



# **Spoedzorg voor kwetsbare ouderen** **Vier visies op een aanpak**

Maart 2017



fluent heeft in januari 2017 een onderzoek uitgebracht naar de vermeende toename van de acute zorg in de ziekenhuizen. In het rapport met de titel Code Oranje wordt antwoord gegeven op de volgende vragen: is deze toename aantoonbaar van uit de geregistreerde zorgproducten en welke oorzaken liggen hieraan ten grondslag? In onderstaande tekst beschrijven we de conclusies naar aanleiding van de analyse van data van 43 ziekenhuizen.

## *Significante toename*

Er is sprake van een significante toename van de spoedeisende zorg. Deze stijging is landelijk terug te zien. De acute zorg kent op het volume nu een trendbreuk van ongeveer 15%. Er is een variatie bij de verschillende ziekenhuizen.

## *Verschuiving zorgaanbod*

Kijkende naar de stijging in een specifiek leeftijdscohort en rondom specifieke leeftijdsgroep lijkt dit vooral te gaan om een verschuiving van zorgaanbod tussen de langdurige zorg en de MSZ. Dit betekent een forse toename in dit jaar en mogelijk volgend jaar (verschuiving) en daarna een toename gelijk aan de autonome groei en vergrijzing.

## *Hoge zorgzwaarte*

De groep kwetsbare ouderen en gedecompenseerde patiënten is qua zorgzwaarte een zware groep. Dit betekent dat hierdoor de werkdruk op de spoedzorg in de ziekenhuizen toeneemt.

## *Langere verpleegduur*

Ook kenmerkt deze groep zich door een gemiddeld langere verpleegduur, waardoor het capaciteitsbeslag op de klinische capaciteit voor acute patiënten in het ziekenhuis zal toenemen.

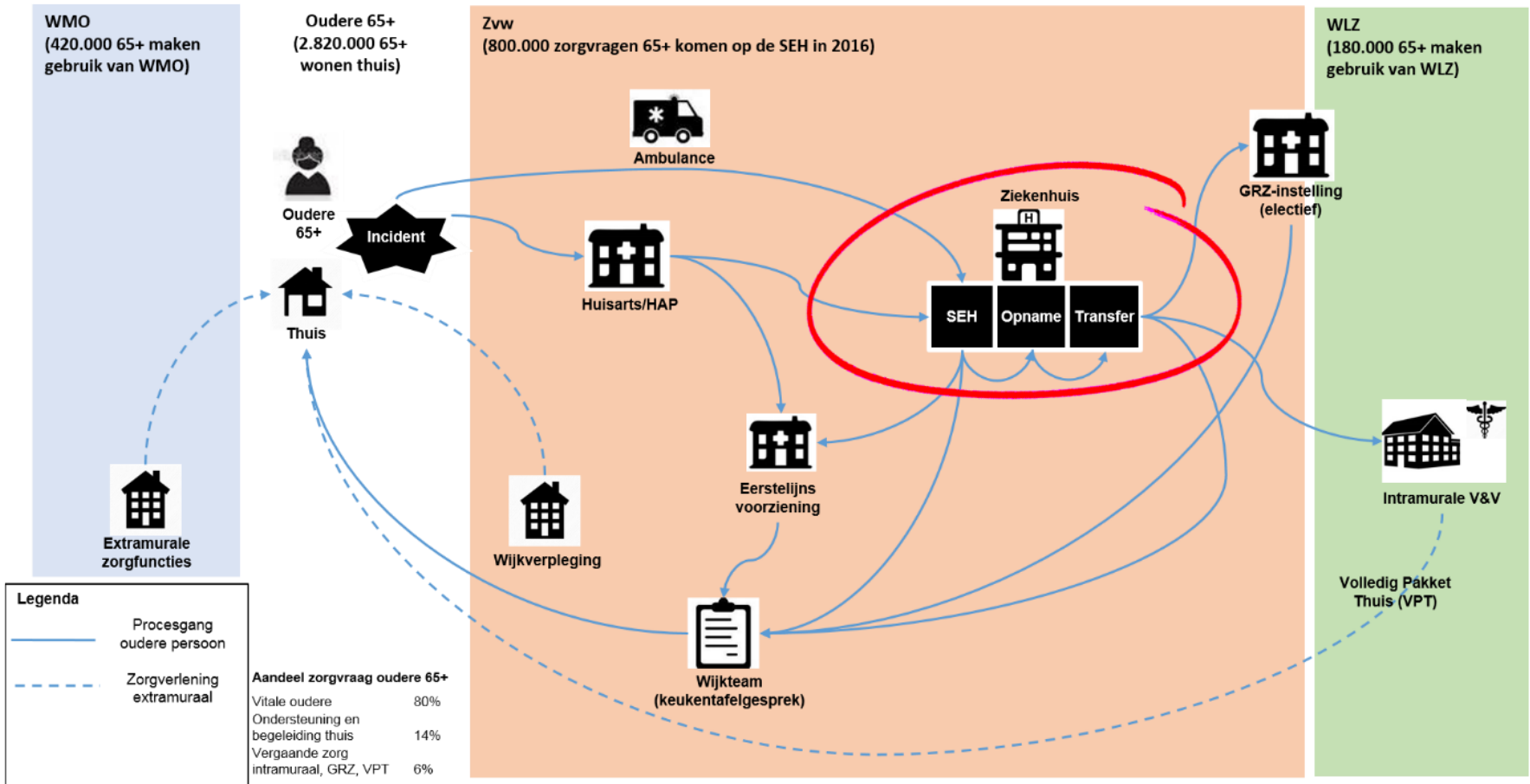
## *Moeilijke transfer*

Daarbij komt dat als gevolg van de wijzigingen in de langdurige zorg (afname V&V capaciteit) een transfer naar een V&V instelling moeilijk zal zijn, waardoor er mogelijke een toename van de verkeerde bed problematiek kan ontstaan.

# Zorgproces ouderen 65+



ZORGPROCES OUDEREN (65+ JAAR): 3 miljoen personen



Bron: Code Oranje, Geert de Kousemaeker, fluent Healthcare 2017



Aan de hand van deze conclusies hebben we gekeken naar de effecten en knelpunten naar van het toegenomen aantal kwetsbare ouderen in het ziekenhuis en de mogelijke oplossingsrichtingen. We onderscheiden drie punten in het proces waar knelpunten worden ervaren: op de SEH, tijdens de opname en bij de transfer. In onderstaande tekst beschrijven we ze een voor een.

## SEH

De toestroom op de SEH is groter dan de capaciteit van de ziekenhuizen aankunnen. Hierdoor ontstaan patiëntenstops en nemen de doorlooptijden fors toe. Breed wordt de toenemende stroom kwetsbare ouderen als belangrijkste oorzaak ervaren. Er zijn 2 hoofdstromen ontstane letsel en complicaties en ingezonden observaties. Er zijn twee mogelijke oplossingsrichtingen namelijk het ombuigen van de patiëntenstroom en de optimalisatie van het ziekenhuisproces.

## Opname

De groep kwetsbare ouderen kenmerkt zich tijdens opname door een langere ligduur, waardoor de klinische capaciteit

van het ziekenhuis knelt. De meest ervaren knelpunten zijn: groep 65+ ligt gemiddeld 30% langer, multimorbiditeit maakt behandeling complexer, aandeel bedbezetting met spoedpatiënten neemt toe. De oplossingsrichting ligt in de optimalisatie van het klinisch proces.

## Transfer

Als patiënten klaar zijn met de ziekenhuisbehandeling spelen in de transfer de volgende knelpunten: verkeerde bed problematiek, thuisplaatsing niet mogelijk, psychogeriatrisch problematiek knelt bij doorplaatsing. De oplossingsrichtingen liggen in het optimaliseren van het ziekenhuisproces en het regionaal inrichten van nabehandeling/kort verblijf.



Geert de Kousemaeker [Geert@fluent.nl](mailto:Geert@fluent.nl)



Het vraagstuk rondom kwetsbare ouderen heeft niet één simpele oplossing en je kunt het vanuit verschillende perspectieven aanvliegen. fluent bestaat uit verschillende adviseurs met verschillende expertises en achtergronden. In deze whitepaper hebben vier van onze adviseurs vanuit hun eigen perspectief een aanzet gegeven voor een aanpak vanuit ziekenhuis perspectief\*. Alle vier de teksten hebben één ding gemeen. We gaan uit van het gemeenschappelijke inzicht zoals dat in de vorige paragraaf is beschreven, we voegen onze visie toe en roepen op tot lef om met elkaar stappen te zetten.

***Wie nieuwe dingen wil ontdekken,  
hoeft niet op reis te gaan, maar  
slechts de wereld te bekijken met  
een nieuwe blik.***

*Marcel Proust*

\* De analyse laat zien dat je niet alleen moet kijken naar de ziekenhuizen maar naar de keten en dat de zorg thuis beter geregeld moet worden.





Tsja, medisch specialisten, wat gaan jullie bijdragen aan het drievoudige knelpunt rondom de kwetsbare ouderen? Waar hebben jullie last van? Wat kan je beïnvloeden? En wat past er binnen de MSB-onderneming?

De groep kwetsbare ouderen zorgt voor toenemende belasting voor de medische staf. (Even abstraherend dat deze situatie eerst en vooral voor deze doelgroep zelf onaangenaam is). Dat is misschien lekker voor de productie, maar zonder uitzicht op uitbreiding, door beperkte omzetplafonds, is dit niet een houdbare situatie. De medische staf heeft dus direct belang dat kwetsbare ouderen beter worden bediend.

Hoe kan het MSB bijdragen aan verbetering? Als we de drie drempels nader beschouwen komen we tot het volgende.

Het knelpunt van de transfer lijkt niet of nauwelijks te beïnvloeden. Dat is zaak van ruimte in aanpalende zorginstellingen, ruimte van ondersteunende voorzieningen thuis, en de regelkunde van het transferbureau van het ziekenhuis. Niet traditioneel het domein van het MSB.

De ligduur bij opnamen van ouderen dan? Ook niet eenvoudig. De fysieke gesteldheid en multimorbiditeit van ouderen is zoals die is. Dat verlangt simpelweg meer (opname-)tijd dan bij “fittere” patiënten. Dat laat onverlet dat betere logistieke planning, meer multidisciplinair werken etc. kan helpen bij de behandeling van ouderen. Maar dat is business as usual, en we betwijfelen of dit de grote oplossing is.

Beperking van de toestroom? Hoe moet de medisch specialist in hemelsnaam voorkomen dat ouderen vallen sneller vallen of dat medicatietrouw onderuit gaat? Moeilijk moeilijk.

Beetje somber verhaal. Directe beïnvloeding ligt niet voor de hand. Maar hoe komen we tot oplossingen?



Onze boodschap is: MSB, investeer in de initiatieven die genomen worden voor allerlei onconventionele voorzieningen in de keten. Zoals eerstelijns verblijf, medisch specialistische zorg thuis, acute zorg ondersteuning, substitutieprojecten. Dit zijn goede initiatieven, die vaak moeite hebben met financiering, borging, etc. Participatie van het MSB bevordert de financiën, en draagvlak om uitstroom uit het ziekenhuis te bevorderen en instroom te voorkomen.

Business wise is dit goed voor MSB, al zal het MSB er niet rijk van worden. Het verlicht de werkdruk en de druk op het honorarium. Maar het belangrijkste is: het toont ondernemerschap en maatschappelijke betrokkenheid. En dat is waar het MSB toch voor bedoeld is!

*If you do what you did,  
you get what you got*

*Albert Einstein*



Klaas Bochove [Klaas@fluent.nl](mailto:Klaas@fluent.nl)



De toename van het aantal kwetsbare ouderen zorgt voor knelpunten in het ziekenhuis. De oplossingsrichtingen liggen voor een deel in het ziekenhuis en voor een deel in het netwerk van organisaties rondom deze ouderen. Met welke aanpak kunnen we van dit probleem een kans maken voor werkelijke innovatie? Ontwerp denken biedt hiervoor handvaten.

Ontwerp denken is een manier van denken die helpt om problemen anders en op een nieuwe manier te bekijken en hierdoor op onverwachte oplossingen te komen. Een ontwerper is gewend om alles wat hij maakt snel te toetsen in de praktijk. Als je de zorg wilt veranderen, zul je ook continu bij je klanten – patiënten en ketenpartners – moet toetsen of het nieuwe concept dat je hebt bedacht voor hen ook van meerwaarde is. Pas als je dat in de praktijk toetst, weet je of je op die weg moet doorgaan. De principes van ontwerp denken zijn:

## *Gericht op beleving*

Ontwerp denken stelt de mens centraal. Wat zijn de behoeften en motivaties van de mensen en organisaties die betrokken zijn in de keten? Een klantreis kan een goede methode zijn om je werkelijk in te leven in de kwetsbare ouderen en hun context.

## *Integrale benadering*

Je kunt een complex probleem als de zorg voor kwetsbare ouderen alleen oplossen als je er vanuit verschillende perspectieven naar kijkt. Vanuit de verschillende disciplines (verpleegkundigen, artsen, financials etc.) en vanuit de verschillende ketenpartners (ziekenhuis, gemeente, zorgverzekeraar, ouderenzorg etc.)

## *Bouwen om te leren*

Van fouten kun je leren. Dat is een belangrijk uitgangspunt voor de ontwerper. Door feedback en het bijstellen van gekozen oplossingen kom je weer tot nieuwe ideeën en sluit je maximaal aan bij de ervaring van de kwetsbare oudere.





## *Positief*

Ontwerp denken is een methode die er vanuit gaat dat er betere oplossingen zijn dan de huidige en dat deze door het aanboren van de creativiteit in ons allen ongeacht allerlei beperkingen tot resultaat zal leiden.

Een proces van ontwerp denken bestaat uit vijf fasen die je houvast geven in het proces van het onderzoeken van het probleem, tot het vinden en het bouwen van een oplossing. Het is een aanpak waarbij emotie en ratio gecombineerd worden. Zo kun je concepten ontwikkelen die betekenisvol zijn.

We weten dat de omgeving snel verandert en je moet blijven meebewegen. Ontwerp denken is daarom geen traject dat je eenmalig doet, je moet het continu blijven herhalen en jezelf blijven aanpassen aan de veranderende omgeving.

We zien op verschillende plekken in het land dat er rondom instroom, doorstroming en transfer van kwetsbare ouderen nieuwe concepten worden ontwikkeld en getest. Het is belangrijk om deze te evalueren en van elkaar te leren.



Marije Talstra [Marije@fluent.nl](mailto:Marije@fluent.nl)



Hoe kan je inspelen op de beleving van deze kwetsbare ouderen en daarmee zoeken naar oplossingen voor de druk op de acute zorg? We gaan dan naar ons belevingsmodel in de zorg. Zeker voor de groep kwetsbare ouderen geldt dat de afgelopen jaren vooral de focus heeft gelegen op zelfredzaamheid, thuis blijven en dit kan vertaald worden in “je moet het zelf maar regelen”. De sociale context waarin deze groep zich bevond in een verzorgingshuis of binnen een ander georganiseerd netwerk is verdwenen. Hoe is het mogelijk dit weer te bouwen zonder terug te gaan naar de oude situatie?

Dit betekent dat er binnen de leefruimte van de kwetsbare oudere opnieuw een sociaal vangnet gecreëerd moet worden. Dit wordt deels ondervangen door mantelzorgers, maar deze kunnen niet de schoenen vullen van de verzorgingshuizen, ook de wijkverpleegkundige redt dit binnen haar taken en verantwoordelijkheden niet. Hoe zorgen we dan voor voldoende tijd en aandacht zodat een verslechterende situatie van de oudere op tijd opgemerkt wordt, ouderen het vertrouwen houden dat ze het zelf kunnen of ouderen zich niet eenzaam voelen? Is het niet mogelijk om een oplossing te zoeken in het combineren van een aantal uitdagingen.



#belevingsmodelRfluent 2012



Een goede bestemming voor leegstaand vastgoed is dan bijvoorbeeld een zorghotel waar meer ruimte is voor aandacht en het sociale deel van de zorg, annex ontmoetingsplek, annex eerstelijnsverblijf te realiseren?

De businesscase moet met een beetje creativiteit en steun vanuit gemeente, verzekeraars en wellicht investeerders rond te krijgen zijn. We realiseren hiermee een snellere doorstroom van mensen die na een ziekenhuisopname het nog niet redden om naar huis te gaan, maar geen medische behandeling meer nodig hebben, mensen die tijdelijk niet thuis kunnen zijn door ziekte, maar geen ziekenhuisbehandeling nodig hebben, omdat ze bijvoorbeeld een tijdelijke observatie nodig hebben en een plek waar ouderen elkaar kunnen ontmoeten, professionals mogelijke toekomstige problemen vroeg kunnen signaleren en samen met de gemeente en de zorgverleners tijdig een plan kunnen maken.

Dit vergt een andere manier van samenwerking, het gezamenlijk inzetten van welzijns- en zorggeld en een goede samenwerking op basis van de echte behoefte van de zorgvrager. Het scheelt niet zo heel veel letters en klanken om van eenzaamheid te komen tot zelfredzaamheid.

*It always seems impossible  
until it's done*

*Nelson Mandela*



Birgite Runia [Birgite@fluent.nl](mailto:birgite@fluent.nl)



Nieuwe situaties vereisen nieuwe manieren van denken, werken en bekostiging. Door de recente verandering in de financiering van de somatische zorg zijn nu meer verschillende financiers, betrokken bij het zorgproces. Hierdoor hebben patiënten te maken met verschillende uitvoerders en financiers bij het doorlopen van het proces om weer beter te worden.

De problemen op de spoedeisende zorg zijn het gevolg van de “verschotting” die door (financiële) sub optimalisatie binnen de verschillende fases van het zorgproces zijn ontstaan. Aanpassing binnen een fase hebben gevolg voor de daarop volgende fasen. Er is sprake van verschuiving van problemen, die vooral later in het proces zichtbaar worden. Zoals zichtbaar in de cases van de ouderen op de SEH die niet kunnen worden doorgeplaatst naar een V&V voorziening. Hierbij leveren de besparingen in de V&V en WMO juist weer extra kosten op voor de ZVW.





## *Ontschotting*

Om deze sub optimalisatie te lijf te kunnen is zorg zonder deze “schotten” nodig. Dit vereist een bandering met oog voor het gehele proces, en samenwerking tussen alle betrokken uitvoerders, financiers en patiëntenverenigingen. Samenwerking met als doel, voordeel voor alle betrokkenen, maar vooral maximale waarde voor de patiënt. Dit vraagt van mantelzorgers, huisartsen, verpleeghuizen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten om effectiever met elkaar samen te werken en echt maatwerk voor het gehele proces te gaan leveren. Samenwerking met “shared Savings” via bijvoorbeeld regiofinanciering, waarbinnen ook preventie een belangrijk onderdeel is. Immers “Voorkomen is beter dan genezen”.

## *Gezamenlijk om tafel*

Om de kwetsbare ouderen op de SEH te helpen zullen in ieder geval huisartsen, ROAZ, gemeente, zorgverzekeraars en regionale V&V instellingen gezamenlijk om tafel moeten om de ontstane schotten zichtbaar te maken en af te breken, opdat een effectief en efficiënt proces ontstaat, met een optimale oplossing voor alle betrokkenen. Hierbij is het zorgproces leidend en de financiering volgend. Het is zaak om dit spoedig gezamenlijk aan te pakken om de effecten die nu al merkbaar zijn niet veel groter te laten worden.



Rob Keizer [Rob@fluent.nl](mailto:Rob@fluent.nl)



## fluent Inzicht. Visie. Lef.

Inzicht. Visie. Lef. Dat is wat de zorg nodig heeft om flexibiliteit en continuïteit te borgen in het veranderende zorglandschap. fluent ondersteunt de zorg hierbij. Samen met onze klanten gaan we de uitdagingen aan. fluent geeft advies over strategie, innovatie, besturing en organisatie. Onze aanpak leidt tot concrete resultaten en kenmerkt zich door:

-  **To the point**, we zeggen waar het op staat.  **No Nonsense**, met beide benen op de grond.
-  **Kennis**, een onderbouwd resultaatgericht advies.  **Welbespraakt**, we maken onze naam waar.
-  **Feitelijk**, naast beelden en visies ook feiten en cijfers.  **Vernieuwend**, vooroplopende modellen, aanpakken en visies.
-  **Aangesloten**, we weten wat er leeft en wat er op u afkomt.  **Doeltreffend**, resultaat door draagvlak te creëren.
-  **Begrijpelijk**, geen dikke pakken papier voor in bureaulades.
-  **Voor u**, fluent schrijven we met een kleine "f", het gaat namelijk om u en niet om ons.

We geloven in persoonlijk contact en kennisdelen. We maken graag tijd vrij om kennis te maken en inspiratie te delen. De koffie of thee staat altijd klaar.





# fluent

## Inzicht. Visie. Lef.

Uitgave: Spoedzorg voor kwetsbare ouderen, vier visies op een aanpak  
Versie : 1.0 maart 2017

Distributie: Openbare weergave. Kopiëren of verspreiden van delen van deze rapportage is toegestaan, mits met bronvermelding “fluent Healthcare BV”.

Auteurs: Klaas Bochove, Rob Keizer, Geert de Kousemaeker, Birgite Runia, Marije Talstra

Vragen en/of opmerkingen:

Vragen en opmerkingen zijn meer dan welkom. U kunt zich richten tot [info@fluent.nl](mailto:info@fluent.nl) en/of 088 – 1668000.