

Spoed in de ouderenketen

Mevrouw Pieterse komt na een glijpartij met een gebroken heup op de spoedeisende hulp (SEH) terecht, na de operatie maakt zij tijdelijk gebruik van het eerstelijnsverblijf (ELV), omdat zelfstandig naar huis geen optie is. Na enkele weken komt zij thuis, maar vanwege een delier belandt zij toch weer in het ziekenhuis. Het ziekenhuisverblijf duurt langer dan gedacht en er komt een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz). Het wachten is op een plek in een verpleeghuis. Eenmaal opgenomen in het verpleeghuis sterft mevrouw binnen een maand.

Het liefst blijven we ons hele leven fit en gezond. Helaas ontstaan er met het toenemen van de jaren ongemakken. En dat geldt voor een steeds grotere groep mensen. Door vergrijzing, hoge zorgkosten en krapte op de arbeidsmarkt wordt de druk om tot nieuwe concepten te komen groter. Dat vraagt om samenwerken in netwerken, over de grenzen van eigen domein en specialisatie heen. Maar ook om het organiseren van zorg dichtbij het individu en naasten en het benutten van digitale technologie. Daarnaast zien we een beweging waarbij preventie, leefstijl, gezondheidsvaardigheden, woonomgevingsmanagement en proactieve zorg voor kwetsbare ouderen meer aandacht krijgt. Reden genoeg om het samen echt anders te gaan doen.

Bij spoedsituaties rond kwetsbare ouderen is er nog meer urgentie voor verandering. Door een toename van kwetsbare ouderen bij de huisartsenpost (HAP) en de spoedeisende hulp (SEH) neemt de druk toe, terwijl niet altijd sprake is van medische urgentie. Het ontbreekt vaak aan de juiste ouderenexpertise bij de huisarts, HAP en SEH.

In dit artikel beschrijven we wie er betrokken zijn bij spoed in de ouderenketen, wat er speelt en op welke manier we kunnen bijdragen aan betere zorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen, zodat zij niet onnodig worden verplaatst.

Wie doet wat?

Wie doet wat in de keten bij een crisissituatie van thuiswonende ouderen? Er zijn veel organisaties en professionals betrokken bij dit vraagstuk: thuiszorg, huisarts/paramedici, ziekenhuis/SEH/geriatrie, verpleeghuis/ELV/GRZ, psycholoog/psychiater, sociaal domein/wijkteam, publieke gezondheid. Weten zij van elkaar wat de ander kan en wanneer het raadzaam is samen op te trekken of naar de ander te verwijzen?

Wat we beogen

Om de spoed in de ouderenketen te verbeteren, is een grote veranderingsbereidheid van alle professionals nodig om preventief, proactief en samen dichtbij de patiënt en naasten te werken. Het principe daarbij is ouderen zo min mogelijk te



Figuur 1: Model Spoed in de ouderenketen, gebaseerd op model Kings Fund 2014

verplaatsen en aan te sluiten bij wensen en behoeften van de persoon die invulling geeft aan haar/zijn kwaliteit van leven. Het is van belang om niet zozeer systemisch te kijken, maar juist het klantperspectief centraal te stellen om tot nieuwe ontwerpregels te komen.

Daarvoor moeten we breder kijken dan de medische zorg. Ook sociale, psychische en maatschappelijke aspecten zijn belangrijk om de situatie van de oudere goed in kaart te brengen. Dit kan leiden tot andere ondersteuning en zorg thuis. Nog te veel professionals zijn onvoldoende op de hoogte van mogelijkheden als collectieve voorzieningen of maatwerkvoorzieningen vanuit de Wmo, zoals respijtzorg. In samenwerking met het sociaal domein zijn er meer kansen om preventief en proactief te werken en meer spoedvragen te voorkomen.



Vilans

Ons inziens zou de zorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen gericht moeten zijn op:

- minder verplaatsingen van ouderen in spoedsituaties met aandacht voor eigen wensen en behoeften gericht op kwaliteit van leven;
- beter informeren van ouderen en naasten over wat er mogelijk is aan ondersteuning en zorg, zodat zij samen met professionals goed geïnformeerde besluiten kunnen nemen over wat wenselijk is;
- meer ondersteuning in het voortraject, waardoor men een crisis aan kan zien komen en kan voorkomen;
- het benutten van ouderenexpertise in de thuissituatie en op de SEH door inzet van specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist thuis en geriater op de SEH.

De beweging

In de praktijk zien we veel voorbeelden van integrale en persoonsgerichte zorg en dienstverlening voor ouderen. Zij maken hierin de beweging naar het voorkomen van een crisis, zodat mensen niet onnodig hoeven worden opgenomen.

Het model in ontwikkeling (figuur 1) onderscheidt negen stappen in de patient journey, waarbij de ondersteuning en zorg oploopt in zwaarte van één tot en met negen. Het model

ondersteunt de gedachte waar ons inziens de zorg en ondersteuning op gericht moet zijn: de shift naar preventie en proactieve zorg en ondersteuning als onderdeel van integrale dienstverlening voor persoonsgerichte ouderenzorg.

Per stap identificeren we werkende principes die gebaseerd zijn op voorbeelden uit de literatuur en interviews met professionals en experts in de spoed- en ouderenzorg. In twee werksessies (oktober en november 2018) gaan we aan de slag met de werkende principes om te komen tot de shift naar preventie en proactieve zorg.

Op de hoogte blijven?

Komende tijd vindt er volop ontwikkeling plaats op dit thema. Het is de kunst om initiatieven met elkaar te verbinden en zo meerwaarde te creëren. Vilans ziet het als haar taak om hierin samen met partners het goede te doen, zodat kwetsbare ouderen minder in spoedsituaties terecht komen, een hogere kwaliteit van leven hebben, waar mogelijk tegen lagere kosten. Wilt u op de hoogte blijven of input leveren voor doorontwikkeling? Kijk op www.vilans.nl en neem contact met ons op. <<

Tekst: Monique Spierenburg, Barbara de Groen, Annemarie Koopman, Lieke Lovink, Sandra Dahmen (Vilans)

Weten wat er speelt

Afgelopen jaar zijn veel inventarisaties uitgevoerd om de complexe puzzel rond spoed in de ouderenketen in kaart te brengen.

Rapport	Opdracht	Richting van de oplossing
Krakende Ketens in de keten voor kwetsbare ouderen (Sigra 2017)	Gezamenlijk zorgen dat iedere patiënt in de regio Amsterdam de juiste (tijdelijke) zorg krijgt, op de juiste plek, tegen de juiste financiering.	Stroomschema hoe verwijzen en hoe samen te werken op de medische as, per speler: Met een agenda voor de stedelijke uitdagingen.
Samen voor kwetsbare ouderen 010 (ZorgImpuls 2018)	Regionale analyse van kwetsbare ouderen in Rotterdam.	Stroomschema à la 020, ook gericht op de medische as. Waarin wel noodzaak voor sociaal domein onderkend wordt.
De juiste zorg op de juiste plek (Taskforce VWS 2018)	In beeld brengen van voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg en vervangen van zorg (door o.a. eHealth)	De beweging in kaart gebracht vanuit 11 perspectieven, wat ieder kan doen en wat er in praktijk plaatsvindt. Aanzet tot doen.
Onderzoek naar ELV gebruik (ActiZ-Q-consult 2018)	Meer inzicht verkrijgen in de doelgroep cliënten die zorg krijgt onder ELV en welke zorg en behandeling deze cliënten ontvangen.	Er bestaan grote verschillen per regio in organisatie en toegang. De cliëntengroep is zeer divers en vraagt veelal meer dan bij aanvang bekend is.
Regionale coördinatie tijdelijk verblijf (Nza 2018)	In kaart brengen welke coördinatiepunten inspirerend zijn met een brede dienstverlening.	Overzicht met zes goede voorbeelden.
Startnotitie kwetsbare ouderen thuis (ZINL 2018)	Inzichtelijk maken van knelpunten en oplossingsrichtingen voor een heroriëntatie op het zorgaanbod thuis voor kwetsbare ouderen.	Praktische vervolgstappen gericht op reguliere integrale zorg: kernteam van huisarts en wijkverpleegkundige, aangevuld met andere hulpverleners uit zorg en of sociaal domein.

Tabel 1: overzicht van rapporten (2017-2018) en hun kernopdracht en uitkomst (niet uitputtend)