

Transformatie Medisch Specialistische Zorg (MSZ) Ouderen

Voorstel zorgtransformatie MSZ voor snelle toets

Doel

Het voorkómen van ongewenste acute ziekenhuisopnames van kwetsbare ouderen door de 1^e-lijn te versterken met medisch specialistische kennis en zorg om zo voor deze kwetsbare patiënten de juiste zorg op de juiste plek te kunnen leveren en daarmee tevens de acute zorgketen toegankelijk te houden voor andere patiëntengroepen die spoedeisende ziekenhuiszorg nodig hebben.

Contact

Gerard Jan Blauw, projectleider zorgtransformatie MSZ ouderengeneeskunde namens Haga, HMC en LUMC

Agaat Sluijter, programmamanager zorgtransformatie HMC, coördinator zorgtransformatie MSZ ouderen Haaglanden



Context en positionering

De context voor dit plan is het Integraal Zorgakkoord (IZA). Het doel van het IZA is zorg die betaalbaar en toegankelijk is. Dit is alleen mogelijk als we de zorg voor ouderen ingrijpend veranderen

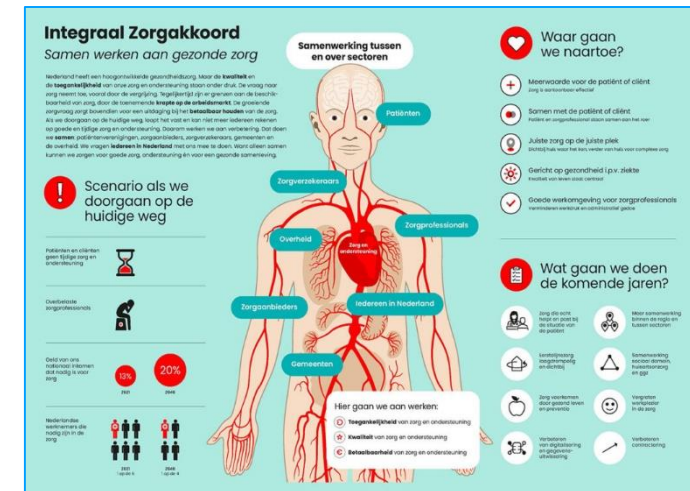
Op basis van het IZA is het Regioplan Haaglanden opgesteld. Het Regioplan Haaglanden kent 4 actielijnen. Binnen actielijn 2 is het speerpunt **thuis oud worden** ondergebracht. Binnen dit sub-thema zijn drie samenwerkingslijnen gedefinieerd:

1. Transmurale doorgaande lijn ouderen.
2. Toekomstbestendige organisatie 1e lijn en ouderenzorg in de wijk, samen met sociaal domein
3. Een verwijspunt Ouderenzorg Haaglanden

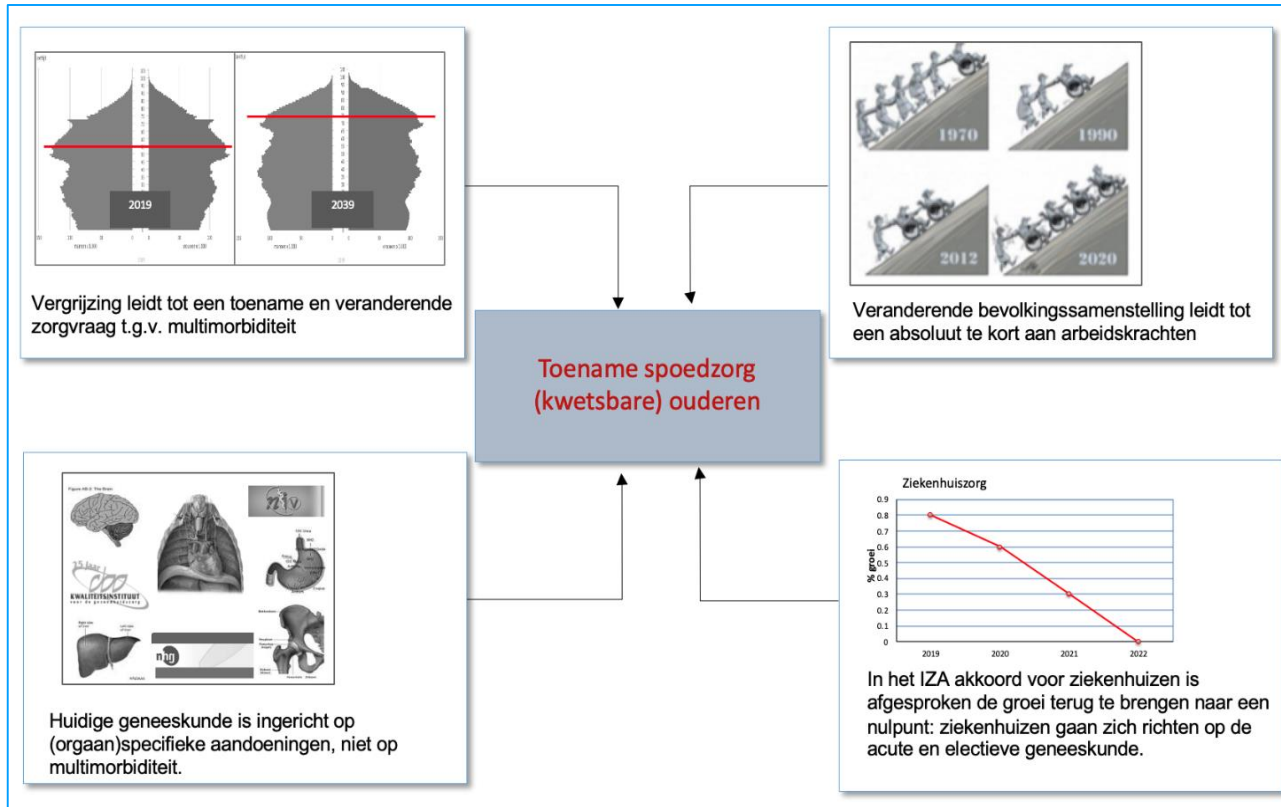
Dit plan levert door het op een andere manier organiseren van medisch specialistische ziekenhuiszorg (MSZ) voor kwetsbare ouderen een belangrijke bijdrage aan thema 1: *een transmurale doorgaande lijn* en aan thema 2: *een toekomstbestendige organisatie van ouderenzorg in de wijk*. Het sluit aan en is complementair aan andere lopende initiatieven zoals Spoedzorg Haaglanden en het ontwikkelen van één verwijspunt.

Binnen de transformatieplannen van de ROAZ regio worden de transformatieopgaven op de acute as uitgewerkt. Dit plan levert een bijdrage aan realisatie van de ambities van de ROAZ-regio: instroom SEH verminderen en aantal ambulanceritten voor ouderen niet meer laten stijgen ten opzichte van 2023.

Coördinerend zorgverzekeraar in de regio is CZ (in de lead) met VGZ (op de achtergrond).



Factsheet



- In LUMC, HMC en HagaZiekenhuis worden op de SEH jaarlijks in totaal ruim 30.000 patiënten van 70 jaar en ouder beoordeeld. De helft hiervan wordt in één van de drie ziekenhuizen opgenomen.
- De 1^e-lijn is overbelast om proactieve zorg te verlenen en daarmee acute crises te voorkomen.
- Het aantal SEH-contacten zal tussen 2022 en 2040 met 25% toenemen.
- Van de spoed presentaties 80+ bij HMC/Haga is 18% afkomstig uit verpleeghuizen.
- 50% van de opnames is onterecht (geen acute somatische opname indicatie) en komt voort uit het ontbreken van een juist alternatief.
- Dit leidt tot problemen met betrekking tot behandeldilemma's, opnamecapaciteit en ontslaglocatie en is **de kern van het naderende zorginfarct**.
- Gemiddeld liggen kwetsbare ouderen het langst van alle patiënten op de SEH (gemiddeld 4 uur).
- Van de kwetsbare ouderen die worden opgenomen in het ziekenhuis overlijdt 50% binnen een jaar en 30% binnen 3 maanden.
- De scheiding in financiering tussen 0^e-1^e-, 2^e-lijn en Wlz maakt intensieve samenwerking onmogelijk.

- *Het ziekenhuis als 'last resort' voor kwetsbare ouderen*
- *De spoedzorg zal het komende decennium met 25% toenemen*





Wat is het probleem? Veranderende zorgvraag en zorgbehoefte

Door de vergrijzing zal de zorg *vraag* de komende jaren verder stijgen en de zorg *behoefte* inhoudelijk flink veranderen. Het aantal ouderen neemt zowel in absolute als in procentuele zin toe. Een groot deel van de ouderen leidt aan meerdere aandoeningen in meerdere orgaansystemen (multimorbiditeit) waarbij de waarde van zorg verschuift van 'genezen en winnen van levensduur' naar streven naar herstel van functionaliteit, zelfredzaamheid en winnen van levenskwaliteit.

Medisch inhoudelijk en organisatorisch stelt deze groeiende groep nieuwe eisen aan de zorg en ondersteuning. Tegelijk zien we een afnemend aanbod van het aantal werkenden in de zorg en mantelzorgers wat ons ook dwingt tot een andere organisatie van zorg en ondersteuning. Dit geldt in het bijzonder ook voor de ziekenhuiszorg die de komende jaren relatief moet krimpen terwijl de behoefte aan medisch specialistische zorg juist zal toenemen.

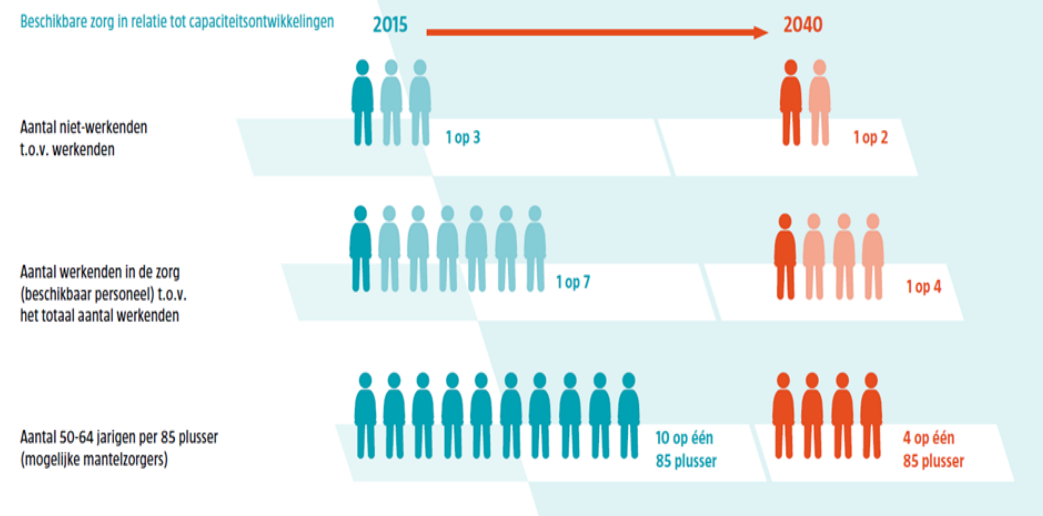
Impact van de vergrijzing

Veranderingen in de bevolking

 <p>Aantal 65-plussers</p> <p>2015: 3,1 miljoen 2040: 4,8 miljoen</p> <p>+55%</p>	 <p>Aantal 90-plussers</p> <p>2015: 117.000 2040: 340.000</p> <p>+191%</p>
 <p>Aantal alleenwonende 65-plussers</p> <p>2015: 920.000 2040: 1,73 miljoen</p> <p>+88%</p>	 <p>Aantal 50-64 jarigen per 85-plusser (mogelijke mantelzorgers)</p> <p>2015: 10 2040: 4</p> <p>-60%</p>

Gevolgen voor de volksgezondheid

 <p>Aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen tegelijk</p> <p>2015: 4,3 miljoen 2040: 5,5 miljoen</p> <p>+28%</p>	 <p>Aantal mensen met artrose</p> <p>2015: 1,2 miljoen 2040: 2,3 miljoen</p> <p>+92%</p>
---	---



Gevolgen van de veranderende zorgvraag; het dreigende zorginfract

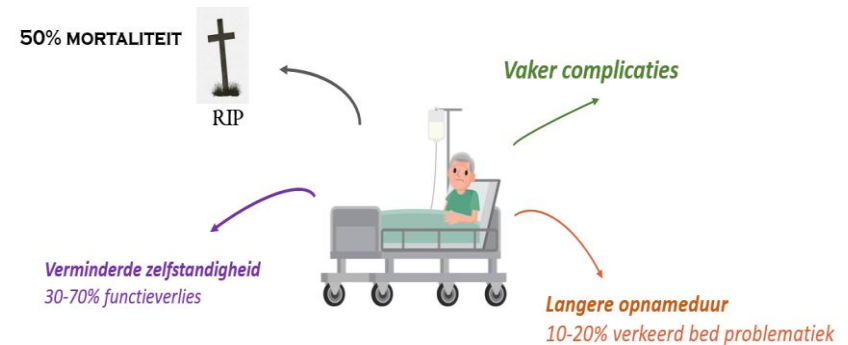
Door demografische en maatschappelijke ontwikkelingen komt de 1^e-lijn steeds meer onder druk te staan terwijl tegelijkertijd de ziekenhuiscapaciteit relatief moet krimpen. Verhoudingsgewijs neemt het aantal ouderen met complexe zorgvragen juist toe. Het gevolg hiervan is dat het aantal ouderen die naar de spoedeisende hulp wordt verwezen toeneemt en daarmee ook het aantal ongewenste ziekenhuisopnames, met negatieve gevolgen voor zowel de patiënten als voor de (acute) zorgketen.



Kans dat een oudere op de SEH beland



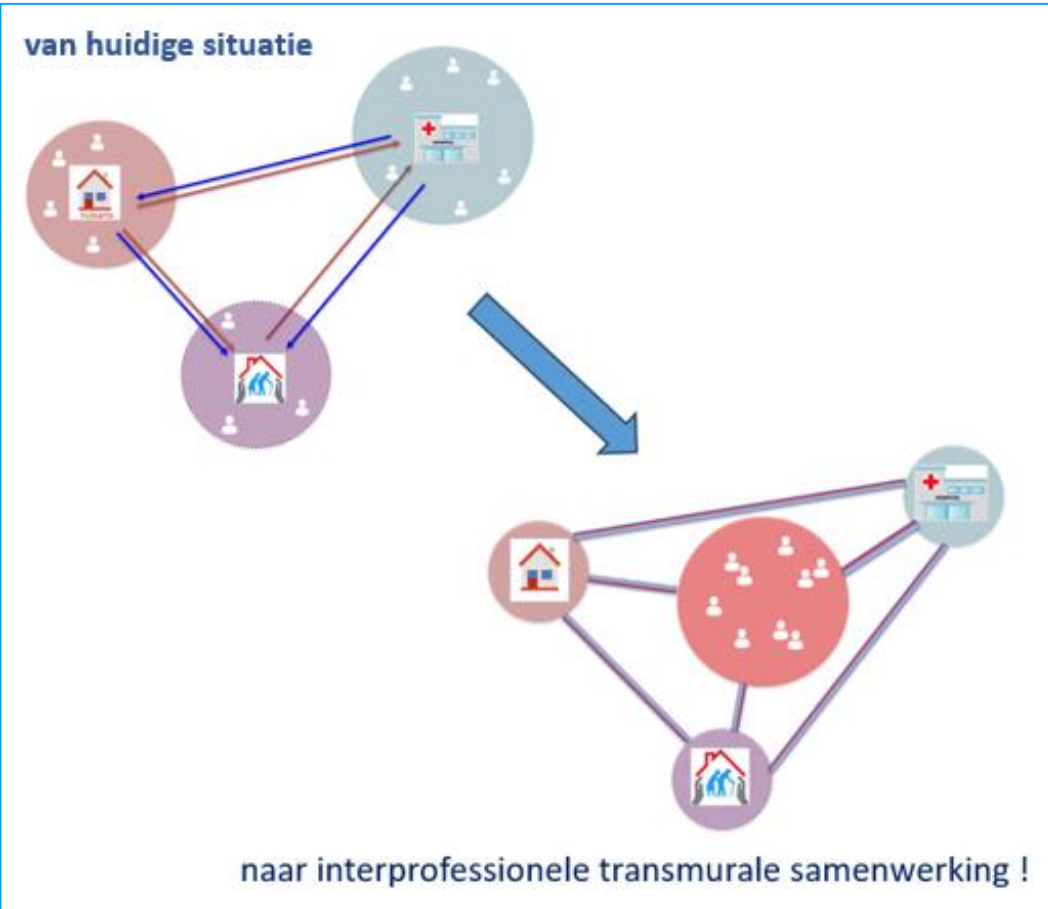
Gevolgen van ziekenhuisopnames voor kwetsbare ouderen



Huidig zorgmodel past niet voor ouderen met multimorbiditeit

Door het ontbreken van een zorgmodel voor kwetsbare ouderen zijn er inmiddels veel verschillende zorgprofessionals die zich hebben gespecialiseerd in geriatrie c.q. ouderengeneeskunde en allen met hun eigen specifieke kennis en vanuit hun eigen referentiekader de patiënt beoordelen en behandelen. Dit heeft inmiddels geleid tot een versnippering van de ouderenzorg. Samenwerking in de wijk met ook medisch specialistische expertise is noodzakelijk om het tij te keren. Hiertoe moeten huisarts, SO en medisch specialisten over de lijnen van hun vak bewegen en buiten hun eigen werkterrein acteren

- Kaderhuisarts ouderengeneeskunde
- Specialist ouderengeneeskunde (SOG)
- Klinisch geriater
- Internist ouderengeneeskunde
- Ouderen psychiater
- Ouderen cardioloog
- POH ouderen
- Geriatrie verpleegkundige
- Verpleegkundige specialist ouderen



John Benjamin Murphy (1857–1916): 'The patient is the center of the medical universe around which all our works revolve and towards which all our efforts tend'.

Doel transformatie MSZ ouderen

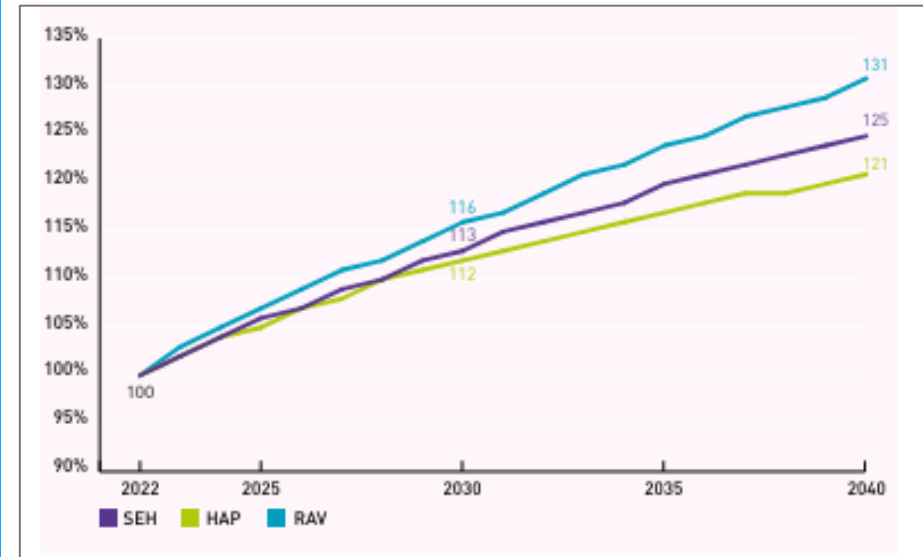
Het doel van de transformatie is tweeledig;

1. Ongewenste acute ziekenhuisopnames van kwetsbare ouderen voorkómen, door de 1^e-lijn te versterken met medisch specialistische kennis en zorg, om daarmee een bijdrage te leveren aan de juiste zorg op de juiste plek voor deze kwetsbare patiënten voor wie ziekenhuis opnames vaak gepaard gaan met complicaties en functionele achteruitgang. Deze functionele achteruitgang veroorzaakt vervolgens een verhoogde druk op de ELV/GRZ capaciteit.
2. Door het voorkómen van SEH-beoordelingen van kwetsbare ouderen en de daarmee gepaard gaande klinische opnames komt noodzakelijke ziekenhuiscapaciteit vrij (SEH en kliniek) om aan de groeiende vraag naar acute ziekenhuiszorg te voldoen bij gelijkblijvende c.q. relatief krimpende ziekenhuiscapaciteit (IZA).*

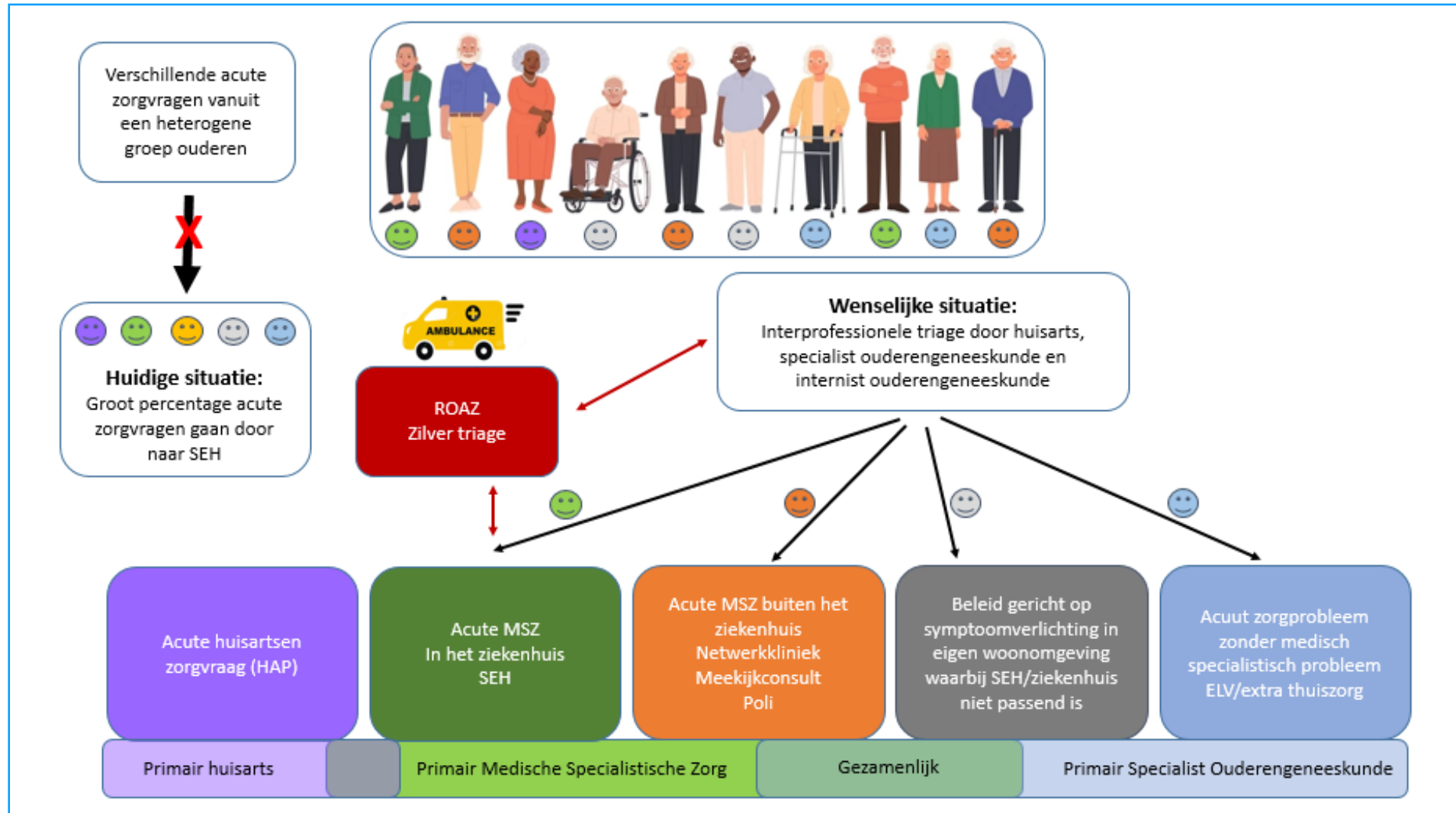
Met deze noodzakelijke zorgtransformatie wordt de kwaliteit van zorg verbeterd voor zowel de kwetsbare ouderen als voor andere patiëntengroepen die recht hebben op spoedzorg. Belangrijk onderdeel hierbij is interprofessionele triage voor de acute zorgvraag van kwetsbare ouderen.

* Bron: Zorgcoördinatie ROAZ West; snelle toets CZ en Z&Z. Concept aanvraag 2 juli 2024.

*Door de demografische ontwikkelingen zullen het aantal SEH-contacten, HAP-verrichtingen en RAV-ritten in regio West aanzienlijk stijgen tussen 2022 en 2040. Het aantal SEH-contacten zal naar verwachting toenemen met 25%. HAP-verrichtingen zullen stijgen met 21%. De grootste stijging wordt echter verwacht bij de RAV-ritten, met een toename van 31%. Dit komt voornamelijk door de groei van het aandeel ouderen in de bevolking.**



Interprofessionele triage voor acute zorgvragen van de heterogene groep ouderen



Uitgangspunten transformatie MSZ Ouderen

Het onderzoeken van de schaalbaarheid van de diverse initiatieven zal onderdeel zijn van het uit te voeren programma.

Hierbij zijn de volgende uitgangspunten van belang:

- Er wordt aangesloten wordt op de kernteams zoals beschreven in de ouderenmodule van Hadoks en bij voorkeur aangevuld met een specialist ouderengeneeskunde (SO) en een afvaardiging uit het sociale domein (bijvoorbeeld een ouderenconsulent).
- worden bestaande initiatieven en samenwerkingen per wijk meegenomen in de uitwerking van de snelle toets.
- Per wijk zijn er verschillende oplossingsvormen mogelijk, die gefaseerd ingevoerd kunnen worden, waarbij het uitgangsprincipe het "stepped care" model is.
- Wel zullen alle principes (o.a. pre-hospitale triage, MSZ in de wijk etc.) benoemd in voorliggende snelle toets nodig zijn om tot een goede zorgtransformatie te komen in Regio Haaglanden.
- Er dient aandacht te zijn voor inclusiviteit en gezondheidsverschillen per wijk.
- Er is samenwerking met de uitwerking van de aanpalende snelle toetsen in de regio: VPO/ VPO-Ouderengeneeskundig Netwerk Haaglanden eerste lijn, Spoedconsult SO, passende wijkzorg en acute wijkverpleging.
- We zijn ons bewust dat 0^{de} lijn en preventie van groot belang is en ondersteunen initiatieven op dit gebied. Waar nodig wordt de verbinding gelegd met deze initiatieven om te komen tot sterke wijksamenwerkingsverbanden (0e-1e-2e lijn)

Uitvoering zorgtransformatieprojecten MSZ ouderen

Om de voorgestelde zorgtransitie te operationaliseren zullen samen met de partners vijf projecten worden opgezet. Om pragmatische redenen zullen deze projecten worden uitgevoerd in één of meerdere proeftuinen, waarbij de opzet zodanig zal zijn dat de uitvoering schaalbaar is. De effecten van de projecten zullen worden gemonitord en op basis van dynamische analyses kunnen worden bijgestuurd.

De voorgestelde projecten passen in de vier bouwstenen die noodzakelijk zijn voor de regionale ontwikkeling van integrale ouderenzorg; i preventieve en proactieve thuiszorg, ii 24/7 infrastructuur in de 1^e-lijn, iii passende ziekenhuiszorg en iv beleid en ontslag van herstel gerichte nazorg (*rapport AMC; vernieuwing van de acute ouderenzorg. www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl*).

Voorstel transitieprojecten MSZ kwetsbare ouderen

1. Ondersteuning van huisartsen bij de zorg voor kwetsbare oudere met acute ontregeling
2. Invoering van triage voor kwetsbare ouderen in de acute keten (Zilver Triage)
3. Netwerkkliniek voor kwetsbare ouderen
4. Optimaliseren ziekenhuiszorg
5. Actieve bijdrage leveren aan het ontwikkelen van een regionaal *transmuraal zorgplatform* om de om projecten 1-4 te kunnen coördineren (zie ook Regioplan; actielijn 2, module 4)



VERNIEUWING VAN DE ACUTE OUDERENZORG

Handvatten voor de regionale ontwikkeling van integrale acute ouderenzorg; Een kennissynthese van de onderzoekslijn Acute Ouderenzorg Amsterdam UMC en het Leernetwerk Acute Ouderenzorg

Dr. Susanne Smorenburg, programmamanager Leernetwerk Acute Ouderenzorg & proeftuinen wijkkliniek
Dr. Eline Kroese, PhD-onderzoeker acute ouderenzorg, coördinator proeftuinen wijkkliniek
Dr. Gercoort Holtinga, SEH/CCU-verpleegkundige AUMC, PhD-onderzoeker acute ouderenzorg
Dr. Anneke van Vught, lid projectteam proeftuinen wijkkliniek, verpleegkundig decaan Carisus Wilhelmina Ziekenhuis,
assistentie lector Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Prof. dr. Bianca Baarsma, Hoogleraar acute ouderenzorg
*Velding Ouderengeneeskunde, Amsterdam UMC

Kruisverbanden met regionale zorgtransitie projecten (zie ook bijlage 4)

Vanuit huisartsenorganisaties, VVT-instellingen en het sociaal domein zijn en worden mede ook in het kader van IZA verschillende projecten ontwikkeld om de zorgtransitie gestalte te geven. Door gebruik te maken van wijkscans kunnen de verschillende initiatieven in kaart gebracht worden, zoals wijkteams en GPO's (Gestructureerd Periodiek Overleg). In de wetenschap dat de zorgtransitie een dynamisch proces zal zijn zullen de projecten ook gaande weg bijgestuurd moeten kunnen worden om de zorg zo goed mogelijk elkaar te laten aansluiten

Het huidige voorstel vanuit MSZ heeft kruisverbanden met de transformatie van de acute zorgketen*, onder meer met het spoedconsult SO. Hierover is zowel inhoudelijk als bestuurlijk overleg geweest om de initiatieven op elkaar af te stemmen, zodat ze bij de uitvoering elkaar zullen kunnen versterken. Alhoewel de Zilver Triage naadloos aansluit bij het transformatieplan zorgcoördinatie* is er gekozen om de initiatieven rondom transformatie van ziekenhuiszorg voor ouderen in één aanvraag bij elkaar te houden. Hetzelfde geldt voor het initiatief van de Netwerkkliniek, deze valt in engere zin onder de landelijke proeftuin "Wijkklinieken", maar gezien de huidige opzet en positionering past het strategisch binnen de regionale zorgtransformatie. Mede op advies van CZ & VGZ is het voorstel in deze transitie opgenomen.

Het opzetten van een (digitaal) platform van waaruit de transformatie en nadien de zorg kan worden gecoördineerd heeft raakvlakken met het VPO Haaglanden (initiatief vanuit Florence, HWW, Respect, Cardia, Saffier en WZH.) Voor VPO Haaglanden is reeds een snelle toets ingediend.

* Bron: NAZW; Zorgcoördinatie ROAZ West, snelle toets CZ & Z&Z. Concept aanvraag 2 juli 2024

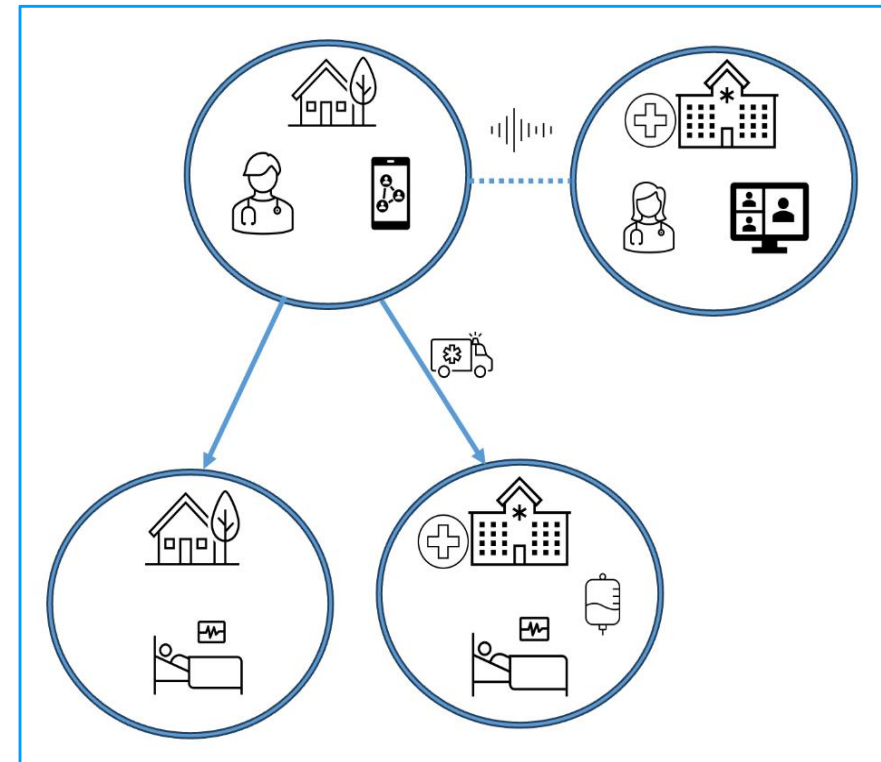


Project 1: Ondersteuning huisarts bij de zorg voor kwetsbare ouderen met acute ontregeling.

1.1 POCUS door huisarts en SO met ondersteuning van de 2^e-lijn, aangevuld met POCT

Een aantal veel voorkomende aandoeningen bij ouderen (bijv. hartfalen, longontsteking, trombose) zijn met lichamelijk onderzoek slecht te diagnosticeren. Hierdoor moet frequent verwezen worden naar de 2^e-lijn voor aanvullend onderzoek, veelal voor een spoed beoordeling op de SEH. Een nieuwe veel belovende oplossingsrichting om dit te voorkomen is om huisartsen op te leiden om d.m.v. een handeld echoapparaat, POCUS (Point Of Care UltraSound), diagnostiek uit te voeren in de thuissituatie. Voor complexe gevallen is hiervoor (live) online overleg met een radioloog in de 2^e / 3^e lijn mogelijk. Onderzoek heeft aangetoond dat met deze nieuwe techniek, incl. (digitale) ondersteuning vanuit de 2^e-lijn, een reductie van 25% geeft in verwijzingen naar de 2^e-lijn als huisartsen zelf POCUS uitvoeren. Deze vorm van diagnostiek door huisarts en SO kan worden aangevuld met Point of Care Testing (POCT), zoals bepaling van het acute fase eiwit CRP om aanwijzingen te vinden of er sprake is van een ontstekingen door bijvoorbeeld een infectie.

Referentie: Aakjær Andersen C, et al. BMJ Open 2020;10:e037664.



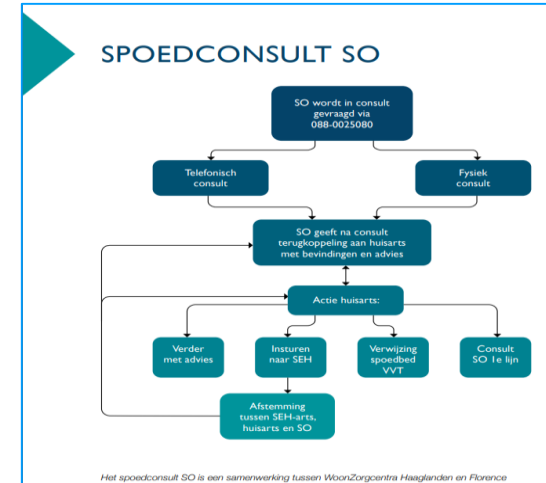
Project 1: Ondersteuning huisarts bij de zorg voor kwetsbare ouderen met acute ontregeling.

1.2 Interprofessioneel Team Ouderengeneeskunde; signalering door huisarts

Doel: beschikbaarheid voor de huisarts van interprofessionele specialistische ouderengeneeskundige kennis vanuit 1^e-lijn (SO) en 2^e-lijn (internist ouderengeneeskunde) voor (sub)acute zorgvragen bij kwetsbare ouderen in de thuissituatie met als doel om ongewenste acute ziekenhuisopnames te voorkomen.

In de regio lopen hiervoor inmiddels twee vergelijkbare initiatieven, namelijk "spoedconsult-SO" (samenwerking WZH en Florence) en Siillo Ouderen Scheveningen (SOS-app; samenwerking huisartsen coöperatie SCH-2017, Respect en HMC-ouderengeneeskunde).

Het is ons streven om beide initiatieven op elkaar aan te laten sluiten en te koppelen aan de SEH-zorg van de participerende ziekenhuizen (programmaonderdeel 4.) door gebruik te maken van aan een gezamenlijk digitaal platform (actielijn 2, module 4; digitalisering).

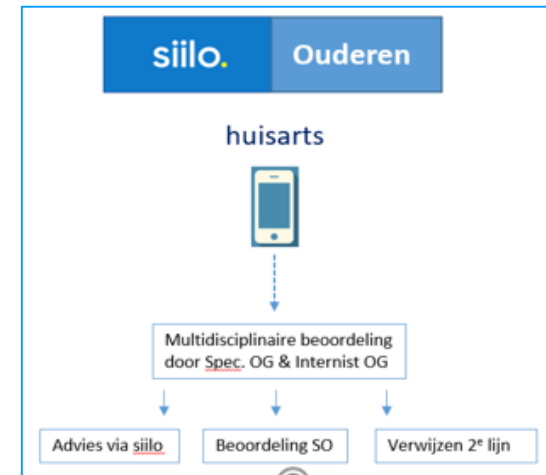
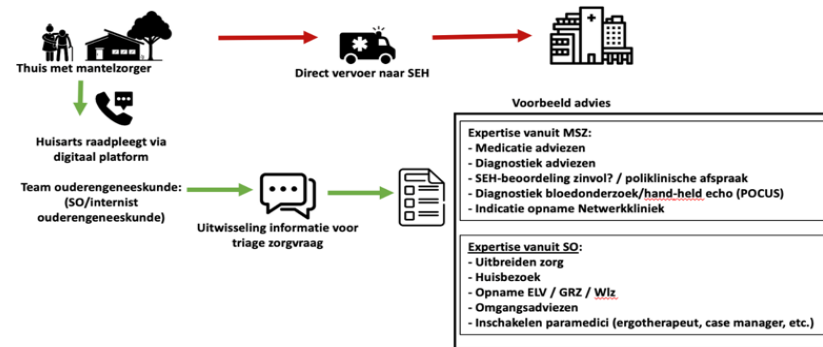


Mw. Bent 94 jr.



Woont thuis, weduwe
Functioneert normaliter zelfstandig
Geen thuiszorg, mantelzorg dochter
Sinds een paar dagen ziek met koorts
Nu in de war (delier) en zorgprobleem

Patient journey, in het rood de huidige situatie, in groen tussenkomst van Team ouderengeneeskunde semi acute zorgvraag



Project 1: Ondersteuning huisarts bij de zorg voor kwetsbare ouderen met acute ontregeling.


1.3 Interprofessioneel Team Ouderengeneeskunde; signalering door thuiszorg / VVT

Van de thuiswonende ouderen hebben ouderen die thuiszorg ontvangen de hoogste kans om op de SEH te belanden (pg. 6). De ervaring vanuit het ziekenhuis is, dat deze acute presentaties voor een belangrijk kunnen worden voorkomen bij een tijdige signalering van relatief eenvoudige problematiek.

Met de "Niet-Pluis app" krijgt de thuiszorgmedewerker de mogelijkheid om laagdrempelig een vermoeden op ontregeling te melden. Deze melding komt bij de huisarts en wordt tegelijk beoordeeld door het interdisciplinaire team ouderengeneeskunde (SO en internist ouderengeneeskunde). In overleg met de huisarts volgt een gepaste actie om verdere ontregeling te voorkomen. Ook zorgverleners in de 0^e-lijn / sociaal domein, zoals ouderenconsulenten, zouden met deze applicatie kunnen gaan werken. Het is de bedoeling dat dergelijke meldingen uiteindelijk via het digitaal platform binnenkomen (programma onderdeel 5; digitaal platform).

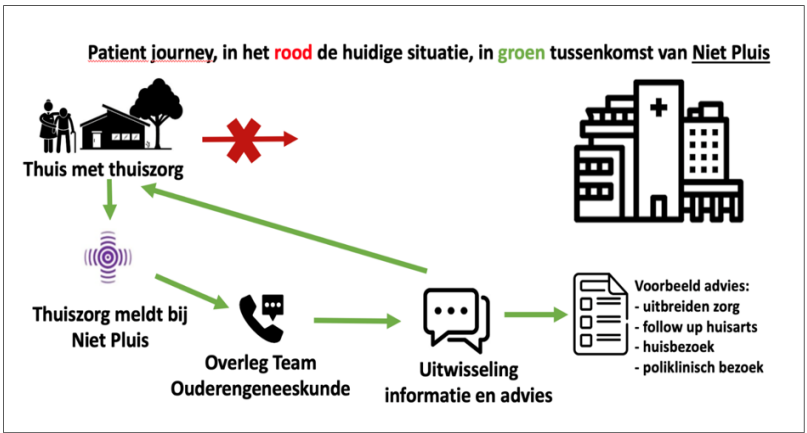
De applicatie is ontwikkeld door HMC-ouderengeneeskunde in samenwerking met de huisartsen SCH-2017 en de zorggroep Respect met ondersteuning van het LUMC, het MSB-HMC en het Bronovo Researchfonds. In de uitvoeringsfase zal ook een inventarisatie worden gedaan welke andere initiatieven lopen in de verschillende wijken en zal aansluiting worden gezocht met de wijkkernteams.

Hr. Djallo 71 jr.




CVA doorgemaakt
Woont thuis met echtgenoot
Thuiszorg 2 keer per dag
Komt niet meer buiten laatste weken
Valgevaarlijk
Thuiszorg ziet achteruitgang

Patient journey, in het rood de huidige situatie, in groen tussenkomst van Niet Pluis



The diagram illustrates the patient journey. It starts with 'Thuis met thuiszorg' (Home with home care), which leads to a hospital icon. A red 'X' indicates a negative outcome. A green arrow points from the hospital back to 'Thuis met thuiszorg'. A green arrow points from 'Thuis met thuiszorg' to 'Thuiszorg meldt bij Niet Pluis' (Home care reports to Niet Pluis). From there, a green arrow points to 'Overleg Team Ouderengeneeskunde' (Interdisciplinary team consultation), then to 'Uitwisseling informatie en advies' (Information and advice exchange), and finally to a document icon representing advice.

Voorbeeld advies:
- uitbreiden zorg
- follow up huisarts
- huisbezoek
- poliklinisch bezoek



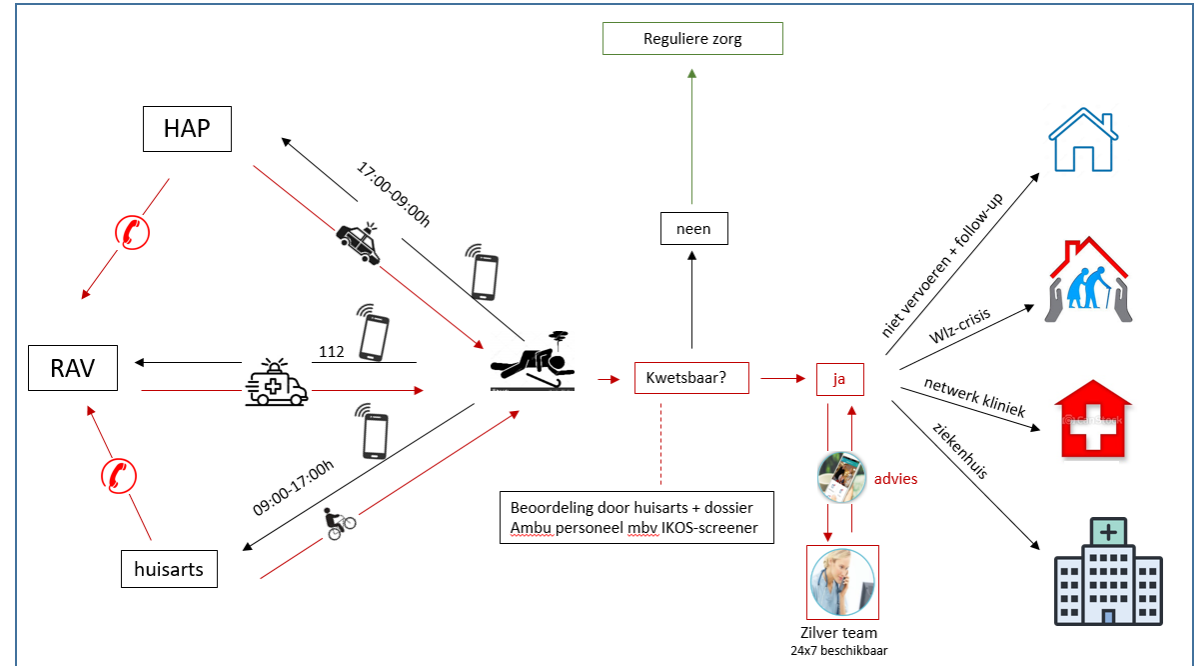
The image shows the 'Niet-Pluis app' interface. On the left is a smartphone screen with a yellow background, displaying the question 'Waarvoor twijfel je?' (For what do you doubt?) and a text input field. Below the input field is a button that says 'Laat audio bericht achter' (Leave audio message). At the bottom of the screen is a button labeled 'volgende stap' (next step). On the right is a laptop screen showing a web interface for 'Dhr. Mark Van Rooij'. The interface includes a navigation menu, a patient profile, and a list of medical notes or messages.

Project 2: Zilver Triage: medebeoordeling door internist ouderengeneeskunde in acute zorgketen

Zilver interventie team kwetsbare ouderen

Regionaal team van internisten ouderengeneeskunde evt. aangevuld met internisten acute geneeskunde, die 24x7 telefonisch beschikbaar zijn voor overleg met de RAV waar een kwetsbare oudere met een acuut probleem het beste behandeld kan worden. Hierbij zal ook altijd worden getracht om contact te leggen met de eigen huisarts / SO van de acute patiënt.

In een in Londen uitgevoerde studie (*Silver Triage*) werd met deze opzet 60% reductie van het aantal SEH beoordelingen bereikt. Een andere opvallende bevinding was, dat het ambulancepersoneel vrijwel unaniem enthousiast was over deze ondersteuning.



Referenties:

Jones ET *ea*. EUGM 2023. <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00796-9>

Blauw GJ. EUGM 2023. <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00797-8>

Voor de uitvoering van de Zilver Triage zal aansluiting worden gezocht bij de herziening van de zorgcoördinatie ROAZ West (NAZW); snelle toets CZ & Z&Z. Concept aanvraag 2 juli 2024.

Dhr. Den Heijer, 86 jr.



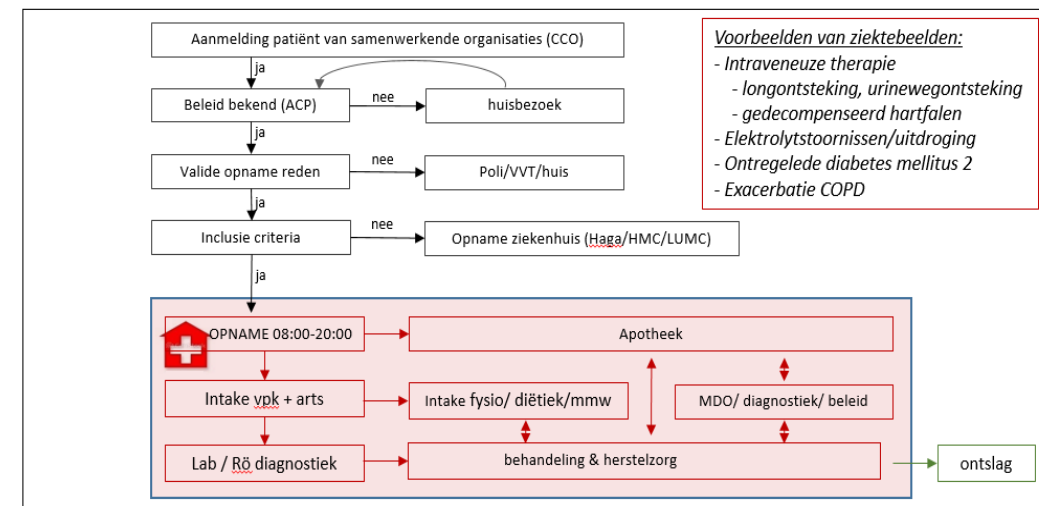
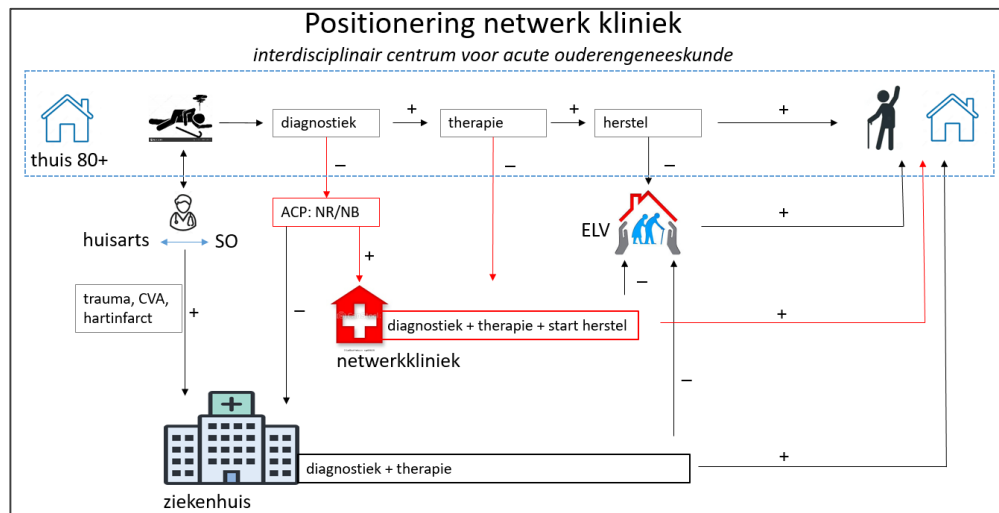
Woont thuis met echtgenote
Bekend met een gevorderde dementie
2x daags thuiszorg
Hulp met ADL en medicatie inname
Val op hoofd onder antistolling en nu?



Project 3: Netwerkkliniek

Een Netwerkkliniek is een klinische faciliteit voor (semi-)acute somatische problemen bij kwetsbare ouderen die MSZ nodig hebben maar voor wie een (klassieke) ziekenhuisopname niet wenselijke is vanwege de hoge kans op complicaties en functieverlies. Belangrijke kenmerken van een Netwerkkliniek zijn de holistische benadering van de patiënt waarbij bij opname I een geïndividualiseerd behandel- en revalidatieplan wordt gemaakt. Dit heeft als doel om de kwetsbare patiënt zo snel en veilig mogelijk de juiste zorg te geven en direct te kunnen starten met revalideren, om complicaties te voorkomen en zelfredzaamheid te bevorderen (reablement).

De Netwerkkliniek is een vorm van "de Wijkkliniek", die wordt gekenmerkt door interdisciplinaire en transmurale samenwerking tussen medisch specialisten i.c. internisten ouderengeneeskunde, huisartsen en SOG van de betrokken VVT-instellingen. Hier kunnen patiënten na een zorgvuldige triage direct worden opgenomen. Aanmelding voor opname in de Netwerkkliniek kan via *i.* huisarts/SO, *ii.* ambulancedienst (RAV) en *iii.* SEH waarbij de aanmelding wordt beoordeeld volgens een vastgesteld triage algoritme (zie paragraaf triage en opname in de Netwerkkliniek). De Netwerkkliniek is 24x7 beschikbaar, waarbij de coördinatie wordt verzorgd door verpleegkundigen (nurse-led). De medische zorg wordt geleverd door een interdisciplinair team. Door zowel de "voordeur" als de "achterdeur" te borgen, door een goede triage en afspraken over nazorg en uitstroom is de verwachting dat patiënten gemiddeld niet langer dan 5 dagen hoeven te worden opgenomen om een acuut medisch probleem op te lossen.



Project 4: Optimaliseren ziekenhuiszorg

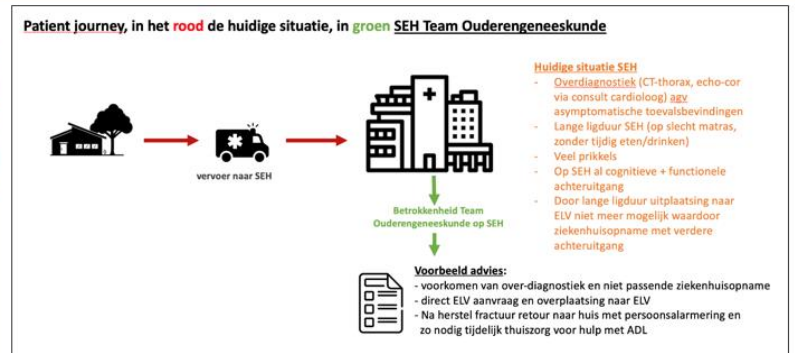
In de wetenschap dat ook in de meest ideale situatie kwetsbare ouderen in het ziekenhuis zullen worden opgenomen en feit dat uit onderzoek is gebleken dat het ziekenhuis geen veilige omgeving is voor deze patiëntengroep zal ook in het ziekenhuis de zorg voor deze kwetsbare groep verder geoptimaliseerd moeten worden. De participerende ziekenhuizen hebben alle standaard cq. verplichte veiligheidsmaatregelen voor goede zorg geïmplementeerd. Desalniettemin is verbetering mogelijk; hierbij moet gedacht worden aan:

- Onderzoek naar 'best practises' binnen de ziekenhuizen
- Specialist ouderengeneeskunde (VVT) binnen de muren van het ziekenhuis (interprofessionele ouderenzorg)
- Optimaliseren van SEH-zorg incl. snelle beoordeling en acceptatie voor opname in andere zorginstelling (24x7)

Mw. Rog 91 jr.



Komt op SEH na een val met pijn in haar schouder. Weduwe, woont thuis zonder thuiszorg. Loopt met rollator. Diagnose: Claviculafractuur waarvoor tijdelijk extra zorg nodig en hulp met veilig mobiliseren gezien het lopen met rollator nu niet gaat.



‘Ingreep bij oudere patiënt is niet altijd de beste optie’

Om 70-plussers goed te helpen op de spoedeisende hulp is een team met ouderenspecialisten onontbeerlijk. Zij springen bij én kijken verder dan alleen de medische kant. „Als er medisch niks meer kan, moet je voorkomen dat deze mensen toch in het ziekenhuis worden opgenomen.“

Anneviek Brandstet
Den Haag

Deze doordeweekse ochtend is het druk op de spoedeisende hulp (SEH) van het HMC in Den Haag. Abu van de gootste van het land. Vrijwel alle behandelkansen zijn bezet, zien we op het rooster van Schipholzichers. Op dit scherm kijken de medewerkers van het ouderenteam mee naar welke patiënten binnen zijn gebracht en wat hun klachten zijn.

„De vrouw deze ochtend, een 91-jarige die mogelijk een breuk in de voet heeft, een 74-jarige die na een val twee dagen op de grond heeft gelegen en vrieschok door de chlooring is gevonden, een 97-jarige die op haar hoofd is gevallen, een 85-jarige die afgehoepen vanag nog uit het ziekenhuis was ontslagen en een 80-jarige vrouw met duizeligheidsklachten. Het is intradakt naar de SEH-mede-werkers gemiddeld twee patiënten binnen de 70 jaar pakken ze er een korte vragenlijst bij die antwoorden of de patiënt levensbaar is. Dan komen automatisch de verpleegkundigen of specialisten van het team ouderengeneeskunde om de hoek kijken. „De zorg voor ouderen kan beter“, zegt Renée Lelieveld, fysiotherapeut van het team. „De wond bevocht door de adem en zijn eigen wazige ‘voet’. De huisarts, de fysiotherapeut, zien hier. Door therapie en fysiotherapie wordt de samenwerking soms bemoeilijkt.“

Beter geholpen

Dankzij het invoegen van het 'seam' ouderenzorg aan de spoedeisende hulp troffen HMC's de ouderen beter geholpen worden. Elk dag zien wij patiënten waarvoor wij iets wettelijk kunnen betekenen", zegt Leonie van Meer, intermedie ouderengeneeskunde.

„Neem die 80-jarige dame die deze ochtend is binnengebracht. De arts geeft aan dat mevrouw naar huis gaat. „Niet te vergeten, wij die haastig gaan nog even zien“, zegt Lelieveld. „Beoordeling in het ziekenhuis is niet nodig, maar dat betekent niet automatisch dat ze het thuis wel doet.“



„Er is andere optie in een herhuis verpleeg in een verpleeghuis“, zegt ze op. Dan is mevrouw in een verpleeghuis. „Ik denk dat het beter zou zijn als ik naar het verpleeghuis ga, ik ben nog hantikke wazig.“

Naar huis gestuurd

Lelieveld weet genoeg en regelt een kort verblijf in een verpleeghuis. „Tussen de regels door hoor ik dat dit de beste optie is“, zegt ze later. Een paar jaar terug was deze mevrouw 'gewoon' naar huis zijn gestuurd. „Op de SEH behandelen is een heel intense ervaring“, legt Lelieveld uit. „Vier redenen, maar zeker voor een kwetsbare oudere. We maken mee dat mensen verward raken van alle prikkels die ze hier krijgen.“ En soms wordt de situatie dan alleen maar erger, is de ervaring.

Op de SEH belanden is heel intens, zeker voor een kwetsbare oudere

– Renée Lelieveld

„Het ziekenhuis is niet altijd een geschikte plek voor een 70-plusser. Het is niet oké. Op de SEH van HMC Westland belanden jaarlijks meer dan 12.000 70-plussers; ongeveer een kwart van alle patiënten. Ruim de helft van deze patiënten is levensbaar en heeft een grote kans op een succesvolle afsluiting van de SEH. Het HMC deelt daarom een profiel door een team ouderengeneeskunde aan te stellen op de spoedeisende hulp. Dat lijkt zo zo in waarden dat de werkvloer vaak wordt versterkt, andere ziekenhuizen kijken getreundeerd toe. „Soms is spoedeisende hulp niet nodig“, zegt Lelieveld. „En een grote groep wil niet op deze manier verd worden, maar loopt toch in het spoor terecht. Daar voeren we ge-

Intermedie Leonie van Meer (3) en fysiotherapeut Renée Lelieveld praten op de spoedeisende hulp met een 97-jarige vrouw.

„Tussen de regels door hoor ik dat dit de beste optie is“, zegt ze later. Een paar jaar terug was deze mevrouw 'gewoon' naar huis zijn gestuurd. „Op de SEH behandelen is een heel intense ervaring“, legt Lelieveld uit. „Vier redenen, maar zeker voor een kwetsbare oudere. We maken mee dat mensen verward raken van alle prikkels die ze hier krijgen.“ En soms wordt de situatie dan alleen maar erger, is de ervaring.

„Het ziekenhuis is niet altijd een geschikte plek voor een 70-plusser. Het is niet oké. Op de SEH van HMC Westland belanden jaarlijks meer dan 12.000 70-plussers; ongeveer een kwart van alle patiënten. Ruim de helft van deze patiënten is levensbaar en heeft een grote kans op een succesvolle afsluiting van de SEH. Het HMC deelt daarom een profiel door een team ouderengeneeskunde aan te stellen op de spoedeisende hulp. Dat lijkt zo zo in waarden dat de werkvloer vaak wordt versterkt, andere ziekenhuizen kijken getreundeerd toe. „Soms is spoedeisende hulp niet nodig“, zegt Lelieveld. „En een grote groep wil niet op deze manier verd worden, maar loopt toch in het spoor terecht. Daar voeren we ge-

„Soms is spoedeisende hulp niet nodig“, zegt Lelieveld. „En een grote groep wil niet op deze manier verd worden, maar loopt toch in het spoor terecht. Daar voeren we ge-



„Door de nieuwe werkwijze worden er mogelijk en langdurige ziekenhuisopnames van kwetsbare ouderen voorkomen. Veel meer dan voorheen worden ze verward naar verpleeghuizen. Gemiddeld één of twee per dag“, zegt Van Meer. Voorheen werden deze patiënten vaak eerst opgenomen in het ziekenhuis en daarna doorverwezen naar verpleeghuis of het verpleeghuis. „Als er medisch niks meer kan, moet je voorkomen dat ze toch in het ziekenhuis worden opgenomen. Met revalidatie begin je liever gestaan dan vandaan.“

Afweging

„Het is niet altijd een goede keuze“, zegt Van Meer. „Het is een afweging in expertise. Het is verpleeghuis als een afdeling volloopt, daardoor raakt het systeem verzorgd. Maar belangrijker, mensen liggen niet op de juiste plek en krijgen niet de juiste zorg. Toen ons team er nog niet was, werden sommige dingen niet opgemerkt.“



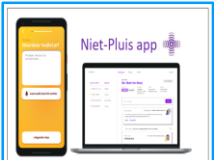

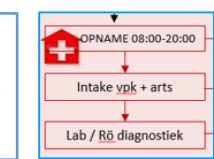
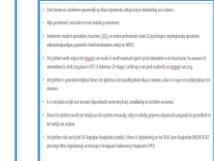
Toen ons team er nog niet was, werden sommige dingen niet opgemerkt

– Leonie van Meer

5. Transmuraal platform

- Doel: leveren en coördineren gezamenlijk op elkaar afgestemde, nuttige zorg en behandeling aan ouderen.
- Wijk georiënteerd, verbonden en met onderling commitment.
- Deelnemers: medisch specialisten, huisartsen, SOG's, en andere professionals (zoals GZ psychologen, verpleegkundig specialisten, wijkverpleegkundigen, paramedici, beleidsmedewerkers welzijn en WMO).
- Het platform werkt volgens het stepped-care model. Er wordt maximaal ingezet op het behandelen in de thuissituatie. Pas wanneer dit ontoereikend is, vindt zorg plaats in VVT of ziekenhuis. De Haagse Luchtbrug is een goed voorbeeld van stepped-care zorg.
- Het platform is grotendeels digitaal. Binnen het platform is het vanzelfsprekend elkaar te kennen, advies te vragen en multidisciplinair af te stemmen.
- Er is ook plaats en tijd voor innovatie (bijvoorbeeld monitoring thuis), ontwikkeling en het delen van kennis.
- Binnen het platform wordt met behulp van één systeem eenvoudig, veilig en volledig gegevens uitgewisseld aangaande de gezondheid en het welzijn van ouderen.
- Het platform sluit aan bij het IZA Regioplan Haaglanden (actielijn 2, thema 4, digitalisering) en het ROAZ-plan Haaglanden (NAZW, ROAZ plan Regio West; digitalisering) en het project Verwijspunt Ouderenzorg Haaglanden (VPO) / VPO-ONHe).

Bijlage: kruisverbanden met regionale projecten

POCUS		<p>Geen kruisverbanden met initiatieven vanuit 1^e-lijn. Wel is het belangrijk om rekening te houden met het feit dat de SO heeft een 'acute tas', waarmee hij/zij o.a. Point Of Care Testen (POCT) kan afnemen bij de oudere. De SO en LabWest maken duidelijke werkafspraken over de POCT. In overleg met de HA worden vervolgstappen genomen. Indien nodig belt de SO de SEH voor specifiek aanvullend diagnostiek, bijvoorbeeld röntgenfoto. De SO en SEH hebben duidelijke werkafspraken over onderlinge samenwerking. POCUS en POCT zijn derhalve complementair, waarbij POCUS niet alleen door huisarts maar ook voor geïnteresseerde SO's beschikbaar is</p>
ITO		<p>Het Interprofessioneel Team Ouderen (project 1.2) en het initiatief Spoedconsult-SO (van Florence-WZH-Hadoks) zijn beiden een middel om de huisarts te ondersteunen bij ouderen die in een semi-acute situatie zijn beland. Op pagina 12 van dit document beschrijven wij dat het onze intentie is om met de transformatie deze vergelijkbare initiatieven op elkaar aan de laten sluiten en beiden te koppelen aan de SEH-zorg van de ziekenhuizen. Spoedconsult-SO wordt eveneens aangeboden voor een snelle toets. De inhoud van beide initiatieven wordt gedeeld. Deze initiatieven zijn complementair. Tijdens de transformatiefase zal er worden samengewerkt teneinde een goede aansluiting te bewerkstelligen. <i>NB: bij project 1.2 wordt gebruikt gemaakt van een dedicated Siilo applicatie; dit is slechts een medium om voor het verlenen van interprofessionele zorg en niet een doel op zich.</i></p>
Niet-Plus		<p>Geen kruisverbanden met initiatieven vanuit de 1^e-lijn. De mogelijkheid om dit initiatief uit te breiden naar het sociaal domein, bijvoorbeeld gebruik door ouderenconsult zal worden onderzocht tijdens de transformatiefase.</p>
Zilvertrage		<p>Het projectvoorstel is gedeeld met de projectorganisatie verantwoordelijk voor transitie van de acute zorgketen (ROAZ West; coördinatie Marianne Plandsoen, VTZ en Bas Lohman, Seeder de Boer (in opdracht van ROAZ). Afgesproken is dat met de reorganisatie van de acute zorgketen rekening zal worden gehouden met de invoering van het concept "zilver triage".</p>
Netwerk- kliniek		<p>Behoudens met de voorgenomen samenwerkingspartners zijn er geen kruisverbanden met initiatieven vanuit de 1^e-lijn</p>
Transmuraal Platform		<p>Het opzetten van een (digitaal) platform van waaruit de transformatie en nadien de zorg kan worden gecoördineerd heeft raakvlakken met het VPO Haaglanden (initiatief vanuit Florence, HWW, Respect, Cardia, Saffier en WZH.) Voor VPO Haaglanden is een snelle toets ingediend voor het organiseren van een backoffice voor aanmelding en coördinatie van crisiszorg, casemanagement dementie en wijkverpleging. Een tweede kruisverband is er met het transformatieplan doorontwikkeling RAP van transmuraal netwerk Zuid Holland Zuid. De genoemde initiatieven versterken elkaar en er is onderlinge uitwisseling en de wens tot samenwerking. Daarnaast zal er aansluiting worden gezocht met de te ontwikkelen plannen binnen 'digitale strategie' van actielijn 2 (VTZ, regioplan Haaglanden). Tijdens de transformatiefase zullen we aansluiting zoeken bij de genoemde initiatieven zodanig dat de initiatieven elkaar kunnen versterken.</p>

Colofon

Dit voorstel voor zorgtransformatie medisch specialistische zorg (MSZ) ouderen is gebaseerd op de gezamenlijk Regiovisie Ouderengeneeskunde Haaglanden van de vakgroepen interne geneeskunde - ouderengeneeskunde van het HagaZiekenhuis, Haaglanden Medisch Centrum en het Leids Universitair Medisch Centrum dd 28 juni 2023. Deze Regiovisie is geaccordeerd door de medische staven en de Raden van Bestuur van de drie ziekenhuizen.

Werkgroep Regiovisie Ouderengeneeskunde Haaglanden en Zorgtransformatie Medisch Specialistische Zorg Ouderen:

Ali Ladidioui, internist ouderengeneeskunde, HagaZiekenhuis en Leids Universitair Medisch Centrum

Frederiek van de Bos, internist ouderengeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum en Haaglanden Medisch Centrum

Leonie van Meer, internist ouderengeneeskunde, Haaglanden Medisch Centrum

Frouke Engelaer, internist ouderengeneeskunde, Haaglanden Medisch Centrum en Leids Universitair Medisch Centrum

Gerard Jan Blauw, internist ouderengeneeskunde, Haaglanden Medisch Centrum en Leids Universitair Medisch Centrum

Het transformatie voorstel is tot stand gekomen in samenwerking met Agaath Sluijter, programmamanager zorgtransformatie, Haaglanden Medisch Centrum en coördinator zorgtransformatie MSZ ouderen Haaglanden, Meta Krassenburg, programmamanager zorgtransformatie HagaZiekenhuis en Gesina Glastra van Loon, programmamanager waarde gedreven zorg, Leids Universitair Medisch Centrum.