoek naar passende oplossing buiten welzijn (informeel).

Thuiszorg: huisbezoek maandelijks inzetten ter preventie en onderbouwing van vertrouwen, inzet thuisbegeleiding alleen laagdrempelig aangeven waarom, bijv boodschappen doen en brieven nakijken.



Na 'event' (in het verhaal van mevrouw een delier):

Ouderen maatschappelijk werk: instromen als er zorgen zijn door familie of huisarts, in beeld door 75+ huisbezoeken of meldpunt zorgmijders,

POH-ouderen: ontslagbrief van ziekenhuis naar huisarts, warme overdracht helpt om op te pakken voor POH.

Verpleegkundig specialist huisarts: inventarisatie kwetsbaarheid, monitoren kwetsbaarheid, contact familie, inzet andere disciplines zoals paramedici, SO, Antes.

Wijkverpleegkundige: preventief huisbezoek als huisarts zorgen heeft, bellen om afspraak te maken, proberen familie te bellen, meerdere keren proberen, contact via brievenbus. Vraag is wanneer geef je op?

Diëtist: screening ondervoeding

Specialist Ouderengeneeskundige: consult aan huis: geheel in kaart brengen van wat patiënt kan en waar de kwetsbaarheden ligt; eventueel met hulp van de klinisch geriater diagnostiek doen naar de bevindingen en een behandelplan maken.

Interventies om niet-passende gebruik van de SEH te verminderen

In de afgelopen jaren zijn meerdere initiatieven opgestart (zowel landelijk als regionaal), om niet-passend gebruik te voorkomen. We presenteren een overzicht van interventies om de instroom op de SEH te verminderen en de doorstroom op de SEH te bevorderen. De interventies kunnen opgedeeld worden in een aantal categorieën met verschillende doelen: integrale zorg in de wijk, instroom acute zorg beperken, doorstroom in ziekenhuis bevorderen, heropname SEH voorkomen en een juiste gegevensuitwisseling.

In de afgelopen jaren zijn al verscheidende interventies en oplossingsrichtingen ingezet om niet-passende instroom van de SEH te verminderen. In Rotterdam wordt enorm hard gewerkt om integrale zorg thuis te leveren en daarmee ook niet-passende instroom SEH te verminderen. De [regioplant van SvKO010](#) geeft hierin ook een goed overzicht.

Integrale zorg in de wijk/preventie

Er zijn veel initiatieven gericht op preventie in Rotterdam. In de huisartsenpraktijk wordt gewerkt met **gestructureerde ouderenzorg** volgens het BeterOud model. De POH-ouderenzorg speelt hierin een belangrijke rol in. Bij alle 75+ers worden er gesprekken gevoerd en bij vermoeden op kwetsbaarheid wordt een multi-domein analyse uitgevoerd waar met een brede blik naar de oudere wordt gekeken die breder is dan puur medisch. Hierbij worden de kwetsbaren geïdentificeerd en bij complexe zorgbehoeften wordt ook een multidisciplinair overleg (**MDO**) georganiseerd en krijgt de patiënt een gezondheidsplan. De samenwerking met andere disciplines zoals wijkverpleegkundigen, SOH, welzijn en paramedici wordt hierbij gezocht.

Ook wordt er in Rotterdam gewerkt aan **Advance Care Planning (ACP) of proactieve zorgplanning** in verschillende projecten. Het Genero wensenboekje is ontwikkeld samen met ouderen en professionals om laagdrempelig na te denken over toekomstige zorg en ondersteuning en wensen hierin te noteren. Bewustwording bij ouderen wordt ook gestimuleerd door ACP burgerbijeenkomsten te organiseren waarin voorlichting gegeven op het gebied van palliatieve zorg en ACP. In het traject “ACP in de 1^e lijn” van o.a. Rijnmond Dokters en Laurens wordt in verschillende wijknetwerken professionals gestimuleerd om ACP gesprekken te voeren, behandelwensen en grenzen te registreren en delen. De ACP-module in VIPLive is sinds kort ook real-time beschikbaar op de HAP. Door ACP in de 1^e lijn goed te organiseren kan de tweede lijn ontlast worden (Knottnerus en Francke, 2020). ConForte heeft daarnaast de campagne ‘Samen zorg voor morgen’ gelanceerd om de samenleving bewust te maken van de uitdagingen in de langdurige zorg.

De huisartsen in Ommoord hebben zich aangesloten bij de landelijk pilot **Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde (MESO)**. Dit is op z'n Rotterdams vormgegeven. Huisartsen, specialisten ouderen geneeskunde en verpleegkundigen werken hierin samen. MESO-zorg geeft ouderen met complexe problemen de mogelijkheid om op een veilige en prettige manier langer thuis te blijven wonen. De huisarts kan een oudere met ingewikkelde problemen naar MESO verwijzen. Het team van MESO-zorg komt voor onderzoek en behandeling aan huis. De wensen van de oudere zijn het uitgangspunt voor een op te stellen zorgplan. Samen met de oudere en zijn of haar naasten kijkt het MESO-team hoe door behandeling en begeleiding de kwaliteit van leven zo goed mogelijk verbeterd kan worden. Daarvoor kan zo nodig de geriater in consult betrokken worden. Na ongeveer zes maanden, bij bereiken van een nieuw evenwicht, sluit het MESO-team af.

Ook in andere domeinen wordt hard gewerkt aan preventie voor kwetsbare ouderen. Vanuit de VVT zijn er **thuisplusflats** en wordt **wijkgericht gewerkt** waarin (regie)wijkverpleegkundigen ook

preventief werken en aan de slag gaan met hun rol als gezondheidsbevorderaar in de wijk. **Virtuele thuiszorg** wordt succesvol ingezet door Lelie Zorggroep waarin technologische hulpmiddelen aanvullend ingezet worden om ouderen langer, veiliger en gezonder thuis te laten wonen. Zo hebben **paramedici** een screeningsinstrument voor kwetsbare ouderen ontwikkeld waarbij duidelijk wordt naar welke andere soorten paramedische disciplines verwezen kan worden. Vanuit welzijn wordt met **welzijn op recept** gewerkt om ook kwetsbare ouderen met psychosociale klachten te helpen. De huisarts kan de kwetsbare ouderen verwijzen naar de welzijnsorganisatie via ZorgDomein waardoor terugkoppeling ook mogelijk is. De welzijnsorganisatie zorgt voor passende ondersteuning voor de kwetsbare ouderen afhankelijk van wensen, behoeften en mogelijkheden.

Instroom acute zorg beperken

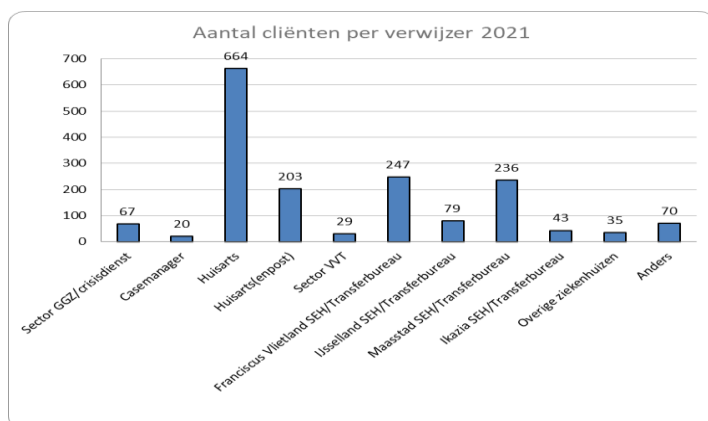
Door middel van verschillende interventies wordt er getracht de instroom in de acute zorg te beperken. In de pilot van het **zorgcoördinatiecentrum in Rotterdam-Rijnmond** wordt er naar gestreefd de patiënten de best passende (acute) zorg te bieden via een geïntegreerd centrum waar verschillende zorgprofessionals de hulpvraag beoordelen. Tijdens de pilot werken de triagisten van de huisartsenpost en de meldkamer-centralisten samen met een regiearts vanuit één fysiek zorgcoördinatiecentrum. Telefonische aanvragen komen binnen bij dezelfde partij als voorheen., maar doordat ze bij elkaar in de ruimte zitten kunnen ze sneller schakelen en kunnen urgentie classificaties opgeschaald en afgeschaald worden. Tevens zijn er korte lijnen met de acute GGZ en acute VVT. Hierdoor zal de zorgvraag naar de best passende zorgverlener gaan, de lijnen korter worden en er kan laagdrempelige multidisciplinair overleg plaatsvinden met als doel de juiste zorg op de juiste plek. Dus in plaats van kiezen voor de SEH, kan er besloten worden dat de hulpvraag ook door een huisarts of wijkverpleegkundige beantwoord kan worden. Er zijn dan minder onnodige presentaties bij de SEH. Dit is een pilot, maar landelijke kaders voor zorgcoördinatie worden uitgewerkt. Deze komen ter beschikking in 2023 met als doel dat landelijk dekkende zorgcoördinatie wordt ingericht.

Kwetsbare oudere patiënten die in een crisissituatie dreigen te komen, kunnen sinds juni 2021 bij de **Subacute Zorgstraat** in het Maasstad Ziekenhuis terecht en sinds kort ook in het SFG. Deze samenwerking tussen ziekenhuis, VVT en welzijn heeft als doel kwetsbare ouderen langer in de thuissituatie te laten wonen. Door deze samenwerking kan een bezoek aan de Spoedeisende Hulp en opname in het ziekenhuis of het verpleeghuis zo lang mogelijk worden uitgesteld. De huisarts verwijst indien er met name problemen zijn in de functionele en/ of sociale as. Indien er meer diagnostiek te verwachten valt in de somatische en psychische is de patiënt wellicht beter of op de **spoedpoli geriatrie**; deze twee zorgproducten overlappen elkaar. In de Subacute Zorgstraat zal er een geriatrische beoordeling zijn door een multidisciplinair team van een SO, geriatrie verpleegkundige, medisch maatschappelijk werker en welzijn. Het team stelt aan de hand van de wensen en behoeften van de patiënt én de medische uitkomsten een behandelplan op.

Het **meedenkconsult (VIPlive)** is voor huisartsen beschikbaar om gebruik te maken van expertise in het ziekenhuis. Dit kan ook ingezet worden bij de geriater. Hierdoor hoeft de patiënt niet onnodig naar het ziekenhuis te komen.

Ook is er binnen de VVT organisaties enorm hard gewerkt om ouderen die niet thuis kunnen blijven op te vangen. **Spoedzorg Rotterdam** is een samenwerking van Aafje, Laurens en Lelie Zorggroep en biedt acute ongeplande (thuis)zorg in Rotterdam en omstreken. De triageverpleegkundigen zijn 's avonds, 's nachts en in het weekend inzetbaar voor acute, ongeplande zorg, dat niet kan wachten tot de volgende dag.

Verwijshulp010 is het coördinatiepunt van ConForte voor niet-medische spoedzorg. Telefonisch contact is 7 dagen per week van 08.00 tot 23.00 uur mogelijk voor verwijzers; huisartsen en SEH. Verwijshulp010 adviseert en bemiddelt bij het zoeken van een geschikte plek in een zorginstelling. Zo zijn er in 2021 855 geslaagde plaatsingen geweest; bij 233 is er advies gegeven en bij 605 telefonische bemiddelingsvragen is er geen plaats gevonden. Uit figuur 8 is op te maken dat de groep die hier het meest gebruik van maakt de huisartsen zijn gevolgd door de SEH van verschillende ziekenhuizen. Het meest voorkomende advies dat door verwijshulp010 is gegeven is een opname spoedbed ELV Hoogcomplex (n=816).



Figuur 8 - Aantal cliënten verwijshulp010 per verwijzer 2021 – bron: aangeleverde data Verwijshulp010

Verwijshulp010 kan huisartsen ondersteunen als zij zelf niet een geschikte doorverwijzing kunnen vinden, waardoor onnodige doorsturen naar de SEH voorkomen wordt. Verwijshulp010 beperkt hiermee de instroom en bevordert de zorgstroom.

Als de kwetsbare ouderen met een zorgvraag en geen spoedeisende vraag toch terecht komen op de SEH, dan kan de SEH ook contact opnemen met verwijshulp010 zodat de oudere snel doorgestuurd kan worden en daar waar deze hoort geplaatst kan worden. Tegelijkertijd zijn de alternatieven van insturen naar de SEH niet altijd bekend bij huisartsen en komt uit de vragenlijst dat de toegankelijkheid van alternatieven als verwijshulp010 nog als beperkt worden ervaren. Ook rijst de vraag bij wie de verantwoordelijkheid ligt om dit te organiseren.

Doorstroom in ziekenhuis bevorderen

Verwijshulp 010 bevordert ook de doorstroom (zie ook de beschrijving hierboven). Ook een **centraal aanmeldpunt organiseren voor thuiszorg** kan een snellere doorstroom bevorderen vanuit het ziekenhuis. Hier wordt door Verwijshulp010 op ingezet.

Op de SEH worden **aparte units** voor kwetsbare ouderen ingericht. Op een **geriatrische trauma unit of observatorium** zijn bijvoorbeeld minder prikkels, waardoor verwardheid zoveel mogelijk voorkomen wordt, en de patiënt sneller uitgeplaatst kan worden. Het biedt mogelijkheden om de patiënt langer te observeren in een rustigere omgeving met meer tijd voor onderzoek, voor een duur van maximaal 24 uur. Ook wordt er in de regio ingezet op langere openstelling van het transferbureau om patiënten sneller uit te kunnen plaatsen, omdat het regelen van een zorgplek, ondanks de mogelijkheid gebruik te maken van verwijshulp010, veel tijd vraagt voor de SEH medewerkers. Of zelfs Een transfervverpleegkundige op de SEH die direct meekijkt waar iemand hierna terecht kan en overgeplaatst kan worden.

Het Rode Kruis kan kwetsbare ouderen naar huis vervoeren na de opname op de SEH en extra ondersteuning bieden. De vrijwilligers van het Rode Kruis gaan mee naar binnen met de kwetsbare ouderen om te kijken of de situatie veilig is en of de oudere zich de eerstkomende uren kan redden (is er eten in huis, liggen er geen kledjes terwijl iemand een gebroken enkel heeft). Inzet van extra ondersteuning is mogelijk als de vrijwilliger er geen goed gevoel bij heeft. Rode Kruis is beschikbaar voor het district Rotterdam-Rijnmond. Vanuit het IJsselland wordt dit ingezet en geeft de SEH-manager aan dat deze interventie mogelijkheid biedt om patiënten eerder naar huis te sturen en ook patiënten die anders uren op de SEH wachten op vervoer kunnen eerder naar huis.

Landelijk zien we ook pilots met **functiedifferentiatie en geriatrische kennis toevoegen aan de SEH. Screenen van kwetsbaarheid** op de SEH vindt plaats, bijvoorbeeld in het Maasstad ziekenhuis met de APOP-methode, zodat het snel duidelijk wordt bij wie van de ouderen je te maken krijgt met meer uitdagingen. **De transferverpleegkundige worden ook ingezet op de SEH** om mee te kijken waar iemand hierna terecht kan en overgeplaatst kan worden. Dit gebeurt succesvol in het SFG. In het IJsselland is hier ook mee geëxperimenteerd, maar is dit stopgezet in coronatijd omdat er te weinig volume was. Een huisarts op de SEH kijkt met een andere blik en kan onnodig gebruik van SEH personeel voorkomen. Ook een SO op de SEH wordt ingezet met specifieke expertise en diagnostiek. In het Tergooi MC zijn goede resultaten behaald met een Geriatric Emergency Team-pilot om passende zorg voor kwetsbare ouderen te organiseren. Binnen dit zorgpad krijgen ouderen na gescreend te zijn op kwetsbaarheid, te maken met een multidisciplinair team van een verpleegkundig specialist of a(n)ios geriatrie, SEH-verpleegkundige, apotheker, geriater en een transferverpleegkundige. De impact van de pilot is verbetering van zorg, minder en korte opnames en minder heropnames op de SEH. Belangrijke component in de pilot is dat er binnen de SEH voldoende kennis is over acute geriatriepatiënten.

De ontwikkeling van **spoedpleinen** vergemakkelijken de samenwerking. In de regio wordt hier samengewerkt tussen de HAP en de SEH. Professionals kennen elkaar, kunnen gebruik maken van elkaars expertise en delen de verantwoordelijkheid. Dit kan ervoor zorgen dat niet-passend instroom op de SEH vermindert.

De Acute Zorg afdeling (**AzA**) van Aafje is een tijdelijke (max 10 dagen) zorgafdeling die overbruggingszorg biedt. Zij nemen patiënten 7 dagen per week tussen 09:00-23:00 op vanuit huis of een SEH. Als een patiënt bijvoorbeeld bij een kneuzing na een val niet meer thuis kan blijven, geen ziekenhuiszorg nodig heeft en niet terecht kan in een verpleeghuis, biedt dit multidisciplinair team het herstel en een passende oplossing voor erna. Men gaat ervan uit dat patiënt na herstel weer naar huis zou kunnen met ondersteuning vanuit de eerstelijns zorg; als blijkt dat dit niet haalbaar is wordt er een verblijf in het verpleeghuis of revalidatiecentrum gezocht. Helaas is dit laatste vaak het geval, omdat ook hier blijkt dat thuis de rek voor de zorgverleners eral uit was. De verwijzers zijn erg blij met dit product ondanks een contra-indicatie voor cognitieve problemen.

Heropname SEH voorkomen

Transmurale zorgbrug ondersteunt kwetsbare ouderen die na een ziekenhuisopname thuiskomen. Dit is uitgevoerd in het IJsselland ziekenhuis. De wijkverpleegkundige zal de kwetsbare oudere binnen 48 uur na thuiskomst bezoeken en stelt een zorgbehandelplan op en met **vervolgbezoeken** wordt gekeken wat er verder nodig is, zoals ondersteuning welzijn of maaltijdvoorziening.

Indien een patiënt in het ziekenhuis te maken krijgt met een palliatief team zal er een ACP in gang worden gezet die wordt gedeeld na ontslag met de eerste lijn. Hierdoor wordt getracht onnodige

SEH-bezoeken bij deze kwetsbare groep patiënten voorkomen.

Gegevensuitwisseling

Op het gebied van digitale gegevensuitwisseling biedt het landelijk programma '**Met spoed beschikbaar**' als koploper de mogelijkheid om uitwisseling versneld te implementeren. Het helpt verschillende betrokken professionals in de acute zorg. In Rotterdam-Rijnmond wordt gewerkt aan de uitwisseling tussen ambulancedienst en de SEH en vice versa, aan de uitwisseling tussen de HAP en de SEH, en aan de uitwisseling tussen de HAP en de Meldkamer. Hieraan nemen alle SEH's, ambulancediensten en HAP's aan deel.

In de regio staat **transmurale gegevensuitwisseling** hoog op de agenda. Ook hier zijn veel verschillende initiatieven ontplooid met de RSO RijnmondNet tussen verschillende organisaties en domeinen. De verschillende domeinen hebben ook ICT-raden die zich hier mee bezig houden en de trajecten hebben veelal betrekking op gegevensuitwisseling tussen twee domeinen. Bijvoorbeeld overdracht tussen ziekenhuizen en VVT met bijvoorbeeld Point en het traject rondom medicatieoverdracht. Vanuit Samergo en verschillende netwerken in de regio wordt ingezet om dit in meer samenhang te organiseren.

Betrokken bij de interventie

Interventies

Heeft profijt van interventie

ZH	Ambu	VVT	Huisarts	HAP	Welzijn	GGZ			Integrale zorg in de wijk / preventie		Oudere	ZH	Ambu	VVT	Huisarts	HAP	Welzijn	GGZ
			X						Integrale zorg in de wijk / preventie	Gestructureerde ouderenzorg	X	X	X	X	X	X	X	
		X								Thuisplusflat	X			X				
		X								Samen zorgen voor morgen	X			X				
			X		X					Welzijn op Recept	X				X		X	
			X						Integrale zorg in de wijk / preventie	Advance Care Planning	X	X	X	X	X	X	X	
		X								Wijkgericht werken	X			X			X	
		X								Virtuele thuiszorg	X			X				
		X	X		X					MDO	X	X	X	X	X	X	X	
		X	X						Integrale zorg in de wijk / preventie	MESO	X			X				
X	X	X		X		X				Zorgcoördinatie	X	X	X	X	X	X	X	X
		X								Verwijshulp010	X	X		X	X	X		
		X								Spoedzorg Rotterdam	X			X	X			
X		X			X				Instroom acute zorg beperken	Subacute zorgstraat	X	X		X	X		X	
X										GTU/observatorium	X	X		X				
X										Rode Kruis vervoer en ondersteuning	X	X	X				X	
X										Geriatrische kennis op SEH	X	X						
X			X						Doorstroom in ziekenhuis bevorderen	Spoedplein	X	X				X		
		X								Acute zorgopname VVT	X			X	X	X		
		X								Verwijshulp010	X	X		X				
X										Opvolging ouderen SEH	X	X			X			
X		X							Heropname SEH/ voorkomen	Transmurale zorgbrug	X	X		X	X			
										Transmurale gegevensuitwisseling	X	X		X	X			
X	X	X								Met Speed Beschikbaar	X	X	X			X		
X	X			X							X	X	X					

Conclusies

De urgentie om het probleem van niet-passend gebruik van de SEH voor kwetsbare ouderen in de regio op te lossen wordt sterk gevoeld bij alle betrokkenen. Echter, de omvang van het probleem van niet-passend gebruik van de SEH is lastig te duiden. Een eenduidige definitie ontbreekt evenals structurele monitoring van het probleem. Door de vergrijzing neemt het aantal ouderen in absolute zin toe en door het ontbreken van de ouderwetse verzorgingstehuizen blijven deze ouderen langer thuis. Relatief gezien lijkt de instroom van ouderen op de SEH de afgelopen jaren niet enorm toe te nemen. Dit blijkt uit landelijk onderzoek, de eerste cijfers van twee ziekenhuis in de regio en de doorstroom van de HAP naar de SEH. Regionaal wordt de monitoring van de instroom op de SEH niet gezamenlijk opgepakt.

Op de SEH wordt een enorme druk ervaren door de instroom van kwetsbare ouderen. De ervaring is dat de complexiteit van de problematiek lijkt toe te nemen. Kwetsbare ouderen liggen geruime tijd op de SEH, omdat er veel diagnostiek en tijd nodig is om complexe problemen te duiden. Een SEH-bezoek heeft ook enorme impact op de oudere zelf, ook door de onzekerheid wat er gaat gebeuren. Ook wordt uit dit onderzoek duidelijk dat insturen naar de SEH betekent dat alles uit de kast wordt gehaald, mede omdat er medisch steeds meer mogelijk is. Bovendien blijkt het enorm moeilijk om kwetsbare ouderen uit te plaatsen waardoor ze langer in het ziekenhuis verblijven en dit kan complicaties opleveren. Ook mantelzorgers zijn mondiger en er zijn hoge en verkeerde verwachtingen wat de zorg kan bieden.

Een belangrijke conclusie van dit onderzoek is dat de opgave zich niet beperkt tot de SEH: het gaat niet meer thuis. Het blijkt enorm moeilijk om zorg te organiseren, met name in ANW-uren. De SEH is dan een redmiddel; de SEH is 24/7 open en “fungeert als afvoerputje”. Zoals werd aangegeven: “Op de SEH stroomt een emmer over die al veel langer en eerder volstroomde”. Het gaat dus niet enkel om een probleem van doorstroom in de keten, maar ook om integrale zorg thuis en preventie. Ouderen en mantelzorgers mijden zorg of kunnen niet altijd goed beoordelen wat een passend moment. Ouderen en mantelzorgers geven aan dat ze aan de bel trekken als het nodig is, maar dit blijkt dan te laat. Professionals geven aan dat ze zorg en ondersteuning hebben aangeboden, maar dat ouderen en hun mantelzorgers ook weigeren.

Het probleem van niet-passend gebruik ligt - volgens de afvaardigingen van professionals van de domeinen - in de ketengedachte. Dat wil zeggen: afgebakende verantwoordelijkheid en taken, hoge schuttingen en de wij-zij gedachte. Veel professionals ervaren dat ze er alleen voor staan. Er bestaan hardnekkige beelden over de andere domeinen die in beperkte mate bij elkaar getoetst worden. In het ziekenhuis leeft het beeld dat de huisarts niet de tijd of capaciteit heeft om patiënt goed te beoordelen (“of waarom heb je dit niet eerder gezien?”). De huisartsen vinden op hun beurt bijvoorbeeld dat het niet (alleen) hun verantwoordelijkheid is om thuiszorg, ELV te regelen want dit zijn zorgproblemen die ook vaak weer teruggelegd worden.

Uit dit onderzoek blijkt dat in de regio de afgelopen jaren enorm veel inzet is gepleegd om de keten voor kwetsbare ouderen te optimaliseren en daarmee niet-passend gebruik SEH te voorkomen.

Interventies worden vanuit het eigen domein ontwikkeld of met één ander domein dat voor of na het eigen domein in de keten komt. Hoewel de sterke ontwikkeling van de samenwerking binnen domeinen te prijzen is, blijken andere domeinen vaak hard nodig om de interventies tot een succes te maken. De bekendheid in andere domeinen van deze (veelheid aan) interventies is nu beperkt, evenals gezamenlijkheid en gedeeld eigenaarschap.



“Dan zie je dat wij allemaal met elkaar denken, iedereen weet wel hoe ambulance zorg of huisartsenzorg werkt of de VVT-sector. Maar dat we eigenlijk helemaal niet zo goed van elkaar weten hoe we werken en wat er allemaal is. Het is ingewikkeld, het is veel en noem maar op” - beleidsmedewerker ambulance



De behoefte aan meer samenhang en transparantie is groot en het is van belang om de verschillende puzzelstukken met elkaar te gaan leggen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een thema als ACP waar in de regio veel verschillende trajecten lopen in de verschillende lijnen om ACP gesprekken te voeren en te registreren. Het is van belang dat deze registraties met elkaar uitgewisseld kunnen worden tussen de lijnen. In dit onderzoek bleek bovendien dat het lastig is om boven tafel te krijgen in welk stadium de initiatieven zich bevinden, de mate van succes en de impact.

Professionals zien soms door de bomen het bos niet meer en weten niet wat er allemaal mogelijk is in de zorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen. Zij hebben echter wel de behoefte aan samenhang en grip, ook in relatie tot wie er betrokken is bij de patiënt en wat ieders taken en rollen zijn in de wijk. De laatste jaren is dit steeds duidelijker geworden in de driehoek huisarts, wijkverpleegkundige en welzijn. Maar voor andere domeinen is dit minder het geval, bijvoorbeeld paramedici en SO's in de 1^e lijn. Ook de afstand van ziekenhuis naar de wijk is soms groot en is er beperkte kennis van mogelijkheden in het sociale domein. In de multidisciplinaire casuïstiekbesprekingen die we hebben georganiseerd, hebben we bereidheid gezien voor deze netwerkvorming. Het is enorm belangrijk dat dit niet afhangt van specifieke personen, maar dat hier een duurzame (infra)structuur voor ontwikkeld wordt.

Digitale gegevensuitwisseling is een enorme bottle-neck in de domeinoverstijgende zorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen. Inzicht in de medische situatie van de patiënt en overzicht wie er betrokken zijn bij de patiënt zijn essentiële randvoorwaarden. Ook hier wordt veel inzet gepleegd in de regio en zien we de ontwikkeling dat dit steeds meer gezamenlijk opgepakt wordt. Deze trajecten rondom gegevensuitwisseling worden wel veelal separaat opgepakt van meer zorginhoudelijke trajecten. Ook gezamenlijk datagedreven werken is beperkt. Dit geldt voor cijfers van instroom op de SEH, niet passend-gebruik van de SEH, maar ook voor de monitoring van interventies.

Aanbevelingen

De belangrijkste aanbeveling is om **van een keten naar een netwerk** voor kwetsbare ouderen in de regio te gaan waar er gedeelde en gezamenlijke verantwoordelijkheid is in de verschillende lagen. Op operationeel niveau gaat het om de warme overdracht waardoor de overgangen van de patiënt tussen verschillende domeinen soepel verloopt. Het is van belang om de beschikbare informatie vanuit andere domeinen goed door te nemen zodat zaken niet dubbel gedaan worden. Warme overdracht betekent ook dat er persoonlijk contact gezocht wordt als informatie niet duidelijk is, professionals terugkoppelen en feedback geven aan elkaar. Dit betekent enerzijds structureren met elkaar door rondom ziekenhuizen samenwerkingsafspraken rondom kwetsbare ouderen te formuleren. Zo wordt expliciet gemaakt welke informatie professionals van elkaar nodig hebben en hoe deze gedeeld kan worden. Tegelijkertijd is de problematiek van kwetsbare ouderen op de SEH dermate divers en complex en niet compleet te standaardiseren. Daarom blijft het van belang om elkaar te kennen, vinden en begrijpen. Onze aanbeveling is om te starten met sessies met medisch professionals rondom elke SEH. Dit gaat om huisartsen, POH's, SEH-artsen, SEH-verpleegkundigen,

gerieters, transferverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen, verwijshulp010 en betrokkenen bij GRZ en ELV.

Er gebeurt ontzettend veel in de regio voor kwetsbare ouderen en de oproep is om het gezamenlijk en in samenhang door te ontwikkelen en met elkaar te leren. We zetten in onderstaande tabel op pagina 29 uiteen op welke manier de specifieke interventies doorontwikkeld in de regio kunnen worden. Specifieke aandacht is nodig voor het in kaart brengen van subacute verwijsstromen, hoe deze verlopen en hoe deze waar nodig verbeterd kunnen worden. Ook bevelen we aan waar de verantwoordelijkheden om op de interventies te sturen belegd kunnen worden. Op deze manier zal er op tactisch en strategisch niveau meer sprake worden van netwerk(en) voor kwetsbare ouderen.

- Integrale zorg in de wijk/preventie: SvKO010 – bij domeinoverstijgende regie in de wijk
- Instroom acute zorg: ROAZ
- Doorstroom vanuit ziekenhuis naar VVT: ConForte/SRZ (SvKO10)
- Doorstroom binnen ziekenhuis en voorkomen heropname: SRZ (& zie: integrale zorg in de wijk)
- Gegevensuitwisseling: RijnmondNet

Daarnaast bevelen we aan om **sterk in te zetten op verbinding**. Het start met bekend maken en overzicht creëren in de initiatieven om zo ook andere domeinen te kunnen betrekken. Investeren in elkaar kennen en informele relaties zijn hierbij van belang, maar ook na te denken over meer formele structuren en afspraken met elkaar te maken. Verticale verbinding is hierbij essentieel: van de bestuursafdeling naar de wijk en weer terug. Horizontale verbinding is van belang op alle lagen. Het traject rondom domeinoverstijgende regie in de wijk van SvKO010 en Samergo sluit hier mooi bij aan, omdat dit gaat over verbinding en hoe er in de wijk op domeinoverstijgende samenwerking gestuurd kan worden. Dit traject kan bijdragen aan het oplossen van de problematiek van niet-passend gebruik van de SEH op het thema integrale zorg thuis/preventie. Ook op tactisch en strategisch niveau van de domeinen en tussen de verschillende netwerken – SvKO010 (en de netwerken daarbinnen), ROAZ, RijnmondNet - dient afstemming plaats te vinden. Een structureel kwartaaloverleg tussen deze netwerken kan hieraan bijdragen. Procesbegeleiding kan hieraan ondersteunend zijn om ook te bouwen naar een infrastructuur waarin je meer met elkaar leren en niet telkens het wiel opnieuw uitvindt. Verbinding wordt ook gecreëerd door communicatie. Onze aanbeveling is om de communicatie van de verschillende netwerken meer op elkaar af te stemmen en hierin eenduidige terminologie te gebruiken. Afstemming en verbinding tussen de communicatieadviseurs van organisaties en netwerken kunnen hieraan bijdragen.

We bevelen aan om **in de regio de SEH's meer toe te rusten voor kwetsbare ouderen en de alternatieven voor de SEH beter beschikbaar te maken**. Kwetsbare ouderen kunnen beter op een prikkelarme plek opgevangen worden binnen het ziekenhuis. Inzet van geriatrische expertise op de SEH kan bijdragen aan passende zorg voor kwetsbare ouderen. Deze geriatrische expertise kan door geriatrie en transferverpleegkundige meer in te zetten op de SEH, een geriatrisch emergency team te formeren of door scholing geriatrie voor SEH-artsen en verpleegkundigen te organiseren. Als alternatief voor de SEH zou de spoedpolikliniek kunnen helpen die nu nog een aantal dag(delen) beschikbaar is. Met de lange wachttijden voor de reguliere polikliniek komen interventies niet op tijd en maakt dat het thuis niet meer gaat. Voor ELV geldt dat de procedures ingewikkeld zijn en de mogelijkheden in de late avond en nacht beperkt. Maar met name het meer loslaten van de scheiding tussen somatiek en PG bevordert mogelijkheden om instroom op de SEH te voorkomen en doorstroom vanuit het ziekenhuis te bevorderen. We bevelen aan om capaciteit qua bedden en personeel in de regio voor PG beter uit te werken.

Betrokken bij de interventie

Interventies

ZH	Ambu	WT	Huisarts	HAP	Welzijn	GGZ	Integrale zorg in de wijk / preventie	Aanbeveling beleggen verantwoorde lijkheid	Ontwikkelingsrichting per interventie
			X					Gestructureerde ouderenzorg	Opschalen bij meer huisartsen.
		X						Thuisplusflat	Wordt opgeschaald door de gemeente naar meer flats.
		X						Samen zorgen voor morgen	Krachten bundelen met andere domeinen en gezamenlijk als regio communiceren.
			X		X			Welzijn op Recept	Mogelijkheden onderzoeken voor inzet vanuit andere domeinen dan huisarts (bijv ziekenhuis).
			X					Advance Care Planning	Meer samenhang in de verschillende projecten, gegevensuitwisseling 1 ^e en 2 ^e lijn bevorderen.
		X						Wijkgericht werken	Doorontwikkelen met andere regierollen zoals wijkmanager en spin in het web.
		X						Virtuele thuiszorg	Opschalen, ook bij andere thuiszorgorganisaties.
		X	X		X			MDO	Opschalen in de verschillende wijken.
			X					MESO	Resultaten delen.
X	X	X		X		X		Zorgcoördinatie	Sociaal domein aanhaken.
		X						Verwijshulp010	Meer mogelijkheden voor inzet thuiszorg.
		X						Spoedzorg Rotterdam	Continueren.

X	X	X	X						Subacute zorgstraat	Verbinding met de huisarts en binnen ziekenhuis leggen voor toeleiding patiënten.
									Spoedpolikliniek	Op meer dagen openstellen.
X									GTU/observatorium	Centraliseren in bepaalde ziekenhuizen .
x									Rode Kruis vervoer	Borgen van duurzame inzet
X									Geriatrische kennis op SEH	Geriatric en transfer meer betrekken op SEH.
x									Spoedplein	Doorgaan en ontwikkelingen blijven volgen, VVT.
		X							Acute zorgopname VVT	Met aandacht voor labelling bedden.
		X							Verwijshulp010	Meer mogelijkheden voor inzet thuiszorg.
X									Opvolging ouderen SEH	Verantwoordelijkheid beleggen, plek binnen transmurale zorgbrug of gestructureerde ouderenzorg.
X		x							Transmurale zorgbrug	Mogelijkheid extra inzet na ziekenhuisopname inzet vanuit gestructureerde ouderenzorg of MDO.
x		x							Transmurale gegevensuitwisseling	Meer verbinden met zorginhoudelijke processen.
X	x								Met Spoed Beschikbaar	Pilots continueren.

Daarnaast bevelen we aan in te zetten op **gezamenlijke monitoring van capaciteit in de regio**.

Hierdoor wordt de omvang van problematiek duidelijker en kunnen oplossingsrichtingen beter gefundeerd worden. In de bijlage van dit rapport is een format toegevoegd voor het verzamelen van de gegevens voor instroom op de SEH van 70+’ers binnen de ziekenhuizen in de regio (gebaseerd op een ROAZ format en aangepast voor dit vraagstuk). Het samenbrengen van deze gegevens zou belegd kunnen worden bij het ROAZ of SRZ. Dit is in lijn met IZA waarin aantal kwetsbare ouderen op de SEH als voorbeeld genoemd wordt van monitoring van impact binnen de regio. In het IJsselland experimenteren ze momenteel met het verzamelen van informatie over niet-passend gebruik door medisch codeurs achteraf te laten bepalen of het SEH- bezoek met een sociale indicatie is. Na afloop van het experiment kunnen de resultaten gedeeld worden in de regio en mogelijk breder een vervolg kunnen krijgen. Met ConForte en Verwijshulp010 kan de verbinding gezocht worden voor de capaciteit in de VVT van bedden en personeel.

Inzet om knelpunten op te lossen rondom gegevensuitwisseling en financiering is gewenst, maar we zijn ons bewust dat dit een lange adem nodig heeft. Goede gegevensuitwisseling kan inzicht geven in de medische situatie in acute situaties wie er al betrokken zijn rondom de kwetsbare ouderen en zo effectievere samenwerking stimuleren. Een netwerkdossier en/of PGO is essentieel voor goede samenwerking en het is van belang dit te blijven agenderen op de juiste tafels, zoals bij RijnmondNet. Dit sluit ook aan bij de nationale visie op gezondheidsinformatiestelsel die VWS in april 2023 gedeeld heeft. Tot die tijd is het voor gegevensuitwisseling van belang dat het LSP open bij patiënten staat, want de corona opt-in is in april 2023 gestopt. Patiënten dienen geïnformeerd te worden dat zij toestemming moeten verlenen bij huisarts of online. Daarnaast bevelen we aan om overzicht van de betrokken professionals/domeinen bij de kwetsbare ouderen op een analoge manier te registreren bij de oudere thuis. In afstemming met professionals uit de multidisciplinaire casuïstiekbespreking denken we aan een kaart waar contactgegevens, rol en naam geregistreerd kan worden en die op een vaste plek hangt, bijvoorbeeld in de meterkast. Dit voldoet aan de vraag van de ouderen en professionals en creëert passende aandacht voor de beperkingen van de huidige manier van gegevensuitwisseling. Qua financiering bevorderen minder schotten passende zorg, bijv. te zien bij van Weel Bethesda Ziekenhuis die ziekenhuis en VVT onder één dak hebben. In Rotterdam met vele verschillende zorgpartijen is dit een uitdaging.

Tot slot betreft dit vraagstuk ook een **maatschappelijke opgave waarin ouderen en mantelzorgers meer betrokken dienen te worden**. De verwachtingen burger en mantelzorger van zorg en de verzorgingsstaat zijn hoog, maar met de zorgkloof niet realistisch. Langer thuis wonen, minder verpleeghuisbedden, minder mogelijkheden voor thuiszorg en nachtzorg. Ook ervaren veel zorgprofessionals dat kwetsbare ouderen niets willen tot het echt niet meer gaat en zich beperkt willen voorbereiden op het ouder worden. De campagne Samen zorgen voor morgen vanuit ConForte zet hier al mooi op in en ook de HAP houdt zich hier mee bezig. Ook initiatieven rondom ACP stimuleren de eigen regie en bewustwording bij ouderen en mantelzorgers om eerder na te denken over de laatste levensfase. Als regio zouden we hier ook meer gezamenlijk op in kunnen zetten door de cliëntraden van verschillende organisaties en Genero actiever te betrekken bij het programma en deze opgave. Ook blijkt het zinvol om dit thema ook landelijk te (blijven) agenderen zodat er ingezet kan worden op een SIRE campagne over dit thema.

Addendum

Begin 2023 is het rapport “Het gaat niet meer thuis” *een onderzoek naar niet passend gebruik SEH*, in verschillende gremia besproken. Het rapport heeft tot vragen geleid en discussie gegeven.

Tijdens de gesprekken met de verschillende stakeholders en zorgprofessionals komt duidelijk naar voren dat iedereen zich herkent in de geschetste problematiek, verschillende stakeholders zich niet gezien en gehoord voelde terwijl hun input wel meegenomen is en er werd vaak in eerste instantie naar de ander gewezen. Het is duidelijk dat iedereen het druk heeft in het eigen domein en tegen de grenzen van het systeem aanloopt. In het rapport komt de quote: De SEH is een afvoerputje geworden. Zo voelen andere domeinen zich ook. Afwenden op en wijzen naar elkaar is dan een natuurlijke reactie die we allemaal niet willen, maar wat wel gebeurt. Dit geeft ook aan hoe belangrijk het is dat van de eilanden wordt afgestapt en gezamenlijk naar oplossingen gekeken wordt. Daarbij is de neiging het bestaande te optimaliseren maar het gaat om het anders gaan werken.

Willen we anders gaan werken dan is het van belang dat eerst de samenwerking op alle niveaus (professional, tactisch en strategisch) wordt geoptimaliseerd. Vandaaruit kunnen we ons gezamenlijk richten op hoe kunnen we nu en in de toekomst optimale zorg aan bewoners/ bewoners/patiënten in de huidige en toekomstige arbeidsmarkt blijven leveren. Welke transitie naar anders werken is daarvoor nodig en hoe gaan we dat gezamenlijk vormgeven? Daarom zijn de aanbevelingen als volgt geconcretiseerd:

Concretisering aanbevelingen

Aanbeveling: Van keten naar netwerk

- Warme overdracht realiseren door ontwikkelen zorgpad kwetsbare ouderen
 - o organiseren sessies met medisch professionals rondom elke SEH met huisartsen, POH's, SEH-artsen, SEH-verpleegkundigen, geriaters, transferverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen en betrokkenen bij GRZ en ELV.
- Huidige interventies doorontwikkelen waarbij verantwoordelijkheden duidelijk belegd worden – zie tabel 29 en 30
- Subacute verwijsstromen in kaart brengen nagaan hoe ze nu werken en waar nodig verbeteren/ontwikkelen

Integrale zorg in de wijk/preventie: SvKO010 – bij domeinoverstijgende regie in de wijk
 Instroom acute zorg: ROAZ
 Doorstroom vanuit ziekenhuis naar VVT: ConForte/SRZ (SvKO010)
 Doorstroom binnen ziekenhuis en voorkomen heropname: SRZ (& zie: integrale zorg in de wijk)
 Gegevensuitwisseling: RijnmondNet

Aanbeveling: Inzetten op verbinding

- Horizontale en verticale verbinding organiseren: voor integrale zorg in de wijk gebeurt dit in traject domeinoverstijgende regie in de wijk
- Verbinding tussen verschillende netwerken: structureel kwartaaloverleg SvKO010, ROAZ en RijnmondNet
- Communicatie van netwerken beter stroomlijnen en gebruiken eenduidige terminologie: afstemming communicatieadviseurs van de verschillende netwerken

Aanbeveling: SEH's in regio beter toe te rusten voor kwetsbare ouderen en alternatieven voor de SEH beter beschikbaar te maken

- Inzet geriatrische expertise op de SEH
 - o Inzet geriatrie en/of transferverpleegkundige op SEH
 - o Inzet Geatric Emergency Team
 - o Scholing geriatrie voor SEH-artsen en verpleegkundigen
- Meer capaciteit op spoedpolikliniek
- Capaciteit qua bedden en personeel in de regio voor PG verder uitwerken

Aanbeveling: gezamenlijke monitoring van capaciteit in de regio

- Gezamenlijk monitoren instroom 70+ op SEH door ROAZ of SRZ - ook in het kader van IZA
- Koppelen gegevens met Verwijshulp 010

Aanbeveling: knelpunten op te lossen rondom gegevensuitwisseling en financiering is gewenst

- Agenderen netwerkdoosier (aansluitend bij de nationale visie op gezondheidsinformatiestelsel) bij RijnmondNet
- Stimuleren openzetten LSP bij patiënten
- Inzicht in betrokken professionals rondom kwetsbare ouderen: ontwikkelen kaart met de contactgegevens op vaste plek bij ouderen thuis

Aanbeveling: betrekken ouderen en mantelzorgers bij maatschappelijke opgave

- In de regio gezamenlijk optrekken in verwachtingsmanagement van zorg en verzorgingsstaat en burgers voorbereiden op ouder worden
 - o Betrekken clientraden en Genero bij programma SvKO010 om met hen deze opgave verder uitwerken
- Landelijk agenderen VWS - SIRE campagne

Referentielijst

- Boer, A. de, K. Kirschner. (2017, oktober). *Samen voor kwetsbare ouderen 010 – regioanalyse keten kwetsbare ouderen Rotterdam*.
- Broek, S. van den, N. Heiwegen, M. Verhofstad, et al. (2020). *Preventable emergency admissions of older adults: an observational mixed-method study of rates, associative factors and underlying causes in two Dutch hospitals*. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-040431.
- Driesen, B., H. Merten, R. Barendregt, et al. (2021). *Root causes and preventability of emergency department presentations of older patients: a prospective observational study*. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-049543.
- Isaia, G., E. Brunetti, R. Presta, et al. (2021, mei). *Prevalence, determinants and practical implications of inappropriate hospitalizations in older subjects: A prospective observational study*. DOI: 10.1016/j.ejim.2021.04.006.
- NIVEL en Amsterdam umc. (2022). *Drukke op de SEH: aantal ouderen niet de oorzaak*. [https://www.nivel.nl/nl/nieuws/drukke-op-de-seh-aantal-ouderen-niet-de-oorzaak#:~:text=Het%20aantal%20ouderen%20\(70%2B\),het%20Nivel%20en%20Amsterdam%20umc.](https://www.nivel.nl/nl/nieuws/drukke-op-de-seh-aantal-ouderen-niet-de-oorzaak#:~:text=Het%20aantal%20ouderen%20(70%2B),het%20Nivel%20en%20Amsterdam%20umc.)
- NZA, (november 2022). *Regioanalyse Rotterdam – inzicht in de zorgkantorregio*. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_725285_22/
- Regiobeeld: <https://www.regiobeeld.nl/zorggebruik?gemeente=Rotterdam&vergelijk=Capelle%20aan%20den%20IJssel>
- Wachelder, J.J.H. (2021). *Older adult patients at the Emergency Department*. [Doctoral thesis, Maastricht University]. Ridderprint. DOI: 10.26481/dis.20211130jw.

Voorbeeld data template monitoring SEH-bezoek in ziekenhuizen

Naar voorbeeld ROAZ, aanpassingen gedaan

	totaal SEH bezoeken (alle leeftijden)	70 plussers	jaar 2017, 2018,2019,2020, 2021, 2022 (apart kolom voor elk jaar)	Toelichting
Inclusie				Cardiologiepatiënten die op de SEH zijn behandeld.
Exclusie				Exclusief EHH/CCU bezoeken
Sekse				Man, Vrouw of Onbekend
Urgentietriage				
Urgentietriage volgens NTS				
Urgentie 0/1				Reanimatie/Onmiddellijk; uitval/instabiele vitale functies, resuscitatie- direct levensgevaar
Urgentie 2				Zo snel mogelijk; bedreiging vitale functies of orgaanschade
Urgentie 3				Binnen enkele uren; reële kans op schade/humane redenen
Urgentie 4				Binnen een etmaal; verwaarloosbare kans op schade
Urgentie 5				Volgende werkdag; geen kans op schade
Urgentietriage volgens MTS				
Rood				Acuut
Oranje				Zeer urgent
Geel				Urgent
Groen				Standaard
Blauw				Niet-urgent
Tijdstip zorgvraag				Indelen op basis van de aankomsttijd op de SEH
Doordeweeks, overdag (08:00-16:59)				exclusief feestdagen indien deze op een doordeweekse dag vallen.
Doordeweeks, 's avonds (17:00-23:59)				exclusief feestdagen indien deze op een doordeweekse dag vallen.
Doordeweeks, 's nachts (00:00-07:59)				exclusief feestdagen indien deze op een doordeweekse dag vallen.
Weekend, overdag (08:00-16:59)				inclusief feestdagen indien deze in het weekend vallen.



Weekend, 's avonds (17:00-23:59)				inclusief feestdagen indien deze in het weekend vallen.
Weekend, 's nachts (00:00-07:59)				inclusief feestdagen indien deze in het weekend vallen.
Onbekend				Aantal SEH-bezoeken waarbij het tijdstip van de zorgvraag onbekend is
Hoofdbehandelaar				Hoofdbehandelaar op de SEH
Cardiologie/cardiochirurgie				
Interne geneeskunde				inclusief nefrologie en hematologie
Heelkunde				inclusief traumatologie, chirurgie, orthopedie en vaatchirurgie
Neurologie/neurochirurgie				
Pulmonologie/longziekten				
Gynaecologie/verloskunde				
Psychiatrie				
Geriatricie				
Overig				Denk aan: Kindergeneeskunde/-chirurgie, dermatologie, oogheelkunde, KNO, urologie en mondheelkunde)
Onbekend				Aantal SEH-bezoeken waarbij de hoofdbehandelaar op de SEH onbekend is
Verwijzer naar de SEH				
Zelfverwijzer/binnenloper				Denk aan: Zelfverwijzer, eigen initiatief, onverwezen
Huisarts/HAP				Denk aan: Huisarts, huisartsenpost, via huisarts met ambulance, ambulance via huisarts, huisarts via radiologie/röntgen
Ambulance (112)				Denk aan: 112, ambulance, ambulanceverpleegkundige, centrale ambulance post, eigen initiatief (112), 112 melding, via MMT, via traumahelikopter
Afdeling/Polikliniek eigen ziekenhuis				Denk aan: Poliklinische screening/opname, polikliniek verwijzing, andere afdeling eigen ziekenhuis, poli/afdeling eigen ziekenhuis, specialist
Ander ziekenhuis, overplaatsing				Denk aan: Ander ziekenhuis, ander ziekenhuis in Nederland, ziekenhuis buitenland, overplaatsing
Verpleeghuis/verpleeghuisarts				



Overig				Denk aan: Via politie, GGZ, verloskundige, tandarts, andere instelling, overige zorginstelling, klacht na behandeling, telefonisch contact
Onbekend				Aantal SEH-bezoeken waarbij de verwijzer naar de SEH onbekend is
Bestemming na SEH				Daadwerkelijke ontslagbestemming van de patiënt na SEH.
Naar huis + controle huisarts				
Naar huis + controle poli				
Naar huis- overig				
Opname eigen ziekenhuis				Denk aan: Kliniek, opname verpleegafdeling, opname IC, opname via OK, direct naar OK, Acute Opname Afdeling, opname observatorium, gastbed op SEH, opname volgende dag
Overplaatsing naar/opname in ander ziekenhuis				Denk aan: Academisch ziekenhuis, algemeen ziekenhuis, opname ander ziekenhuis, overplaatsing naar ander ziekenhuis, overplaatsing tgv opnamestop
Overig (o.a. overleden, naar andere instelling)				Denk aan: Overleden, mortuarium, overgeplaatst naar andere instelling, naar herstelhotel, (terug) naar verzorgingshuis, (terug) naar verpleeghuis, revalidatiecentrum, psychiatrische instelling
Onbekend				Aantal SEH-bezoeken waarbij de bestemming na SEH onbekend is
Terugval (hoeveel van de SEH bezoeken volgen binnen een maand op een vorige SEH-bezoek (van een uniek patient))				
Totaal aantal uniek opgenomen patienten				
Aantal patienten die binnen een maand weer opgenomen worden				