



Krakende ketens in de zorg voor kwetsbare ouderen

Verbeter de zorg – begin bij jezelf!

Stedelijk advies Amsterdam

Knelpunten en oplossingsmogelijkheden | SIGRA

Veranderingen in het zorgstelsel hebben ertoe geleid dat kwetsbare ouderen niet altijd snelle, adequate en passende zorg geboden wordt. In april 2015 werd in SIGRA verband de **noodklok** geluid over knelpunten rondom de doorstroming van patiënten die (tijdelijk) niet langer thuis kunnen wonen na een voorval thuis of een ziekenhuisopname.



Vervolgens zijn verschillende stappen gezet en is begin 2016 een integrale **Stuurgroep Doorstroming** opgericht. De Stuurgroep heeft als doel: er gezamenlijk voor zorgen dat iedere patiënt in de regio de juiste (tijdelijke) zorg krijgt, op de juiste plek, tegen de juiste financiering. Kwetsbare ouderen in Amsterdam mogen geen last hebben van financiële schotten en onduidelijke afspraken tussen zorgverleners.

De Stuurgroep heeft ervaren dat de ruis in samenwerking rondom kwetsbare ouderen voornamelijk samenhangt met **communicatie, vindbaarheid, informatieoverdracht** en **registratie**. Om deze aspecten te verbeteren is o.a. een beslisboom voor (tijdelijke) vervolgzorg ontwikkeld (www.sigra.nl/beslisboom-vervolgzorg) en is vraag en aanbod van tijdelijke verpleeghuiszorg geanalyseerd.

Alleen door met een **integrale blik** te kijken naar de hulpvraag en -behoefte van kwetsbare ouderen, kan optimale zorg en ondersteuning worden geboden. Dit betekent zorg op de juiste plek, met voldoende gekwalificeerd personeel, dat informatie met elkaar uitwisselt en waardoor onnodige ziekenhuisopnames van kwetsbare ouderen worden voorkomen.

Er zijn veel verschillende organisaties en domeinen betrokken bij ouderenzorg. Daardoor bestaat geen ultieme oplossing om de problematiek te verminderen, maar zijn er veel verschillende knoppen waaraan gedraaid kan worden (intern en wat betreft samenwerking). Dit stedelijke advies geeft een **totaaloverzicht** van de complexiteit en verbeterpunten voor alle spelers.

Optimaliseren van de zorg voor kwetsbare ouderen is een gezamenlijke ambitie, waarbij het belangrijk is dat ieder zijn eigen verantwoordelijkheid pakt.

De kennis die is verzameld rondom patiëntstromen, logistieke afspraken, regelingen, huidige knelpunten en vernieuwende pilots is gebundeld in dit stedelijke advies.

Het advies heeft als doel:

1. Een **totaaloverzicht** bieden van knelpunten + oplossingsmogelijkheden (kwalitatief)
2. Oplossingsmogelijkheden **per speler** in de keten te benoemen
→ *Het is aan alle organisaties zelf om daar op in te zetten*
3. Uitdagingen te benoemen waar we **stedelijk** nog voor staan

Rol

Vanuit SIGRA loopt vanaf half 2015 een project rondom Doorstroming van kwetsbare ouderen naar (tijdelijke) vervolgzorg. De rol van SIGRA in dit traject ligt vooral op:

- Creëren van adequate randvoorwaarden o.b.v. een feitelijk inzicht in de vraag (behoefte) en het aanbod (capaciteit) m.b.t. tijdelijke opnamen in de V&V.
- Gladstrijken van de onderlinge communicatie (waar en bij wie moet ik zijn op basis van welke regeling).

Stuurgroep Doorstroming (integrale samenstelling)

Leden op persoonlijke titel (overstijgende blik) & vanuit domein (geen vertegenwoordiging).

- Voorzitter: Eric Hisgen – Amstelring
- Huisartsen: Frans Smits – Huisartsenkring Amsterdam
- Huisartsenposten: Sylvia de Waal – Huisartsenposten Amsterdam
- GGZ: Jan Willem Pijpers – GGZ inGeest (t/m zomer 2016)
- Thuiszorg/wijkverpleging: Jan Withaar – Evean
- Verpleeghuis: Jocelyn Daris – Cordaan
- Ziekenhuis: Mariët Dirkzwager – OLVG Oost

Kwalitatief

Informatie is geclusterd vanuit de volgende gremia, overleggen en documenten:

- Stuurgroep (+ afstemming met achterban/collega-organisaties)
- Transferoverleg (ziekenhuis – VVT)
- Beheerdersoverleg POINT
- Werkgroep Tijdelijke Opname (V&V)
- Beslisboom ontwikkeld: daarvoor veel afstemming met partijen
- SIGRA bestuur
- SIGRA themabijeenkomsten Doorstroming 27 oktober 2016 & 16 maart 2017
- Algemene Ledenvergadering SIGRA
- Capaciteitsraming + ZONN overleg (Zorg Opleidingen Noordwest Nederland)
- HRM netwerk Care
- Gesprekken met VWS, Zilveren Kruis, Zorgkantoor
- Invitational Conferences vanuit ROAZ AMC en VUmc
- Landelijke rapporten
- Beleidsstukken VWS, Tweede Kamer, V&VN, ActiZ, etc.

Kwantitatief

Streven was om knelpunten (vraag & aanbod tijdelijke opname verpleeghuis) in Amsterdam ook kwantitatief inzichtelijk te maken, maar dit blijkt helaas (nog) niet mogelijk.

**Voor iedere kwetsbare oudere
de juiste (tijdelijke) zorg,
op de juiste plek,
tegen de juiste financiering**



Thuis



Escalatie



**SEH/
Ziekenhuis/
Tijdelijke opname
verpleeghuis**









**Thuis/
Thuiszorg/
Langdurige opname
verpleeghuis**



Dit advies bestaat uit de volgende onderdelen

- 1. Totaaloverzicht** van verschillende partijen/organisaties die bij kwetsbare ouderen een rol spelen in de doorstromingsproblematiek, hierin is aangegeven:
 - Hoe de verwijzingen lopen
 - In welke verwijzingen knelpunten worden ervaren
- 2. Sheets per domein**, waarin wordt aangegeven:
 - Hoe de instroom, doorstroom (intern) en uitstroom wordt ervaren & wat daarin verbetermogelijkheden zijn
 - Naar welke partijen er doorverwezen kan worden
 - Wat ontvangende partijen anders kunnen organiseren om het voor de verwijzer eenvoudiger/duidelijker te maken
- 3. Conclusies op verschillende niveaus:** organisatie, stadsdeel, stedelijk
- 4. Vervolg:** domeinspecifiek en domeinoverstijgend

Overzichten

	Totaaloverzicht	Per domein
In overdracht & samenwerking worden geen grote knelpunten ervaren		
In overdracht & samenwerking worden geen grote knelpunten ervaren, maar zijn wel aandachtspunten/risico's te benoemen		
In overdracht & samenwerking worden grote knelpunten ervaren		

Sheets per domein

Rode tekst = knelpunt/uitdaging

Zwarte tekst = oplossingsmogelijkheid

Sheet met 'Grootste uitdagingen – domeinoverstijgend'

Met een oranje blokje is aangegeven op welk niveau de domeinoverstijgende uitdagingen het beste opgepakt kunnen worden: organisatie **Org.**, stadsdeel **Stadsdeel**, stad **Stad** of landelijk **Land**.

Interpretatie knelpunten en adviezen

- De knelpunten of uitdagingen in de domeinoverzichten geven aan wat er op dit moment niet (overal) optimaal is georganiseerd.
- D.w.z. dat het ene aspect een knelpunt kan zijn, terwijl het andere eerder als een aandachtspunt gezien kan worden.
- Sommige organisaties zijn met bepaalde ontwikkelingen verder dan anderen, waardoor niet alle punten voor alle organisaties hoeven te gelden.
- Daarnaast hoeven niet alle organisaties binnen één domein een bepaald punt op te pakken, soms is het stedelijke gezien voldoende als enkele organisaties een verandering doorvoeren.
- Uitdagingen die op de pagina van een bepaald domein zijn benoemd, hoeven niet automatisch vanuit dát domein opgepakt te worden, maar zijn er wel aan gerelateerd.



Kwantificeren problematiek

Wat we hebben gedaan

Opdracht geformuleerd

Kwantificeer vraag en aanbod tijdelijke opname in verpleeghuis: eerstelijns verblijf (ELV) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ).

- Steekproef van 3 weken (november 2016) bij alle domeinen (registratie/meetweken en POINT).
- Alle domeinen bevraagd:
 1. Hoe vaak is doorverwijzing naar (welk type) tijdelijke opname in verpleeghuis gewenst?
 2. Hoe vaak is de gewenste zorg gerealiseerd?
 3. Tegen welke knelpunten loopt men aan (o.a. gewenste zorg niet gerealiseerd)?

Ontvangen respons

- Huisartsen: HKA (eerdere uitvraag, kwalitatief/casuïstiek) + SAG (kwalitatief).
- Huisartsenposten: Retrospectieve benadering (6 casussen).
- SEH: 4 van de 7 SEH's (18 casussen).
- Ziekenhuizen: Alle 7 transferbureaus (515 aanvragen tijdelijke opname via POINT).
- Verpleeghuizen: Alle 6 organisaties (gerealiseerde type tijdelijke opname via POINT).

Analyse van de data

Niet volledig

- Niet van alle domeinen is (volledige) input ontvangen.
- Geen zicht op de totale vraag (gegevens van SEH's en huisartsen ontbreken grotendeels).
- Input vanuit analyse is waar mogelijk meegenomen in de kwalitatieve knelpunten (zie volgende pagina's).
- Enige registratiesysteem is POINT, echter op dit moment enkel beschikbaar voor transferbureaus en VVT.

Niet betrouwbaar

- POINT wordt niet altijd gebruikt volgens regionale afspraken (registratie).
- Verschillen in interpretatie van de gevonden data (tussen verschillende domeinen).
- Steekproef, waardoor het lastig is data over een langere periode te generaliseren.
- Uiteindelijk wordt elke patiënt geplaatst, waardoor vraag/aanbod vertekend is.

→ *Hierdoor kunnen geen harde conclusies over totale capaciteit tijdelijke opname verpleeghuis worden getrokken.*

Wat heeft het wel opgeleverd?

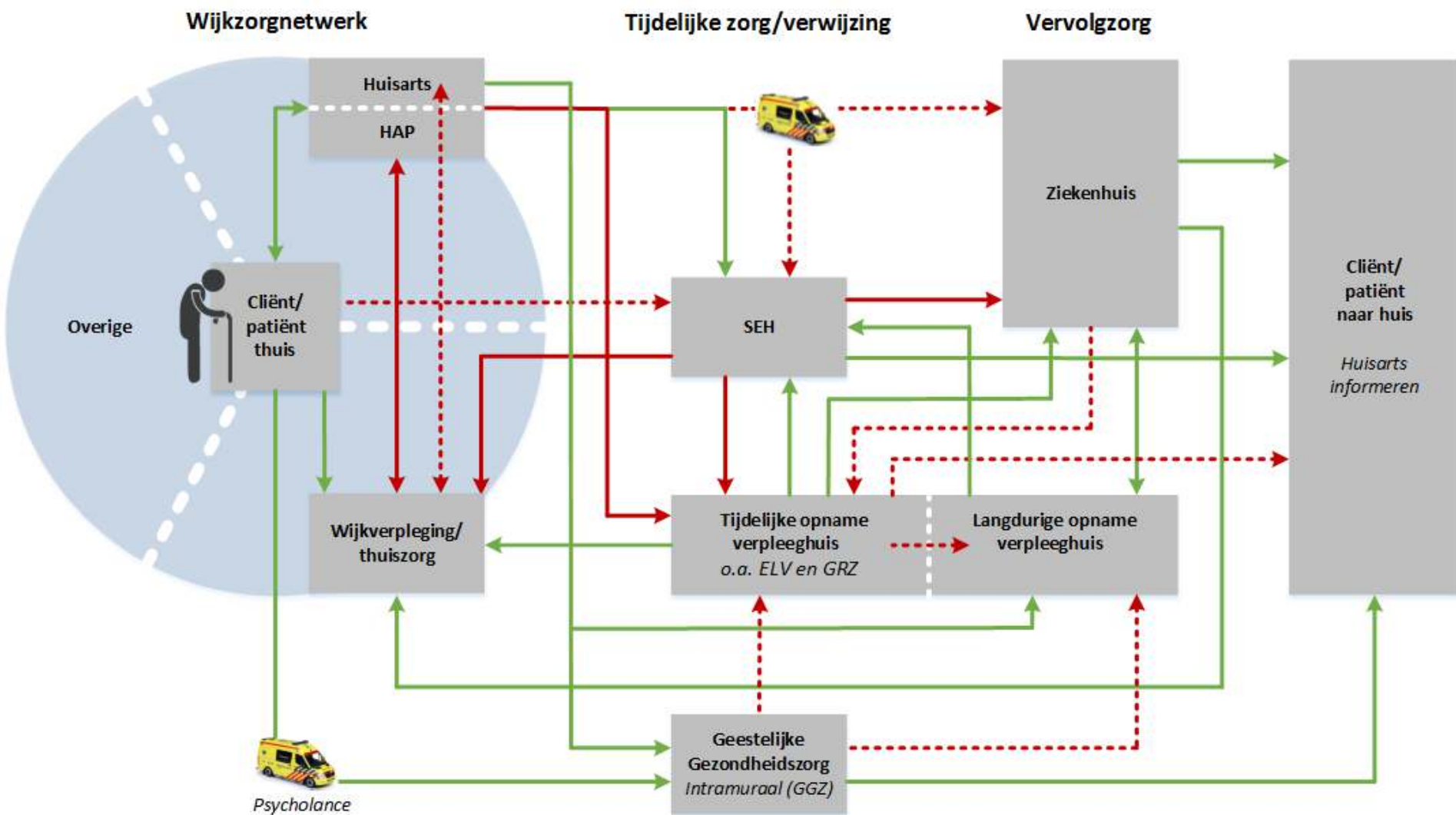
- Urgentiebesef voor noodzaak goede data voor stuurinformatie.
- Organisaties zijn welwillend om data te analyseren, concrete gesprekken rondom data per stadsdeel (o.a. in Noord)
- Het gebruik van POINT wordt geoptimaliseerd, ter verbetering van vindbaarheid van vrije bedden.

Organiseer **goede registratie** van vraag en aanbod, voor kwantificeren knelpunten, aantonen evt. tekorten en interne/externe stuurinformatie. Bepaal met elkaar (ketenbreed) wat en op welke manier dit geregistreerd wordt.

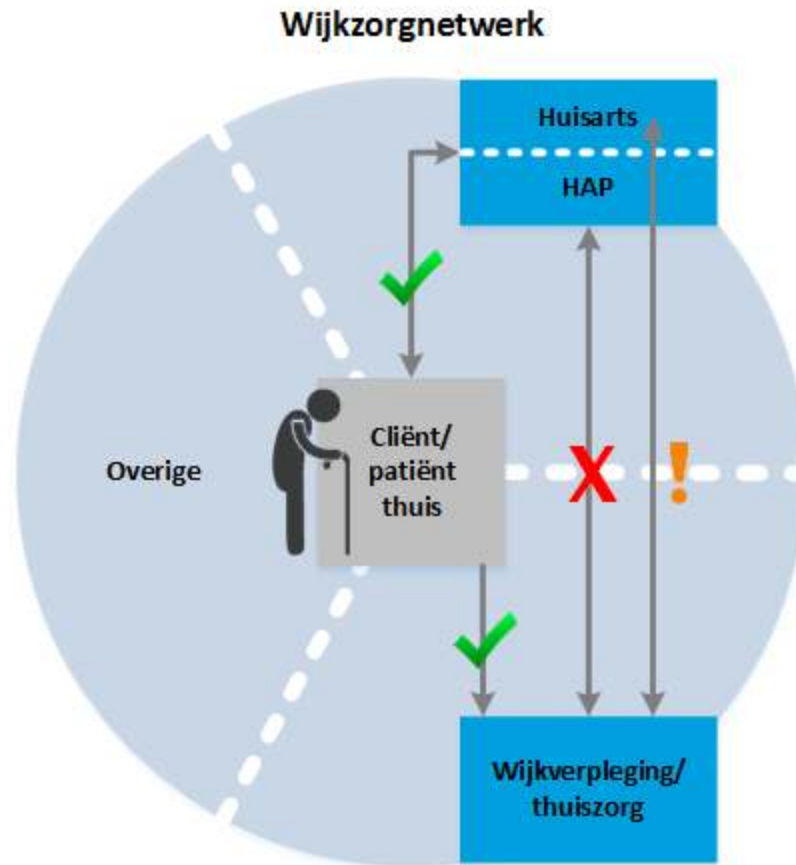


Domeinspecifieke uitwerking

TOTAALOVERZICHT



PREVENTIE/VROEGSIGNALERING



PREVENTIE/VROEGSIGNALERING

1. Amsterdamse ouderen hebben vaak een **gering/geen sociaal netwerk**, waardoor zij eenzaam en kwetsbaar zijn (grootstedelijke problematiek).

- Zorg voor goede **mantelzorg alternatieven**.
- Maak **respijtzorgmogelijkheden** binnen de Wmo en Wlz inzichtelijk (beslisboom respijtzorg spoedig op www.sigra.nl/respijtzorg) en zorg ervoor dat deze regelmatig ingezet kunnen worden, dat vermindert de kans op uitvallende mantelzorger. Zorg hierbij ook voor ingekochte logeeropvang vanuit de Wlz, zodat mantelzorgers tijdelijk ontlast kunnen worden en escalaties kunnen worden voorkomen.
- Stimuleer gebruik van **alarmering** in de thuissituatie.

2. Door transities wonen **meer kwetsbare ouderen thuis**, waardoor het aantal kwetsbare ouderen toe neemt (incl. zwaardere problematiek) bij de huisartsenpost, SEH en in ziekenhuizen.

- Nauwere samenwerking in de 1^e lijn, zodat cliënten beter en langer thuis kunnen blijven, op tijd worden doorverwezen & wordt voorkomen dat kwetsbare ouderen (zeker bij dementie) in het ziekenhuis komen als er geen medische noodzaak is. In Amsterdam loopt rond 4 huisartsenpraktijken een pilot ter versterking van integrale eerstelijns ouderenzorg (Beter Oud in Amsterdam) i.s.m. wijkverpleging, welzijn en apothekers; wenselijk dat dit uiteindelijk stedelijk uitgerold/verbreed wordt.

- **Vroegsignalering in de 1^e lijn**: vaststellen welke ouderen extra kwetsbaar zijn, deze ouderen preventief goed in kaart brengen, huisbezoek en passende interventies inzetten.
- Intensiveer de samenwerking met welzijn: informatie vanuit **preventieve huisbezoeken** bij 81+ ers delen met andere 1^e lijns professionals.
- Zorg voor het actief bezoeken van **zorgmijders**.
- Stimuleren en uitbreiden van **multidisciplinaire overleggen** (MDO's) met huisarts, POH, wijkverpleging en maatschappelijk werker.
- **Consultatie specialist ouderengeneeskunde** (SO) door huisarts.
- Stimuleer gebruik en continueer inkoop van de **module kwetsbare ouderen** voor huisartsen.

e. Organiseer vanuit de Huisartsenpost (HAP) nauwere samenwerking/consultatie met de **geriater** en/of de **specialist ouderengeneeskunde** (SO).

f. **Advance care planning**: bewuster omgaan met de vraag of een cliënt nog wel behandeld wil worden, gesprek voeren in de thuissituatie en hier op inspelen bij escalatie/verslechtering, om onwenselijke trajecten te voorkomen. Vastleggen in dossiers en communiceren bij overdracht is hierbij van groot belang.

g. Versterk de thuissituatie, zorg voor een wettelijk vertegenwoordiger bij wilsonbekwaamheid (voor aanvraag) en regel opname op het juiste moment op de juiste plek (PG) door **tijdige diagnose van dementie** en inzet van casemanagement dementie.

h. Maak **waakzorg** ook mogelijk voor SOM en PG (niet enkel in palliatieve fase).

i. Voorkom dat de **eigen bijdrage** een belemmering is voor het preventief aanvragen van een Wlz-indicatie. Het op tijd aanvragen voorkomt lange wachttijden en onjuiste zorg als iemand later intramuraal opgenomen moet worden.

3. **Wijkzorgnetwerken** zijn nog in ontwikkeling, waardoor signalering en preventie nog niet altijd optimaal is georganiseerd.

- Zet **Allianties Wijkzorg** in voor tijdige signalering & toeleiding door de huisarts (de Allianties moeten samenhang en samenwerking in wijkzorgnetwerken versterken/borgen).
- Versterk de samenwerking met **paramedie** en het **sociale domein**: bestrijden eenzaamheid, meer en vindbare ontmoetingsplekken, dagbesteding, etc.

4. **Onplanbare thuiszorg buiten kantooortijden** is lastig in te zetten.

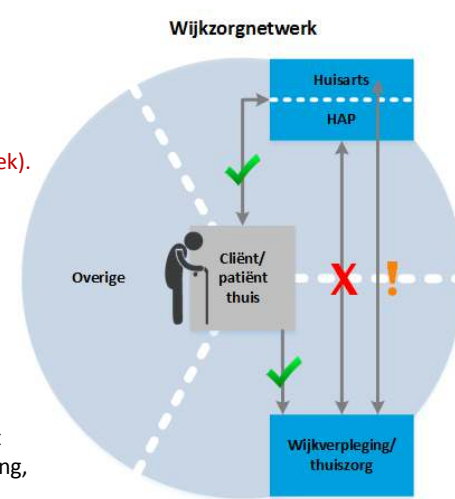
- Zorg voor opslag/beschikbaarheidsvergoeding voor het stedelijk organiseren van **nachtelijke thuiszorg** (24/7), ter voorkoming van onnodige opnamen in verpleeghuis of ziekenhuis.
- Neem in patiëntendossiers altijd op **welke thuiszorgaanbieder** zorg levert voor een patiënt, zodat de huisartsen(posten), ambulance en het ziekenhuis zicht hierop hebben.

5. Er zijn **tekorten** aan wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen niveau 4.

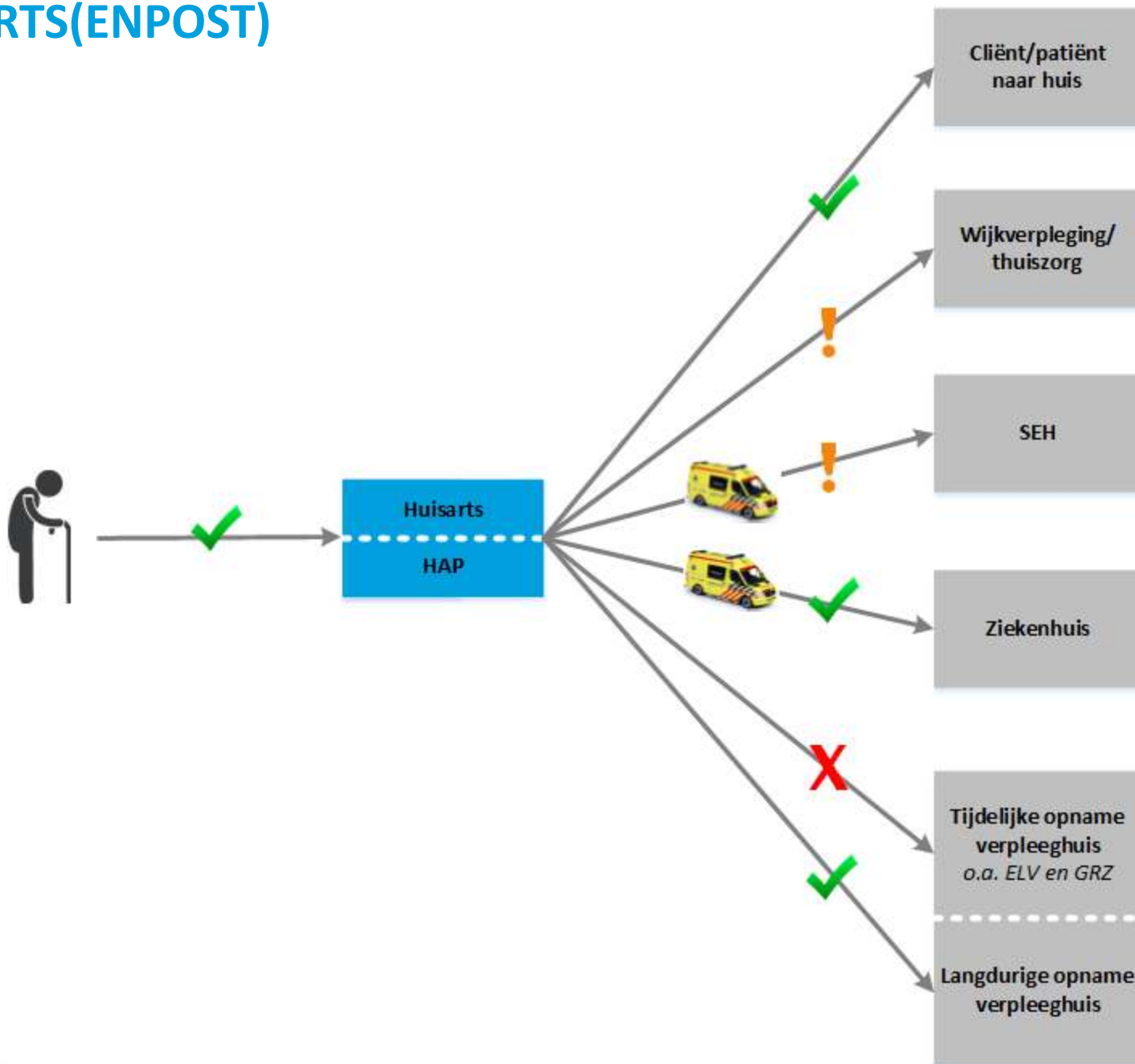
- Zorg voor voldoende **stageplaatsen** voor wijkverpleging en **continuïteit van opleiden** niveau 4.

6. **Deskundigheid** van personeel in verpleeghuizen is een aandachtspunt, o.a. rondom specialistische verpleegkundige handelingen.

- Zorg voor betere samenwerking tussen de **thuiszorg en verpleeghuuszorg**, door bijv. specifieke expertise van wijkverpleegkundigen in te zetten bij kleinschalige zorglocaties. Maak dit mogelijk door financiële afspraken te maken en administratielast te verminderen.



HUISARTS(ENPOST)



HUISARTS(ENPOST)

1. De Huisartsenposten (HAP's) beschikken niet over juiste, actuele en volledige **patiënteninformatie**, want zij werken in andere systemen dan de reguliere huisarts, wat kan leiden tot onnodige/onjuiste verwijzing of het niet kunnen inzetten van de juiste zorg. Ook ambulancediensten kunnen de patiënteninformatie van de huisarts en thuiszorg/wijkverpleging niet (actueel) inzien.

- Maak **behandelwensen** (n.a.v. advance care planning) op tijd beschikbaar, voordat bijv. zorg vanuit HAP of ambulance ingezet wordt.
- Als meer huisartsen hun patiënten toestemming vragen voor het **Landelijk Schakel Punt (LSP)**, is opvragen van patiënten-informatie (vanuit o.a. HAP) mogelijk/eenvoudiger.
- Maak tussen de huisarts(enpost), wijkverpleging, ambulance en ziekenhuis betere procesafspraken over de **beschikbaarheid van informatie**, waaronder behandelwensen.
- Neem in patiëntendossiers altijd op **welke thuiszorgaanbieder** zorg levert voor een patiënt, zodat huisartsen(posten), ambulance en ziekenhuis zicht hierop hebben.

2. In **nachten zijn enkel de HAP's in Oost en West geopend**, in andere stadsdelen is de enige post die dan open is de SEH. Er wordt een **toename van kwetsbare ouderen** met complexe problematiek op de SEH ervaren + meer opnamestops (vooral op EHH).

- Zorg dat kwetsbare ouderen zoveel mogelijk in hun **'eigen' ziekenhuis** worden behandeld (ook bij spreiding door de ambulance).
- Zorg voor goede en efficiënte samenwerking tussen de **HAP en SEH**: vlot onderling schakelen en vereenvoudigen van werkprocessen, waardoor de positie van de HAP versterkt en de SEH ontlast wordt.

3. Huisartsen/HAP's hebben **onvoldoende zicht op de mogelijkheden** om (tijdelijke) intramurale zorg in te zetten wanneer ziekenhuisopname niet nodig is, terwijl zij wel een belangrijke rol in de verwijzing hebben. Als zij de routes wel kennen, blijkt het niet altijd mogelijk om een plek te regelen in verpleeghuizen.

- Stimuleer het gebruik van de **beslisboom vervolgzorg** voor kwetsbare ouderen (www.sigra.nl/beslisboom-vervolgzorg) voor correcte routing en telefoonnummers.
- Eén loket** waar vanuit (acute) vervolgzorg wordt georganiseerd, eigenaarschap is belegd & goede registratie en monitoring is, opties zijn o.a.:
 - Huisartsen organiseren dit loket zelf (bijv. bij de Huisartsenposten Amsterdam).
 - Verpleeghuizen organiseren een gezamenlijke voordeur.
- Positioneer tijdelijke opname in een verpleeghuis** zodanig dat deze als alternatief voor de SEH wordt ingezet, waarbij evt. onderzocht kan worden of er mogelijkheden zijn daar aanvullende diagnostiek (röntgen/lab) te organiseren:
 - Medische zorgvraag → SEH.
 - Verpleegkundige/sociale indicatie → verpleeghuis.

4. Huisartsen(posten) kunnen **niet/nauwelijks data aanleveren** m.b.t. doorverwijzingen, waardoor de grootte van de problematiek lastig inzichtelijk gemaakt kan worden en de vraag niet kwantitatief te maken is.

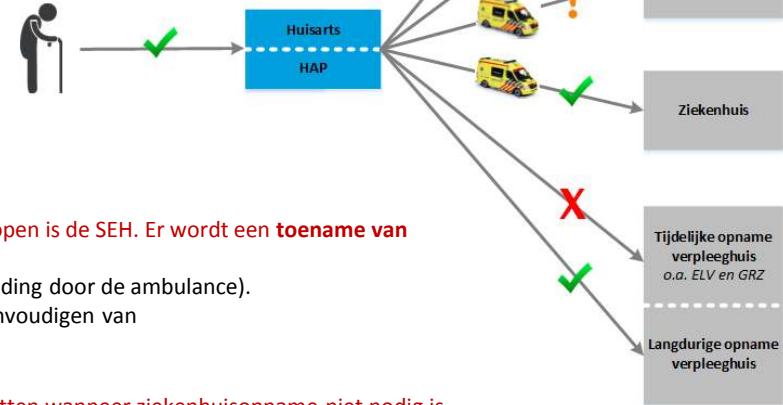
5. Voor de HAP is het lastig om direct (tijdelijke) verpleeghuiszorg in te zetten, vanwege:

- **Onvoldoende zicht op de (thuis)situatie** van patiënten, waardoor het lastig is de juiste zorg in te zetten.
- Verpleeghuiszorg die nog niet goed toegankelijk is **buiten kantoor tijden**.

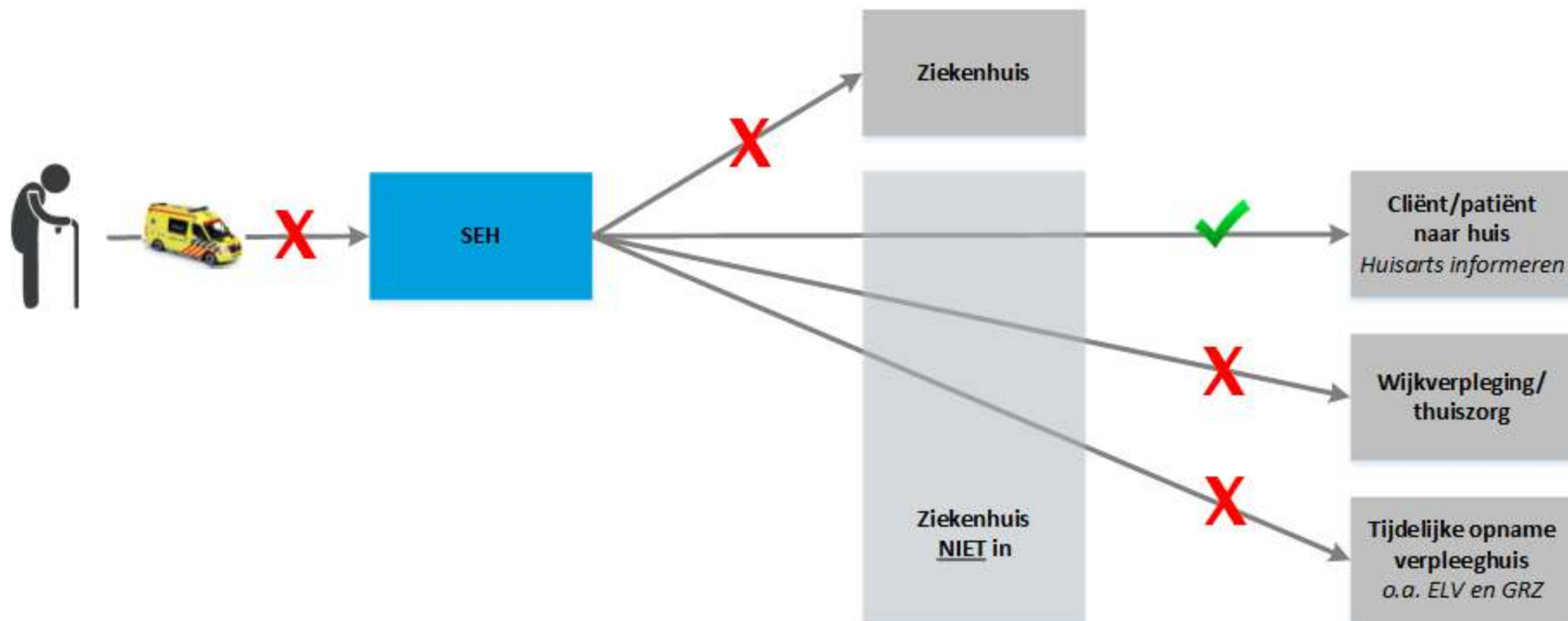
6. De **rol van de huisarts bij eerstelijns verblijf (ELV)** is onduidelijk rondom medische verantwoordelijkheid bij 'ELV laag complex', want er is verschillend beleid in verpleeghuizen.

- Maak afspraken met specialist ouderengeneeskunde (SO) en tussen het **verpleeghuis en de huisarts** in de buurt voor samenwerking bij 'ELV laag complex'.

7. Aanname: bij potentiële krapte van ELV heeft de **huisarts mogelijk minder kans op het vinden van een plek**, gezien ziekenhuizen via POINT snel en eenvoudig inzicht hebben in de beschikbare plekken.



SPOEDEISENDE HULP



SPOEDEISENDE HULP

1. Er wordt een **piekbelasting op de SEH** ervaren door onvoldoende regie vanuit de Meldkamer m.b.t. spreiding van presentaties door de ambulance.

- Zorg dat de Meldkamer **zicht heeft op vrije ruimte** in SEH/ziekenhuis.
- Stimuleer dat de **ambulance** ook/beter de weg kent richting tijdelijke opnamen in het verpleeghuis & kwetsbare ouderen gepresenteerd worden bij het 'eigen' ziekenhuis.

2. In **nachten zijn enkel de HAP's in Oost en West geopend**, in andere stadsdelen is de enige post die dan open is de SEH. Er wordt een **toename van kwetsbare ouderen met complexe problematiek op de SEH** ervaren + meer opnamestops (vooral op EHH).

- Zorg dat kwetsbare ouderen zoveel mogelijk in hun '**eigen**' ziekenhuis worden behandeld (ook bij spreiding door de ambulance).
- Zorg voor goede en efficiënte samenwerking tussen de **HAP en SEH**: vlot onderling schakelen en vereenvoudigen van werkprocessen, waardoor de positie van de HAP versterkt en de SEH ontlast wordt.

3. De SEH en het ziekenhuis beschikken (vooral buiten kantoor tijden) niet over juiste, actuele en volledige **patiënteninformatie** vanuit huisarts en wijkverpleging. Dit kan leiden tot onnodige/onjuiste verwijzing of het niet kunnen inzetten van de juiste zorg.

- Maak tussen de huisarts(enpost), wijkverpleging, ambulance en ziekenhuis betere procesafspraken over de **beschikbaarheid van informatie**, waaronder behandelwensen.
- Neem in patiëntendossiers altijd op **welke thuiszorgaanbieder** zorg levert voor een patiënt, zodat huisartsen(posten), ambulance en ziekenhuis zicht hierop hebben.

4. De SEH kan **niet/nauwelijks data aanleveren** m.b.t. de in-, door- en uitstroom, waardoor de grootte van de problematiek lastig inzichtelijk gemaakt kan worden en de vraag niet kwantitatief te maken is.

5. Focus op de SEH ligt niet op multidisciplinaire ouderenproblematiek, maar op medische screening met als volgende stap: **ziekenhuis in of ziekenhuis niet in**. SEH-professionals zijn hierdoor niet op de hoogte van: a) de mogelijkheden voor kwetsbare ouderen als ze niet worden opgenomen in het ziekenhuis, maar ook niet terug naar huis kunnen, b) hoe/wie hiervoor moet indiceren en c) er is een gebrek aan personeel/tijd om hierop in te zetten. Daarnaast zijn de processen voor opname in het ziekenhuis eenvoudiger dan verwijzing naar thuiszorg/verpleeghuis. Gevolg hiervan is: **langer op SEH of ziekenhuisopname met sociale indicatie of naar huis zonder thuiszorg** (terwijl wel nodig).

g. Kwetsbare ouderen zonder medische indicatie zijn beter af buiten het ziekenhuis, bijv. thuis met thuiszorg of (tijdelijk) in een verpleeghuis. Zorg daarom voor goede **triage en geriatrische expertise op de SEH** en in het ziekenhuis (ter voorkoming onnodige behandeling), bijv. door:

- **Ervaren specialisten** aan het begin van de triage te betrekken.
- Een **SEH-verpleegkundige** met geriatrische specialisatie.
- Een aparte **screeningsplek** buiten de SEH in te richten voor kwetsbare ouderen die medische spoedzorg nodig hebben. Maak hierdoor onderscheid tussen traumatologie en ouderenzorg.

h. Thuiszorg en (tijdelijke) opname in een verpleeghuis moeten ingezet kunnen worden vanaf de SEH. Zorg bijv. voor consultatie/inzet van een **transferverpleegkundige, wijkverpleegkundige of specialist ouderengeneeskunde (SO) op de SEH** om kwetsbare ouderen vanaf de SEH te begeleiden naar juiste vervolgzorg (thuiszorg/verpleeghuis), zoals gebeurt in de pilot 'wijkverpleging op SEH' in OLVG Oost (i.s.m. Cordaan en Eeven). Zorg hierbij voor inzicht in POINT (beschikbare capaciteit).

i. Stimuleer het gebruik van de **beslisboom vervolgzorg** voor kwetsbare ouderen (www.sigra.nl/beslisboom-vervolgzorg) voor correcte routing en telefoonnummers.

j. Zorg voor een **integrale benadering van kwetsbare ouderen** op de SEH en op ziekenhuisafdelingen (voorkomen verkokerde blik). Bijv. door:

- De geriater of specialist ouderengeneeskunde (SO) hier een (nadrukkelijker) rol in te laten spelen, zoals hoofdbehandelaar bij kwetsbare ouderen.
- Een geriatrie afdeling voor kwetsbare ouderen in te richten, voorbeeld is de Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde (UPO) in VUmc.

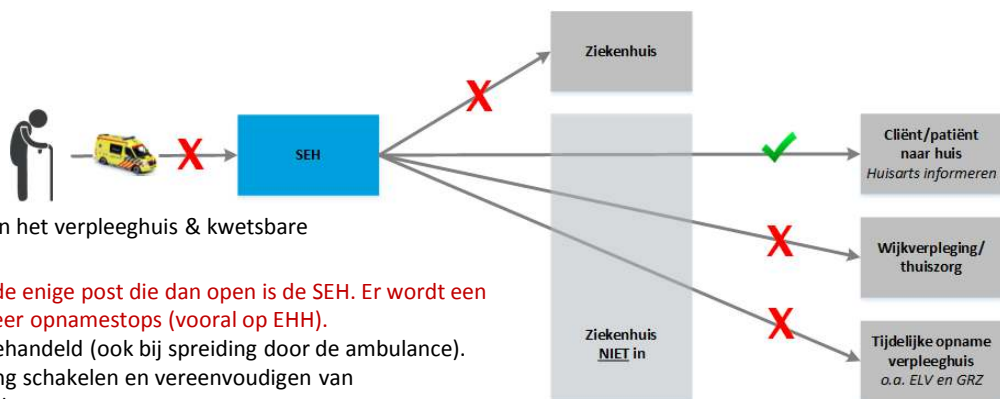
6. Er zijn huidige **tekorten gespecialiseerde verpleegkundigen** (SEH, IC, operatieassistent en anesthesiemedewerker) & door groei van ambulancezorg worden verpleegkundigen onttrokken aan o.a. de SEH, hierdoor komt de capaciteit nog meer onder druk.

k. **Verhoog het opleidingsvolume** van gespecialiseerd verpleegkundigen (onlangs is o.b.v. de capaciteitsplanning van huidige en toekomstige tekorten door alle Amsterdamse ziekenhuizen toegezegd hierop per direct in te zetten).

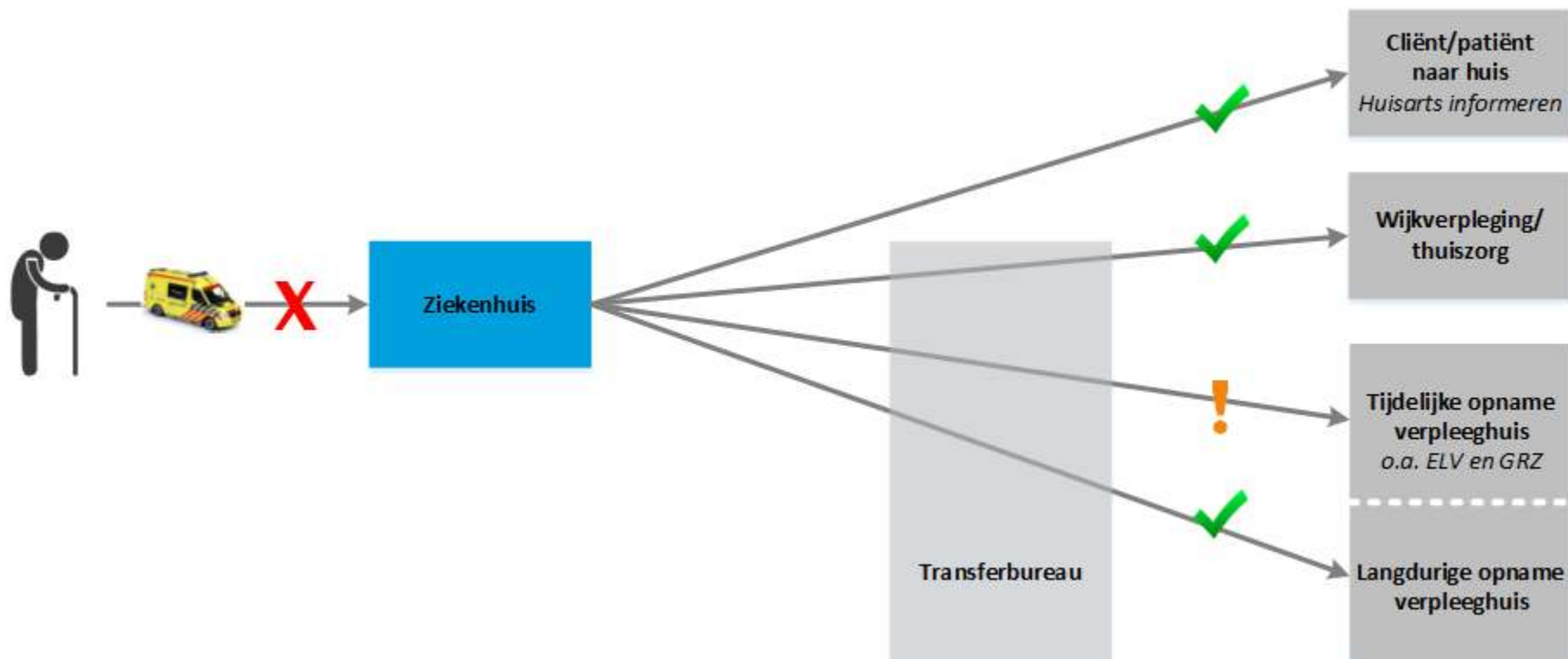
l. Creëer **alternatieve mogelijkheden** tot de inzet van verpleegkundigen op de ambulance, zoals andere instroommogelijkheden of hybride samenwerking/opleiden tussen ambulance en de SEH (door eenzelfde verpleegkundige).

7. **Vervoer van de SEH naar huis** behoeft aandacht: lange wachttijd voor ambulance (avond/nacht) en taxi is niet wenselijk i.v.m. snelle terugkeer naar SEH/ziekenhuis, gevolg is een (te) lang verblijf op de SEH.

m. Zorg voor **goede begeleiding van kwetsbare ouderen naar huis**, door bijv. het inzetten van ambulante thuiszorg (nachtzorg).



ZIEKENHUIS



ZIEKENHUIS

1. De klinieken liggen steeds vaker vol.

a. **Advance care planning:** bewuster omgaan met de vraag of een cliënt nog wel behandeld wil worden, gesprek voeren in de thuissituatie en hier op inspelen bij escalatie/verslechtering, om onwenselijke trajecten te voorkomen. Vastleggen in dossiers en communiceren bij overdracht is hierbij van groot belang.



b. Stem **electieve zorg en spoedzorg** binnenshuis beter op elkaar af, zodat meer ruimte intern wordt gecreëerd.

2. Vanuit de SEH worden kwetsbare ouderen met een sociale indicatie opgenomen in het ziekenhuis.

c. Kwetsbare ouderen zonder medische indicatie zijn beter af buiten het ziekenhuis, bijv. thuis met thuiszorg of (tijdelijk) in een verpleeghuis. Zorg daarom voor goede **triage en geriatrie expertise op de SEH** en in het ziekenhuis (ter voorkoming onnodige behandeling), bijv. door:

- **Ervaren specialisten** aan het begin van de triage te betrekken.
- Een **SEH-verpleegkundige** met geriatrie specialisatie.
- Een aparte **screeningsplek** buiten de SEH in te richten voor kwetsbare ouderen die medische spoedzorg nodig hebben. Maak hierdoor onderscheid tussen

traumatologie en ouderenzorg.

d. Stimuleer het gebruik van de **beslisboom vervolgzorg** voor kwetsbare ouderen (www.sigra.nl/beslisboom-vervolgzorg) voor correcte routing en telefoonnummers.

3. De interne ziekenhuisorganisatie is niet overal ingericht voor kwetsbare ouderen (specialistische blik op aandoeningsniveau i.p.v. geriatrie).

e. Zorg voor een **integrale benadering van kwetsbare ouderen** op de SEH en op ziekenhuisafdelingen (voorkomen verkokerde blik). Bijv. door:

- De geriater of specialist ouderengeneeskunde (SO) hier een (nadrukkelijker) rol in te laten spelen, zoals hoofdbehandelaar bij kwetsbare ouderen.
- Een geriatrie afdeling voor kwetsbare ouderen in te richten, voorbeeld is de Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde (UPO) in VUmc.

f. Zorg voor het hebben van het keurmerk 'Seniorvriendelijk Ziekenhuis'.

4. Er zijn tekorten aan geriater.

5. Er zijn huidige **tekorten gespecialiseerde verpleegkundigen** (SEH, IC, operatieassistent en anesthesiemedewerker) & door groei van ambulancezorg worden verpleegkundigen onttrokken aan o.a. de SEH, hierdoor komt de capaciteit nog meer onder druk.

g. **Verhoog het opleidingsvolume** van gespecialiseerd verpleegkundigen (onlangs is o.b.v. de capaciteitsplanning van huidige en toekomstige tekorten door alle Amsterdamse ziekenhuizen toegezegd hierop per direct in te zetten).

h. Creëer **alternatieve mogelijkheden** tot de inzet van verpleegkundigen op de ambulance, zoals andere instroommogelijkheden of hybride samenwerking/opleiden tussen ambulance en de SEH (door eenzelfde verpleegkundige).

6. Zorg voor het inzetten van vervolgzorg op het juiste moment, bijv. niet afwachten tot net voor het weekend. Dit ter voorkoming van piekbelasting bij de opvolgende organisatie.

i. Zet **transferverpleegkundigen ook buiten kantooruren** in (of minstens op zaterdag en zondag overdag) om kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis te begeleiden naar juiste vervolgzorg (thuiszorg/verpleeghuisopname).

7. Vanuit het ziekenhuis worden voornamelijk tijdelijke opnamen in verpleeghuizen aangevraagd (i.p.v. langdurige), omdat preventieve Wlz-aanvraag vaak nog niet is gedaan.

Ziekenhuizen staan hierbij voor het **dilemma** om:

- De wens van de patiënt voorop te stellen (voorkeurslocatie verpleeghuis), waardoor patiënten bij geen plek aldaar soms (te) lang in het ziekenhuis blijven liggen.
- Of zo snel mogelijk de juiste zorg in te zetten bij een ander verpleeghuis (optimale doorstroming).

j. Stem **verwachtingen** rondom tijdelijke verpleeghuisopname (dit betekent dat er niet altijd keuze is voor een specifieke locatie) af met patiënt en naasten.

k. Zorg dat er voldoende (tijdelijke) verpleeghuiszorg is **ingekocht**.

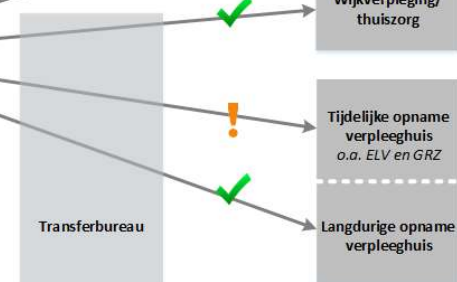
8. Triage voor geriatrie revalidatiezorg (GRZ) gebeurt nog niet altijd naar wens. Gevolg is opname op de verkeerde aanspraak (onterecht op ELV, of onterecht op GRZ).

l. **Maak en evalueer afspraken** over verwijzingen vanuit het ziekenhuis (met o.a. de transferverpleegkundige en geriater), zodat bij doorplaatsing geen zaken over het hoofd worden gezien.

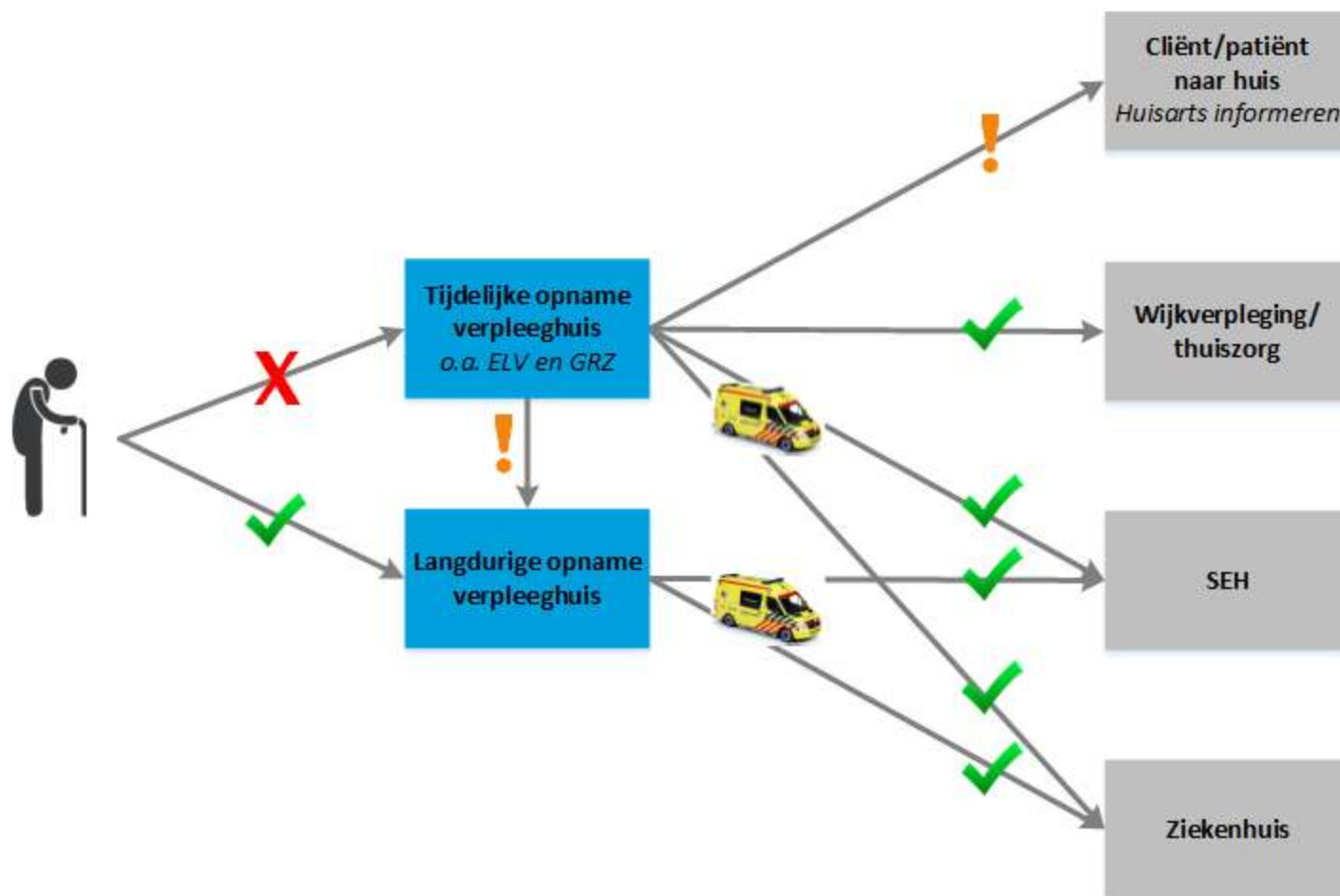
9. Kwetsbare ouderen hebben een grote kans op terugval als zij na een ziekenhuisopname terug naar huis gaan.

m. Zet bij ontslag **tijdig passende zorg thuis** in, bijv. middels Transmurale Zorgbrug, zodat de (juiste) wijkverpleging klaar staat voor opvang thuis.

n. Richt als **Gemeente spoedprocedures** in, zodat snelle ondersteuning plaatsvindt bij woningaanpassingen, huishoudelijke hulp en preventie.



VERPLEEGHUISZORG



VERPLEEGHUISZORG

1. Huisartsen/HAP's hebben **onvoldoende zicht op de mogelijkheden** om (tijdelijke) intramurale zorg in te zetten wanneer ziekenhuisopname niet nodig is, terwijl zij wel een belangrijke rol in de verwijzing hebben. Als zij de routes wel kennen, blijkt het niet altijd mogelijk om een plek te regelen in verpleeghuizen. Aanname: bij potentiële krapte van ELV heeft de **huisarts mogelijk minder kans op het vinden van een plek**, gezien ziekenhuizen via POINT snel en eenvoudig inzicht hebben in de beschikbare plekken.

a. **Eén loket** waar vanuit (acute) vervolgzorg wordt georganiseerd, eigenaarschap is belegd & goede registratie en monitoring is, opties zijn o.a.:

- Huisartsen organiseren dit loket zelf (bijv. bij de Huisartsenposten Amsterdam).
- Verpleeghuizen organiseren een gezamenlijke voordeur.

b. Organiseer vanuit de Huisartsenpost (HAP) nauwere samenwerking/consultatie met de **geriater** en/of de **specialist ouderengeneeskunde (SO)**.

c. SIGRA brengt alle **locaties** in de stad in kaart die eerstelijns verblijf (ELV) bieden.

d. **Positioneer tijdelijke opname in een verpleeghuis** zodanig dat deze als alternatief voor de SEH wordt ingezet, waarbij evt. onderzocht kan worden of er mogelijkheden zijn daar aanvullende diagnostiek (röntgen/lab) te organiseren:

- Medische zorgvraag → SEH.
- Verpleegkundige/sociale indicatie → verpleeghuis.

2. Vaak is bij **(tijdelijke) opname** in het verpleeghuis vooraf niet bekend welk type zorg exact nodig is. Voor verwijzers is het lastig een locatie te vinden die is toegerust op een combinatie van zorgvragen & opname buiten kantoortijden is lastig gezien niet overal de juiste professionals aanwezig zijn voor behandeling en zorgverlening.

e. Zorg voor **voldoende en goed vindbare mogelijkheden in de stad** waar kwetsbare ouderen in crisissituatie (niet gepland en ook buiten kantoortijden) tijdelijk opgenomen kunnen worden, ongeacht hun zorgvraag: ELV, GRZ, Wlz, respijtzorg & logeeropvang.

f. Laat **financiële regelingen geen barrières** vormen:

- Versoepel financiële barrières tussen verschillende tijdelijke regelingen, zodat de specialist ouderengeneeskunde (SO) verantwoordelijkheid kan pakken om a.d.h.v. situatie patiënt de juiste zorg op dat moment in te zetten, ongeacht Wlz (crisiszorg), Zvw (ELV en GRZ) en Wmo (respijtzorg). Hiervoor is een toereikend budget voor (tijdelijke) zorg noodzakelijk.
- Zorg voor goede afspraken rondom klanthouderschap (o.a. bij het zoeken naar de juiste zorgaanbieder).
- Maak in beleidsregels mogelijk dat (na observatie) verandering van ELV naar GRZ mogelijk is.
- Maak afspraken met de verzekeraar over het totale budget + de coördinatie van verpleeghuisorganisaties buiten kantoortijden.

3. Het is onbekend of er voor 2017 **voldoende eerstelijnsverblijf (ELV)** is ingekocht, terwijl de druk op tijdelijke opname is toegenomen.

4. Er lijken meer spoedverwijzingen vanuit huisarts(enposten) en ziekenhuis **buiten kantoortijden** te zijn, waarvoor verpleeghuizen niet goed zijn ingericht.

g. Organiseer opname in verpleeghuizen **ook buiten kantoortijden** (of minstens op zaterdag en zondag overdag) voor optimale doorstroming.

5. De **rol van de huisarts bij eerstelijns verblijf (ELV)** is onduidelijk rondom medische verantwoordelijkheid bij 'ELV laag complex', want er is verschillend beleid in verpleeghuizen.

h. Maak afspraken met specialist ouderengeneeskunde (SO) en tussen het **verpleeghuis en de huisarts** in de buurt voor samenwerking bij 'ELV laag complex'.

6. **Triage voor geriatrische revalidatiezorg (GRZ)** gebeurt nog niet altijd naar wens. Gevolg is opname op de verkeerde aanspraak (onterecht op ELV, of onterecht op GRZ).

i. **Maak en evalueer afspraken** over verwijzingen vanuit het ziekenhuis (met o.a. de transferverpleegkundige en geriater), zodat bij doorplaatsing geen zaken over het hoofd worden gezien.

7. **Interne doorstroming** (tijdelijke → langdurige opname) is complex/risicovol, want als er geen plek op Wlz-bedden is, is er kans op opstoppingen van tijdelijke (spoed)bedden.

j. Zorg voor **optimale doorplaatsing** vanuit tijdelijke opname locaties/bedden naar overige verpleeglocaties.

8. Er zijn (te) weinig verpleeghuizen in de stad waar **PG-problematiek op (gesloten) eerstelijnsverblijf** mogelijk is.

k. Creëer voldoende mogelijkheden om personen met een **combinatie van V&V- en zware GGZ-/gedragsproblematiek** op te nemen, want nu zijn er weinig verpleeghuizen waar PG-problematiek op (gesloten) ELV mogelijk is.

l. Versterk de thuissituatie, zorg voor een wettelijk vertegenwoordiger bij wilsonbekwaamheid (voor aanvraag Wlz) en regel opname op het juiste moment op de juiste plek (PG) door **tijdige diagnose van dementie** en inzet van casemanagement dementie.

m. Zorg voor **deskundigheidsbevordering (O)GGZ** in reguliere verpleeghuizen: SIGRA verkent hoe hierin samengewerkt kan worden (verpleeghuizen en GGZ).

n. Zorg voor adequate mogelijkheden (o.a. spoedconsult) om **ouderenspsychiatrie** te consulteren.

9. Er zijn **tekorten** aan wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen niveau 4.

o. Zorg voor voldoende **stageplaatsen** voor wijkverpleging en **continuïteit van opleiden** niveau 4.

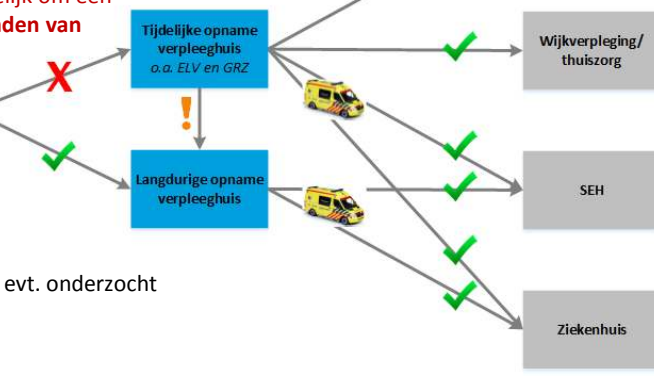
10. **Deskundigheid** van personeel in verpleeghuizen is een aandachtspunt, o.a. rondom **specialistische verpleegkundige handelingen**.

p. Zorg voor betere samenwerking tussen de **thuiszorg en verpleeghuiszorg**, door bijv. specifieke expertise van wijkverpleegkundigen in te zetten bij kleinschalige zorglocaties.

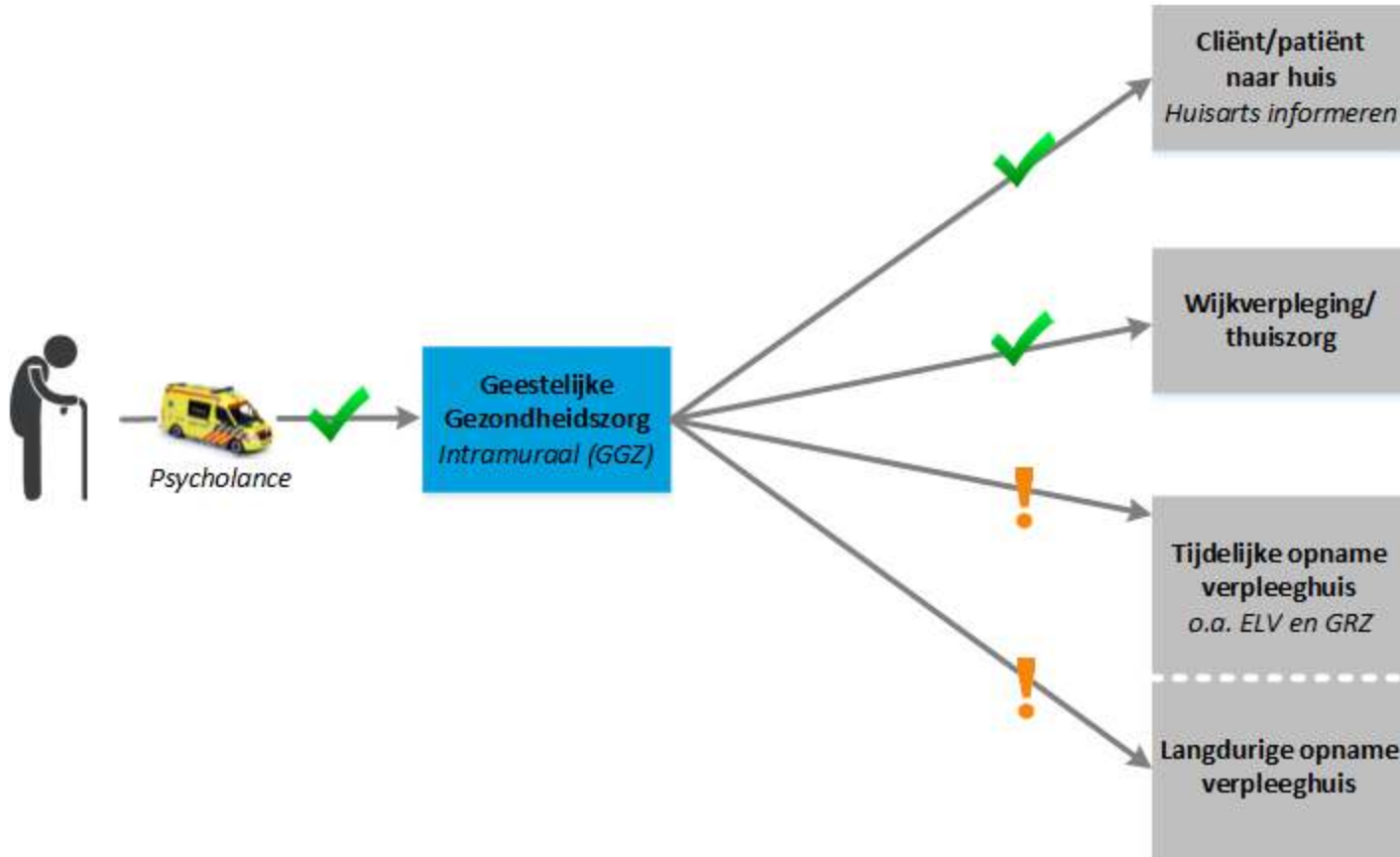
Maak dit mogelijk door financiële afspraken te maken en administratielast te verminderen.

11. Kwetsbare ouderen hebben een **grote kans op terugval** als zij na tijdelijke opname in een verpleeghuis terug naar huis gaan.

q. Richt als **Gemeente spoedprocedures** in, zodat snelle ondersteuning plaatsvindt bij woningaanpassingen, huishoudelijke hulp en preventie.



GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG



GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

1. Thuiswonende kwetsbare ouderen met PG-problematiek (o.a. dementie) kunnen dwalen en verward gedrag vertonen. Hierdoor is **niet direct duidelijk welke problematiek voorliggend is:** psychogeriatric (verpleeghuiszorg) of ouderenpsychiatrie (GGZ). Wanneer na triage door de GGZ (bijv. Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam) de indicatie voor het verpleeghuis wordt gesteld, kan de doorstroom stagneren doordat:

- Er zijn (te) weinig verpleeghuizen in de stad waar **PG-problematiek op (gesloten) eerstelijnsverblijf** mogelijk is.
- De afspraken over **verantwoordelijkheid** bij doorplaatsing en overname niet helder zijn (niemand heeft het mandaat om cliënt goed door te plaatsen).

Gevolg hiervan is dat dementerende ouderen soms te lang thuis blijven of bij de Spoedeisende Psychiatrie overbruggen, terwijl zij eigenlijk in een verpleeghuis (PG) horen.

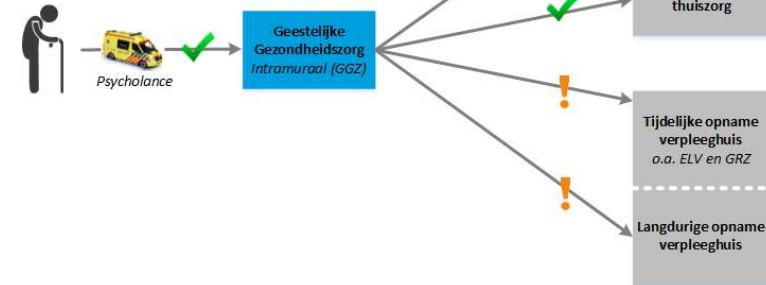
- Versterk de thuissituatie, zorg voor een wettelijk vertegenwoordiger bij wilsonbekwaamheid (voor aanvraag Wlz) en regel opname op het juiste moment op de juiste plek (PG) door **tijdige diagnose van dementie** en inzet van casemanagement dementie.
- Zorg voor adequate mogelijkheden (o.a. spoedconsult) om **ouderenpsychiatrie** te consulteren.
- Eén loket** waar vanuit (acute) vervolgzorg wordt georganiseerd, eigenaarschap is belegd & goede registratie en monitoring is, opties zijn o.a.:
 - Huisartsen organiseren dit loket zelf (bijv. bij de Huisartsenposten Amsterdam).
 - Verpleeghuizen organiseren een gezamenlijke voordeur.
- Maak heldere afspraken over **verantwoordelijkheid** bij doorplaatsing.
- Creëer voldoende mogelijkheden om personen met een **combinatie van V&V- en zware GGZ-/gedragsproblematiek** op te nemen, want nu zijn er weinig verpleeghuizen waar PG-problematiek op (gesloten) ELV mogelijk is.
- Zorg voor **deskundigheidsbevordering (O)GGZ** in reguliere verpleeghuizen: SIGRA verkent hoe hierin samengewerkt kan worden (verpleeghuizen en GGZ).

2. Bij **noodzakelijke opname** is doorplaatsing naar een verpleeghuis in de volgende situaties lastig:

- Als een cliënt zich niet vrijwillig laat opnemen, maar ook geen verzet vertoont: Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ).
- Bij onvrijwillige opname: Rechterlijke Machtiging (RM, niet acuut) of Inbewaringstelling (IBS, acuut).
 - g. Het verpleeghuis heeft op grond van de WGBO de **plicht** om een cliënt met VV-indicatie (acuut) op te nemen, ook al is er nog geen formele afgifte van BOPZ/RM/IBS. Belangrijk is echter wel dat een aanvraag is gedaan op het moment van opname.

3. Als een patiënt voor diagnostiek/behandeling is opgenomen binnen de GGZ en vervolgens doorgeplaatst moet worden naar een verpleeghuis (indicatie gesteld), kan het lang duren (tot 6 weken) voor er een **Wlz-indicatie** wordt afgegeven. Gevolg is dat in de tussentijd een DBC geopend moet worden, terwijl deze persoon in een verpleeghuis hoort.

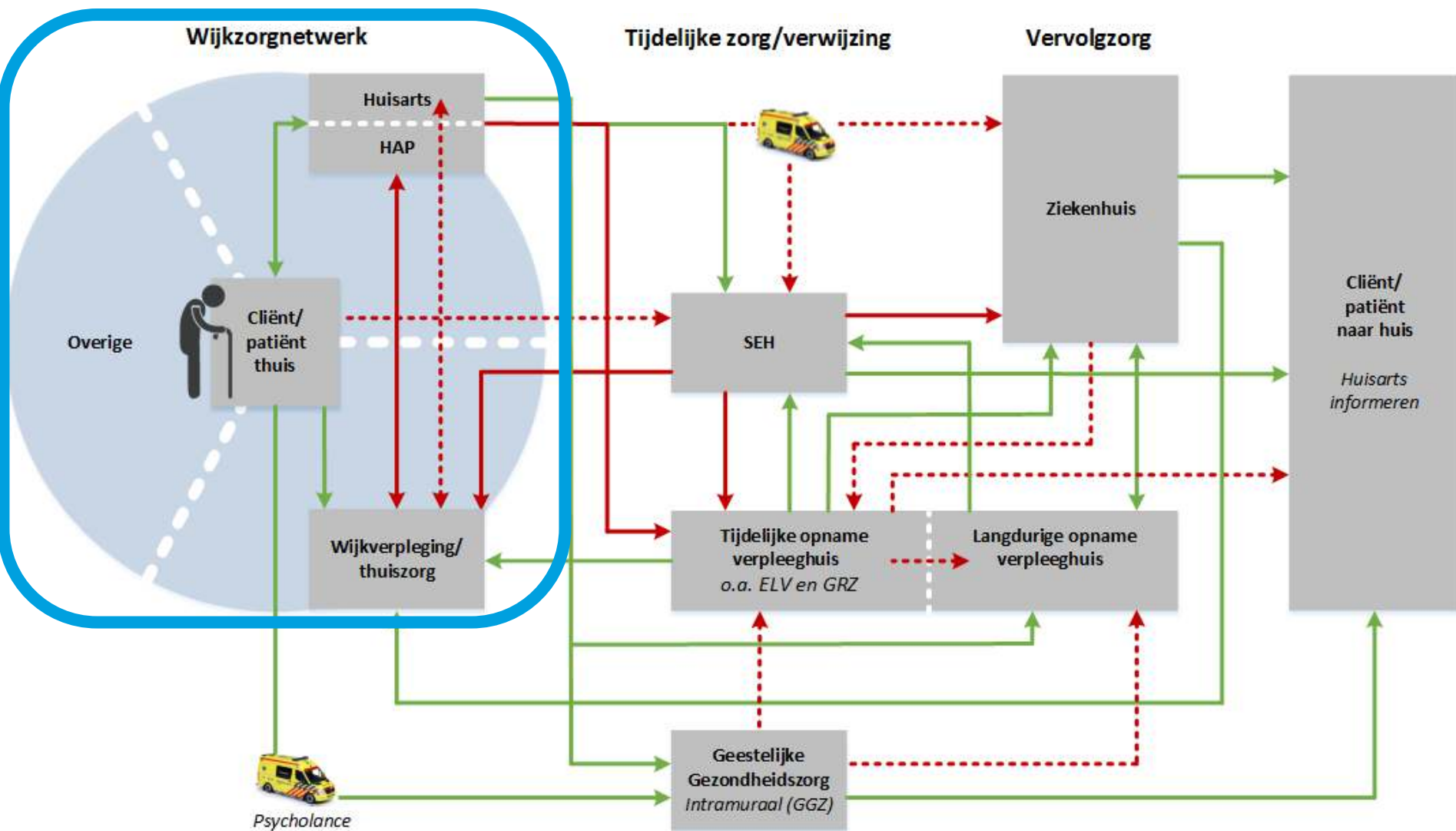
- h. Zorg voor **snelle indicatieverstrekking** Wlz (CIZ), zodat onnodige vertraging voorkomen kan worden.



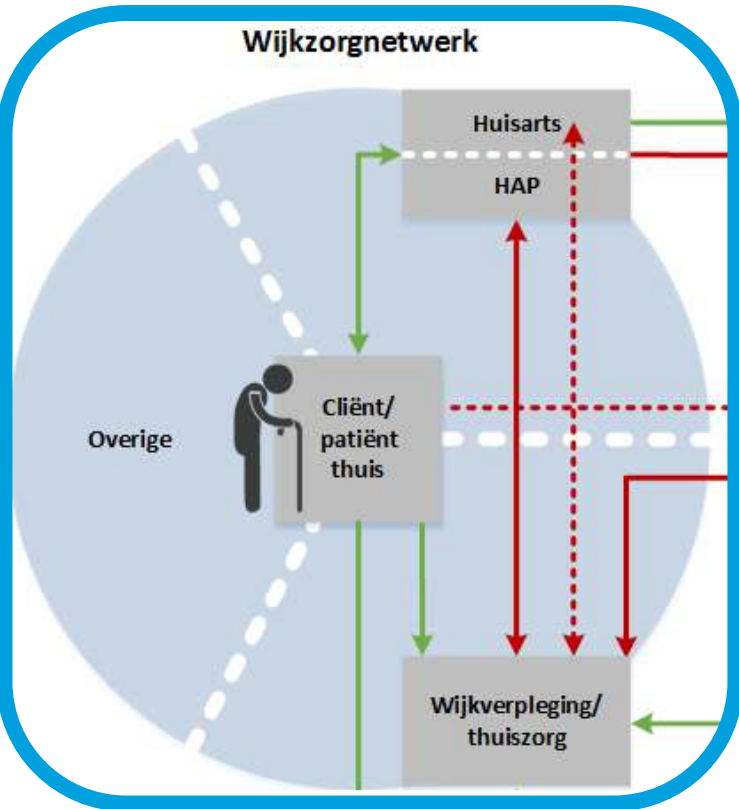


Grootste uitdagingen

GROOTSTE UITDAGINGEN – 1^e LIJN

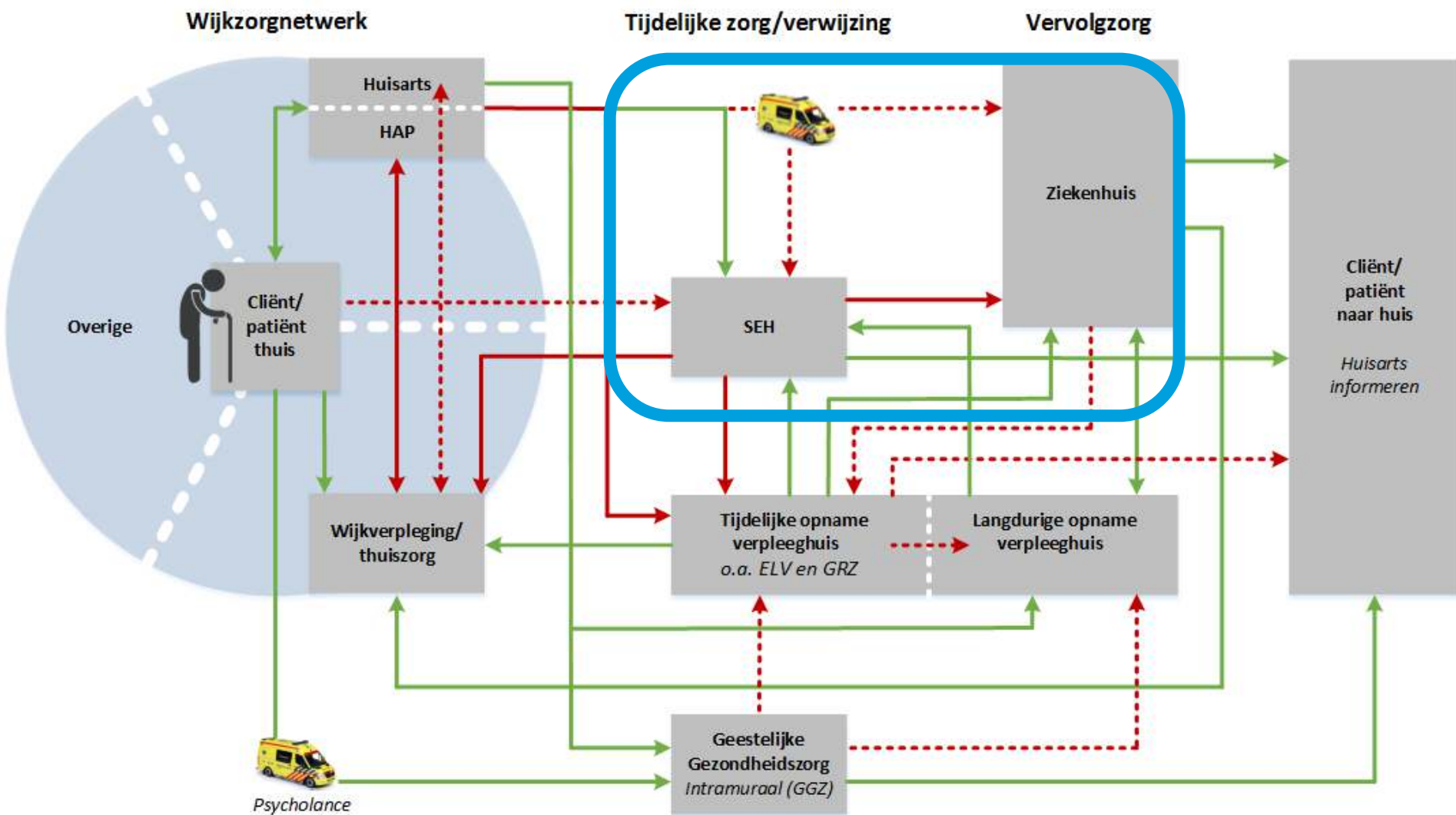


GROOTSTE UITDAGINGEN – 1^e LIJN



1. **Vroegsignalering** in de 1^e lijn: vaststellen welke ouderen extra kwetsbaar zijn, hen goed in kaart brengen, huisbezoek en passende interventies inzetten (o.a. financiële ruimte nodig).
2. **Advance care planning**: gesprek voeren in de 1^e lijn, vastleggen in dossier, communiceren bij overdracht & hier op inspelen bij escalatie/verslechtering (ambulance, SEH, ziekenhuis en verpleeghuis).
3. Vanuit 1^e lijn (huisarts/HAP) nauwere samenwerking/consultatie met **specialist ouderengeneeskunde en/of geriater** opzetten.
4. **Onplanbare thuiszorg** 24/7 inzetten (dus ook buiten kantoor tijden), dit organisatorisch en financieel mogelijk maken.

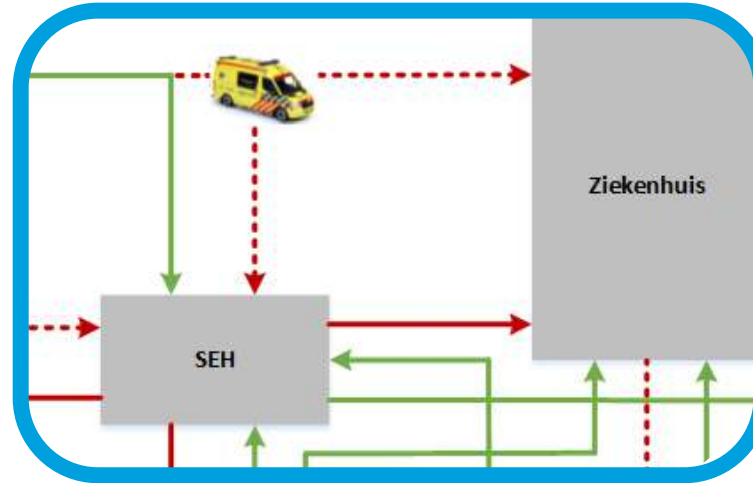
GROOTSTE UITDAGINGEN – SEH/ZIEKENHUIS



GROOTSTE UITDAGINGEN – SEH/ZIEKENHUIS

1. Versterk geriatrische zorg op de SEH zodat **kwetsbare ouderen zonder medische indicatie niet het ziekenhuis in gaan** (onderscheid traumatologie en ouderenzorg), bijv.:

- Goede triage op de SEH/in het ziekenhuis door ervaren specialisten.
- Integrale benadering door bijv. geriater hoofdbehandelaar te maken bij kwetsbare ouderen (SEH en kliniek) of specialist ouderengeneeskunde in te zetten.
- Screeningsplek.
- Transferverpleegkundige, wijkverpleegkundige of SO'er (ook buiten kantoor tijden) inzetten/betrekken voor inzet thuiszorg of begeleiding naar verpleeghuis.

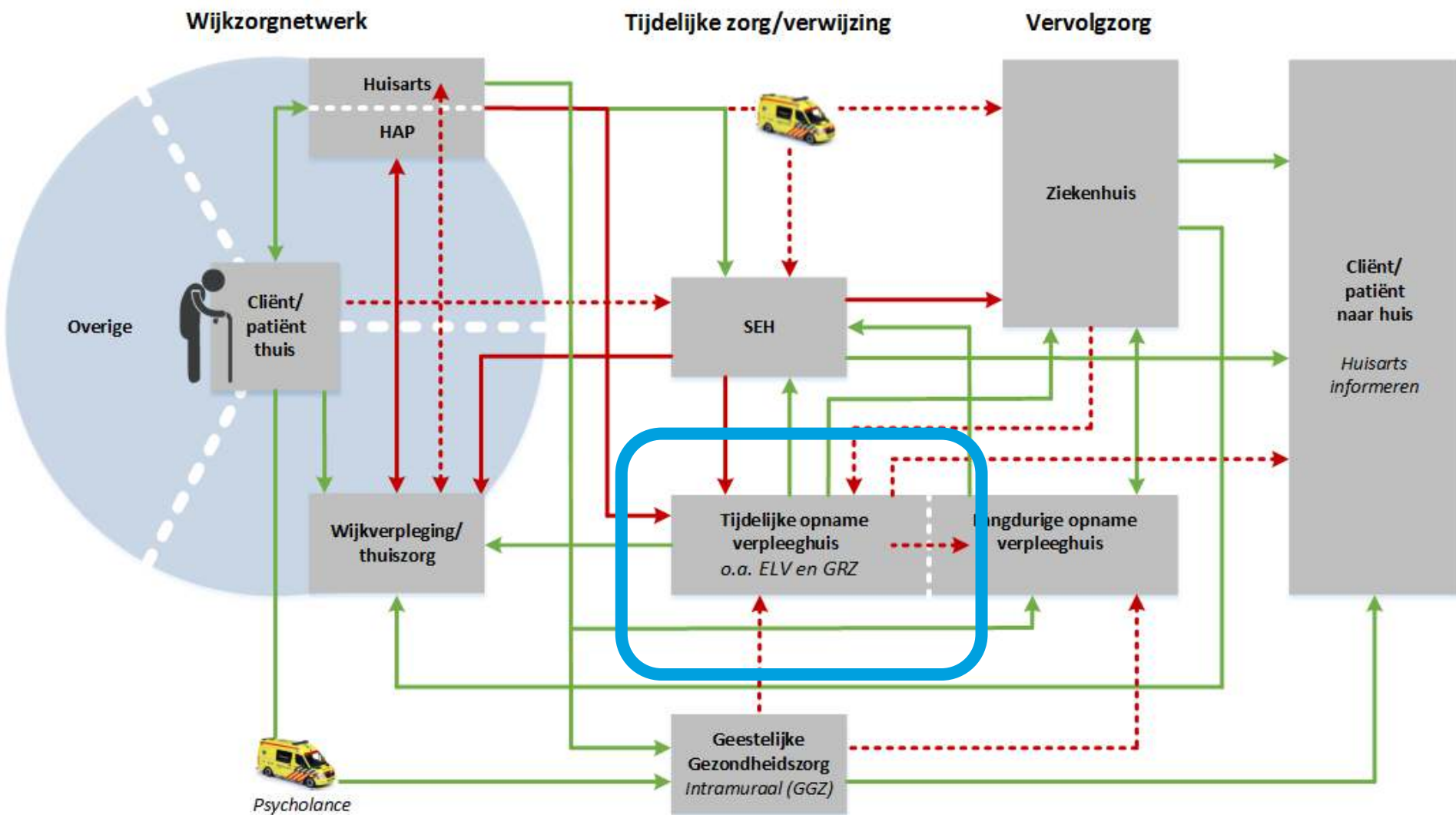


2. **Advance care planning**: gesprek voeren in de 1^e lijn & hier op inspelen bij escalatie/verslechtering (ambulance, SEH en ziekenhuis).

3. Stem **electieve zorg en spoedzorg** beter op elkaar af, zodat meer ruimte wordt gecreëerd.

4. **Voorkom terugval na ontslag** door zorg thuis goed te organiseren (bijv. Transmurale Zorgbrug).

GROOTSTE UITDAGINGEN – VERPLEEGHUIS



GROOTSTE UITDAGINGEN – VERPLEEGHUIS

1. **Positioneer tijdelijke opname in een verpleeghuis** zodanig dat deze als alternatief van de SEH wordt ingezet (medisch → SEH, verpleegkundig/sociaal → verpleeghuis):

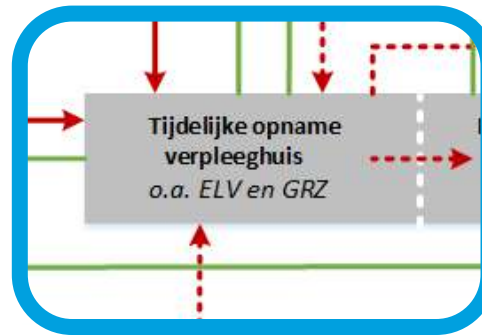
- Voldoende en vindbare mogelijkheden waar kwetsbare ouderen in crisissituatie opgenomen kunnen worden.
- Opname mogelijk maken ongeacht welk type zorg nodig is (versoepel financiële barrières tussen regelingen: Zvw, Wlz, Wmo).

2. Maak **consultatie specialist ouderengeneeskunde** (SO) vanuit andere domeinen mogelijk, ter voorkomen van onnodige escalatie.

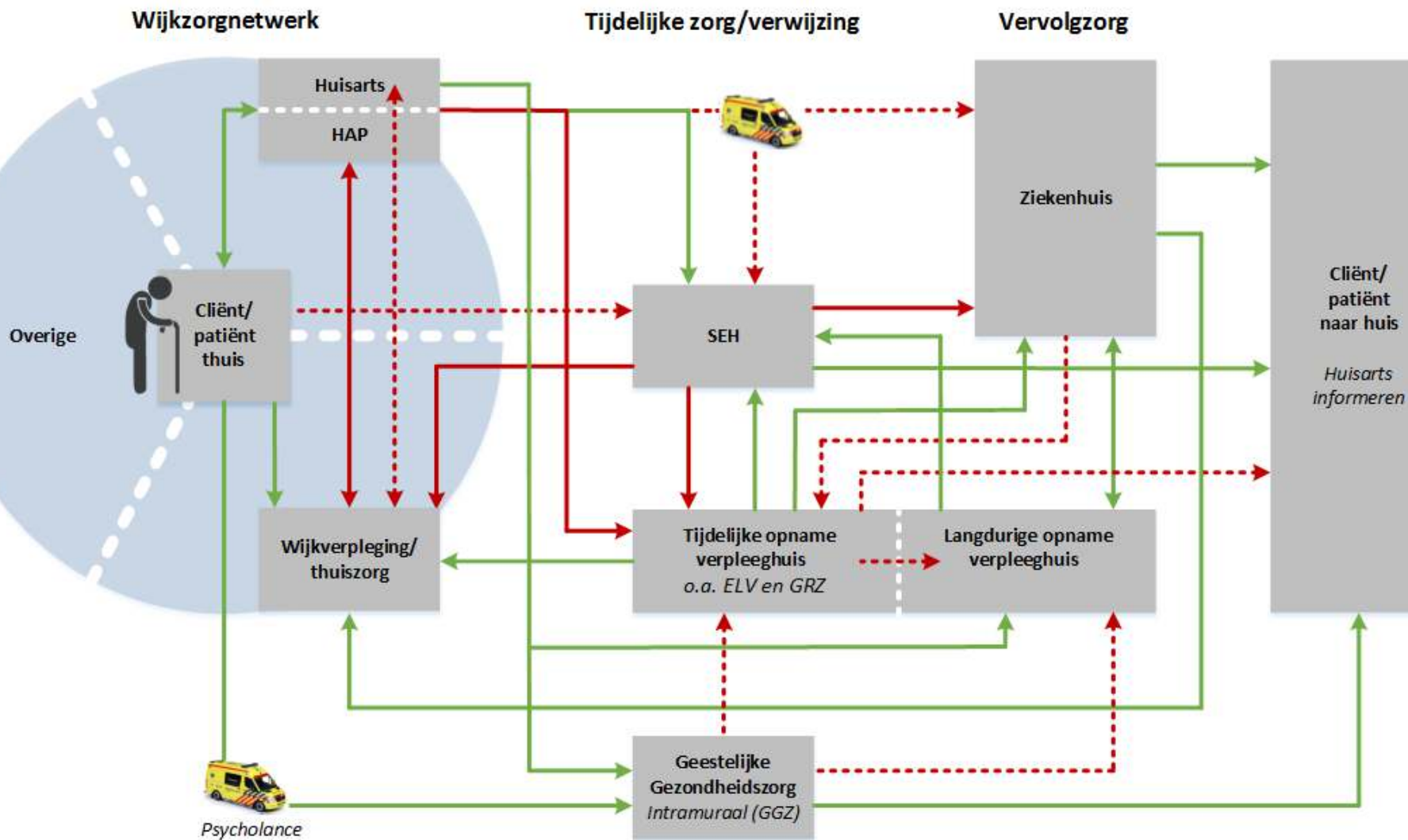
3. Zorg voor **voldoende ingekochte** (tijdelijke) zorg met een toereikend budget.

4. Organiseer voldoende mogelijkheden om personen met **combinatie van V&V- en zware**

GGZ-/gedragsproblematiek op te nemen, nu weinig verpleeghuizen waar PG-problematiek op (gesloten) ELV mogelijk is.



GROOTSTE UITDAGINGEN – DOMEINOVERSTIJGEND



GROOTSTE UITDAGINGEN – DOMEINOVERSTIJGEND

1. Ontwikkel één systeem voor **overzicht van (tijdelijke) vervolgzorg**:

Org.

Stad

- Concentreer de (acute) zorgtoeleiding waar mogelijk/nodig, waardoor betere registratie en monitoring + heldere afspraken rondom verantwoordelijkheid.
- Zorg hierbij voor aansluiting van meerdere domeinen bij de stedelijke ICT infrastructuur.
- Evt. beslisboom actueel houden en omzetten naar webapplicatie (incl. plekken in de stad).

2. **Informatieoverdracht** vindt niet altijd (volledig en op het juiste moment) plaats, zorg voor inzicht in dossiers en voor veilige communicatie (o.a. Secure Email).

Org.

Stad

3. Organiseer **goede registratie** van vraag en aanbod, voor kwantificeren knelpunten, aantonen evt. tekorten en interne/externe stuurinformatie. Bepaal met elkaar (ketenbreed) wat en op welke manier dit geregistreerd wordt.

Org.

Stadsdeel

Stad

4. **Gedrag en mindset** binnen alle verschillende domeinen moet meer gefocust zijn op screening/triage, regelen van de juiste uitstroom en het goed informeren van opvolgende zorgverlener.

Org.

5. Waar de 1^e signalering van kwetsbare ouderen ook is (1^e lijn, HAP of SEH/ziekenhuis), belangrijk om **kwetsbaarheid te markeren**, de juiste ketenzorg in te zetten en verantwoordelijkheden te nemen.

Org.

6. **(Dreigend) tekort personeel** in de gehele ouderenzorg (o.a. gespecialiseerd verpleegkundigen, gerieters, wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen niveau 4):

Org.

Stad

- Denk aan regiobelang & wees niet enkel gefocust op het belang van de eigen organisatie.
- Zorg voor voldoende stageplaatsen en continuïteit van opleidingsplekken.

GROOTSTE UITDAGINGEN – FINANCIERS & BELEIDSMAKERS

1. Laat **beleidsregels en financieringsvormen** geen barrières vormen voor goede doorstroming:
 - Vereenvoudig en verhelder beleid en regelgeving, bekijk ouderenzorg integraal en persoonsgericht (ook in financiering, dus los van Wlz, Zvw en Wmo).
 - Stimuleer dat professionals (zonder belemmering) naar inschatting de juiste zorg in kunnen zetten.
2. Zet in op goede en uniforme **registratie**, zodat vraag en aanbod inzichtelijk gemaakt kunnen worden.
3. Voorkom dat de **eigen bijdrage** een belemmering is voor het preventief aanvragen van een Wlz-indicatie.
4. Stimuleer ontwikkeling van één systeem voor **overzicht voor (tijdelijke) vervolgzorg**, incl. coördinatie rol.
5. Stimuleer het gebruik en continueer de inkoop van de **module kwetsbare ouderen** voor huisartsen.
6. Maak het financieel en organisatorisch mogelijk om **onplanbare thuiszorg 24/7** in te zetten.
7. Zorg voor **voldoende ingekochte** (tijdelijke) zorg met een toereikend budget & maak in beleidsregels mogelijk dat (na observatie) verandering van ELV naar GRZ mogelijk is.
8. Organiseer voldoende mogelijkheden om personen met **combinatie van V&V- en zware GGZ-/gedragsproblematiek** op te nemen & zorg voor **snelle indicatieverstrekking** Wlz, zodat onnodige vertraging van verwijzing tussen GGZ en V&V voorkomen kan worden.
9. Richt als **Gemeente spoedprocedures** in, zodat snelle ondersteuning plaatsvindt bij woningaanpassingen, huishoudelijke hulp en preventie.

Waar staan we nu?

- Veranderde wereld: kwetsbare ouderen blijven langer thuis.
- 100% voorkomen van escalaties in thuissituatie en zwaardere zorgvraag is daarom niet mogelijk, ook als ieders situatie volledig in kaart gebracht is en zorg op maat wordt geboden.
- Het **totale systeem** rondom kwetsbare ouderen moet goed werken, maar kraakt het meeste in de acute situaties.
- Waar de 1^e signalering van kwetsbare ouderen ook is, het is belangrijk om **kwetsbaarheid te markeren**, de juiste ketenzorg in te zetten en verantwoordelijkheden te nemen, ter voorkoming van druk op het 'einde' van de keten (verpleeghuiszorg).
- Verbeteringen liggen **tussen en binnen schakels** in de keten.
- Nieuwe '**olifantenpaden**' nog niet gecreëerd, daarom oude nog bewandeld.
- Creëer nieuwe + loop ze alvast in!



Acties


1. Partijen zijn zelf aan zet om **interne** verbeteringen (instroom, doorstroom en uitstroom) door te voeren.
2. Uitdagingen die boven organisaties/domein uit stijgen dienen **stedelijk** of op **stadsdeelniveau** opgepakt te worden.
3. Om verantwoordelijkheid intern en stedelijk te kunnen nemen, hebben we van financiers en beleidsmakers goede **condities en randvoorwaarden** nodig: integraal kijken naar ouderenzorg en financiële ruimte alloceren waar het hoort ter voorkoming van verkeerde zorg op de verkeerde plek (bijv. preventie in 1^e lijn & ongeplande thuiszorg buiten kantoortijden).



Vervolg

Individuele organisaties

Allereerst liggen er belangrijke (verbeter)punten voor alle betrokken spelers in de keten. Ieder heeft hierin een eigen rol en verantwoordelijkheid om veranderingen door te voeren.

 **Rol SIGRA:** Om alle organisaties mee te nemen door de belangrijkste punten voor hun organisaties en hen alert te maken op hun eigen rol en verbetermogelijkheden, worden n.a.v. de punten in het advies gesprekken gevoerd met bestuurders/managers.

Deze gesprekken zullen georganiseerd worden voor de domeinen waar grote verbeteringen doorgevoerd kunnen worden:

- Overleg huisartsen en Huisartsenposten
- Bestuurlijk overleg Verpleeghuizen
- Bestuurlijk overleg Ziekenhuizen



Daarnaast worden periodieke gesprekken gevoerd met financiers & beleidsmakers.

Evaluatie

Eind 2017 zal een evaluatie plaatsvinden, waarvoor alle betrokkenen gevraagd worden om aan te geven welke aspecten intern en met ketenpartners zijn/worden opgepakt en welke nog aandacht behoeven.

Domeinoverstijgend

Tijdens de themabijeenkomst van 16 maart 2017 is bij professionals opgehaald wat de belangrijkste domeinoverstijgende/stedelijke uitdagingen zijn:

1. Het creëren van **inzicht in en vindbaarheid van (tijdelijke) opnamen in de verpleeghuizen**, waarbij de focus ligt op verwijzingen vanuit de huisartsen(posten), SEH en GGZ. Goede afspraken m.b.t. registratie, waardoor inzicht in totale capaciteit, hangen hiermee samen.
 **Rol SIGRA:** Met betrokken partijen een integrale maatschappelijke businesscase voor één loket opstellen. Middels deze businesscase worden randvoorwaarden beschreven en wordt aansluiting gezocht bij de huidige ICT-infrastructuur. De businesscase uiteindelijk met financiers bespreken.
2. **Vroegsignalering** in de 1^e lijn & samenwerking tussen huisarts(enpost) en specialist ouderengeneeskunde.
 **Rol SIGRA:** De pilot ter versterking van integrale eerstelijns ouderenzorg (Beter Oud in Amsterdam) wordt al ondersteund door SIGRA i.s.m. Ben Sajetcentrum en 1^{ste} Lijn Amsterdam.
3. Betere samenwerking en meer beschikbaarheid van mogelijkheden voor **combinatieproblematiek**: V&V en (zware) GGZ-/gedragsproblematiek.
 **Rol SIGRA:** Met betrokken organisaties verkennen hoe kansrijk het is om hier op in te zetten & een gezamenlijke visie met concrete oplossingsmogelijkheden ontwikkelen.
4. Actuele en volledige **patiënteninformatie** en veilige **informatieoverdracht**.
 **Rol SIGRA:** Analyse van grootste pijnpunten rondom informatieoverdracht, start in 2018.

Afstemming

Naast SIGRA zijn ook andere koepels/samenwerkingsorganisaties in de stad actief rond de doelgroep 'kwetsbare ouderen':

- TraumaNet AMC en Netwerk Acute Zorg VUmc (ROAZ'en)
- 1^{ste} Lijn Amsterdam (ROS)
- Ben Sajet Centrum

Voor heldere rolverdelingen in vervolgstappen en om de verschillende ontwikkelingen goed op elkaar aan te laten sluiten, gaan we periodiek met elkaar in gesprek.

De Stuurgroep Doorstroming wil met dit document input leveren voor samenwerking, beleidskeuzes en financiën rondom de zorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen in Amsterdam.

N.a.v. dit document kan contact opgenomen worden met SIGRA:

Lara Wouda

l.wouda@sgra.nl

Marjolein van Harten

m.v.harten@sgra.nl

