

# Klein Leed, grote consequenties

Bijdragen aan de Juiste Zorg op de Juiste  
Plek in de regio Zuid-Holland Noord



## Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	3
2. Methode .....	3
3. Resultaten vragenlijst Klein Leed, grote consequenties.....	4
3.1 Participanten .....	4
3.2 Grote consequenties van Klein Leed .....	4
3.3 Tijd.....	11
3.4 Meldpunt .....	11
3.5 Overige opmerkingen.....	11
4. Verdiepende interviews .....	14
4.1 Resultaten .....	14
5. Conclusie .....	16
5.1 Algemeen .....	16
5.2 Bijdragen aan het voorkomen van Klein Leed .....	16
5.3 Aanbevelingen .....	17



## 1. Inleiding

De data uit het regiobeeld ZHN toont aan dat het aantal 65-plussers in ZHN de aankomende jaren zeer sterk zal stijgen en daarmee ook het aandeel kwetsbare ouderen in de regio zal toenemen. Zorgverleners signaleren en ondervinden knelpunten in laagdrempelige zorgverlening aan deze doelgroep (praktische mogelijkheden of bekostiging), waardoor ouderen gebruik maken van duurder zorg. We spreken hierbij van Klein Leed. Met Klein Leed bedoelen we nadrukkelijk niets te zeggen over de ernst of complexiteit van een situatie, het gaat om een 'kleine' situatie die mogelijk grote consequenties heeft, zoals verminderd functioneren en onnodige belasting van de patiënt, opschaling van zorg(kosten) en oneigenlijke regeltaken van de zorgprofessionals.

Doordat signalen en knelpunten in laagdrempelige zorgverlening niet systematisch geïnventariseerd worden tot op heden, is er geen overzicht van de aard en omvang van het Klein Leed. Ook is er geen zicht op zich herhalende knelpunten, zodat er niet gezocht wordt naar kosteneffectieve oplossingen voor dit Klein Leed, in de vorm van een gerichte productontwikkeling of bekostiging om zo de kwaliteit van leven te verbeteren en toekomstige zorgkosten te beperken. Daarom is er een multidisciplinaire projectgroep van deelnemers van Transmuralis opgericht om inzicht te krijgen in ervaren Klein Leed in de regio en het voorstellen van oplossingsrichtingen om grote consequenties te voorkomen.

## 2. Methode

Om inzicht te krijgen in de aard en omvang van Klein Leed is er tweeledig uitvraag gedaan. Ten eerste is er een vragenlijst opgesteld met als doel het inventariseren van wat er speelt in de regio. De vragenlijst is opgesteld met inbreng vanuit de werkgroep Klein Leed, het ouderenberaad en een professor vanuit het LUMC als begeleider van de studente Vitality and Ageing, die betrokken is bij het onderzoek en de analyse. De vragenlijst is verspreid via mail, in de nieuwsbrief van Knooppunt Ketenzorg, de Zorgapp, de beleidsgroep van Transmuralis, contactpersonen in zorggroepen, LUMC en Alrijne, verzendinggroepen van Transmuralis en persoonlijke contacten. Daarnaast is de vragenlijst gedeeld op sociale media. In zowel de mail als op sociale media is gevraagd de vragenlijst verder te verspreiden onder collega's en andere zorgverleners in de regio.

Daarnaast heeft de studente als onderdeel van haar stage een aantal verdiepende interviews gehouden met zorgverleners in de regio. Deze interviews gingen dieper in op het gegeven voorbeeld van Klein Leed in de vragenlijst en zochten naar oplossingen. Een samenvatting van de resultaten is opgenomen hoofdstuk 4.



### 3. Resultaten vragenlijst Klein Leed, grote consequenties

#### 3.1 Participanten

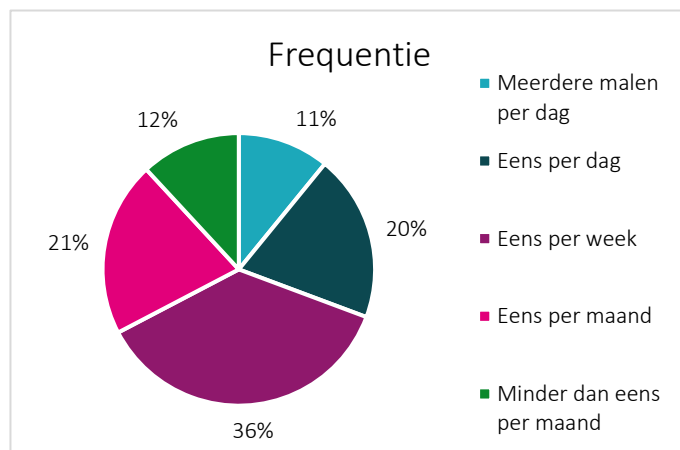
In totaal reageerden 197 zorgverleners op de vragenlijst. 14 daarvan gaven aan niet in de regio Zuid-Holland Noord met kwetsbare thuiswonende ouderen werkzaam te zijn en 90 zorgverleners vulden de vragenlijst niet volledig in. Er zijn daarom 93 vragenlijsten geanalyseerd. 76 participanten (82%) zijn werkzaam in de eerste lijn, de overige 17 (18%) werken in het ziekenhuis. Bijna 70% van de participanten heeft meer dan 5 jaar ervaring in de betreffende discipline.

Functie	Aantal	> 5 jaar ervaring (%)
<b>De eerste lijn</b>	<b>67</b>	
Verpleegkundige	26	14 (54%)
Verpleegkundig specialist	1	1 (100%)
Wondconsulent	2	2 (100%)
Verzorgende 3/IG/C	7	5 (71%)
Casemanager dementie	6	3 (50%)
Fysiotherapeut	11	10 (91%)
Logopedist	5	5 (100%)
Diëtist	1	1 (100%)
Apotheker	2	2 (100%)
Farmaceutisch manager	1	1 (100%)
Huisarts	4	3 (75%)
Specialist	1	1 (100%)
Ouderengeneeskunde		
POH/praktijkverpleegkundige	6	4 (67%)
Hospice manager	1	1 (100%)
Manager	1	1 (100%)
Cliëntondersteuner	1	-
<b>Het ziekenhuis</b>	<b>17</b>	
Verpleegkundigen	12	9 (75%)
Ergotherapeut	1	1 (100%)
Fysiotherapeut	1	1 (100%)
Arts/specialist	1	1 (100%)
Arts/specialist klinische geriatric	1	1 (100%)
Klinisch geriater	1	1 (100%)
	<b>93</b>	<b>64 (69%)</b>

#### 3.2 Grote consequenties van Klein Leed

##### 3.2.1 Eerste lijn

Aan participanten uit de eerste lijn is gevraagd hoe vaak ze patiënten tegenkomen waarbij met relatief simpele of eerdere interventies verminderde functionaliteit en opschaling van zorg voorkomen hadden kunnen. Ruim een derde van de zorgverleners geeft aan wekelijks patiënten in dit soort situaties tegen te komen. Ongeveer 10% ziet dit soort patiënten meerdere malen per dag, 20% eens per dag, 20% eens per maand en 10% geeft aan minder dan eens per maand dergelijke patiënten te zien. Binnen de groepen paramedici en verpleegkundigen geeft het grootste gedeelte aan eens per week of vaker dit soort patiënten te zien.





## Voorkomen van grote consequenties

Vervolgens is aan respondenten gevraagd hoe deze grote consequenties voorkomen hadden kunnen worden. Hierbij konden meerdere antwoorden worden gekozen. Als 'Betere regionale samenwerking' als antwoord was aangegeven, werd een vervolgvraag gesteld wat hierin relevante aspecten zijn.

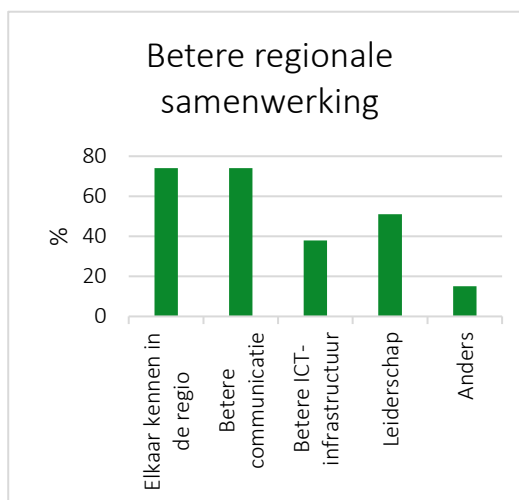
Grote consequenties hadden voorkomen kunnen worden door:

- Betere regionale samenwerking: 47 (62%)
- Andersoortige afspraken met leveranciers: 32 (42%)
- Financiële vergoeding: 29 (38%)
- 23 participanten (30%) gaven aan dat er andere factoren meespelen die consequenties hadden kunnen voorkomen of gebruikten het veld bij 'Anders' om een toelichting te geven. Deze opmerkingen zijn verwerkt onder 3.5 Overige opmerkingen.



Wat betreft betere regionale samenwerking zijn de volgende factoren relevant:

- Elkaar kennen in de regio, weten wie wat doet: 35 (74%)
- Betere communicatie: 35 (74%)
- Betere ICT-infrastructuur: 18 (38%)
- Leiderschap: 24 (51%)
- 7 participanten (15%) gaven aan dat er in de regionale samenwerking andere factoren meespelen of gebruikten het veld bij 'Anders' om een toelichting te geven. Deze opmerkingen zijn verwerkt onder 3.5 Overige opmerkingen.



## Voorbeelden

In de vragenlijst is aan zorgverleners gevraagd een voorbeeld te geven van Klein Leed met grote consequenties. Hieruit zijn veel verschillende voorbeelden naar voren gekomen.

## Regionale samenwerking en communicatie tussen zorgverleners

Door een aantal paramedici wordt genoemd dat zij laat zijn ingeschakeld. Eerdere doorverwijzing naar een logopedist, fysiotherapeut of diëtist had grote consequenties kunnen voorkomen.

*“Eerder goede voedingsadviezen geven om te voorkomen dat iemand ondervoed raakt. Nu wordt de diëtist vaak te laat ingeschakeld.”*

Diëtist



Daarnaast hebben een aantal voorbeelden betrekking op overdracht, met name uit het ziekenhuis naar de thuissituatie. Door verschillende verpleegkundigen en apothekemedewerkers wordt genoemd dat hierin situaties ontstaan die voorkomen hadden kunnen worden. Er wordt daarbij specifiek genoemd dat het winnen van informatie veel werk kan zijn, zeker als er gewerkt wordt met verschillende rapportagesystemen. Het blijkt niet altijd duidelijk te zijn wie waarvoor verantwoordelijk is en er speelt de ervaring dat elke discipline werkt op een eigen eilandje.

Ook wat betreft medicatie is de samenwerking van belang en ontstaan er situaties die voorkomen hadden kunnen worden: het ontvangen van niet kloppende versies van medicatie overzichten bij overdracht, het wijzigen van het preferentiebeleid vanuit zorgverzekeraars waar patiënten niet altijd van op de hoogte zijn en het niet doorgeven van medicatieveranderingen aan de apothek zijn hier voorbeelden van.

*“Patiënt die uit het ziekenhuis gestuurd wordt zonder kloppende medicatieoverdracht en zonder stoprecepten. Bij opvragen AMO oude versie ontvangen. Op basis daarvan baxter besteld met medicatie die eigenlijk al langer gestopt was en verkeerde doseringen. Klacht in gediend bij ZH. Uiteindelijk contact met specialist en gelukkig op tijd kunnen corrigeren.”*

Apotheker

Er zijn ook voorbeelden gegeven waarin beperkte of onjuiste communicatie heeft geleid tot achteruitgang van de patiënt of ziekenhuisopname. In een aantal gevallen zijn er voorbeelden gegeven van situaties waarin de zorg plaatsvond in het ziekenhuis terwijl dit mogelijk ook thuis had gekund. Dit betreft bijvoorbeeld het verwisselen van katheters of een infuusbehandeling.

*“Het verwisselen van een SUP katheter in het ziekenhuis, terwijl dit ook bij de cliënt thuis verricht kan worden d.m.v. thuiszorg (welke al bij de cliënt betrokken was).”*

Verpleegkundige

### **Beschikbaarheid van middelen**

Het niet beschikbaar hebben van middelen in de eerste lijn wordt door verschillende verpleegkundigen en apothekemedewerkers genoemd. Het niet op voorraad hebben van materialen en moeilijkheden om het (op tijd) geleverd te krijgen speelt bijvoorbeeld in het geval van maaghevels, klyasma's, katheters, punctie- of incontinentiemateriaal. Daarnaast geeft een aantal verpleegkundigen aan dat consequenties voorkomen hadden kunnen worden wanneer hulpmiddelen en materiaal op tijd waren ingezet. Dit betreft bijvoorbeeld glucosesensoren, aantrekhulpmiddelen voor steunkousen en antidecubitus materiaal. In sommige van deze voorbeelden wordt specifiek genoemd dat financiering en keuzes van verzekeraars wat betreft vergoedingen een rol spelen.

*“Niet het juiste ad materiaal ontvangen omdat er nog geen ver gevorderde wonden zijn, die moeten nl eerst ontstaan....”*

Wondconsulent

Defecte hulpmiddelen kunnen leiden tot grote consequenties wanneer, in het geval van kleine reparaties aan bijvoorbeeld een rollator, er geen netwerk beschikbaar is om reparaties uit te voeren en leveranciers geen grotere reparaties (thuis) uit (kunnen) voeren. Daarnaast kan het



voor een patiënt veel regelwerk zijn wanneer hulpmiddelen vervangen moeten worden; er wordt een voorbeeld gegeven over orthopedische schoenen die aan vervangen toe zijn maar waarin de patiënt de administratie niet kan regelen en daardoor in de problemen komt.

### **Gezondheid en welzijn**

In een aantal gevallen zijn voorbeelden gegeven van fysieke situaties die wat de zorgverlener betreft voorkomen hadden kunnen worden, bijvoorbeeld decubitus. In sommige gevallen spelen ook de vaardigheden van patiënten hierin een rol, bijvoorbeeld wanneer patiënten niet zelf in staat zijn zelf bloedsuiker te prikken of insuline te spuiten en hierdoor immobiel worden, wanneer patiënten door beperkingen niet goed actief kunnen blijven of wanneer door onderschatte cognitieve achteruitgang aan patiënten toevertrouwde handelingen niet goed uitgevoerd blijken te worden. Ook problemen aan voeten hadden vaak voorkomen kunnen worden wanneer de pedicure (op tijd) ingezet had kunnen worden of er eerder (meer) zorg had kunnen worden geleverd.

*“Diabeten zonder wonden maar met veel callusvorming op hun voeten kunnen nergens terecht. Pedicures durven niet en omdat ze geen wonden hebben, hebben ze geen recht op zorg.”*

Wondconsulent

In de voorbeelden is er ook aandacht voor de gevolgen van eenzaamheid en een klein sociaal netwerk. Hierdoor worden signalen van achteruitgang laat opgemerkt en is er geen hulp in kleine situaties als reparatie van een hulpmiddel. Daarnaast vraagt een casemanager zich af wie er dan af en toe een ommetje maakt met een patiënt. Ook gaan er veel voorbeelden over het verzorgen van maaltijden; mensen kunnen dit niet altijd meer zelfstandig en het is niet in elke situatie duidelijk wie dit zou moeten verzorgen. In een voorbeeld leidde het niet snel genoeg kunnen regelen van hulp bij maaltijden en het huishouden na een breuk tot tijdelijke opname, terwijl dit volgens de zorgverlener wel thuis geregeld zou moeten kunnen worden. Verder worden er twee voorbeelden genoemd waarin er sprake is van fysieke situaties waarin er aanvankelijk mogelijk een psychische component meespeelde waar geen aandacht aan besteed is.

*“Cliënt breekt haar enkel. Zou nog thuis kunnen blijven maar heeft ook hulp nodig bij de maaltijden en huishoudelijke zorg. Dit kan niet direct ingezet om worden dus is cliënt tijdelijk opgenomen.”*

Verzorgende

### **Ondersteuning**

Enkele voorbeelden gaan over ondersteuning van patiënten en mantelzorgers. Een casemanager noemt een voorbeeld waarin een cliënt niet naar de dagbesteding kan vanwege regelgeving die de mogelijkheden bemoeilijkt. Ook bereikbaarheid en financiën kunnen een rol spelen in de beschikbaarheid van passende activiteiten. Daarnaast wordt een voorbeeld genoemd waarin het niet kunnen regelen of financieren van vervoer naar het ziekenhuis betekent dat aanvullend onderzoek uit blijft.

Andere zorgverleners noemen overbelasting van de mantelzorgers als situatie die voorkomen had kunnen worden; overbelasting heeft consequenties voor zowel de mantelzorgers als de patiënt. Daar tegenover staan enkele voorbeelden waarin een patiënt geen zorg of opname wenst terwijl



de familie dit wel zou willen.

*Klein leed was dat patiënt thuiskwam na ziekenhuis opname en de woonomgeving niet snel genoeg aan de nieuwe situatie kon worden aangepast. Mantelzorger werd hierdoor overmatig belast en patiënt kwam later aan goede revalidatie toe.*

Fysiotherapeut

### **Woonsituatie**

De woonsituatie van cliënten kan zorgen voor vervelende situaties wanneer de woning na een opname niet snel genoeg aangepast kan worden of wanneer er juist tijdelijke opname nodig is. Twee artsen in de eerste lijn geven aan dat zij moeilijkheden ervaren bij het regelen van tijdelijk verblijf, vanwege beperkte mogelijkheden of wanneer patiënten te goed zijn voor ziekenhuisopname of eerstelijnsverblijf bedden, maar eigenlijk ook niet thuis kunnen blijven. Ook gaan er twee voorbeelden over barrières bij het opnemen van patiënten met dementie wanneer de mantelzorgers een behandeling in het ziekenhuis (zouden) moeten ondergaan.

*“Cliënt met dementie heeft een echtgenote die eigenlijk een operatie zou moeten ondergaan. Echtgenote houdt 24-uurs toezicht op cliënt. Bij navraag blijkt cliënt niet tijdelijk opgenomen te kunnen worden gedurende de operatie/revalidatie van echtgenote. Echtgenote stelt de operatie daarom uit tot....?”*

Casemanager dementie

### **Best practices**

In de vragenlijst is gevraagd naar wat zorgverleners zelf hebben gedaan om vergelijkbare situaties in de toekomst te voorkomen. 82% van de participanten uit de eerste lijn geeft aan actie te hebben ondernomen.

Het overgrote deel van deze best practices heeft betrekking op samenwerking. Overleggen met collega's in het team of van dezelfde discipline of contact en het uitwisselen van informatie tussen verschillende disciplines wordt veel genoemd. Overleg met de huisarts komt hierin vaak naar voren. Ook contact zoeken met behandelaars in het ziekenhuis, familie of mantelzorgers, partijen uit het sociaal domein, leveranciers of zorgverzekeraars wordt vaak genoemd. Soms vragen zorgverleners aan andere disciplines eerder contact op te nemen bij dergelijke situaties om consequenties te voorkomen. Verder zijn er participanten die aangeven actief op zoek te gaan naar samenwerking en bespreken binnen (regionale) netwerken. Ook het inzetten van de juiste (paramedische) zorg en het zoeken naar geschikte hulpverleners of de inzet van vrijwilligers wordt genoemd.

Preventie in de vorm van screening, blijven monitoren en het adviseren van bijvoorbeeld valpreventie training wordt genoemd. Daarnaast worden situaties achteraf geëvalueerd om vergelijkbare situaties te voorkomen.

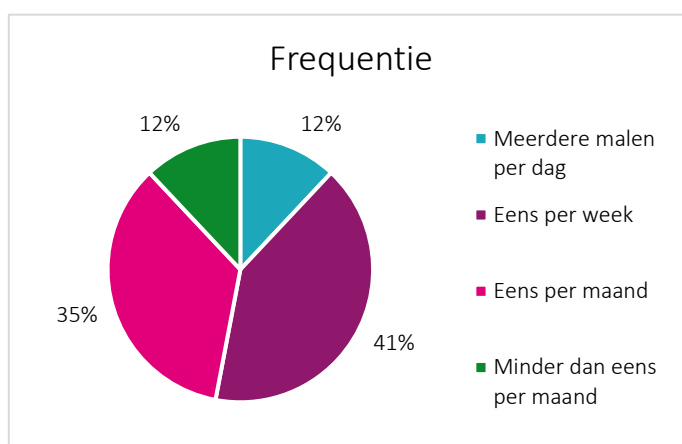
Zorgverleners gaan soms ook creatief om met de situatie; ze repareren zelf hulpmiddelen met kleine mankementen of zoeken binnen de organisatie naar beschikbaar materiaal wat op dat moment niet snel genoeg geleverd kan worden. Een aantal participanten melden situaties hoger in de organisatie of bij inspecties





### 3.2.2 Het ziekenhuis

Aan participanten in het ziekenhuis is gevraagd hoe vaak zij patiënten tegenkomen die met relatief simpele en/of eerdere interventies niet in het ziekenhuis terecht hadden hoeven komen, zowel opname als bezoek aan SEH of polikliniek. Ruim 10% geeft aan meerdere malen per dag dit soort patiënten te zien, 41% ziet dit soort patiënten eens per week, 35% eens paar maand en ruim 10% minder dan eens per maand.

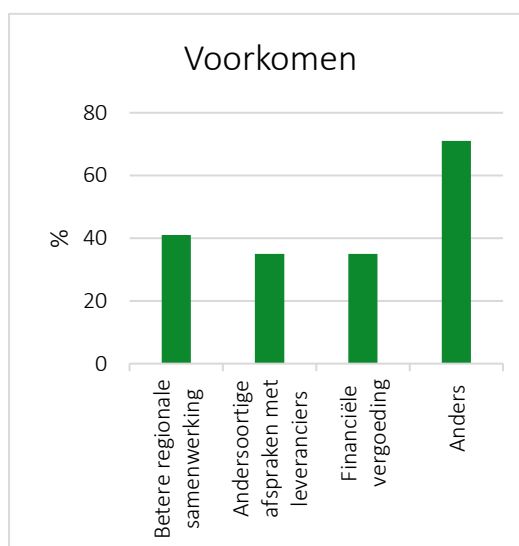


### Voorkomen van ziekenhuisbezoek

Vervolgens is aan respondenten gevraagd hoe ziekenhuisbezoek voorkomen hadden kunnen worden. Hierbij konden meerdere antwoorden worden gekozen. Als 'Betere regionale samenwerking' als antwoord was aangegeven, werd een vervolgvraag gesteld wat hierin relevante aspecten zijn.

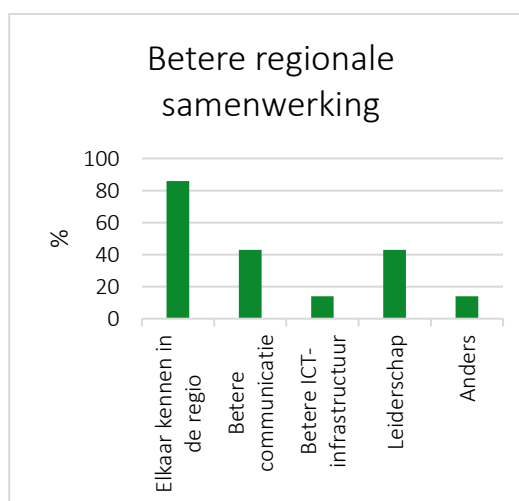
Grote consequenties hadden voorkomen kunnen worden door

- Betere regionale samenwerking: 7 (41%)
- Andersoortige afspraken met leveranciers: 6 (35%)
- Financiële vergoeding: 6 (35%)
- 12 participanten (71%) gaven aan dat er andere factoren meespelen die ziekenhuis bezoeken hadden kunnen voorkomen of gebruikten het veld bij 'Anders' om een toelichting te geven. Deze opmerkingen zijn verwerkt onder 3.5 Overige opmerkingen.



Wat betreft betere regionale samenwerking zijn de volgende factoren relevant:

- Elkaar kennen in de regio, weten wie wat doet: 6 (86%)
- Betere communicatie: 3 (43%)
- Betere ICT-infrastructuur: 1 (14%)
- Leiderschap: 3 (43%)
- 1 participant (14%) gaf aan dat een andere factor van belang is. Deze opmerking is verwerkt onder 3.5 Overige opmerkingen.





## Voorbeelden

Door artsen en verpleegkundigen uit het ziekenhuis zijn diverse voorbeelden gegeven van situaties waarin in hun ogen sprake was van voorkombare ziekenhuisbezoeken/-opnamen. Een groot aantal voorbeelden gaan over onnodig ziekenhuis verblijf ten gevolge van onnodig insturen. Palliatieve patiënten of patiënten met een gebroken heup worden ingestuurd terwijl ze thuis willen overlijden of niet geopereerd willen of kunnen worden. Ook wordt een voorbeeld genoemd over een onnodig ziekenhuis bezoek waarin het bezoek grotere gevolgen heeft voor de patiënt dan de aanvullende diagnostiek. Daarnaast zouden volgens een aantal verpleegkundigen patiënten niet ingestuurd hoeven worden als bepaalde zorg en hulpmiddelen thuis ingezet zouden worden, bijvoorbeeld sondes. Patiënten verblijven soms ook langer in het ziekenhuis vanwege het gebrek aan mogelijkheden voor vervoer naar huis of familie die niet beschikbaar is of naar huis komen tegenhoudt, zogenaamde verkeerde bedden problematiek.

*Patiënt die niet geopereerd wil worden aan gebroken heup en toch ingestuurd wordt naar SEH. Als dit eerder al besproken was geweest met patiënt en /of familie was de reis in de ambu en onderzoeken op SEH bespaard gebleven.*

Verpleegkundige

Daarnaast gaan een aantal voorbeelden over vallen; ten gevolge van (onnodig) medicijngebruik of over kleedjes in huis. Patiënten liggen na hun val soms lang op de grond.

## Preventie

Aan respondenten uit het ziekenhuis is ook gevraagd wat er eerder, bijvoorbeeld in de thuis of bij de HAP, gedaan had kunnen worden om dit soort patiënten niet naar het ziekenhuis te hoeven laten komen. Ziekenhuis bezoek kan voorkomen worden door:

- bepaalde op zichzelf staande handelingen, zoals een sonde inbrengen of hoog opgaand klysma toedienen, in de thuissituatie uit te voeren door de thuiszorg of huisarts. Hier zijn kennis, vaardigheden en materialen voor nodig.
- regelmatig een medicatie review uit te voeren.
- zorgvuldige diagnostiek in de eerste lijn en te bezinnen op het nut van aanvullende diagnostiek.
- (eerdere) inzet van huishoudelijke hulp, thuiszorg of andere begeleiding en het verstrekken van informatie over veilig wonen.
- (vooraf) duidelijkheid over het behandelbeleid; in samenspraak met familie en huisarts, door middel van passende informatievoorziening.

## Best practices

In de vragenlijst is geïnformeerd naar wat zorgverleners zelf hebben gedaan om vergelijkbare situaties in de toekomst te voorkomen. 29% van de participanten uit het ziekenhuis geeft aan actie te hebben ondernomen. In vrijwel alle gevallen betrof dit contact zoeken met anderen en overleggen, hetzij met een (huis-)arts of in een multidisciplinair overleg.

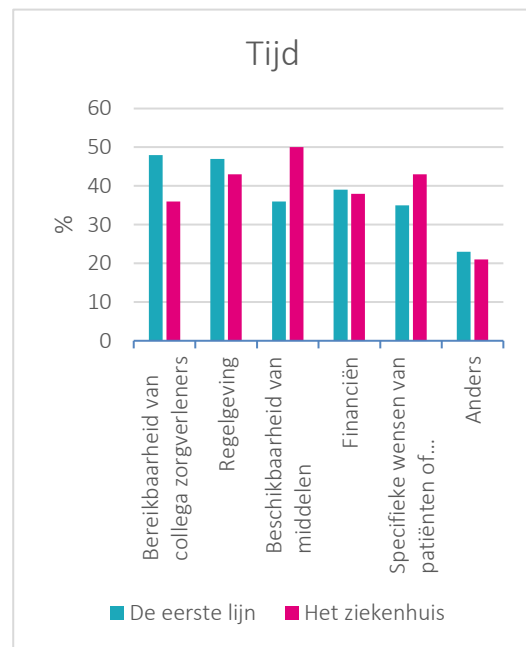


### 3.3 Tijd

Aan alle participanten is gevraagd of zij onnodig veel tijd kwijt zijn aan regeltaken rondom dergelijke casuïstiek. Zowel in de eerste lijn als in het ziekenhuis geeft meer dan 80% van de zorgverleners aan hieraan onnodig veel tijd kwijt te zijn.

Participanten konden meerdere factoren aangeven bij de vraag waar dit aan ligt. Bereikbaarheid van collega zorgverleners, regelgeving, beschikbaarheid van middelen, financiële beperkingen en specifieke wensen van patiënten of mantelzorgers spelen hierin een vergelijkbare rol. Er zijn geen grote verschillen tussen de eerste lijn of het ziekenhuis.

18 participanten gaven aan dat er andere factoren meespelen waardoor ze onnodig veel tijd kwijt zijn aan regeltaken of gebruikten het veld bij 'Anders' om een toelichting te geven. Deze toelichtingen zijn verwerkt onder 3.5 Overige opmerkingen. Echter, drie paramedici gaven aan dat het lastig is tijd vrij te maken in drukke agenda's, dat eigen tijd en energie ontoereikend is of dat regeltaken buiten eigenlijke taken vallen en dus per definitie onbetaald is.

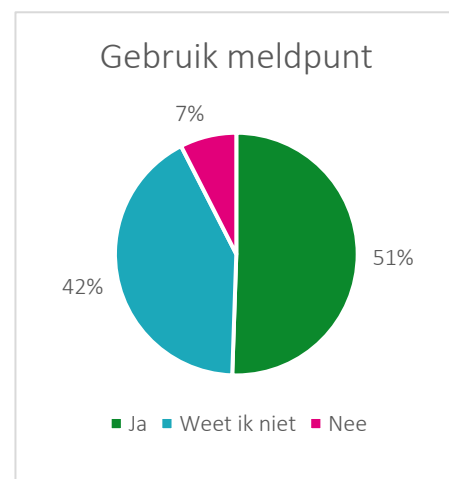


Een verpleegkundige die 'Nee' antwoordde op de vraag of regeltaken onnodig veel tijd kosten, gaf als toelichting dat er een half uur per week per patiënt aan regeltijd wordt ingepland en dat dit voldoende is.

### 3.4 Meldpunt

Fase 2 van het project Klein Leed betreft het opzetten van een regionaal meldpunt Klein Leed, indien mogelijk in de Zorgapp ZHN waarin zorgverleners Klein Leed kunnen melden. Aan deelnemers van de vragenlijst is gevraagd of zij hier gebruik van zouden maken.

Ongeveer de helft van de zorgverleners geeft aan gebruik te zullen maken van een regionaal meldpunt om Klein Leed te kunnen melden. 7% geeft aan dit niet te doen en 47% van de participanten weet niet of ze gebruik zullen maken van een meldpunt.



### 3.5 Overige opmerkingen

Op diverse plaatsen in de vragenlijst was er ruimte voor aanvullingen of overige opmerkingen. Hieruit kwamen de volgende knelpunten naar voren:

#### Dementie

Door verschillende zorgverleners zijn opmerkingen gemaakt over de zorg voor mensen met



dementie. Een casemanager dementie merkt op dat deze mensen met veel organisaties te maken hebben en dat de zorg voor mensen met dementie beter geregeld zou moeten worden. Deze casemanager pleit voor een zorgpakket voor deze mensen waarin thuiszorg, huishoudelijke hulp, dagbesteding en maaltijdvoorziening aangeboden wordt. Daarnaast wordt opgemerkt dat er weinig passende voorzieningen zijn voor mensen met dementie terwijl dagelijkse structuur en passende activiteiten bij kunnen dragen aan het voorkomen van grote consequenties. Een casemanager dementie merkt op dat het hem/haar mooi lijkt als er in de regio een initiatief als DemenTalent wordt gestart waarin mensen met dementie gerichte activiteiten, aansluitend bij hun kwaliteiten, worden geboden. Ook noemt iemand het belang van passende dagbesteding voor mensen die (nog) geen indicatie hebben via CIZ, maar waarbij dagbesteding wel inactiviteit kan voorkomen. Verder wordt er door zorgverleners aangegeven dat regelgeving soms te strikt is, wat de mogelijkheden beperkt of waardoor mensen tussen verschillende mogelijkheden in vallen en niet de juiste zorg kunnen ontvangen. Daarnaast zijn de mogelijkheden, bijvoorbeeld voor informele zorg, niet altijd bekend bij patiënten en zorgverleners.

Er wordt door verschillende zorgverleners aangegeven dat zij een tekort aan tijdelijke opname plekken in de regio ervaren. In de opmerkingen gaat het hierbij met name over mensen met dementie die tijdelijk opgenomen zouden moeten worden vanwege een ziekenhuisopname van de mantelzorger.

#### **Preventie en tijdig inzetten van zorg**

Verschillende verpleegkundigen benadrukken het belang van het in beeld hebben en kennen van cliënten, ook wat betreft welzijn en mentale gezondheid. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door middel van een periodieke controle vanuit de huisarts, medicatie review, het in kaart brengen van de thuissituatie of het senior vriendelijk maken van woningen. Ook meer ondersteuning van mantelzorgers wordt in dit kader genoemd.

Daarnaast wordt aangegeven dat er een tendens is om slechts te behandelen bij groter leed, terwijl soms kan het beter zijn om eerder iets meer zorg in te zetten. Met name paramedici merken op dat ze (te) laat ingeschakeld worden. Het eerder (meer) inzetten van de juiste zorg kan helpen grote consequenties te voorkomen, hoewel een verpleegkundige opmerkt dat het ook passend kan zijn zorg eerder af te schalen.

#### **Advance care planning**

Met name vanuit het ziekenhuis wordt aangegeven dat er beter gecommuniceerd zou moeten worden over het wel of niet insturen of opnemen van patiënten, bijvoorbeeld in het geval van een gebroken hulp waarin iemand niet meer geopereerd wil worden maar toch ingestuurd wordt. Ook heropnamen zouden voorkomen kunnen worden als er verder wordt gekeken dan acute medische problemen en er meer aandacht zou zijn voor advance care planning waarbij afgevraagd wordt of insturen en/of behandelen nog wel zinvol is.

#### **Werkdruk**

Ook worden een aantal opmerkingen gemaakt over een hoge werkdruk in de zorg. De zorg wordt ervaren als een product waarin financiën belangrijker zijn dan zorg en er wordt druk vanuit zorgverzekeraars ervaren. Daarnaast leiden de hoge administratieve lasten, regeldruk en het tekort aan menselijke maat tot minder energie voor zorgverleners en mist een leefstijl benadering die preventief kan werken.



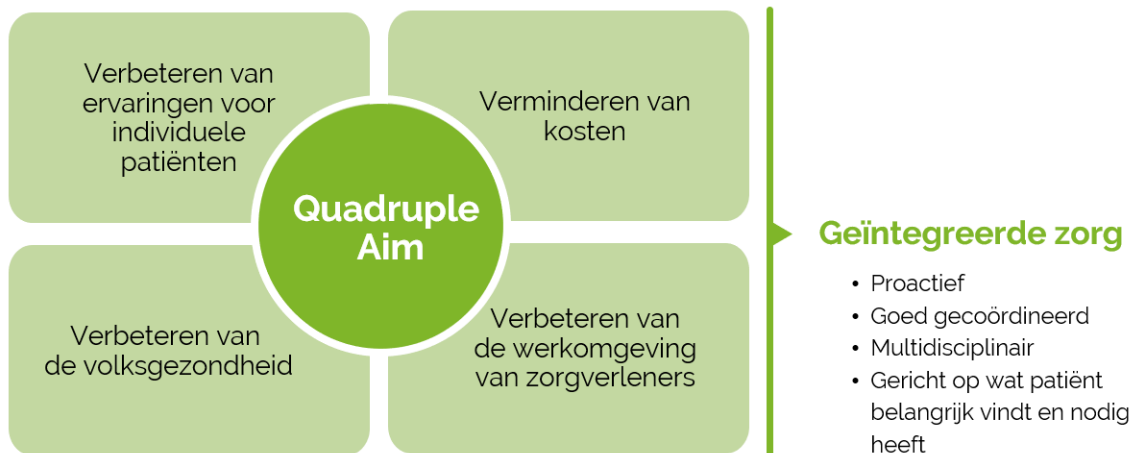
### **Samenwerking in de regio**

Het belang van samenwerking, korte lijnen en goede communicatie binnen de regio wordt op verschillende plekken door verschillende zorgverleners extra benadrukt. Informatie uitwisseling en communicatie worden een aantal keer genoemd: tussen apotheek en thuiszorg, huisarts en andere zorgverleners als praktijkondersteuners, apotheek, thuiszorg en behandelend artsen of verpleegkundigen in het ziekenhuis. Ook communicatie tussen zorg en welzijn wordt genoemd. Een fysiotherapeut merkt op dat de inzet van geïntegreerde wijkteams met verschillende disciplines en gezamenlijke doelen bij zou moeten dragen aan het voorkomen van consequenties van Klein Leed. Elkaar goed kennen in de wijk, structureel overleg hebben met verschillende disciplines, vertrouwen en samenwerking in het belang van de ouderen kan bijdragen aan het voorkomen van grote consequenties voor patiënten en het verminderen van oneigenlijke regeltaken voor zorgverleners.



## 4. Verdiepende interviews

Op basis van participatie in de vragenlijst zijn een aantal zorgverleners uitgenodigd voor een verdiepend interview. Dit interview bestond uit twee delen. Deel 1 ging dieper in op het gegeven voorbeeld van Klein Leed en andere antwoorden uit de vragenlijst. Deel 2 ging over knelpunten en verbeteringen in de geïntegreerde zorg in het algemeen en over wat bij zou kunnen dragen aan het behalen van doelen die gerelateerd zijn aan de Quadruple Aim. De Quadruple Aim is een model waarin vier doelen zijn gesteld die nagestreefd zouden moeten worden om de zorg ook in de toekomst toegankelijk, effectief en betaalbaar te houden. De vraag die in deze interviews centraal stond is: Wat ervaren zorgverleners als barrières in geïntegreerde zorg aan thuiswonende ouderen en welke factoren zouden bij kunnen dragen aan het verbeteren van deze zorg en het behalen van Quadruple Aim gerelateerde doelen?



### 4.1 Resultaten

Vrijwel alle zorgverleners gaven aan dat de patiënt op nummer 1 staat wat betreft de doelen in de Quadruple Aim. Naast aandacht voor de zorgvraag/klacht, betekent dit dat er aandacht zou moeten zijn voor sociale aspecten en de wensen van de patiënt. Ook het betrekken van familie en mantelzorger is belangrijk. Ten eerste omdat zij de patiënt goed kennen en een belangrijke rol hebben in signaleren, maar ook om op zo'n manier aandacht voor hen te hebben dat overbelasting voorkomen wordt. Daarnaast betekent patiëntgerichte zorg ook het afschalen van zorg als de patiënt weer in staat is zelf dingen op te pakken en aandacht besteden aan advance care planning wanneer het leven in de laatste fasen is.

In de geïntegreerde zorg aan ouderen worden verschillende barrières ervaren. Naast samenwerking met patiënt, familie en mantelzorger, zijn interdisciplinaire samenwerking, regionale samenwerking en samenwerking met zorgverzekeraars hierin van belang. Onderstaande alinea's geven met name de verbeteringen aan.

- **Interdisciplinaire samenwerking:** Veel van de barrières hebben betrekking op interdisciplinaire samenwerking. Deze kunnen opgelost worden door kennis te hebben van de sociale kaart; weten wie je in welke situatie kunt benaderen, wat andere partijen kunnen betekenen voor jouw patiënt en hoe je anderen het best kunt bereiken draagt bij aan het verminderen van de ervaring dat elke discipline op een eigen eilandje werkt. Door daarnaast duidelijk af te spreken wie verantwoordelijk is voor welke taak en wie de regie heeft kan de samenwerking worden verbeterd. Daarnaast zou de communicatie en



wederzijdse informatievoorziening verbeterd kunnen worden door één geïntegreerd patiëntensysteem. Regelmatig contact met andere disciplines, multidisciplinaire overleggen en gezamenlijke bezoeken aan een patiënt zouden ook bijdragen aan betere interdisciplinaire samenwerking en daarmee aan betere geïntegreerde zorg.

- **Regionale samenwerking:** Regionale samenwerking is vooral van belang als het gaat om wijkniveau overstijgende situaties en is belangrijk om de kwaliteit van zorg regionaal gelijk te krijgen. Door regionale besprekingen en informatie bijeenkomsten voor zorgverleners, laagdrempelige informatiepunten over zorg en welzijn voor bewoners en regionale afspraken tussen zorgorganisaties zou de geïntegreerde zorg verbeterd kunnen worden, ook wat betreft preventie. Daarnaast geven diverse zorgverleners aan dat het eigenlijk mogelijk zou moeten zijn gespecialiseerd personeel van andere organisaties in consult te vragen.
- **Samenwerking met zorgverzekeraars:** Zorgverzekeraars spelen een belangrijke rol als het gaat om financiering van zowel medicijnen, materialen en hulpmiddelen en als het gaat om het betalen van zorgpersoneel. Door meer samenwerking met verzekeraars over wat in de regio nodig is en wat op welke manier vergoed wordt, kan de geïntegreerde zorg, zeker met oog op kosten, verbeterd worden.

#### Tijd en geld

In vrijwel alle vormen van samenwerking spelen beperkte tijd en financiële middelen een belemmerende rol. Zorgverleners geven aan dat ouderenzorg veel tijd vraagt: samenwerking met cliënt, familie en mantelzorgers is belangrijker, interdisciplinaire samenwerking is belangrijker, er zou verder gekeken moeten worden dan de klacht/zorgvraag van dat moment en uitleg geven aan oudere patiënten kan meer tijd kosten dan hetzelfde uitleggen aan jongere patiënten. Zorgverleners geven aan dat ze zich beperkt voelen door een hoge werkdruk, veroorzaakt door een tekort aan personeel, oneigenlijke regeltaken en administratie. Daarnaast worden ze niet gestimuleerd om samen te werken omdat ze enkel betaald worden voor directe behandelings- en verplegtijd, ze weinig tijd aan patiënten kunnen besteden en (multidisciplinaire) overleggen niet worden gefinancierd.



## 5. Conclusie

### 5.1 Algemeen

Deze inventarisatie van Klein Leed onder zorgverleners in de regio heeft geleid tot een grote hoeveelheid uiteenlopende voorbeelden van ervaren knelpunten. Wat opvalt is dat de respons uit de eerste lijn groter is dan de respons uit het ziekenhuis en dat het grootste deel van de respondenten verpleegkundige is. Vanuit sommige disciplines ontbreekt de respons, bijvoorbeeld vanuit artsen van de Spoedeisende Hulp in het ziekenhuis of ergotherapeuten in de eerste lijn. De resultaten geven een gevarieerd beeld als het gaat om ervaren Klein Leed.

Betere regionale samenwerking is zowel in de eerste als in de tweede lijn een belangrijke factor als het gaat om het voorkomen van Klein Leed. Onder zorgverleners in het ziekenhuis lijkt het elkaar (niet) kennen in de regio hierin een belangrijker rol te spelen ten opzichte van de andere factoren. Daarnaast wordt er in het ziekenhuis opmerkelijk minder actie ondernomen om vergelijkbare situaties te voorkomen dan in de eerste lijn (respectievelijk 29% en 82%), al wordt zowel in de eerste lijn als het ziekenhuis duidelijk dat overleggen voor veel zorgverleners het eerste is wat zij zelf ondernemen als ze aanlopen tegen Klein Leed of grote consequenties.

#### Conclusie verdiepende interviews

Veel van de voorbeelden van Klein Leed uit de vragenlijst hadden betrekken op een van de vormen van samenwerking – met cliënt, familie en mantelzorg, interdisciplinair, regionaal of met verzekeraars – of hadden voorkomen kunnen worden door betere samenwerking. Samenwerking wordt daarom door zorgverleners gezien als hét middel om de geïntegreerde zorg te verbeteren en bij te dragen aan het behalen van aan Quadruple Aim gerelateerde doelen. Veelal wordt benoemd dat (het ontbreken van) bekostiging van samenwerking een knelpunt vormt.

### 5.2 Bijdragen aan het voorkomen van Klein Leed

Een aantal genoemde knelpunten liggen buiten de invloedssfeer van Transmuralis. Daarnaast raken veel van de genoemde voorbeelden en thema's die naar voren komen in overige opmerkingen, aan netwerken, projecten of initiatieven waar vanuit Transmuralis of andere organisaties al aandacht voor is:

- Er is inmiddels gestart met het structureel invoeren van behandelwensgesprekken door huisartsen (inclusief training en bekostiging).
- In diverse wijken wordt gewerkt aan het verbeteren van samenwerking en netwerken in de wijk (o.a. wijksamenwerkingsverbanden, PaTz groepen, overleggen casemanagers dementie). Deze multidisciplinaire samenwerkingsverbanden kennen een vaste structuur.
- Het verbinden van zorg en welzijn staat op de agenda in het project 'Verbinding Zorg en Welzijn'.
- Een gezonde regio wordt gestimuleerd door onder andere de Alliantie Positieve Gezondheid.
- Binnen het project 'Op weg naar betere ouderenzorg' wordt gewerkt aan het vroegtijdig opsporen van kwetsbare ouderen en preventie.
- Bij de Warme overdracht hebben (enkele dagen voor de ontslagdatum van een kwetsbare patiënt) de verantwoordelijk verpleegkundigen van het ziekenhuis en de eerstelijnszorg, persoonlijk ('warm') contact met elkaar hebben waarbij zij de geplande goede overdracht van de patiënt bespreken aan de hand van een standaard. Hierbij





wordt de inbreng van de patiënt en de mantelzorgner nadrukkelijk betrokken.

Daar waar het thema in de voorbeelden van Klein Leed of de overige opmerkingen raakt aan een van deze structuren worden de resultaten doorgegeven aan de betreffende contactpersonen. Dit betreft:

- opmerkingen en suggesties die betrekking hebben op patiënten met dementie, deze worden doorgegeven aan het netwerk Dementie.
- aandachtspunten met betrekking tot palliatieve zorg, deze worden doorgegeven aan het netwerk Palliatieve zorg.

## 5.3 Aanbevelingen

### Aanbevelingen op basis van de vragenlijst

Uit deze inventarisatie komen een aantal thema's naar voren die niet ondergebracht kunnen worden onder een van de bestaande structuren. Op basis van de input uit de vragenlijst worden hierover de volgende aanbevelingen gedaan:

- **Beschikbaarheid materialen:** Het niet beschikbaar hebben van materialen in de eerste lijn kan grote consequenties hebben, inclusief ziekenhuisopname, en er worden zowel in de eerste lijn als vanuit het ziekenhuis voorbeelden over gegeven. Ook geldt 'Andersoortige afspraken met leveranciers' als een belangrijke factor in het voorkomen van Klein Leed. Er wordt daarom aanbevolen verder te inventariseren welke hulpmiddelen dit met name betreffen, wie een rol kunnen spelen in het oplossen van dit knelpunt en wat eventuele (regionale) oplossingen zouden kunnen zijn, bijvoorbeeld in de vorm van het aanstellen van apotheken die materialen groter in kunnen kopen en dit voor andere apotheken in de regio beschikbaar stellen. Ook contact tussen zorgverleners en zorgverzekeraars over wat nodig is in de regio en wat op welke manier vergoed wordt strekt tot de aanbeveling.
- **Beschikbaarheid tijdelijke opnameplekken:** Een andere aanbeveling betreft tijdelijke opnameplekken in de regio, zowel wat acute tijdelijke zorg in het algemeen, als planbare, tijdelijke zorg voor mensen met dementie betreft. Aanbevolen wordt om te inventariseren of de mogelijkheden in de regio voldoende bekend zijn bij bijvoorbeeld huisartsen en casemanagers dementie. Verder wordt aanbevolen om te inventariseren of de bestaande mogelijkheden voldoende aansluiten bij wat nodig is in de regio en of er voldoende plekken beschikbaar zijn.
- **Bekendheid bestaande initiatieven:** Daarnaast wordt aanbevolen de bekendheid van bestaande netwerken, projecten, diensten, producten en activiteiten in de regio te verbeteren. Veel van de thema's die naar voren komen in voorbeelden en overige opmerkingen vallen namelijk al onder bestaande initiatieven; hieruit kan geconcludeerd worden dat er meer mogelijk is en gedaan wordt dan wat zorgverleners op dit moment weten.

Met betrekking tot de Warme overdracht geldt hierbij dat naast meer bekendheid van het concept, het project ook verder uitgebreid zou kunnen worden naar overdracht in andere settings, bijvoorbeeld van revalidatie/tijdelijke opname naar huis of van huis naar intramurale setting.



### **Aanbevelingen op basis van interviews**

Vanuit de interviews is naar voren gekomen interdisciplinaire samenwerking bij zou dragen aan betere zorg voor individuele patiënten, minder kosten en meer werkplezier maar dat dit gehinderd wordt door beperkte tijd en financiële mogelijkheden. Het valt hierin op dat er verschillen zijn in hoe dit in disciplines en organisaties ervaren wordt en geregeld is. Deze verschillen zijn inherent aan de verschillende manieren van financieren.

- Ondanks dat het buiten de scope van het project Klein Leed valt, wordt er aanbevolen te onderzoeken wat mogelijkheden zijn om interdisciplinaire samenwerking te financieren om zo dit knelpunt op te lossen.
- Daarnaast wordt aanbevolen de mogelijkheden te onderzoeken met betrekking tot het consulteren van gespecialiseerd personeel van andere organisaties.

### **Aanbeveling wat betreft het meldpunt**

De helft van de respondenten op de vragenlijst geeft aan geen gebruik te maken van een eventueel meldpunt of nog niet weten of ze dit zullen doen. Wat betreft het meldpunt is het advies daarom om geen regionaal meldpunt Klein Leed te realiseren. Wel zou het periodiek ophalen van voorbeelden, zoals gedaan in deze inventarisatie, een mogelijkheid kunnen zijn om inzicht te krijgen in ervaren knelpunten. Daarnaast zou bekendheid van Transmuralis en betrokkenheid bij netwerken en activiteiten bij kunnen dragen aan het aanpakken van knelpunten.