Samen voor kwetsbare ouderen 010

Regioanalyse keten kwetsbare ouderen Rotterdam

Voorwoord 2

Inleiding 3

Regioanalyse keten kwetsbare ouderen 4

Leeswijzer 6

Analyse per domein 7

Domeinoverstijgende analyse 25

Conclusies en aanbevelingen 29

Colofon 33

ConForte

Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen SRZ

>

Voorwoord

Voor u ligt de regioanalyse van de keten kwetsbare ouderen in Rotterdam, die ZorgImpuls in opdracht van Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen (SRZ) en de brancheorganisatie verpleging & verzorging regio Rotterdam (ConForte) heeft uitgevoerd.

In 2017 is door SIGRA het rapport 'Krakende ketens in de zorg voor kwetsbare ouderen' gepubliceerd. Dit rapport roept veel herkenning op in de Rotterdamse situatie en is dan ook als uitgangspunt gebruikt bij de totstandkoming van onderliggende regioanalyse.

Met veel plezier hebben we een vertaling gemaakt naar de Rotterdamse situatie. De informatie die verschillende partijen uit de regio beschikbaar stelden, hebben wij hierin goed kunnen benutten. Ook zijn wij dankbaar voor de input die direct betrokkenen op korte termijn hebben geleverd. Hierdoor was het mogelijk om deze analyse in een kort tijdsbestek tijdens de zomervakantieperiode te realiseren.

We hebben bij de totstandkoming van deze regioanalyse gemerkt dat de zorg voor ouderen eenieder aan het hart ligt en dat er veel energie is om de knelpunten in de keten aan te pakken. Ook hebben we ervaren dat er al ontzettend veel gebeurt op het thema ouderenzorg. Op verschillende vlakken is er samenwerking en wordt er gewerkt aan een gezamenlijke ambitie. Er zijn lokale en regionale coalities gevormd en infrastructuren opgezet die allen (in potentie kunnen) bijdragen aan verbeteringen van de keten kwetsbare ouderen. Desondanks liggen er ook nog forse uitdagingen die vragen om meer samenhang en samenwerking om zo te komen tot integrale ouderenzorg.

Voor deze analyse is alle beschikbare informatie uit de regio geraadpleegd, maar deze zal nooit volledig zijn. Dit laat onverlet dat we ons inziens een goed beeld hebben kunnen schetsen van de uitdagingen die er zijn in de keten kwetsbare ouderen in Rotterdam. Wij wensen u veel leesplezier!

Astrid de Boer
Senior adviseur

Kirsten Kirschner
Informatiemanager

ZorgImpuls

Inleiding

De ouderenzorg is landelijk volop in beweging. Veranderingen in beleid en behoefte leiden ertoe dat ouderen en daarmee ook kwetsbare ouderen langer thuis blijven wonen. Als gevolg hiervan wordt de langdurige zorg en zorg thuis complexer. Dit vraagt om inzet van andere vormen van zorg en ondersteuning De Patiëntenfederatie Nederland heeft een rapport gepubliceerd waarin wordt beschreven hoe de zorg en ondersteuning aan ouderen met een kwetsbare gezondheid wordt ervaren.[1]

Van de ouderen en naasten geeft 48% aan knelpunten te ervaren in de keten van zorg aan ouderen met een kwetsbare gezondheid. Van de professionals is dit 95%. Als knelpunten worden onder andere genoemd: geen passende hulp, slechte afstemming tussen zorgverleners en onnodig lange verblijven in het ziekenhuis. Ook wordt genoemd dat verschillende overgangen in de zorg niet goed verlopen. Dit vraagt om een meer samenhangende aanpak in de keten.

Op verschillende plekken in het land worden initiatieven genomen en experimenten uitgevoerd om multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen te stimuleren. In de inventarisatie en analyse van ARGO[2] over multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen (ARGO, september 2016) worden 122 variaties aan samenwerkingen beschreven waarbij de kern van de multidisciplinaire samenwerking wordt gevormd door de huisartsenpraktijk, wijkverpleegkundige en specialist ouderengeneeskunde. Ook in dit rapport wordt aanbevolen dat in een samenwerking rond kwetsbare ouderen altijd de input vanuit zowel sociaal domein, de care en het medisch domein wordt gecombineerd.

De rapporten van ARGO en de Patiëntenfederatie Nederland hebben in juli 2017 geleid tot een werkagenda voor een oudervriendelijk Nederland waar ruim 20 organisaties, waaronder ActiZ, LHV, KNMP en InEen, aan samenwerken.

Ook in Rotterdam worden de gevolgen van veranderingen in beleid in de ouderenzorg gesignaleerd. In Rotterdam is 27,1% van het aantal ouderen van 65 jaar en ouder kwetsbaar ten opzichte van 23,0% landelijk.[3] Op verschillende plekken in de Rotterdamse regio worden lokale en regionale initiatieven opgepakt om de zorg en ondersteuning aan de groep kwetsbare ouderen zo goed mogelijk te organiseren. Deze initiatieven worden op dit moment grotendeels los van elkaar opgepakt en vragen om een samenhangende regionale aanpak. Om een goed beeld te krijgen van de lopende initiatieven en inzicht te krijgen in knelpunten en uitdagingen is een regioanalyse van de keten kwetsbare ouderen gewenst.

Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen (SRZ) en de Brancheorganisatie verpleging & verzorging regio Rotterdam (ConForte) geven aan dat deze analyse als doel heeft om met alle partijen in de keten voor kwetsbare ouderen (van preventie tot acute zorg) tot een gezamenlijke aanpak te komen. Met een gezamenlijke aanpak kan voor iedere kwetsbare oudere de juiste zorg op de juiste plek georganiseerd worden, waarbij de juiste financiering kan volgen.

In deze rapportage zullen allereerst per domein knelpunten, initiatieven en uitdagingen beschreven worden. Vervolgens worden domeinoverstijgende knelpunten, initiatieven en uitdagingen benoemd. Dit rapport wordt afgesloten met conclusies en aanbevelingen.

[1] Harnas, S., Schout, P. (2017) Meldactie 'ouderen met een kwetsbare gezondheid'. Patiëntenfederatie Nederland
[2] Van Linschoten, C.P., Te Velde, B.P. (2016). Inventarisatie en analyse van multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen. ARGO
[3] ROS-Wijkscan-ABF Research. (2016)

Regioanalyse keten kwetsbare ouderen

Regioanalyse keten kwetsbare ouderen

Om inzicht te krijgen in de knelpunten, initiatieven en uitdagingen in de keten van de kwetsbare ouderen in Rotterdam is allereerst een basis gelegd aan de hand van analyses en informatie beschikbaar vanuit verschillende gremia. Aanvullend zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de domeinen Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT), ziekenhuizen, acute zorg, eerstelijnszorg, huisartsenposten (HAP), spoedeisende hulp (SEH) en gemeente.

Per domein en domeinoverstijgend zijn de knelpunten in de keten voor kwetsbare ouderen in kaart gebracht. Deze worden visueel weergegeven en zijn uitgeschreven. Oplossingsrichtingen zijn weergegeven in initiatieven die in de regio ontplooid worden/zijn. Uitdagingen worden tevens per domein en domeinoverstijgend benoemd. De focus van de analyse ligt op de ketensamenwerking tussen huisartsen overdag en tijdens avonden, nachten en weekenden (ANW), VVT en ziekenhuizen in Rotterdam. Het rapport 'Krakende ketens in de zorg voor kwetsbare ouderen' (SIGRA, 2017)[4] is als uitgangspunt gebruikt.

Informatie is bij elkaar gebracht vanuit verschillende gremia, overleggen en documenten, te weten:

- Centraal Ketenoverleg. Inventarisatie knelpunten en best practices zorgproces voor kwetsbare ouderen.
- Werkgroep 'Analyse knelpunten in de keten'.
- 'De keten in stroomversnelling'. Inventarisatie van knelpunten, opgesteld vanuit perspectief van de huisarts, SEH en de Regionale Ambulance Voorziening (RAV).
- Netwerk acute zorg Zuidwest-Nederland 'Keten onder druk'.
- 'Rapportage brainstorm. Acute zorgketen vraagt denkkracht.' Traumacentrum Zuidwest-Nederland.
- Regionale bijeenkomst ketenoverleg Eerstelijnsverblijf (ELV).
- Informatie vanuit diverse projecten en overleggen lokaal en regionaal waarbij ZorgImpuls is betrokken onder andere als adviseur, projectleider.
- Landelijke rapporten en beleidsstukken.

Vervolgens heeft een eerste verkenning plaatsgevonden middels een focusgroep met de volgende personen:

- Yvette van Strien, ROAZ coördinator Acute Zorg.
- Nico Noordberger, Afdelingsmanager van onder andere ketenlogistiek SFVG.
- Irma Jeremiasse, Ketencoördinator Laurens.
- Wijnie Nijssen, Senior adviseur externe zorgrelaties Erasmus MC.
- Erna Vogelzang, Manager klantlogistiek Aafje.
- Coleta Verheij, Huisarts en kringbestuurder van de LHV-Huisartsenkring District Rotterdam.
- Astrid de Boer, Senior adviseur ZorgImpuls.

Een tweede verkenning heeft plaatsgevonden middels telefonische interviews met de volgende personen:

- Miranda Buckley, Kaderhuisarts ouderengeneeskunde, Bestuursvoorzitter Zorggroep IZER.
- Jan Dijks, Specialist ouderengeneeskunde, Bestuurder Sonneburgh en ConForte.
- Susan Korthagen, Beleidsadviseur Directie Publieke Gezondheid, Welzijn en Zorg, afdeling Ontwikkeling en Beleid.
- Andra Kranendonk, Manager SEH Maasstad Ziekenhuis.
- Adri van der Born, Huisarts en medisch directeur Huisartsenposten Rijnmond.
- Arend Arends, Geriater Havenziekenhuis en verschillende ziekenhuizen aan de zuidkant van Rotterdam.

[4] https://www.sigra.nl/stedelijk-advies-doorstroming-patienten

Leeswijzer

Per domein en domeinoverstijgend zijn de knelpunten in de keten voor kwetsbare ouderen in kaart gebracht. Deze knelpunten zijn terug te vinden in een totaaloverzicht en een overzicht per domein waarin de verwijslijnen te zien zijn.

De kleuren van deze lijnen en de markeringen maken duidelijk waar de grootste knelpunten ervaren worden. Oplossingsrichtingen zijn weergegeven in initiatieven die in de regio ontplooid worden/zijn. Tevens worden per domein en domeinoverstijgend uitdagingen benoemd.

Overzichten	**Totaaloverzicht**	Per domein
In overdracht en samenwerking worden geen grote knelpunten ervaren		
In overdracht en samenwerking zijn aandachtspunten/risico's te benoemen		
In overdracht en samenwerking worden grote knelpunten ervaren		

Interpretatie van deze analyse

- Voor deze analyse is alle beschikbare informatie uit de regio geraadpleegd, maar deze zal nooit volledig zijn. Dit laat onverlet dat we ons inziens een goed beeld hebben kunnen schetsen van de uitdagingen die er zijn in de keten kwetsbare ouderen in Rotterdam.

- De regioanalyse geeft een totaalbeeld voor de verschillende domeinen in Rotterdam. De beschreven knelpunten en uitdagingen kunnen voor organisaties anders liggen dan dat het per domein beschreven is.

- De partijen die niet meegenomen zijn in deze analyse, zijn:
  - Sociaal domein (gemeente, welzijn, wijkteam)
  - Ambulancezorg
  - GGZ
  - Gehandicaptenzorg
  - Revalidatie
  - Specifieke doelgroepen, zoals obesitas
  - Zorgverzekeraar
  - Patiëntvertegenwoordigers

- De benoemde initiatieven zijn niet op waarde geschat, wat wil zeggen dat de initiatieven niet goed of fout zijn. Bij enkele initiatieven is aangegeven dat ze risicovol zijn. Dit is in tekst schuingedrukt weergegeven.

Analyse per domein

Totaaloverzicht

Terug naar
totaaloverzicht

Preventie/vroegsignalering

Terug naar totaaloverzicht

Preventie/vroegsignalering

Knelpunten

De knelpunten die opgehaald zijn over preventie/vroegsignalering zijn onderverdeeld in knelpunten die betrekking hebben op de kwetsbare oudere zelf, het wijkzorgnetwerk, de huisartsenpraktijk, de wijkverpleging, de VVT en de gemeente.

Kwetsbare oudere

- De kwetsbare oudere heeft vaak een gering/geen sociaal netwerk.
- Meer kwetsbare ouderen wonen langer thuis.
- Kwetsbare ouderen zijn onvoldoende in beeld.
- Kwetsbare ouderen die zorg weigeren.
- Ondervoeding bij ouderen.
- Eenzaamheid bij ouderen.

Wijkzorgnetwerk

- Dit netwerk is in ontwikkeling waardoor samenwerking en communicatie tussen partners in de wijk een knelpunt is.
- Sociale kaart is niet voldoende in beeld.
- Bereikbaarheid wijkteam.

Huisartsenpraktijk

- Financiering ouderenzorg in de huisartsenpraktijk is ontoereikend voor de inzet op vroegsignalering en de daarvoor benodigde overlegstructuur.
- Inzet op ouderenzorg is afhankelijk van de populatie in de wijk. Niet alle huisartsen praktijken zetten hier op in.
- Afspraken maken met de eerstelijnszorg. Huisartsenzorg is versnipperd. Niemand heeft mandaat om afspraken namens de eerste lijn te maken.

Wijkverpleging

- Bekostiging wijkverpleegkundige zorg verandert en daarmee de inzet van wijkverpleegkundige S1.
- Veel wijkverpleegkundigen van verschillende organisaties zijn werkzaam in de wijk wat samenwerking lastig maakt voor onder andere de huisarts.
- Tekort aan wijkverpleegkundigen.

Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT)

- Onplanbare thuiszorg buiten en tijdens kantoortijden is lastig.
- Tekort aan verpleegkundigen niveau 4.
- Mogelijkheden respijtzorg zijn niet bekend.
- Advanced Care planning ter voorkoming van vrijdagmiddagproblematiek wordt gemist.
- Bereikbaarheid.
  - VVT (meerdere nummers, buiten kantoortijden en ANW lastig).
  - Consultatie van de specialist ouderengeneeskunde (SO) door de huisarts is lastig doordat specialisten ouderengeneeskunde werkzaam zijn bij verschillende organisaties en niet uniform bereikbaar zijn.
- Beperkt gebruik van consultatiefunctie van specialist ouderengeneeskunde.
- Patiënten die niet in beeld zijn/ zorgmijders, waardoor oplossingsgericht werken vaak een escalatie wordt.

Gemeente

- Overgang Zvw, Wmo naar Wlz (grijze gebieden):
  - Mensen gaan liever niet naar de Wlz. Omvang van de Wlz indicatie/het budget in een MPT/VPT is vaak lager dan de huidige hoeveelheid zorg vanuit Wmo en Zvw, hogere eigen bijdrage en mogelijk is hun huidige aanbieder niet gecontracteerd voor de Wlz.
  - Wlz aanvraag:
    wanneer doe je de aanvraag en wordt de zorg voor de patiënt er beter op?
    Dilemma:
    om op de wachtlijst van het verpleeghuis van je voorkeur te komen heb je een Wlz indicatie nodig, terwijl er in de praktijk meer maatwerk mogelijk is in de zorg en ondersteuning binnen de Zvw en Wmo.
- Ambulantisering: het organiseren van oproepbare zorg 's nachts als gevolg van ambulantisering.
- Casemanagement voor mensen met dementie voordat diagnose gesteld is.
  - Niet eenduidig vormgegeven; rol casemanager, rol vanuit Wmo/wijkteam, rol POH, rol specialist ouderengeneeskunde, rol stedelijke keten dementie.
- Verbinding welzijn-zorg, het benutten van het wijknetwerk en welzijnsvoorzieningen.

Initiatieven

De initiatieven op het gebied van preventie/vroegsignalering zijn beschreven voor de huisartsenpraktijk en het sociaal domein.

Huisartsenpraktijk

- Prestatie (vanuit zorgverzekeraar) voor samenwerking kwetsbare ouderen voor huisartsen: inzet POH Somatiek (ouderenzorg), ontwikkelen wijkgerichte samenwerkingsafspraken, vormgeven gezamenlijk digitaal platform.
- Ondersteunende functies voor ouderenzorg in de huisartsenpraktijk, zoals praktijkverpleegkundige, nurse practitiner, POH Somatiek ouderenzorg, doktersassistente en de wijkverpleegkundige S1.
- Samenwerking specialist ouderengeneeskunde.
  - Consultatiefunctie door huisartsen.
  - Draaien van een spreekuur in de huisartsenpraktijk door specialist ouderengeneeskunde.
- Kaderhuisartsen ouderenzorg. Huisartsen die proactieve samenhangende zorg bieden aan eigen patiënten én die collega huisartsen stimuleren dit ook te doen. Zij vormen een regionaal aanspreekpunt in de eerstelijnszorg voor ouderen.
- Verkenning mogelijkheden inrichting ELV Laagcomplex in verschillende gebieden in Rotterdam en omstreken.
- Ontwikkelen van een app om werkafspraken ELV in te zetten in Kralingen Crooswijk. Zo mogelijk wordt de app gekoppeld aan www.verwijshulp.nl. Uiteindelijk doel is deze app voor de gehele regio beschikbaar te maken.

Sociaal domein

- In kaart brengen keten ouderen met behulp van data door gemeente Rotterdam en Zilveren Kruis vanuit convenant.
- Projecten verbinden zorg en welzijn. Gemeente Rotterdam en Zilveren Kruis financieren gezamenlijk projecten om in de wijken de samenwerking tussen huisartsen en welzijn tot stand te brengen en de zorgconsumptie te verminderen. Doel is bij te dragen aan integrale zorg en ondersteuning vanuit welzijn, Wmo, Zvw en Wlz en tevens innovatie en kostenbeheersing te stimuleren.
- Samenwerkingsvoorbeelden eerste lijn, wijkverpleegkundige, wijkteam.
- Programma Voor Mekaar, waarbij ouderenmaatschappelijk werkers in wijkteams worden ingezet, ouderen van 65 jaar en ouder worden bezocht, en een gemeentegids is ontwikkeld voor 65-plussers met als doel de eenzaamheid te verminderen onder ouderen.

- Programma Langer Thuis vanuit gemeente Rotterdam waarbij gekeken wordt naar wat nodig is om langer zelfstandig te kunnen blijven wonen. Doelstellingen zijn geformuleerd op punten als een geschikte woning, een vitaal netwerk, een toegankelijke wijk en heldere informatie.
- Pilot Langer Thuis met Dementie In Ommoord en Lombardijen om de zorg voor mensen met dementie zo in te richten dat mensen met dementie zo lang mogelijk in een zelfstandige woonsituatie kunnen blijven wonen en een opname in een verpleeginstelling wordt uitgesteld.
- Integrale indicering. Dichterbij brengen van integrale zorg en ondersteuning van toepassing op mensen die zorg ontvangen uit twee of meer domeinen wordt uitgewerkt (Gemeente, ConForte, Zilveren Kruis, Erasmus MC, Hogeschool Rotterdam).
- Toepassen van 4D(omeinen) model in Rotterdam. Gemeente Rotterdam is hierover in gesprek met Fonds Achterstandswijken (FAW). Het is een model voor professionals in het medische en sociale domein en wordt gebruikt bij patiënten met complexe problematiek die hun gezondheid als slecht ervaren en problemen hebben in meerdere levensgebieden.
- Logeerhuis De Buren: logeerhuis voor iedereen die na ziekte of opname in het ziekenhuis niet kan terugvallen op een eigen netwerk van familie, buren, vrienden of kennissen. Terwijl zelfstandig wonen nog niet gaat.

Uitdagingen

- Vroegsignalering. Kwetsbare ouderen zijn nog onvoldoende in beeld bij onder andere de huisarts.
- Advance care planning. Dit is een proces waarbij de patiënt met zijn behandelend arts zijn wensen, doelen en voorkeuren voor zorg rond het levenseinde bespreekt en eventueel vastlegt, vooruitlopend op het moment dat de patiënt zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen.
  Dit hangt samen met vroegsignalering.
  Het is belangrijk dat op tijd wordt nagaan welke mogelijkheden er zijn voor de kwetsbare oudere samen met andere partijen.
- Samenwerking:
  - met de specialisten ouderengeneeskunde.
  - met wijkverpleegkundigen, huisartsen en wijkteams.
- Onplanbare thuiszorg 24/7 inzetten.
- Communicatie en overdacht.
- Integrale zorg en ondersteuning. Als mensen meerdere vormen van zorg ontvangen. Afstemming in indicering en zorg.
- Slimme verbindingen tussen zorg vanuit de Zvw en de Wmo: zo min mogelijk professionals achter de voordeur, de zorg zo efficiënt mogelijk inzetten door slimme combinaties van begeleiding, persoonlijke verzorging en huishoudelijke verzorging.
- Innovatie. Inzet van technologie. Lastig om sluitende business cases te vinden. Alle aanbieders zijn er mee bezig toch zijn er nog kansen onbenut.
  De succesvolle implementatie van technologische toepassingen vraagt een cultuurverandering.
- Betrekken van burgers en mantelzorgers.

Terug naar
totaaloverzicht

Huisartsen(post)

Terug naar totaaloverzicht

Huisartsen(post)

Knelpunten

De knelpunten zijn onderverdeeld in knelpunten op de huisartsen(post), in verwijzing naar VVT en SEH, en het vervoer middels ambulance naar de SEH en het ziekenhuis.

Huisartsen(post)

- Geen beschikking over juiste, actuele en volledige patiënteninformatie.
- Niet/nauwelijks data beschikbaar ten aanzien van doorverwijzingen.
- Veel waarnemers op de huisartsenpost die de wijkkaart/sociale kaart niet kennen.
- Advanced Care Planning wordt gemist in dagpraktijk.
- Het ontbreken van een actuele (palliatieve) overdracht tijdens het werk op de huisartsenpost.

VVT

- Huisartsen hebben onvoldoende inzicht in beddencapaciteit en mogelijkheden VVT.
- Lastig om direct verpleeghuiszorg en thuiszorg in te zetten.
  - Tijdrovend, ingewikkeld en bureaucratisch.
  - Communicatie en bereikbaarheid.
  - Veel schakels.
  - Beschikbaarheid is niet bekend.
- Bereikbaarheid:
  - VVT (meerdere nummers, buiten kantoortijden en ANW lastig).
  - Specialisten ouderengeneeskunde in ANW-uren.
- Behoefte aan verblijf is onbekend.
- Rol van huisarts bij eerstelijnsverblijf is onduidelijk.
- Terugkoppeling naar huisarts vanuit VVT na opname.

SEH

- Patiënten met een sociale indicatie komen op de SEH terecht.

Vervoer per ambulance naar SEH en ziekenhuis

- Druk op capaciteit en beschikbaarheid van ambulances. Patiënten moeten soms lang wachten op vervoer.

Initiatieven Huisartsen(post)

- Ambulancedienst Zuid-Holland Zuid kijkt of een paramedic practitioner patiënten thuis kan beoordelen, onder regie van de huisarts. Dit zou de werkdruk bij huisartsen flink kunnen verlichten.
- Palliatieve overdracht van huisartsenpraktijk naar HAP (Centrale Huisartsenposten Rijnmond). De denktank Palliatieve Zorg van HAP Rijnmond heeft een overdrachtsformulier, Palliatieve Memo, ontwikkeld die de informatieoverdracht vergemakkelijkt en structureel verbetert.

- Opleiden van verpleegkundig specialisten op de huisartsenpost (Centrale Huisartsenposten Rijnmond, Hogeschool Rotterdam). Werving van verpleegkundigen stagneert op dit moment de start van de opleiding.
- Pilot triage door meldkamer ambulance-zorg (MKA) en huisartsenpost waarbij direct overleg is tussen de MKA-centralist, de HAP-triagist en een regie-arts. Doel is voor iedere situatie de beste zorgverlener in te schakelen. Een ambulance als er echt spoed is en een huisarts als er meer tijd is om actie te ondernemen (HAP Hellegat).

Uitdagingen

- Druk op de huisartsenpost (in beschikbare uren) vanwege de zorgvraag die complex, ingewikkeld en tijdrovend is.
- Beschikbaarheid data.
- Samenwerkingsafspraken in de keten op uitvoeringsniveau.

Terug naar
totaaloverzicht

Spoedeisende hulp

Terug naar totaaloverzicht

Spoedeisende hulp

Knelpunten

De knelpunten zijn opgesplitst in knelpunten die betrekking hebben op de SEH, op de verwijzing naar het ziekenhuis, het ontslag naar huis en de verwijzing naar de VVT.

SEH

- Piekbelasting op de SEH.
- Geen beschikking over juiste, actuele en volledige patiënteninformatie.
- Niet/nauwelijks data met betrekking tot in-, door- en uitstroom.
- Kwetsbare ouderen met sociale indicatie op SEH.
- Op SEH weinig screening op multidisciplinaire ouderenproblematiek. Hierdoor:
  - Zijn kwetsbare ouderen langer op de SEH.
  - Worden kwetsbare ouderen opgenomen in het ziekenhuis met een sociale indicatie.
  - Gaan kwetsbare ouderen naar huis zonder thuiszorg.
- Kennis en expertise. Bijvoorbeeld door een tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen.

Ziekenhuis

- Kwetsbare ouderen worden opgenomen in het ziekenhuis met een sociale indicatie.

Naar huis/huisarts

- De overdracht naar de huisarts is een risico als het gaat om het informeren. De informatie is er niet, of te laat, of slecht.
- Vervoer van SEH naar huis behoeft aandacht.

VVT

- Uitplaatsingen waarbij complexe zorg nodig is:
  - Door wet- regelgeving/financiering is uitplaatsing vanuit SEH lastig: onder andere het invullen van alle benodigde formulieren voor het regelen van een indicatie en de onzekerheid over de eventuele vergoeding in de VVT bemoeilijkt of maakt het uitplaatsen onmogelijk. Tevens is wet- en regelgeving onduidelijk en onbekend.
  - Onvoldoende tijd en expertise om patiënten in een acute fase over te plaatsen naar een VVT-instelling.
- Bereikbaarheid VVT (meerdere nummers, buiten kantoortijden en ANW lastig).
- Kwetsbare ouderen gaan naar huis zonder thuiszorg.
- Inzet thuiszorg 24/7. Stops vanwege personele bezetting.
- Ontbreken van de juiste info/ aanmeldgegevens.
- Onduidelijkheden rondom ELV wat betreft regelgeving en beschikbare capaciteit.

Initiatieven SEH

- Ontwikkeling bedden spoedzorg ter overbrugging tot patiënten op de juiste plek geplaatst kunnen worden. Wordt uitgewerkt door Aafje en het Maasstad Ziekenhuis.
- Pilot inzet transferverpleegkundige van Argos Zorggroep op de SEH op vrijdagavond. Pilot is afgerond. Vervolg in september 2017. Doorstroom verbeteren in Franciscus Gasthuis & Vlietland (SFVG).

- SEH tijdelijk ontzien van 112 meldingen. Dit betekent dat gedurende een uur de SEH wordt ontzien van 112 meldingen voor de patiëntenstroom die door de ambulance wordt aangeboden (tenzij het om een vitaal bedreigde patiënt of een bekende patiënt gaat).
- Voorstel regionaal vangnet in geval van drukte SEH. Het gaat hier bijvoorbeeld om een rode kruis vrijwilliger die zorgt voor vervoer naar huis omdat een taxi een patiënt in pyjama niet meeneemt.
- Combinatie-aanstellingen voor verpleegkundigen voor werk op de SEH en de ambulancedienst.
- Fast-track: doorstroom van patiënten verbeteren in het Ikazia Ziekenhuis.
- Patiëntenstromen ombuigen door specialismen samen naar de druk te laten kijken: doorstroom verbeteren in het Albert Schweitzer Ziekenhuis.
- Stafartsen inzetten op de SEH om doorstroming te bevorderen (IJsselland Ziekenhuis).
- Inzet van eerste verantwoordelijke avond-/nachtsluiting verpleegkundige (EVAN) van vrijdag t/m maandag (SFVG). De EVAN is onder andere verantwoordelijk voor het coördineren van uitplaatsingen SEH naar verpleegafdelingen in het ziekenhuis. Dit ter ontlasting van de SEH en verpleegafdeling.
- Afdeling NOA (Nachtelijke Opname Afdeling) in verband met tijdelijke avond/nacht sluiting SEH Vlietland. Opvang is voor 'bekende patiënten' in het Vlietland.
- Transferverpleegkundigen inzetten tijdens kantooruren: doorstroom verbeteren in het IJsselland Ziekenhuis.
- Opnameverpleegkundige op de SEH (Maasstad Ziekenhuis). Doorstroom verbeteren in het ziekenhuis.
- Screenen van kwetsbaarheid op de SEH en op basis daarvan geriater inzetten die meedenkt en adviseert (Ikazia en Havenziekenhuis).

Uitdagingen

- Inrichten van de zorg op de SEH (en breder) op de grote groep kwetsbare ouderen. Behandelen van de (kwetsbare) ouderen als geriatrische patiënten.
- Opzetten/ontwikkelen van geriatrie-care.

Terug naar
totaaloverzicht

Ziekenhuis

Terug naar totaaloverzicht

Ziekenhuis

Knelpunten

De knelpunten zijn opgesplitst in knelpunten die betrekking hebben op het ziekenhuis, het ontslag naar huis, en de verwijzing naar de VVT.

Ziekenhuis

- Er wordt te laat geriatrische diagnostiek ingezet doordat kwetsbare ouderen onvoldoende in kaart zijn gebracht. Hierdoor ontstaan makkelijk crisissituaties.
- Klinieken zijn steeds vaker vol, onder andere door opnames kwetsbare ouderen met sociale indicatie via SEH.
- Onnodige opnames in het ziekenhuis door te weinig of te laat inroepen expertise van de geriater op de SEH.
- Ziekenhuiszorg is niet voldoende ingericht op kwetsbare ouderen. Competenties van verpleegkundige(huis)artsen, artsen/ specialisten schieten te kort. Er is sprake van een specialistische blik op aandoeningsniveau in plaats van een geriatrische blik.
- Tekort aan:
  - In ouderen gespecialiseerde afdelingen en geriaters.
  - Gespecialiseerde verpleegkundigen.
- Inzetten van juiste vervolgzorg op het juiste moment, andere door ontbreken overzicht mogelijkheden en juiste match en verwijsgedrag van specialisten.
- Wens van de patiënt bij tijdelijke opname verpleeghuis.
- Ontslag.
  - Kans op terugval.
  - Lastig uit te plaatsen patiënten zoals patiënten met complexe zorg zoals canule, geronto-psychiatrie en obesitas.

Naar huis/huisarts

- De overdracht naar de huisarts is een risico als het gaat om het informeren. De informatie is er niet, of te laat, of slecht.

VVT

- Bereikbaarheid van transferverpleegkundigen van VVT na 16:30 uur.
- Beschikbaarheid in bedden en passende indicatie.
- Ontbreken van Medisch Specialistische Verpleging in de Thuissituatie (MSVT).
- Onduidelijke regelgeving ELV.

Initiatieven Ziekenhuis

- Transmurale zorgbrug (onder andere IJsselland Ziekenhuis, Maasstad Ziekenhuis, Havenziekenhuis, SFVG). De zorgbrug slaat een brug tussen professionals in ziekenhuizen en professionals in de eerstelijnszorg. Het ondersteunt in de begeleiding van kwetsbare ouderen die na een ziekenhuisopname weer thuiskomen.

- Mailservice/SMS-service bij dreiging vol lopen beddenhuis (IJsselland Ziekenhuis, Ikazia Ziekenhuis). Hierdoor wordt actief en kritisch gekeken naar ontslagdata, waardoor er meer ruimte in het beddenhuis komt.
  Wordt gezien als een risico, want vaak kunnen patiënten niet naar huis.
- Transferafdeling met acht bedden wanneer niet direct ontslag naar een passende omgeving buiten het ziekenhuis mogelijk is. (SFVG) Deze afdeling is opgezet om de hoge druk op de beddencapaciteit te doen afnemen en te voorkomen dat electieve patiënten afgezegd moeten worden. Het initiatief is gestaakt door onder andere het niet rond krijgen van het rooster.
  Het is de vraag of dit de juiste oplossing is, maar wordt ingezet omdat patiënten niet snel geplaatst kunnen worden.
- Verkenning buurtziekenhuis (IJsselland Ziekenhuis).
- Dagelijks overzicht van Transferpunt (SFVG). Management/ medisch managers/ RvB worden dagelijks op de hoogte gebracht van stand van zaken van:
  - geplande ontslagdata.
  - soort indicatie/ontslag (zorginstelling, thuiszorg, hospice, ELV, GRZ, Wlz).
  - patiënten die waren aangemeld voor ontslag en weer medisch zijn geworden.
  - aantal 'wachters' op zorg.
- Korte beoordeling geriatrische revalidatie-zorg via dagbehandeling of poliklinisch (Havenziekenhuis)
- Geriatrische care unit in Havenziekenhuis welke mogelijk ook vorm krijgt in het Maasstad Ziekenhuis die de geriatrie over neemt van het Havenziekenhuis.
- Maandelijks multidisciplinair overleg in Rozenburg met onder andere huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en geriaters over kwetsbare ouderen.

Uitdagingen

- Voorkom onnodige opname.
- Advance care planning.
- Afstemming electieve zorg en spoedzorg.
- Voorkom terugval na ontslag.
- Geriatrische zorg opzetten en competenties hierbij aan laten sluiten.
- Overdracht en communicatie.

Terug naar
totaaloverzicht

Verpleging, Verzorging en Thuiszorg

Terug naar
totaaloverzicht

Verpleging, Verzorging en Thuiszorg

Knelpunten

De knelpunten zijn opgesplitst in knelpunten die betrekking hebben op de tijdelijke en langdurige opname, het ontslag naar huis, inzet van wijkverpleging/thuiszorg, de verwijzing naar de SEH en het ziekenhuis.

(Tijdelijke) Opname

- Onvolledigheid van aanmeldgegevens.
- Ontbreken van juiste inventarisatie van de uitgangssituatie voor opname waardoor patiënt niet de juiste inzet van zorg krijgt.
- Onvoldoende zicht op mogelijkheden (tijdelijke) intramurale zorg wanneer ziekenhuisopname niet nodig is.
- Bekostiging sluit niet aan bij wat nodig is.
  - Eerder bereiken productieplafonds, sluiten van bedden.
- Rol van huisarts bij eerstelijnsverblijf is onduidelijk.
- PG problematiek op (gesloten) eerstelijnsverblijf.
- Stijging kortdurende zorg (ELV-GRZ), minder doorstroom Wlz, grotere uitstroom naar thuissituatie.
- Interne doorstroming van tijdelijk naar langdurig.
- Meer spoedverwijzingen buiten kantoortijden.
- Triage geriatrische revalidatiezorg.
- Personeel.
  - Deskundigheid personeel.
  - Onvoldoende personeel op verschillende VVT-locaties voor opvang acute opname buiten kantoortijden.
  - Leegstand bedden versus opnamecapaciteit.
- Kans op terugval na ontslag.
- Risicomijdend gedrag van VVT-instelling (gekeken wordt of de zorgvraag wel in de indicatie past).
- In kunnen spelen op specifieke doelgroepen.
- Complexe zorg.
  - Stijging patiënten die complexe zorg nodig hebben.
  - Onvoldoende dekking kosten.
  - Onvoldoende kennis en expertise.
  - Leegstand bedden versus opnamecapaciteit.
- Onduidelijkheid over afgifte indicatie en of vergoeding wordt afgegeven (risico mijden).
- Onvoldoende gebruik consultatie-functie specialist ouderengeneeskunde door huisarts.
- Onvoldoende ingericht om 24/7 patiënten op te nemen.
- www.verwijshulp.nl is niet real time en geeft zodoende geen up to date inzicht in beschikbare bedden.

Wijkverpleging/thuiszorg

- Stijging van patiënten die thuiszorg nodig hebben.
- Tekort wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen niveau 4-5.
- Financiering is ontoereikend.

SEH/ziekenhuis

- Verandering in zorg van de cliënt is een aandachtspunt. VVT blijft verantwoordelijk als bijvoorbeeld na een heupbreuk revalidatie nodig is. Echter, een plek is er niet altijd wegens krapte in de zorg.
- Vervoer naar SEH en ziekenhuis is een aandachtspunt vanwege de capaciteit.

Initiatieven VVT

- Applicatie www.verwijshulp.nl bestemd voor verwijzers en professionals voor dagelijks inzicht in beddencapaciteit van VVT.
- Bereikbaarheid in de avond tot 23:00 uur (Laurens).
- Ontwikkeling bedden spoedzorg ter overbrugging tot patiënten op de juiste plek geplaatst kunnen worden. Wordt uitgewerkt door Aafje en het Maasstad Ziekenhuis.
- Gezamenlijk acuut thuiszorgteam voor niet-geplande zorg (voornemen Aafje, Laurens en Humanitas).
- Coöperatie Thuis&Veilig (onder andere Fundis): wil vanaf 2018 acute en niet-planbare verpleegkundige zorg aanbieden in ANW.
- Coördinatie en triage acute zorg VVT via aanmeldportaal en één telefoonnummer buiten kantoortijden (later ook binnen kantoortijden).
- Verkenning mogelijkheden inrichting ELV in samenwerking met huisartsen in verschillende gebieden (ZorgImpuls).
- Ontwikkeling buurtzorgpensions, zorgpensions en herstelhotels.

Uitdagingen

- Tijdelijke opname als alternatief voor SEH.
- Consultatie specialist ouderengeneeskunde vanuit andere domeinen.
- Voldoende ingekochte zorg.
- Voldoende opnamemogelijkheden V&V en zware GGZ/gedragsproblematiek.
- Voorkeur/wens van de patiënt: in hoeverre kun je hierin meegaan?
- Bereikbaarheid 24/7.
- Samenwerking.

Domeinoverstijgende analyse

Domeinoverstijgende analyse

Knelpunten

Hieronder beschrijven we de knelpunten, initiatieven en uitdagingen die niet gelden voor één domein, maar die domeinoverstijgend zijn. De knelpunten zijn opgesplitst in knelpunten die betrekking hebben op samenwerking en communicatie, personeel en financiën.

Samenwerking en communicatie

- Keten kwetsbare ouderen is nog niet volledig toegerust op de toename van (kwetsbare) ouderen en de dubbele vergrijzing.
- Onvoldoende samenwerking in de keten kwetsbare ouderen.
- Onvoldoende data beschikbaar die knelpunten inzichtelijk maken voor de keten.
- Ontbreken van een regisseur in de gehele keten.
- Communicatie/Informatieoverdracht (medisch, medicatie en verpleegkundig):
  - Niet eenduidig, op tijd, volledig, actueel
  - Ontbreken ketendossier voor juiste en snelle informatie uitwisseling tussen partijen.
  - Diverse digitale systemen: POINT, zorgportaal, zorgdomein, EPD, ZIS, module kwetsbare ouderen, digitale verpleegdossiers (onder andere Nedap), digitale platforms (onder andere OZO verbindzorg, EGPO, ZWIP).
- Ontbreken centraal aanmeldpunt/ coördinatiepunt/transferpunt voor het regelen van zorg
  - Verwijshulp. Mooi initiatief, maar niet alle zorgaanbieders zijn hierop aangesloten en gegevens zijn niet realtime.

Personeel

- (Dreigend) tekort aan personeel.
  - specialisten ouderengeneeskunde (SO) voor consultatiefunctie.
  - Gespecialiseerd verpleegkundigen.
  - Wijkverpleegkundigen.
  - Verpleegkundigen niveau 4 en 5.
  - Geriaters.
  - Klinisch verpleegkundigen.
- Kennistekort bij personeel geriatrische zorg.

Financiën

- Plafonds inkoopafspraken voor onder andere ELV en wijkverpleging zijn behaald.

Initiatieven

Samenwerking en communicatie

Overlegvormen

- Centraal Ketenoverleg. Verkennend overleg naar gezamenlijke aanpak keten samenwerking voor onder andere kwetsbare ouderen.
- Regionaal ketenoverleg Eerstelijnsverblijf. Regionale afstemmingsoverleg over knelpunten ELV. Binnen dit overleg is een regionaal aanmeldformulier ontwikkeld.
- Regiotafel Zuidwest Nederland. Begin 2015 heeft zorgverzekeraar Zilveren Kruis het initiatief genomen voor de regiotafel. Deze is gericht op het maken van regionale afspraken over zorgvernieuwing en substitutie vanuit huisartsenbekostiging. Aan de regiotafel nemen vertegenwoordigers uit de huisartsenzorg deel, vanuit met name de LHV-Huisartsenkring District Rotterdam, Gezondheidscentra en zorggroepen.
- Eerstelijnsoverleg. LHV-Huisartsenkring District Rotterdam, Gezondheidscentra, IZER, Cohaesie, HAP Rijnmond en ZorgImpuls houden vier keer per jaar een regionaal eerstelijnsoverleg, gericht op gemeenschappelijke thema's en het bevorderen van samenhang in de georganiseerde eerste lijn.

- Platform ouderenzorg (HAP Rijnmond, Gezondheidscentra, LHV-Huisartsenkring District Rotterdam, IZER, ConForte). Samenwerkingsplatform opgericht in 2014 tussen VVT en huisartsen voor kwetsbare ouderen in de regio Rotterdam. Resultaten: Visie over samenwerking tussen huisartsen en VVT-instellingen rondom kwetsbare ouderen, overzicht te consulteren specialisten ouderengeneeskunde in de regio, pilot eerstelijnsverblijf.
- Werkgroep knelpunten analyse in de keten: onder andere bezig met het stroomlijnen van de acute zorg naar de VVT middels een aanmeldportaal (SRZ, ConForte).

Palliatieve zorg

- Palliatieve zorg in ANW via Netwerk Palliatieve Zorg Rotterdam & omstreken (NPZR&o). Project palliatieve zorg in ANW met als doel te komen tot samenwerkingsafspraken voor palliatieve zorg in ANW tussen betrokken partijen, om de toegankelijk tot en de kwaliteit van de palliatieve zorgverlening aan de individuele patiënt en diens naasten te optimaliseren, ongeacht de plaats waar de patiënt verblijft. Resultaat: inventarisatie benodigde werkafspraken huisartsen, apotheek, thuiszorg en specialistisch team, CPT, hospices, ziekenhuizen en psychosociale zorg.
- Onderzoek Verbetertraject Transmurale samenwerking palliatieve zorg gericht op overdracht (Consortium palliatieve zorg Zuidwest Nederland, NPZR&o). Verbetertraject in ontwikkeling in de keten palliatieve zorg rond het Maasstad Ziekenhuis dat zich richt op de transmurale overdracht van de palliatieve zorgverlening aan oncologische patiënten (specifiek de overdracht vanuit het ziekenhuis terug naar de thuissituatie), met als aandachtspunt vlak voor het weekend.

Medicatieoverdracht

- Convenant Medicatieoverdracht. Vertegenwoordigers uit de eerstelijnszorg, de ziekenhuizen en belangenbehartigers voor zorgvragers in Rotterdam-Rijnmond hebben het convenant medicatieoverdracht getekend. Hierin zijn afspraken opgenomen over het uitwisselen van medicatiegegevens en de eigen regie van de patiënt. Deze transmurale samenwerking heeft tot doel fouten in de medicatieoverdracht te voorkomen en de medicatieveiligheid te verbeteren in de regio Rijnmond (STAR, LHV-Huisartsenkring District Rotterdam, HAP Rijnmond, Apothekersvereniging Rijnmond, SRZ, Gezondheidscentra, ConForte).

Acute zorg

- Initiatieven vanuit Traumacentrum ZWN:
  - Brainstorm werkdruk acute zorg.
  - Infographic acute zorg Zuidwest Nederland www.acutezorgzwn.nl/keten/
  - Project 'De keten in stroomversnelling': analyse en aanpak knelpunten in de acute zorgketen.
  - Petit comité personeelstekort: inventarisatie personeelskrapte bij ketenpartners en uitbreiding opleidingscapaciteit, alternatief scenario voor inrichting acute zorg bij blijvende personeelskrapte in nacht.
- Gegevensoverdracht in de acute zorg in de regio Rijnmond. Ambulancezorg Regio Rijnmond (AZRR) heeft het initiatief genomen om het proces gegevensoverdracht in de acute zorg in kaart te brengen. In een bijeenkomst met aanwezigheid van de partijen HAP Rijnmond, LHV-Huisartsenkring District Rotterdam, Meldkamer, Ambulancedienst en vertegenwoordigers van de SEH's van ziekenhuizen aangesloten bij SRZ, is het gewenste proces voor de gegevensuitwisseling in kaart gebracht. Uitwerking van het proces vindt plaats in afstemming met het ROAZ.
- Oriëntatie verbreding Basis Spoedzorg Zuid-Holland-Zuid naar regio Rijnmond.

Personeel

- Arbeidsmarktvraagstukken (de Rotterdamse Zorg). De 24 aangesloten zorginstellingen werken samen en delen hun kennis en ervaring op het gebied van arbeidsmarktvraagstukken. Dit doen zij doordat eenieder vanuit de eigen organisatie kennis, menskracht en middelen beschikbaar stelt, deelt en inzet bij de projecten die bijdragen aan balans op de arbeidsmarkt.

Landelijke initiatieven

- Inventarisatie Zilveren Kruis centrale aanmeldpunten in opdracht van VWS. VWS vraagt verzekeraars per 1 januari 2018 in alle regio's een ELV-coördinatiepunt beschikbaar te hebben.
- Praktijkteam Zorg op de Juiste Plek (VWS). Het praktijkteam Zorg op de Juiste Plek ondersteunt zorgprofessionals en organisaties in de regio als er knelpunten zijn in de overdracht van patiënten tussen het ziekenhuis, kortdurende verblijfszorg en thuis.

Uitdagingen

- Regionale aanpak voor patiënten met sociale indicatie.
- Communicatie.
  - Het ontwikkelen van één systeem voor overzicht van (tijdelijke) vervolgzorg
  - Eén systeem voor communicatie/ verwijzingen.
  - Inzicht in dossiers en veilige communicatie.
- Data-analyse in het kader van organiseren van goede registratie van vraag en aanbod, specificeren benodigde (klinische) beddencapaciteit voor kwetsbare ouderen, voor kwantificeren van knelpunten, aantonen eventuele tekorten en interne/ externe stuurinformatie.
- Verbindingen leggen in het netwerk. Kennis en expertise binnen alle verschillende domeinen meer focussen op screening/triage, regelen van de juiste in- en uitstroom en het goed informeren van de opvolgende zorgverlener.
- Kwetsbaarheid markeren, juiste ketenzorg inzetten en verantwoordelijkheden nemen, waar de eerste signalering van de kwetsbare oudere ook is.
- (Dreigend) tekort personeel (in de gehele ouderenzorg).
- Dossierhouderschap.
- Financieringsbeleid en financiële schotten.
- Inzetten van ICT en zorgen dat dossiers van verschillende domeinen met elkaar kunnen communiceren
- Organiseren van andere vormen van zorg, bijvoorbeeld meer insteken op e-health.

Conclusies en aanbevelingen

Conclusies en aanbevelingen

Deze analyse laat zien dat er veel knelpunten benoemd zijn in de keten kwetsbare ouderen. Tegelijkertijd is duidelijk dat er ook ontzettend veel initiatieven (in ontwikkeling) zijn in Rotterdam. Ook is bij de uitvoering van de analyse gebleken dat onder de betrokkenen heel veel bereidheid is om knelpunten op te pakken en dat zij het belang hiervan inzien. Het is belangrijk om deze energie vast te houden. Het oplossen van de knelpunten en het implementeren van goede initiatieven in de regio vraagt om een aanpak per domein en om een regionale domeinoverstijgende aanpak.

Aanpak per domein
Ieder domein en iedere organisatie heeft een rol en verantwoordelijkheid om knelpunten (gezamenlijk) op te pakken en veranderingen door te voeren. Om alle organisaties mee te nemen in de uitkomsten van deze regioanalyse en hen alert te maken op hun eigen rol en verbetermogelijkheden, wordt aanbevolen om gesprekken te voeren met bestuurders/managers via de volgende gremia:

- Bestuurlijk overleg Verpleeghuizen (via ConForte)
- Bestuurlijk overleg Ziekenhuizen (via SRZ)
- Eerstelijnsoverleg - Huisartsen en Huisartsenposten
- Overleg zorgverzekeraars
- Gemeentelijk overleg

Regionale domeinoverstijgende aanpak
Voor de gehele regio wordt een regionale domeinoverstijgende aanpak met alle betrokken domeinen/organisaties noodzakelijk geacht. Hier zijn de volgende stappen in te zetten:

1. Bestuurlijke opdracht
Formuleer een bestuurlijke opdracht voor een regionale programmatische aanpak. Ga met andere partijen hierover het gesprek aan en kom van daaruit tot een gezamenlijke opdracht/ ambitie om de knelpunten in de keten regionaal aan te pakken. Voorbeelden hiervan zijn te vinden in Gezond Veluwe of in de aanpak van SIGRA in Amsterdam.

Korte toelichting programmatische aanpak
Grote en complexe veranderopgaven waarbij meerdere partijen betrokken zijn, vragen om een overstijgende, programmatische aanpak. Binnen een programma wordt de gezamenlijke ambitie van betrokken partijen in samenhang opgepakt, waarbij verschillende activiteiten, projecten en opdrachten aan elkaar verbonden worden. In het kader van de regioanalyse is het van belang om met de belangrijkste stakeholders om tafel te gaan, om tot een programma te komen waaraan alle belanghebbenden en betrokkenen zich verbinden en committeren. Dit zijn in ieder geval vertegenwoordigers van VVT, ziekenhuizen en huisartsen. Stappen die kunnen bijdragen aan de uitwerking van het programma zijn:

- Organiseren van een (werk)symposium met als onderwerp de onderliggende regioanalyse. Het doel van het symposium is om in gezamenlijkheid tot geformuleerde opdrachten te komen die bijdragen aan het verbeteren van de integrale zorg aan ouderen.
- Uitwerken van geformuleerde opdrachten via een daarbij passende wijze. Hierbij dient aandacht te zijn voor ‘quick wins’ om de energie, die er is bij betrokkenen, vast te houden.

- Opzetten van een programmaorganisatie om de opdrachten in samenhang te kunnen aansturen. De programmaorganisatie wordt gevormd door een programmateam/ stuurgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van betrokken partijen, en een overall programmamanager.

2. Betrekken andere partijen

Bespreek de resultaten van deze analyse met partijen die vooralsnog niet zijn meegenomen in de analyse en betrek deze partijen bij het compleet maken van de regioanalyse. De partijen die betrokken dienen te worden, zijn:

- Sociaal domein (gemeente, welzijn, wijkteam)
- Ambulancezorg
- GGZ
- Revalidatiezorg
- Gehandicaptenzorg
- Zorgverzekeraar
- Specifieke doelgroepen, zoals obesitas
- Patiëntvertegenwoordigers

3. Opgaven

Vanuit de analyse is een aantal opgaven te benoemen. Per opgave dient bekeken te worden welke onderliggende opdrachten opgepakt moeten worden, door wie (bijvoorbeeld door werkgroepen op uitvoeringsniveau) en wie daarin een coördinerende rol heeft voor overall afstemming in de keten.

De volgende opgaven zijn te benoemen:

- (Vroeg)signalering kwetsbaarheid
  - Markeer kwetsbaarheid wanneer deze gesignaleerd wordt in de keten, zet juiste ketenzorg in en neem verantwoordelijkheid.
  - Intensiveer de samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde, huisarts(enpost) en wijkverpleegkundige.

- Aanmeldpunt/coördinatiepunt/ transferpunt
  - Ontwikkel één systeem voor een overzicht van (tijdelijke) vervolgzorg voor betere zorgtoeleiding en begin daarbij met een systeem tijdens ANW-uren.
  - Organiseer (buiten kantoortijd) een gezamenlijk regionaal transferpunt waar SEH's, HAP en VVT een beroep op kunnen doen.
  - Beschrijf de verschillende processen en zorg voor aansluiting bij de verschillende ICT-infrastructuren in de stad en zorg dat de gegevens over de beschikbare plekken actueel zijn.
  - Goed voorbeeld in onder andere Gooi/Vechtstreek.

- Communicatie en informatieoverdracht
  - Bepaal de processen/gedrag en mindset bij de overdracht van patiënten van het ene domein naar het andere domein in samenwerking met alle betrokken professionals (medicatieoverdracht, verpleegkundige overdracht, medische overdracht).
  - Zorg voor inzicht in dossiers en voor veilige communicatie (onder andere Secure Email).
  - Zorg dat de opvolgende zorgverlener goed geïnformeerd is.

- Stuurinformatie
  - Organiseer een goede registratie van vraag en aanbod.
  - Specifieer benodigde (klinische) beddencapaciteit voor kwetsbare ouderen.
  - Kwantificeer knelpunten.
  - Toon eventuele tekorten aan.
  - Zorg voor interne en externe stuurinformatie.
  - Bepaal met elkaar (ketenbreed) wat en op welke manier geregistreerd moet worden.

- Personeel
  - Zorg voor voldoende stageplaatsen en opleidingsplekken.
  - Zorg voor juiste kennis en competenties voor verlenen van zorg aan kwetsbare ouderen in de gehele keten.

4. Afstemming met koepels/ samenwerkingsorganisaties

Stem vanuit SRZ en ConForte af met koepels, samenwerkingsorganisaties en stakeholders die in Rotterdam actief zijn op de doelgroep 'kwetsbare ouderen'. Belangrijke partijen zijn:

- Traumacentrum Zuidwest Nederland (ROAZ)
- Centraal ketenoverleg
- Eerste lijn/huisartsenzorg
- Gemeente
- Zorgverzekeraar
- Regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en): Koel, ZEL, ZorgImpuls

5. Randvoorwaarden en condities

Ga in gesprek met financiers en beleidsmakers. Financiële ruimte is nodig zodat zorg verleend kan worden op de plek waar het hoort.

6. Uitbreiding van de regio

De reikwijdte van de keten kwetsbare ouderen in Rotterdam is breder dan Rotterdam. Ziekenhuizen hebben bijvoorbeeld een groter adherentiegebied en knelpunten in de keten buiten Rotterdam zijn van invloed op de knelpunten en aanpak in deze regio. Aanbevolen wordt om allereerst de regio van SRZ en ConForte uit te breiden en vervolgens uit te breiden naar de regio Zuidwest Nederland.

Colofon

Coördinatie en redactie
Astrid de Boer
Kirsten Kirschner
Charis Gietel

Fotografie
Rob van Esch

Vormgeving
Inet van Ooijen Ontwerpt

© oktober 2017

www.zorgimpuls.nl