

# De triagepilot

Hoe werkt deze observatie- en diagnostiekperiode binnen het ELV en wat levert het op?

Marktdag 28 juni 2019

Beweging 3.0



# Even voorstellen

**Jisca Vrancken** – Specialist ouderengeneeskunde en Kaderarts  
geriatrische revalidatie, AxionContinu



**Monique Drees – Greeve** – Verpleegkundig specialist, Stichting Aafje



**Hanneke Kerssies** – Manager Spoedeisende hulp, Maasstad ziekenhuis



# Wat gaan we doen vandaag?

1. Waarom en voor wie zijn we deze pilot gestart?

2. Welke doelen hebben we met de pilot?

3. Wat willen we dat de pilot oplevert?

4. Hoe werkt de pilot?

5. Wat zien we tot nu toe?

6. Welke vragen hebben wij aan jullie?

# Waarom zijn we deze pilot gestart?

Een deel van de SEH bezoeken van ouderen is waarschijnlijk vermijdbaar

06 FEB 2018

## ActiZ: ruim 300.000 ouderen bezetten onnodig ziekenhuisbed

Elk jaar belanden er 320.000 ouderen zonder medische noodzaak in een ziekenhuisbed. Die opnames zijn te voorkomen met extra investering in preventie, vroegdiagnostiek, wijkverpleging, eerstelijnsverblijfbedden, geriatrische revalidatiezorg en welzijn.\*



*“Het ziekenhuis/SEH is niet de beste plek voor kwetsbare ouderen wanneer er geen reden is om daar te zijn. Het gevolg kan zijn dat er geen passende zorg wordt geleverd of dat er sprake is van overbehandeling”.*

\*Bron: [Zorgvisie](#)

\*\* Bron: [Zorgvisie](#)

Bij een deel van de (acute) opnames in het ELV is de zorgvraag en benodigde vervolgzorg onvoldoende duidelijk

19 OKT 2018

## Acute ouderenzorg moet radicaal anders

De acute ouderenzorg moet inzetten op mini-ziekenhuizen in de wijk, ziekenhuiszorg aan huis en gespecialiseerde wijkverpleegkundigen om acute ziekenhuisopnames te voorkomen. Doorgaan op de huidige manier is een doodlopende weg. Dat is niet goed voor ouderen, de seh's raken overvol en het maakt de zorg erg kostbaar.\*\*



***We willen de verkeerde beddenproblematiek verminderen en de juiste zorg op de juiste plek versnellen***

*“We zien een hoge uitstroom van het ELV naar de Wlz”*



*“Voor een deel van de mensen sluit het ELV niet aan vanwege onvoldoende behandel- en diagnostiekruimte”*

*“Het onnodig verplaatsen van ouderen moet worden voorkomen”.*

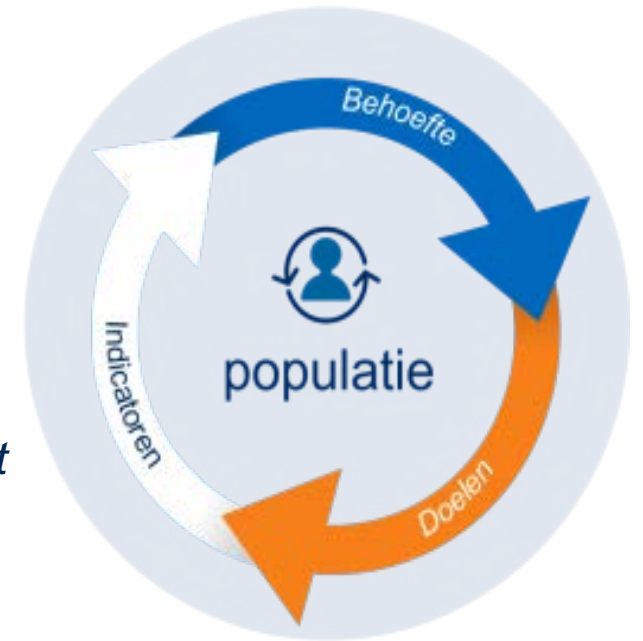
# Voor wie zijn we deze pilot gestart?

## Onze onderzoeksvraag luidt:

*“Wij willen onderzoeken of het inzetten van een triage/diagnoseperiode met diagnostiek en behandelinterventies resulteert in het beter en sneller bepalen van het juiste zorgpad voor de kwetsbare ouderen met een onduidelijke zorgvraag”.*

Het gaat om kwetsbare ouderen (65+)

1. **aangemeld door de huisarts**, in een spoedsituatie **met een onduidelijke zorgvraag** na de eerste ‘standaard triage’ door de SO (telefonisch of schriftelijk, direct of via coördinatiepunt)
2. **Aangemeld door de SEH of het ziekenhuis** bij wie de **zorgvraag onduidelijk** is, maar ziekenhuisopname niet (meer) is geïndiceerd



## Welke doelen hebben we met deze pilot?

### Hoofddoel

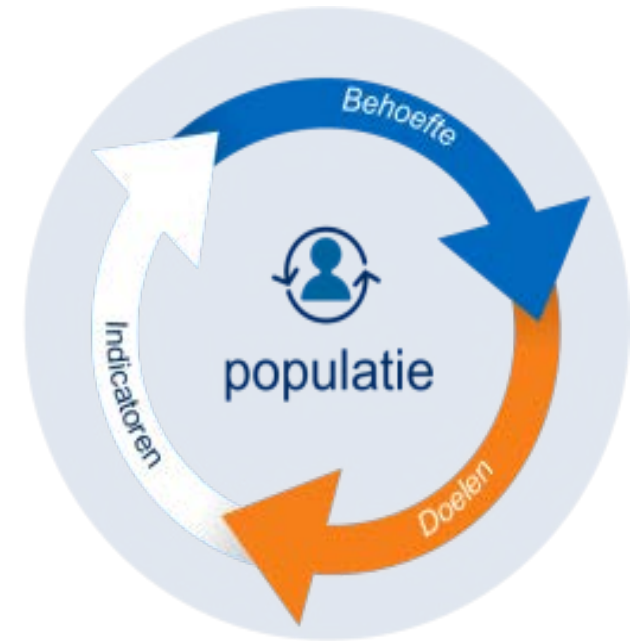
---

Het juiste zorgpad van de cliëntpopulatie op de juiste plek vaststellen. Hierdoor wordt onnodige zorg vermeden en wordt de zorg patiëntvriendelijker en doelmatiger geleverd

### In één keer bepalen wat het juiste zorgpad is, zorgt voor:

---

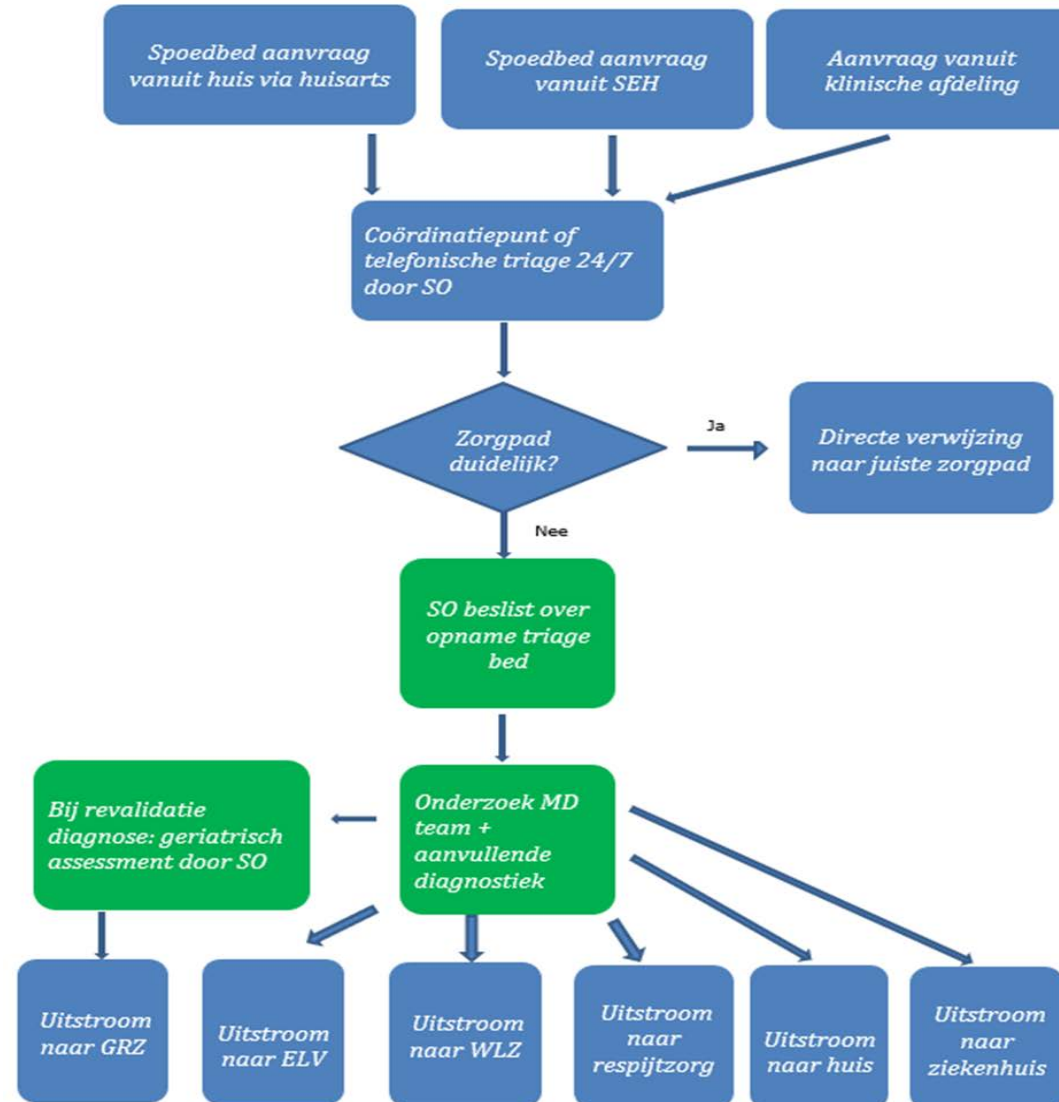
- De belasting van kwetsbare ouderen wordt geminimaliseerd
- Onnodige handelingen en verplaatsingen worden voorkomen
- De juiste (vervolg)behandeling wordt zo snel mogelijk ingezet
- De juiste financiering voor de zorg
- Vermijdbare ziekenhuisopname wordt voorkomen
- Te lange ziekenhuisopnames worden voorkomen



## Wat willen we dat de pilot oplevert?

- **De juiste zorg op de juiste plek voor ouderen.**
  - Patiëntvriendelijke zorg door de juiste expertise – Rol van de SO
  - Minder onnodige verplaatsingen
  - Geen onder- of overbehandeling en efficiëntere inzet van financiële middelen
- **De pilot gebruiken om landelijk gegevens op te halen over de doelstellingen die we hebben geformuleerd.**
  - De pilot loopt van 1 januari 2019 – 30 juni 2021
  - We gebruiken hiervoor de experimentprestatie zorgvernieuwing en/of resultaatbeloning ELV

## Hoe werkt de triage pilot?





# Regionale context van de pilot – Rotterdam



- **Meer samenwerking tussen het ziekenhuis en de eerstelijns**
- **Affiniteit met geriatrie als eis voor spoedzorg**
- **SEH en ziekenhuizen vol, geen opnames mogelijk**
- **Zorgpad triagebed: maximaal 10 dagen observatie en diagnostiek. Streefdatum: 5 dagen.**
- **Voorwaarden voor succes triagebed:**
  - Goede afspraken insturende SEH's
  - Opgeleide verpleegkundigen
  - Akkoord verpleegkundig specialist
  - SO als achterwacht
  - Behandelteam
  - Verblijfsduur
  - Doorstroom met voorrang
  - Betrokkenheid en afspraken met het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
  - Afspraken verzekeraars

## 5 Wat zien we tot nu toe? – Wat eerste bevindingen Aafje

Vervolgtraject	Aantal triagetrajecten jan t/m mei	Percentage
DBC-GRZ	27	38,0%
Naar huis	20	28,2%
ELV-HC	12	16,9%
Heropname Ziekenhuis	5	7,0%
ELV-LC	4	5,6%
WLZ	2	2,8%
Overleden	1	1,4%
Totaal	71	100,0%

Vervolgtraject	Gemiddelde ligduur
DBC-GRZ	7,8
Naar huis	7,7
ELV-HC	8,8
Heropname Ziekenhuis	4,2
ELV-LC	4,5
WLZ	13
Overleden	3
Totaal	7,6

## Welke vragen hebben wij aan jullie?

- Herkennen jullie deze problematiek en denken jullie dat deze bedden hier een oplossing voor zijn?
- Welke oplossingen en initiatieven zijn er nog meer bekend?
- Hoe kunnen we deze bedden nog meer aan de voorkant van de keten positioneren?