

Project Ouderen 65+ op de SEH

Erasmus MC
Universitair Medisch Centrum Rotterdam



franciscus
Gasthuis & Vlietland

HagaZiekenhuis van Den Haag

MAASSTAD ZIEKENHUIS **ijssel land**
ziekenhuis

Groene Hart Ziekenhuis
Open voor iedereen

LangeLand
beter dichtbij



Gemaakt door:

<i>Kevin Berenschot</i>	<i>0891685</i>
<i>Aaricia van Breemen</i>	<i>0914918</i>
<i>Cheryl van Potten</i>	<i>0915828</i>
<i>Burak Sahinkaya</i>	<i>0897394</i>
<i>Ali Saral</i>	<i>0908921</i>

In opdracht van:

Hogeschool Rotterdam

Opleiding:

Logistiek & Economie

Projectgroep:

24

Vakcode:

ILEPJT22

Betreft:

Onderzoeksrapport

Docent:

Mevr. Y.L. Lont

Datum:

20-01-2016



overtref jezelf

Managementsamenvatting

Uit literatuuronderzoek is gebleken dat er sprake is van een toename op het aantal SEH bezoeken van 65-plussers. Dit is het gevolg van de bezuinigingen in 2015, sluiten van meerdere verzorgingshuizen, verpleeghuizen en de vergrijzing. De getroffen maatregelen in andere regio's zijn voornamelijk het uitbreiden van capaciteit. Wanneer de HCG deze maatregelen vergelijkt met de getroffen maatregelen bij de geïnterviewde ziekenhuizen in Zuid-Holland dan komen de maatregelen vrijwel overeen.

Na de bezuinigingen in 2015 is er over het algemeen bij elke SEH een toename van 65-plussers. Uit de datagegevens is het echter niet te achterhalen of dit direct te maken heeft met de bezuinigingen vanaf 2015. Allerlei factoren hebben hier invloed op, zoals vergrijzing. Dit is gebleken uit de verkregen data van de ziekenhuizen.

Van alle afgenomen interviews heeft de HCG een conclusie kunnen formuleren. Door toename van SEH-bezoeken van 65-plussers, dringen ontstaande problemen ver door in alle schakels in de zorglogistiek. Dat er een toename van SEH-bezoeken onder 65-plussers was, kon herleid worden uit de datagegevens. De meest opvallende gevolgen wat blijkt uit interviews zijn: het tekort aan bedden, de stijging van ambulance ritten, toename van opnames, personeelstekort en overplaatsingen.

Addendum

De Hogeschool Consultancy Groep (HCG) heeft voorafgaand de publicatie van dit onderzoeksrapport, het rapport geanonimiseerd. Zo zijn een aantal gegevens verwijderd of vervangen door algemene begrippen. Zo zijn de volgende punten veranderd in vergelijking met versie 1.0.

- ❖ In het Voorwoord zijn alle betrokken personen verwijderd en vervangen door de naam van het ziekenhuis of medisch centrum waar deze persoon voor werkzaam is.
- ❖ In hoofdstuk 4 Data-analyse, zijn alle namen van ziekenhuizen en van medisch centrum, van wie de HCG kwantitatieve data mocht ontvangen. Vervangen naar algemeen ziekenhuis 1 tot en met ziekenhuis 4.
- ❖ Alle transcripten van alle afgenomen interviews in bijlage 2 zijn geanonimiseerd.



HOGESCHOOL Consultancy Group

Rotterdam, 27 februari 2017

*Kevin Berenschot
Aaricia van Breemen
Cheryl van Potten
Burak Sahinkaya
Ali Saral*

Voorwoord

De Hogeschool Consultancy Groep (HCG) heeft opdracht aangenomen van de heer El Oasghiri, namens het *Centre of Practice Zuid-Holland*. Om onderzoek uit te voeren naar de toename van het aantal bezoeken van 65-plussers op de SEH-afdelingen in regio Rijnmond.

De HCG heeft gedurende dit onderzoek zowel informatie bemachtigd door research als door het afnemen door interviews. Hiervoor wil de HCG alle betrokkenen bedanken voor haar medewerking en prettige samenwerking.

- ❖ **Mohamed el Oasghiri** ~ Coördinator Minor Supply Chain Management & Docent-onderzoeker Logistiek in de Gezondheidszorg ~ te Hogeschool Rotterdam
- ❖ **Yvonne Lont** ~ Docente Logistiek & Economie, Project begeleidster Logistiek in de Zorg ~ te Hogeschool Rotterdam

- ❖ **Erasmus Medisch Centrum**
- ❖ **Medisch Centrum Haaglanden Antoniushove**
- ❖ **Maastad Ziekenhuis**
- ❖ **Groene Hart Ziekenhuis Bleulandlocatie**
- ❖ **Sint Franciscus Vlietland Schiedam**
- ❖ **Sint Franciscus Gasthuis Rotterdam**
- ❖ **IJsselland Ziekenhuis**
- ❖ **Stichting Bronovo-Nebo, Ziekenhuis Bronovo**
- ❖ **'t Lange Land Ziekenhuis**



HOGESCHOOL Consultancy Group

Rotterdam, 20 januari 2017

Kevin Berenschot
Aaricia van Breemen
Cheryl van Potten
Burak Sahinkaya
Ali Saral

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1. Inleiding	6
§1.1 – Aanleiding	6
§1.2 – Onderzoeksvraag.....	6
§1.3 – Achtergrond	6
Hoofdstuk 2. Theoretisch kader	7
§2.1 – Conceptueel ontwerp	7
§2.2 – Onderzoekbegrippen.....	8
§2.3 – Onderzoeksstrategie	8
§2.4 – Onderzoekmodellen	9
Hoofdstuk 3. Literatuuronderzoek.....	9
§3.1 – Situatie voor 01-01-2015.....	10
§3.2 – Situatie na 01-01-2015.....	10
§3.3 – Waar in de keten van de zorg veroorzaakt de toename problemen.....	11
§3.4 – Sluiting verzorgingstehuizen	11
§3.5 – Toename van 65-plussers op SEH in andere regio's van Nederland.....	12
§3.6 – Klachten van ouderen op de SEH	13
Hoofdstuk 4. Data-analyse	15
§4.1 – Ziekenhuis 1.....	15
§4.2 – Ziekenhuis 2.....	15
§4.3 – Ziekenhuis 3.....	16
§4.4 – Ziekenhuis 4.....	16
Hoofdstuk 5. Field-research.....	16
§5.1 – Geografische spreiding	17
§5.2 – Interviews.....	18
Hoofdstuk 6. Conclusies & vergelijkingen	20
Hoofdstuk 7. Bibliografie.....	21
Bijlagen	
Bijlage 1 – Samenwerkingsverbanden en initiatieven.....	23
Bijlage 2 - Interviews.....	25

Hoofdstuk 1. Inleiding

§1.1 - Aanleiding

De afgelopen jaren zijn verschillende regio's uit Nederland in het nieuws geweest betreffend de toename van het aantal 65-plussers die zich melden op de SEH-afdelingen. Uit regio Rijnmond zijn hier weinig tot geen signalen over naar buiten gekomen. De HCG heeft opdracht gekregen van de heer el Ouasghiri, *Centre of Practice Zuid-Holland*, om te onderzoeken of er ook sprake is van eenzelfde toename op de SEH-afdelingen in regio Rijnmond en of dit een probleem is.

Om een representatief resultaat uit te kunnen brengen heeft de HCG het onderzoeksgebied uitgebreid tot Zuid-Holland.

§1.2 - Onderzoeksvraag

De HCG heeft de volgende onderzoeksvraag onderzocht:

'Zijn het aantal 65-plussers op de SEH-afdelingen van Zuid-Hollandse ziekenhuizen toegenomen na de bezuinigingen vanaf 01-01-2015 en veroorzaakt dit problemen binnen de zorgketen?'

§1.3- Achtergrond

Op 1 januari 2015 zijn er verschillende hervormingen in de langdurige zorg doorgevoerd. De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz) zijn toen in werking getreden. Ook vergoed de Wlz vanaf 1 januari 2015 uitsluitend de zwaarste langdurige zorg, voor mensen die echt niet langer thuis kunnen wonen. De lichtere vormen van zorg worden geregeld door de gemeente via de Wmo. Daarnaast gaat sommige zorg over naar de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Door deze hervormingen is mantelzorg een veel grotere rol gaan spelen en vindt professionele zorg veel meer bij ouderen thuis plaats. De gemeenten, mantelzorgers en zorgverzekeraars nemen een groot deel van de verantwoordelijkheid op zich voor de organisatie van de ouderenzorg, voorheen was dit voornamelijk de rijksoverheid. Deze hervormingen zijn doorgevoerd zodat er zorg op maat in de thuissituatie geboden kan worden, wat zowel cliëntgerichter als goedkoper is. Het gaat meer om welke zorg er daadwerkelijk noodzakelijk is dan het recht op bepaalde vormen van ondersteuning en zorg.

Tevens is er in Nederlands sprake van vergrijzing, dit houdt in dat het aandeel ouderen van 65 jaar en ouder in de bevolking groeit. Sinds 2013 is het aantal ouderen versneld toegenomen, onder andere door de steeds hoger wordende levensverwachting.

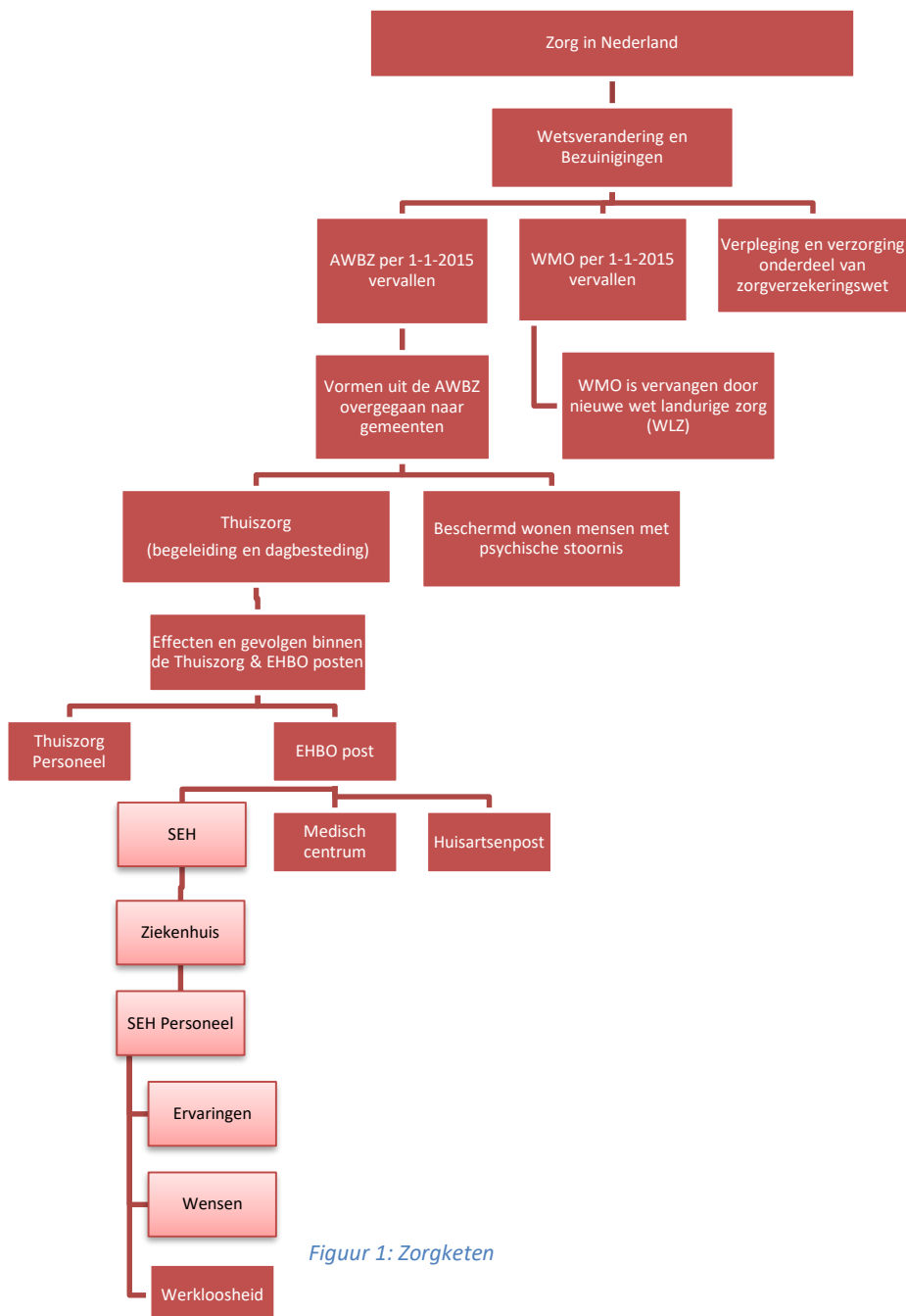
In paragraaf 3.5 wordt een verdere toelichting gegeven, betreffend de maatregelen die ziekenhuizen in andere regio's binnen Nederland getroffen.

Hoofdstuk 2. Theoretisch kader

Het onderzoek gaat over het scheppen van een duidelijk beeld, waarin de HCG probeert vast te stellen of de bezuinigingen van januari 2015 een probleem hebben veroorzaakt, wat betreft het aantal SEH-bezoeken van 65-plussers in regio Zuid-Holland. Als de bezuinigingen problemen hebben veroorzaakt, hoe groot is het probleem dan? Hoe ver dringt het door in de keten van de zorg? De HCG heeft zich vooral gericht op de 65-plussers in de SEH-afdeling.

§2.1 - Conceptueel ontwerp

Om hiervan een duidelijk beeld te creëren, is er een visueel overzicht gemaakt in figuur 2.1 van de hele keten en welk deel de HCG heeft onderzocht.



Figuur 1: Zorgketen

§2.2 - Onderzoekbegrippen

Om het verder in het rapport leesbaar en begrijpelijk te maken, zullen er een aantal belangrijke begrippen nader worden uitgelegd.

- **Spoedeisende hulp (SEH):** Dit is een afdeling binnen ziekenhuizen. Hier komen mensen terecht die met spoed behandeld moeten worden. De patiënten kunnen doorverwezen zijn vanuit de huisarts, via de ambulance of door zelf de SEH afdeling binnen te lopen.
- **Zorgketen:** De zorgketen is de hele stroom waarvan een schakel direct invloed kan hebben op de overige schakels. In figuur 2.1 is een weergave gegeven van de zorgketen waarbij alleen de relevante schakels erin zijn verwerkt, omdat het anders te uitgebreid wordt en overbodig is voor dit onderzoek.
- **Bezuinigingen:** In dit onderzoek staan er een aantal bezuinigingen centraal. Dat zijn (Atlas van Zorg & Hulp (Atlante), 2015):
 - **Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo):** Wmo regelt dat mensen met een beperking de voorzieningen, hulp en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. Deze hulp kan aangevraagd worden via de gemeente.
 - **Wet langdurige zorg (Wlz):** Wlz is er voor mensen die de hele dag intensieve zorg en/of toezicht dichtbij nodig hebben. Bijvoorbeeld ouderen met een gevorderde dementie of mensen met een ernstige verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking.
 - **Zorgverzekeringswet (Zvw):** Iedereen in Nederland is verplicht een basisverzekering af te sluiten om de kosten voor medisch noodzakelijk zorg te dekken.
- **Mantelzorg:** Dit wordt ook wel thuiszorg genoemd. Niet-zelfredzame patiënten die langdurige zorg nodig hebben, worden niet meer opgenomen in het ziekenhuis, maar krijgt mantelzorg. Dit is dan een aantal keer per dag, afhankelijk van de zelfredzaamheid. Doordat vooral ouderen deze zorg krijgen in plaats van een opname, is de verwachting dat er meer ongevallen thuis plaatsvinden en de mensen eerder via de SEH-afdeling opgenomen worden en daarom het aantal bezoeken toe zullen nemen.
- **Vergrijzing:** Ook vergrijzing kan gezien worden als een probleem in de zorg. Relatief hebben ouderen meer zorg nodig dan de overige leeftijdsgroepen en door vergrijzing kan de zorg hiervoor toenemen.
- **Codatie:** Codatie wordt gebruikt om de kernpunten uit een interview te halen. Alle punten die genoemd worden, worden eerst gegroepeerd en vervolgens wordt een selectie uit elke groep gemaakt, van punten die per groep het kernprobleem bevatten.

§2.3 - Onderzoeksstrategie

Om een onderzoek tot een goed eindresultaat te brengen is het heel belangrijk dat er bepaald wordt wat voor soort onderzoek het is en wat voor methodes er worden gebruikt om het onderzoek zo betrouwbaar en valide mogelijk te maken.

Het onderzoek is een fundamenteel (theoriegericht) onderzoek. Dat wil zeggen dat de het niet een onderzoek is die primair gericht is op toepassing in de praktijk. Om dit zo goed mogelijk in kaart te brengen, wordt zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek gedaan. Dit wordt ook wel triangulatie genoemd. De HCG heeft eerst kwalitatief onderzoek gedaan door de recente literatuur te bestuderen en daaruit de belangrijkste informatie te achterhalen. Vervolgens zijn er interviews afgenomen met een aantal SEH-afdelingsmanagers en met andere personen binnen de zorgketen. Ook zijn er numerieke data verzameld waardoor er statistische grafieken en tabellen van gemaakt konden worden. Deze cijfermatige datagegevens behoren tot kwantitatief onderzoek. Als laatst zijn de bevindingen uit de interviews en datagegevens vergeleken met de recente literatuur om hier conclusies uit te trekken.

§2.4 - Onderzoekmodellen

Voor dit onderzoek zullen er een aantal modellen gebruikt worden om het kernprobleem vast te stellen. Het eerste model is het Ishikawa-diagram, ook wel het visgraatdiagram. Met behulp van het visgraatdiagram kan de HCG de oorzaken en het probleem met elkaar verbinden. Rechts van het diagram vormt het kernprobleem. In de diagonale pijlen staan mogelijke hoofdoorzaken van het kernprobleem. Bij elke hoofdoorzaak moet worden gekeken hoe deze hoofdoorzaken de problematiek kan hebben veroorzaakt. Op deze manier komen de oorzakelijke zwaartepunten aan het licht. Langs de lijn van iedere hoofdoorzaak worden al omvattende factoren vermeld die met de problematiek samenhangen. Een voorbeeld van een visgraatdiagram is te zien in diagram 1.

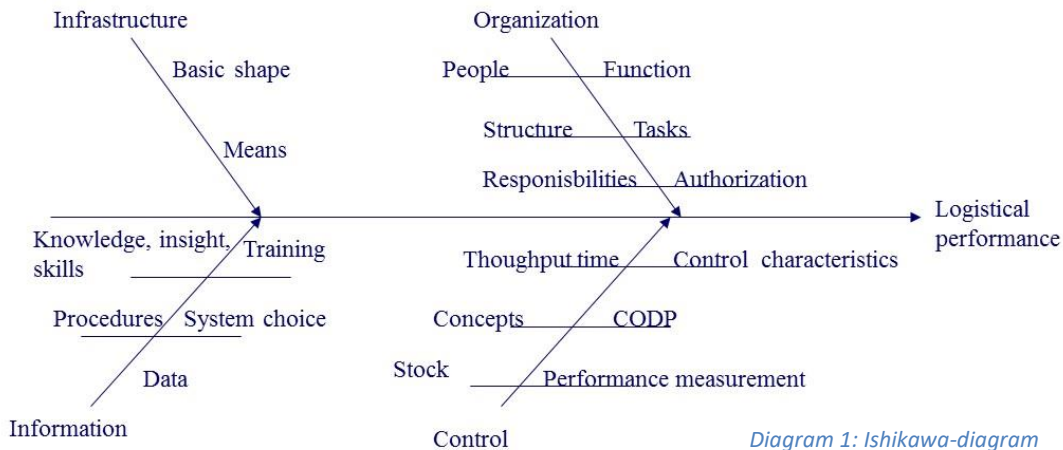
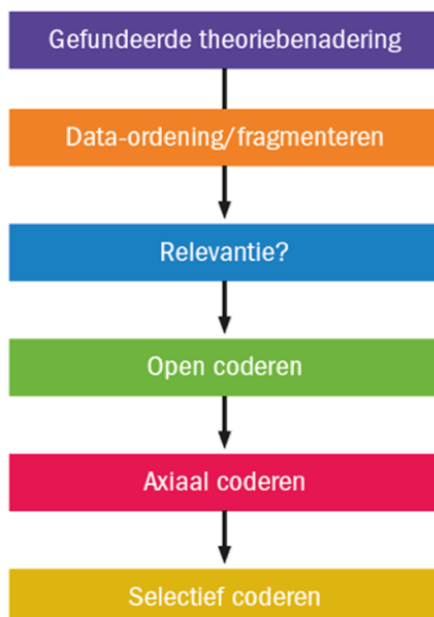


Diagram 1: Ishikawa-diagram

Een tweede hulpmiddel waar de HCG gebruik van heeft gemaakt is het oorzaak-gevolgschema uit diagram 2. In veel onderzoeken zijn de gevolgenreeks bekend en is de oorzaak de vraag. In dit onderzoek wordt er gekeken welke oorzaken met welke gevolgen zijn gekoppeld.



Diagram 2: Oorzaak-gevolgschema



Als laatste heeft de HCG gebruik gemaakt van het Interviews Cyclisch Saturatie model uit diagram 3. Volgens dit model kunnen afgenomen interviews volledig geanalyseerd worden om per uitgewerkt interview (transcript) achter de gevolgen en oorzaken te kunnen komen waar de geïnterviewde persoon mee zit. Dit wordt gedaan door middel van codatie.

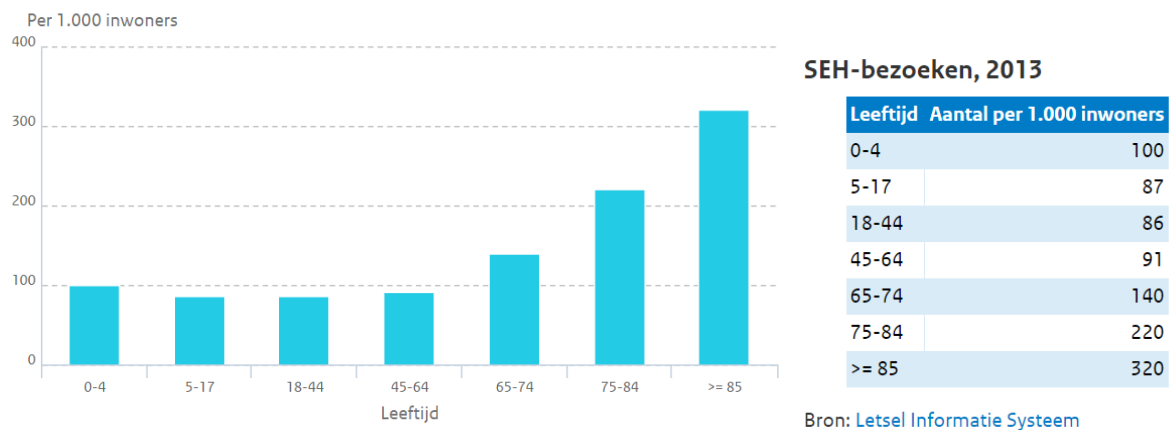
Diagram 3: Interviews Cyclisch Saturatie

Hoofdstuk 3. Literatuuronderzoek

In dit hoofdstuk zijn de kwantitatieve bevindingen beschreven. Hiervoor is data verzameld van alle SEH-afdelingen in Nederland voor de validiteit. Voordat de bevindingen worden beschreven is het van belang dat er enkele termen verhelderd worden over de verschillende zorggraden. In de zorg wordt onderscheiding gemaakt tussen nulde-, eerste- en tweedelijnszorg. Onder nuldelijnszorg valt de zorg die gegeven wordt door familie, vrijwilligers en mantelzorgers. Onder eerstelijnszorg valt de zorg waar iedereen gebruik van kan maken zonder hiervoor een verwijzing nodig te hebben. Hieronder vallen huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers. Tenslotte valt onder tweedelijnszorg de zorg waarvoor een verwijzing nodig is. Hieronder vallen ziekenhuizen en psychologen en hier wordt gebruik van gemaakt wanneer klachten bijvoorbeeld uitbreiden of op de lange termijn plaatsvinden en hier een specialistische behandeling nodig is.

§3.1 - Situatie voor 01-01-2015

Het aantal SEH-bezoeken is het hoogst voor personen van 65-plussers. In de onderstaande tabel is het aantal SEH-bezoeken naar leeftijd in het jaar 2013 zowel in een grafiek als tabel weergegeven.



Figuur 2: SEH-bezoeken

Figuur 3: SEH-bezoeken

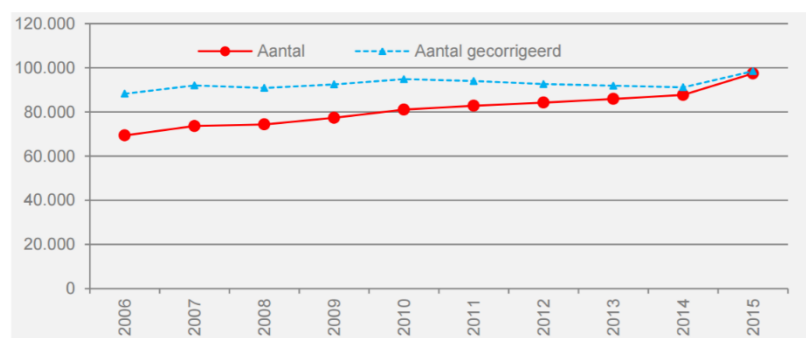
§3.2 – Situatie na 01-01-2015

De meest voorkomende oorzaak van letsel door een ongeval bij ouderen zijn valongevallen. Privé-valongevallen omvatten 83% van alle valongevallen bij ouderen waarvoor een SEH-bezoek nodig is. Bij de SEH-bezoeken is een stijgende trend te zien. Deze trend is eveneens aanwezig na de correctie voor veranderingen in de bevolkingsopbouw. Onder de SEH-bezoeken stijgen de valongevallen harder dan op basis van de vergrijzing verklaard kan worden, (Draisma, 2016).

In het onderstaande figuur is de stijging te zien en toont het op basis van de correcties aan dat het aantal SEH-bezoeken na een val min of meer stabiel was in de jaren voor 2015.

Waarna dit eveneens met de correctie in 2015 duidelijk harder is gestegen dan op basis van de bevolkingsopbouw verklaard kan worden.

Figuur 4: SEH-bezoeken na een val



Bron: Letsel Informatie Systeem 2006-2015. VeiligheidNL

De NOS heeft aan alle SEH-afdelingen van Nederland de vraag uitgezet of er in 2015 sprake is van een toename van het aantal ouderen patiënten op de SEH ten opzichte van de jaren daarvoor. Uit de reacties die de NOS heeft ontvangen is gebleken dat er sprake is van een structurele toename van het aantal ouderen bezoeken aan de SEH-afdelingen. Tweederde van de SEH-afdelingen geeft aan meer bezoeken te krijgen van 75+. Daarnaast spreekt bijna een op de vijf postten van een sterke stijging. Uit het onderzoek van de NOS is verder gebleken dat de oorzaak van de toename niet alleen vergrijzing is, een kwart van de SEH-afdelingen geeft aan dat het zorgbeleid van de regering hier een oorzaak in is. Als gevolg van het steeds langer thuis wonen onder ouderen stijgt het risico op persoonlijke ongelukken.

Het LUMC was niet bereid mee te werken aan ons onderzoek. Echter heeft de HCG de volgende informatie opgedaan aan de hand van literatuuronderzoek.

In het LUMC in Leiden kampen ze ook met capaciteitsproblemen door de toenemende vraag van ouderen. Prof. Dr. Inger Schipper van het LUMC meldt zegt hier het volgende over:

‘De zorgketen is ontzettend lang. Als patiënten na behandeling in het ziekenhuis niet naar huis kunnen, omdat ze nog te zwak zijn, en er geen plaats is in het verzorgings- of verpleeghuis, houden ze bedden bezet voor mensen die eigenlijk vanaf de SEH opgenomen moeten worden. Hierdoor ontstaat op de Eerste Hulp een capaciteitsprobleem, waardoor wij op de SEH geen nieuwe patiënten meer kunnen ontvangen. In de regio is als noodoplossing wel afgesproken dat de minder complexe traumaspoezorg niet in traumacentrum LUMC wordt verleend. Mensen met een heupfractuur worden dan bijvoorbeeld overgeplaatst naar het Bronovo in Den Haag. We moeten kritisch kijken naar de organisatie van de acute zorg. Nu is het veelal de praktijk dat de acute zorg de gaten mag opvullen van de electieve zorg, terwijl door de vergrijzing de vraag naar spoedzorg juist toeneemt. Met dat gegeven in het achterhoofd is ook de acute zorg planbaar. We ontkomen er niet aan om de complexe en acute zorgstromen te splitsen en verder te concentreren, waarbij de minder complexe zorg ook in perifere ziekenhuizen geleverd kan worden’ (Knoop, 2016).

§3.3 – Waar in de keten van de zorg veroorzaakt de toename problemen

Aan ‘De Monitor’ heeft Bastemeijer een interview afgegeven over zijn ervaringen op de SEH-afdeling van het Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam, dat enige tijd geleden fuseerde met het Vlietland Ziekenhuis in Schiedam. Bastemeijer is werkdag in het Sint Franciscus Gasthuis geeft aan dat de zorg voor patiënten tekortschiet. Door gebrek aan mantelzorg melden veel ouderen zich op de SEH-afdeling. Daarnaast is de toename aan bezoeken van ouderen op de SEH-afdelingen toegenomen door bezuinigingen in de thuiszorg en het sluiten van verzorgings- en verpleeghuizen.

De drukte op de SEH-afdeling zorgt voor problemen verder in de keten. De patiënten kunnen niet tijdig behandeld worden, waardoor ze uren op een brancard liggen die eigenlijk elders nodig is. Bastemeijer geeft aan dat het steeds vaker nodig is om noodmaatregelen te nemen die uiteindelijk gevolgen hebben voor de hele keten. Een voorbeeld hiervan is dat ambulances uit moeten wijken naar een ander ziekenhuis, omdat alle bedden bezet zijn op de SEH-afdeling (Schut, 2016).

Daarnaast komt de situatie ook steeds vaker voor dat er een bed vrij is op de SEH, maar dat er dan geen ambulance beschikbaar is. Dit is een gevolg van het sluiten van een aantal SEH-posten. Doordat er minder SEH-posten zijn, worden de ambulance ritten langer en zijn er steeds minder ambulances beschikbaar voor spoedritten (schut, 2016)

§3.4 – Sluiting verzorgingstehuizen

Vanaf 2013 stuurt het kabinetsbeleid aan op een versnelde afbouw van verzorgingshuiszorg om ouderen steeds langer thuis te laten wonen. Dit zal de komende jaren nog doorzetten, de verwachting is dat de capaciteit van verzorgingstehuizen met 40 procent af zullen gaan nemen. In de periode 1980 en 2010 daalde het aantal plaatsen voor ouderen in verzorgingstehuizen van 196.000 naar 158.000. Eind 2017 zal dit aantal rond de 95.000 plaatsen liggen.

Tussen 2013 en 2020 zullen 800 van de 2000 verzorgings- en verpleeghuislocaties in Nederland sluiten. Wat inhoudt dat vier van elke tien locaties dicht gaan (PCOB, 2014).

Er zijn wijzigingen doorgevoerd betreffend het in aanmerking komen voor verblijven in een verzorgings- of verpleegtehuis. Vanaf 01-01-2014 komen de ouderen die de lichtste vormen van zorg nodig hebben niet meer terecht kunnen in een verzorgingshuis. Dit is gebaseerd op het zorgzwaartepakket. Een zorgzwaartepakket staat voor wat zorg en ondersteuning de persoon nodig heeft. Momenteel is de benaming overgegaan naar een zorgprofiel. Het gaat hierbij om ouderen met een zorgprofiel van één en twee, wat onder een laag pakket valt Verpleging & Verzorging. Hier vallen de profielen één tot en met drie onder. Daarnaast komen ook de ouderen die in het zorgprofiel drie vallen niet meer in aanmerking voor een verzorgingshuis vanaf 2015. Tenslotte is in 2016 de groep ouderen hieraan toegevoegd die in zorgprofiel 4 vallen, wat tevens onder Verpleging & Verzorging valt maar onder een hoog zorgprofiel is ingedeeld. Dit is niet met terugwerkende kracht bewerkstelligd en gaat dus uitsluitend om nieuwe gevallen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013).

§3.5 – Toename van 65-plussers op SEH in andere regio's van Nederland

In het najaar van 2016 is er door de organisatie veiligheid NL een algemeen onderzoek gestart met betrekking op de toename van 65-plussers op SEH-afdelingen. In dit onderzoek hebben 7 SEH-afdelingen uit verschillende regio's meegewerkt om zo een algemeen beeld van de huidige situatie in Nederland te creëren. In de periode van 12 tot en met 25 september zijn de SEH-afdelingen door 285 65-plussers bezocht. Ook is er een vergelijking gemaakt met betrekking tot voorgaande periode van 2012 tot en met 2015. (Nijman & Panneman, 2015) Hieruit is gebleken dat er vooral een toename is tussen de leeftijd van 70-90 jaar en thuiswonenden ouderen die 70 jaar of ouder zijn. Hieronder worden een aantal situaties van verschillende regio's beschreven waarin de problemen door de toenames van ouderen op SEH-afdelingen beschreven worden met hierbij bijpassende oplossingen.

Volgens een onderzoek van de NOS neemt het aantal van ouderen ook in kleinere gemeenten toe. Zo is in 2015 het Rode Kruis ziekenhuis in Beverwijk het aantal bezoeken van 75-plussers gestegen met 10 procent en in het Tjongerschans-ziekenhuis in Heerenveen met 15 procent (Brink, 2015). In Amsterdam zijn er 7 SEH-afdelingen. Het aantal ouderen dat zich meldt bij de SEH-afdelingen neemt jaarlijks toe. In 2013 waren dit er 13.000, in 2014 steeg dit aantal naar 14.200 en in 2015 was dit aantal 15.278. In het AMC in Amsterdam heeft de SEH-afdeling in 2016 maatregelen genomen met betrekking tot de toename van het aantal patiënten per jaar. Het AMC kon de stijging van de vraagstroom niet meer aan. Het AMC heeft er daarom voor gekozen om de SEH-afdeling uit te breiden. Zo zijn er 28 bedden extra geplaatst en er is extra verpleegkundig personeel aangenomen. Hiermee verwachten zij de toekomstige stijgende stroom van ouderen op de SEH aan te kunnen (Blikopnieuws, 2016).

Ziekenhuizen in Flevoland en Noord-Holland moeten op de SEH-afdeling vaker een opnamestop afkondigen. De negentien ziekenhuizen die gelegen zijn in de regio Noord-Holland en Flevoland hebben in 2016 2300 keer een opnamestop moeten afgeven. Drie jaar eerder lag dit aantal nog op 430 stops. Bas Knoop van het medisch contact heeft daarom een aantal vragen gesteld aan verschillende SEH-experts om te kijken wat voor verklaringen deze experts hebben voor de toename van ouderen op de SEH en wat hun denken wat de oplossing voor dit probleem is. Volgens de experts is een belangrijke oorzaak van de problemen op de SEH te wijten aan de sterke toename van kwetsbare ouderen met cormibiditeit. Dit is volgens hen een direct gevolg van het kabinetsbeleid om voor 2020 honderden verzorgingstehuizen te sluiten en een gevolg van de bezuinigingen op de thuiszorg. Zij geven daarom ook in een brandbrief aan dat het kabinet het plan om verzorgings- en verpleeghuizen te sluiten moeten herzien. Verder moeten gemeenten de opdracht krijgen om voldoende thuiszorg in te kopen. Traumachirurg Tan berekende het aantal ouderen dat een bezoek heeft gebracht aan de SEH in Radboudumc. Ook hier hebben zij een capaciteitsprobleem en zijn zij genoodzaakt een oplossing voor het probleem te vinden.

Hij zegt hierover het volgende: *‘Als een oudere na een val van de trap zijn beide polsen breekt, kun je hem na behandeling op de SEH niet direct naar huis sturen. Opname in het ziekenhuis volgt, wat een extra belasting is voor onze capaciteit. Het is daarom verstandig om in een ziekenhuis standaard een aantal bedden te reserveren voor spoedzorg, bijvoorbeeld voor het opereren van botbreuken’* (Knoop, 2016).

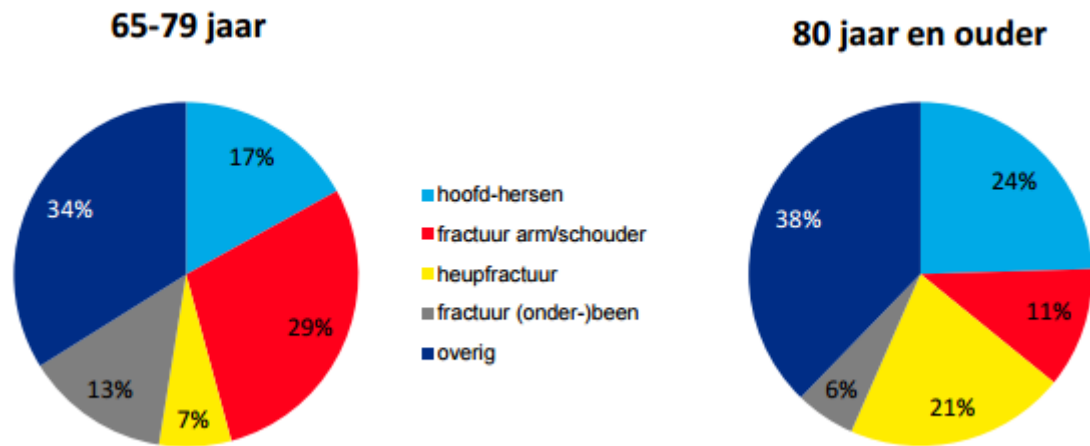
In een brief gericht aan ene mevrouw Schippers verklaart Acute Zorg Regio Noord-Nederland dat ook daar de drukte herkend wordt in de acute zorgketen. Daarnaast geven ze echter aan dat de aard en omvang hiervan niet vergelijkbaar lijkt met de situatie in de regio van Amsterdam. *‘De ROAZ-en Friesland en Drenthe/Groningen (ziekenhuizen, RAV’s (incl. Meldkamer Noord-Nederland), huisartsen, GGD/GHOR, verloskundigen, Zorgbelang en Zorgverzekeraars), zijn alert op ontwikkelingen in de zorgvraag.’* Deze organisaties zijn van mening dat de toename van patiëntstromen benaderd dient te worden vanuit de volledige keten. En hiermee naast de beschikbaarheid van de SEH ook om de door- en uitstroom naar andere vormen van zorg. Om dit te realiseren is er medio 2016 een gezamenlijke werkgroep geformeerd vanuit de ‘ROAZ-en Friesland en Groningen/Drenthe, en Expertisecentrum Healthwise van de Rijksuniversiteit Groningen. Deze werkgroep doet onderzoek om de onderliggende problematiek met betrekking tot de drukte in de acute zorgketen, in Noord-Nederland in kaart te brengen. Op basis van deze resultaten zal er besloten worden of de werkgroep een plan van aanpak opstelt om de situatie te verbeteren. Hieronder zijn een regionale samenwerkingsverbanden en initiatieven weergegeven die al ontwikkeld zijn of nog in ontwikkeling zijn. Deze zijn erop gericht om de (acute) zorg voor kwetsbare ouderen te verbeteren, in bijlage 1 wordt toegelicht wat de functies zijn:

- Zorgnazorg
- Transmurale Zorgbrug
- Hospital@home
- Verpleegkundige Topzorg
- SamenOud
- Het Universitair Netwerk Ouderenzorg (UNO-UMCG)
- Regionaal Overleg Geriatrische Revalidatie Zorg

§3.6 – Klachten van ouderen op de SEH

Door nieuwe doorvoeringen van het kabinet zijn ouderen genoodzaakt om langer thuiswonend te blijven. Dit betekent dat ouderen vatbaarder zijn voor eventuele valincidenten omdat zij niet begeleid worden bij dagelijkse bezigheden. Uit onderzoek van Veiligheid NL is gebleken dat ouderen van 80 jaar of ouder vaker hersenletsel of een heupfractuur oplopen dan ouderen die in de categorie 65-79 zitten. Ongeveer tweederde gevallen van 65-plussers op de SEH-afdeling bevat een fractuur of hersenletsel. Eénderde heeft lichte verwondingen, zoals kneuzingen of schaafwonden (Nijman & Panneman, 2015).

Uit onderzoek van omroep MAX die in samenwerking zijn gegaan met de Nederlandse vereniging van Spoed Eisende Hulp Artsen is gebleken dat 1 op de 3 artsen zich zorgen maakt om ouderen die teveel alcohol nuttigen. Uit een enquête is gebleken dat 90 procent van de artsen te maken krijgt met ouderen die onder invloed op de SEH-afdeling komen. Bij bijna de helft van deze gevallen blijkt het om een zeer hoog percentage alcohol te gaan. De oorzaak hiervan ligt bij de nieuwe regeling. Ouderen moeten steeds langer thuiswonend blijven en dit gaat gepaard met eenzaamheid. Ouderen zijn langer alleen en dit zorgt ervoor dat zij sneller geneigd zijn alcohol te drinken. (Blikopnieuws, 2016)



Figuur 5: Klachten

Bron: VeiligheidNL

Hoofdstuk 4. Data-analyse

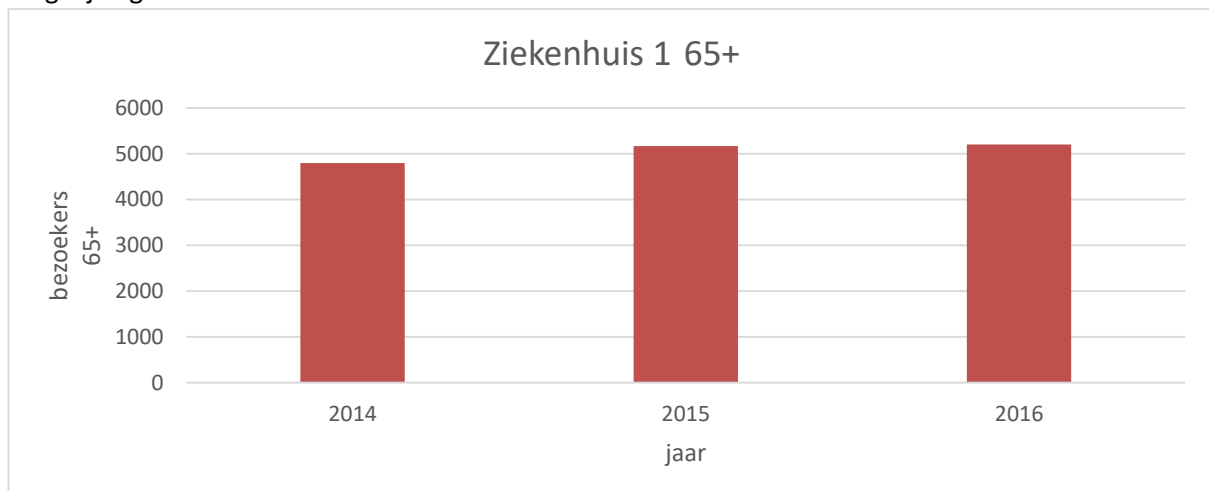
In dit hoofdstuk zal de HCG alle verkregen data analyseren en hier een duidelijk overzicht van maken, zodat er duidelijke conclusies kunnen worden getrokken gebaseerd op relevante cijfers.

§4.1 – Ziekenhuis 1

In figuur 6 worden de aantal SEH-bezoeken van 65-plussers van ziekenhuis 1, van 2014 weergegeven. In 2014 waren er 4798 SEH-bezoeken van 65-plussers, waarvan er 2468 werden opgenomen in het ziekenhuis. Dat is 51,4% van het aantal bezoeken.

In 2015 zijn de bezuinigingen van start gegaan. In dit jaar waren er al 5164 bezoeken van 65-plussers. Dit is een toename van 7% vergeleken met 2014. Van de 5164 werden er 2564 opgenomen en doorverwezen naar een ander afdeling. Dit is weer 3.7% meer ten opzichte van het voorgaand jaar.

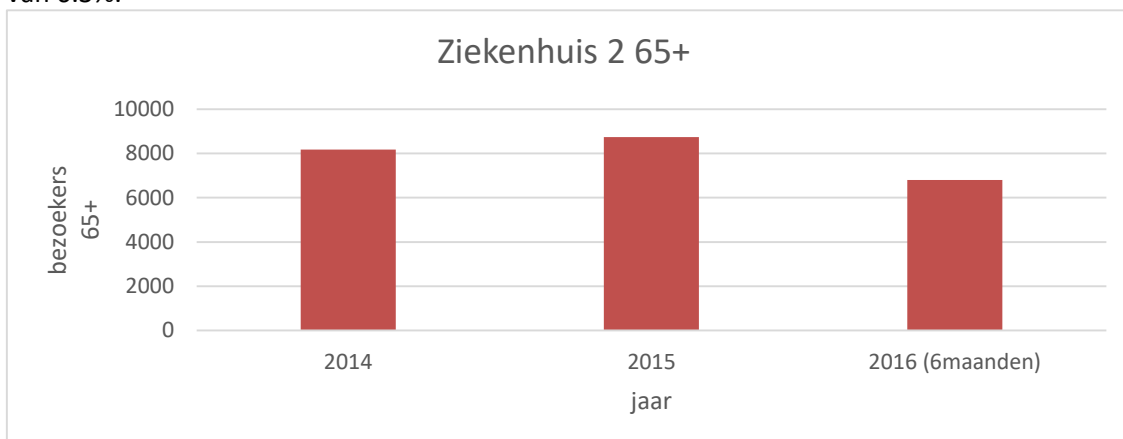
In het figuur worden ook de aantal bezoeken van 2016 weergegeven van 65-plussers. In 2016 waren er 5204 SEH-bezoeken van 65-plussers. De toename is kleiner dan 1% in vergelijking met 2015. Van de 5204 werden er 2549 opgenomen in het ziekenhuis. Dit is een daling van minder dan 1% in vergelijking met 2015.



Figuur 6: Ziekenhuis 1

§4.2 – Ziekenhuis 2

In figuur 7 worden de SEH-bezoeken van 65-plussers weergegeven van ziekenhuis 2. Het gaat hierbij dan vooral om 2014 en 2015 aangezien ziekenhuis 2 de SEH-bezoeken van 2016 nog niet compleet hadden. In 2014 waren er 8182 bezoeken en in 2015 waren dat er 8736 bezoeken. Dit is een groei van 6.3%.

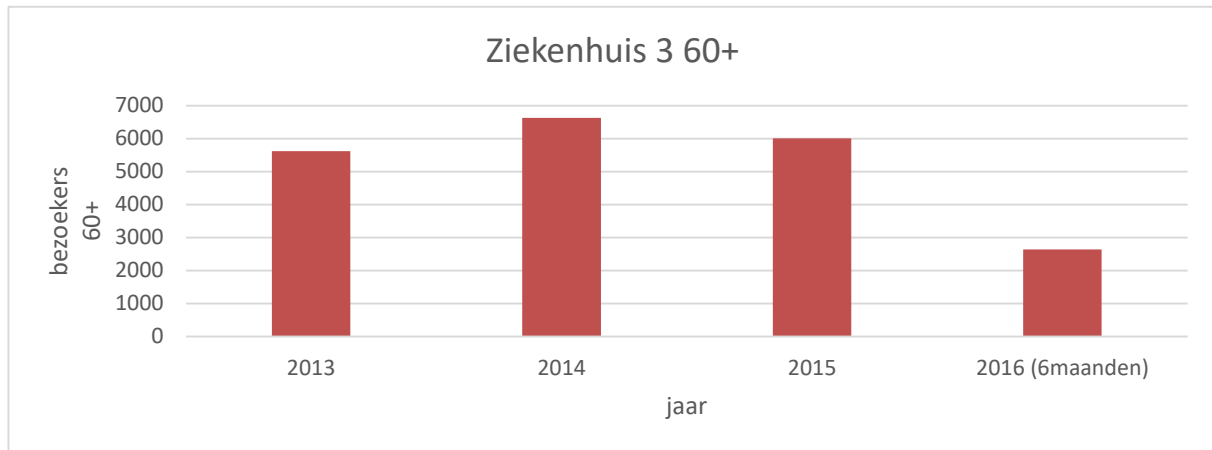


Figuur 7: Ziekenhuis 2

§4.3 – Ziekenhuis 3

In ziekenhuis 3 zijn de 60-plussers meegenomen, omdat er bij de verkregen data geen onderscheidt kon gemaakt worden tussen 65-plussers en 60-plussers.

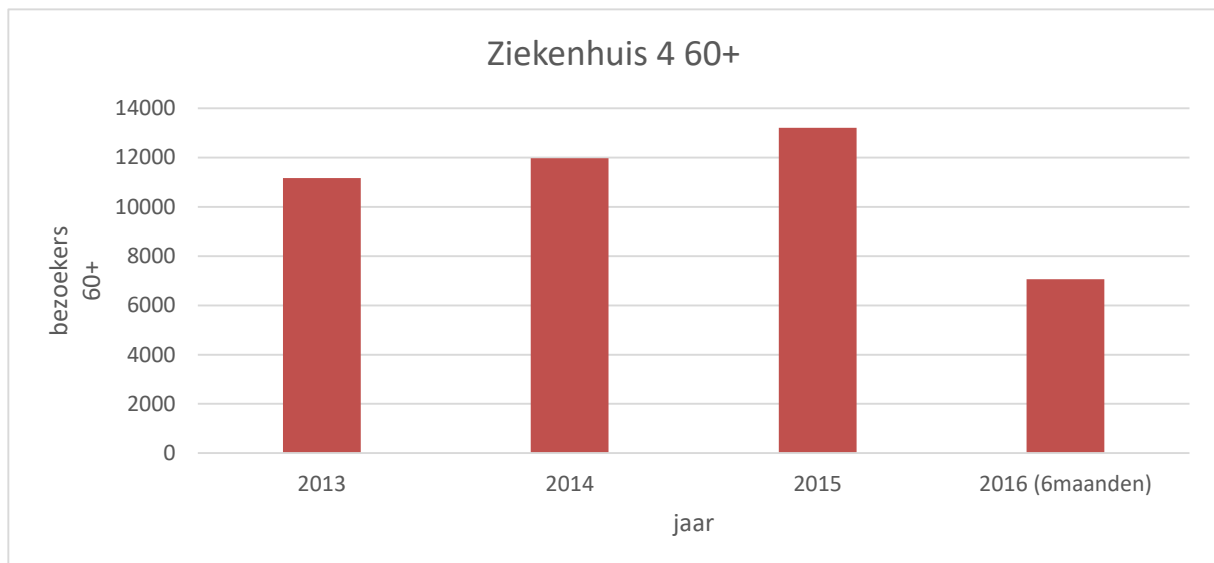
In dit ziekenhuis waren er 5625 bezoeken in het SEH-afdeling in 2013. Het aantal in 2014 steeg. Dit aantal steeg namelijk naar 6633 bezoeken. Dat is een toename van 17,9%. Na de invoering van de bezuinigingen in 2015 is het aantal gedaald. Dit betekent niet dat de bezuinigingen hier effect op hebben. Het aantal bezoeken in 2015 waren 6007. Voor 2016 is er niet echt te vergelijken nog, omdat er alleen gegevens zijn van het eerste halfjaar van 2016. Dit waren er 2638. Zie figuur 8.



Figuur 8: Ziekenhuis 3

§4.4 – Ziekenhuis 4

In ziekenhuis 4 zijn de 60-plussers meegenomen, omdat er bij de verkregen data geen onderscheidt kon gemaakt worden tussen 65-plussers en 60-plussers. In 2013 was het bezoekersaantal van 65-plussers 11165 en in 2014 was dit 11980. Dit was een groei voordat de bezuinigingen ingevoerd waren. Nadat de bezuinigingen ingevoerd waren steeg het bezoekersaantal van 65-plussers naar 13214. Dit is een groei van 9.3% (1234). Van het jaar 2016 zijn alleen de eerste 6 maanden te zien. Hoewel dit niet alles is kan ervan uitgegaan worden het bezoekersaantal van 65-plussers wat hoger zal gaan liggen dan de voorafgaande jaren. Zie figuur 9.



Figuur 9: Ziekenhuis 4

Hoofdstuk 5. Field-research

Naast een data-analyse van kwantitatieve data uit verschillende ziekenhuizen, heeft de HCG gezocht naar een manier om haar onderzoek nog meer valide en betrouwbaar te maken. De HCG heeft daarom contact gezocht met verschillende ziekenhuizen uit de provincie Zuid-Holland, met de vraag of het mogelijk was dat enkele leden van de HCG langs kwamen om een interview af te nemen met een of meerdere personeelsleden wie op de SEH-afdeling in het ziekenhuis werkzaam is of iemand wie werkzaam is op de bedrijfsvoering afdeling.

Sommige ziekenhuizen waren helaas niet bereid om mee te werken of hadden geen tijd vrij om de HCG te woord te staan. Gelukkig waren de meeste ziekenhuizen wel bereid om haar bevinden te delen met de HCG. Het doel wat de HCG voorafgaand, het afnemen van interviews gesteld had was: Het ontdekken of en welke rode draad te trekken valt tussen verschillende persoonlijke ervaringen verspreid over verschillende ziekenhuizen in Zuid-Holland. De focus wordt gelegd op de vraag of er een eventuele toename te zien is van SEH-bezoeken onder 65+ers. Hoe het ziekenhuis hierop in probeert te spelen en welke redenen achter een eventuele stijging zou kunnen liggen.

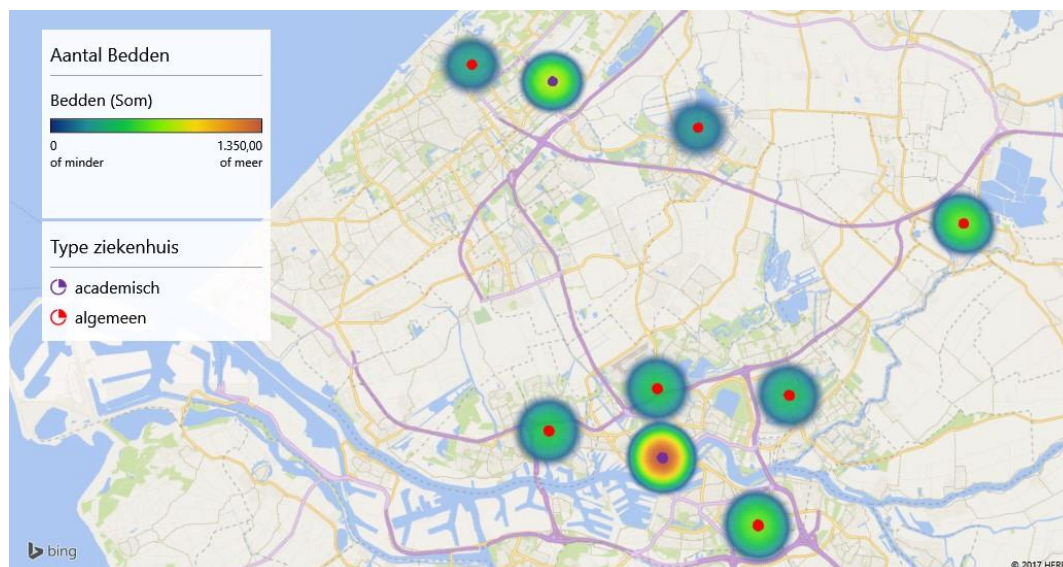
§5.1 – Geografische spreiding

De HCG vond het belangrijk om een zo groot mogelijke geografische spreiding in haar interviews te realiseren. Zo liggen de bezochten ziekenhuizen waar een interview is afgenomen verspreid in de provincie Zuid-Holland. In de tabel hieronder is te zien welke ziekenhuizen bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek:

Erasmus Medisch Centrum	Sint Franciscus Gasthuis Rotterdam
Medisch Centrum Haaglanden Antoniushove	IJsselland Ziekenhuis
Maasstad Ziekenhuis	Stichting Bronovo-Nebo Ziekenhuis Bronovo
Groene Hart Ziekenhuis Bleulandlocatie	t Lange Land Ziekenhuis
Sint Franciscus Vlietland Schiedam	

Tabel 1: Deelgenomen ziekenhuizen

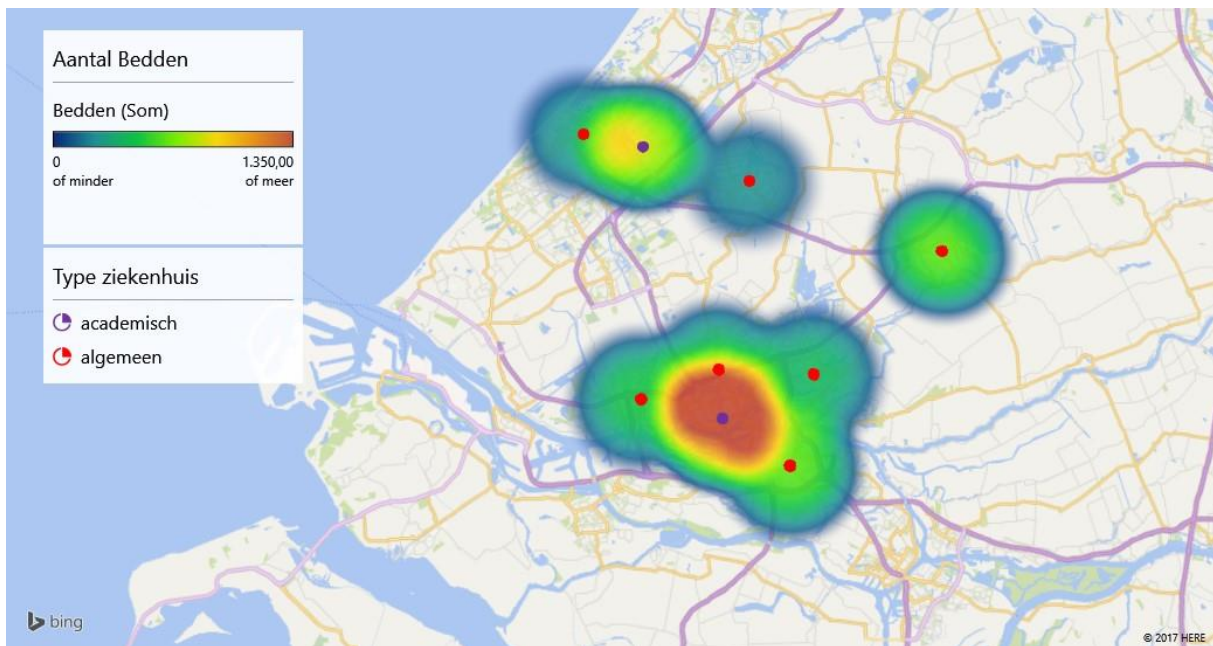
Alle ziekenhuizen uit tabel 1 zijn grafisch weergegeven op de onderstaande map.



Map 1: Heatmap deelgenomen ziekenhuizen

De gekleurde cirkels om elke locatie laat het aantal bedden per ziekenhuis zien. Daarnaast is er onderscheid gemaakt tussen het type ziekenhuis.

De kleurenschalen uit de bovenstaande map zijn natuurlijk heel opvallend. Hoe donkerder de kleur, hoe meer bedden dit ziekenhuis ter beschikking heeft. Naast het aantal bedden is er nog een ander belangrijk aspect welk elk ziekenhuis heeft. Dat is de reikwijdte tot aan een bepaalde grens. Dit wordt ook wel de dekkingsgraad genoemd. Dit houdt in welke geografische oppervlakte om het ziekenhuis heen onder directe invloed valt van het ziekenhuis. Op de onderstaande kaart van provincie Zuid-Holland is dit weergegeven. Wat opvallend is de grootte rode vlek rondom regio Rotterdam Rijnmond. Deze vlek is zo groot en rood, doordat hier veel ziekenhuizen dicht op elkaar gebouwd zijn. Door deze dichte bebouwing worden het aantal bedden op een geografische kaart gecombineerd waardoor automatisch een groot en gezamenlijke dekkingsgraad ontstaat.



Map 2: Heatmap dekkingsgraad, deelgenomen ziekenhuizen

Als kanttkening moet de HCG wel vermelden dat op beide kaarten alleen ziekenhuizen ingetekend zijn wie deelgenomen hebben aan het onderzoek. Zo zou de dekkingsraad kaart veel groter ingetekend zijn wanneer elk ziekenhuizen in provincie Zuid-Holland ingetekend zou zijn.

§5.2 - Interviews

Nadat alle interviews afgenomen waren beschikten de HCG over heel veel fragmenten. Om overzicht te krijgen in al deze fragmenten en een heldere conclusie te kunnen maken heeft de HCG alle interviews verwerkt op basis van Cyclisch Saturatie. In Diagram 1 is te zien wat Cyclisch Saturatie inhoud. Cyclisch Saturatie eindigt dus met de stappen coderen van de interviews. Op basis van deze coderingen is een rode draad en heldere conclusie te trekken per gecodeerd interview.

Wegens publicatie zijn alle interviews, voorheen in versie 1.0 te vinden in bijlage 2 geanonimiseerd. De samengevoegde codaties van de interviews zijn nog wel te vinden in bijlage 2.

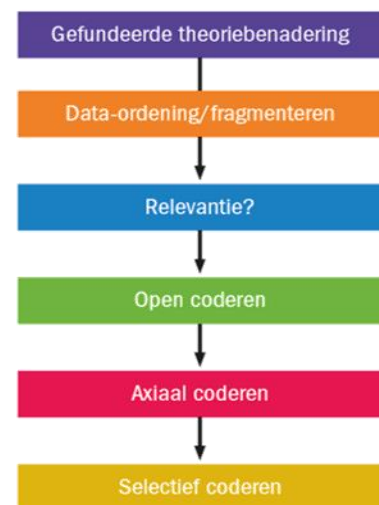


Diagram 3: Interviews Cyclisch Saturatie

Om een rode draad uit alle interviews schematisch te kunnen weergeven, is een Ishikawa-diagram gemaakt. Ook wel bekend als het visgraaddiagram. In het Ishikawa-diagram zijn de twee meest voorkomende open coderingen op de diagonale lijnen geplaatst, welke uitmondt onder de bijbehorende axiale codering. De horizontale lijn stelt de rode draad voor en leidt tot het probleem.

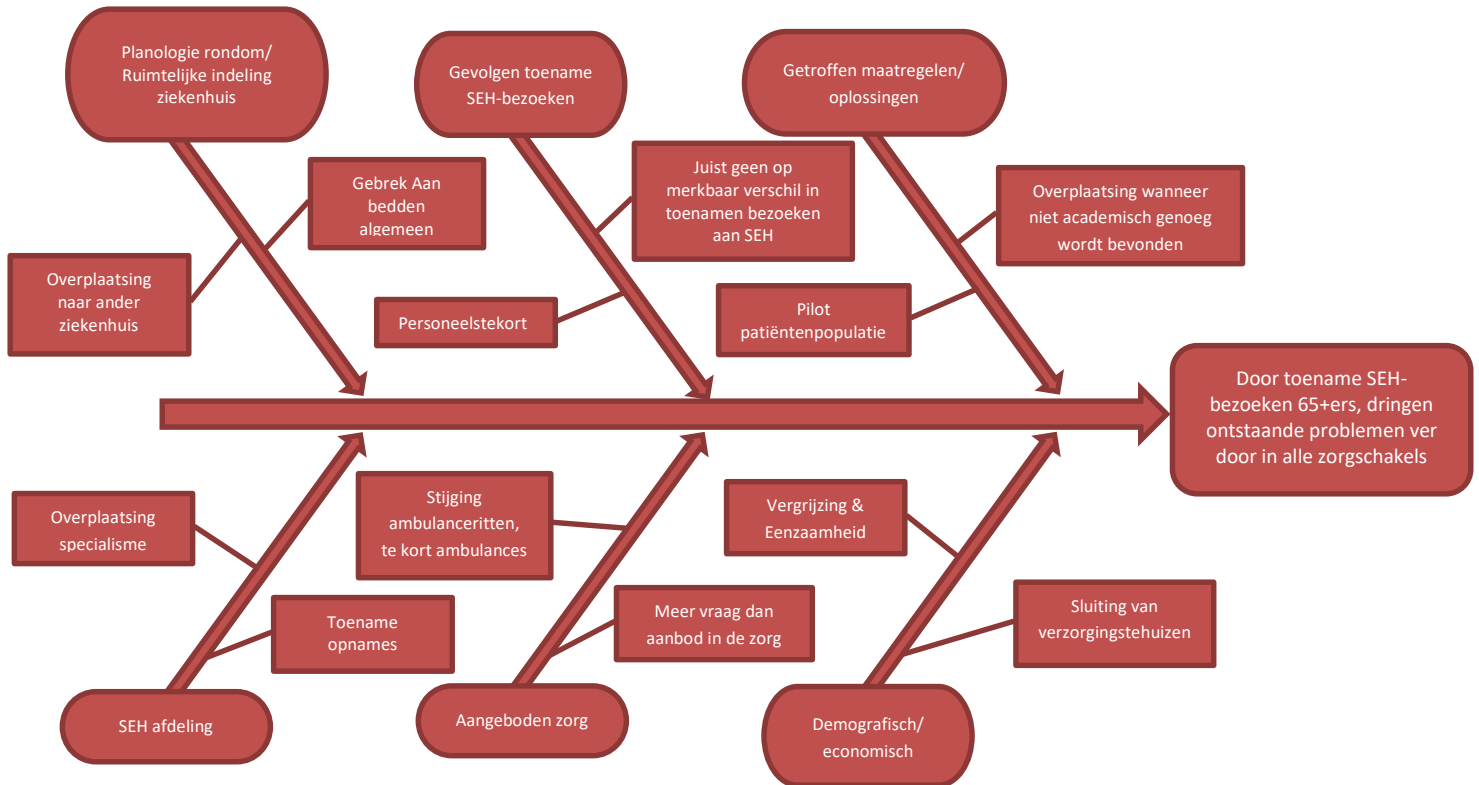


Diagram 1: Ishikawa-diagram

Hoofdstuk 6. Conclusies & vergelijkingen

De HCG heeft de volgende onderzoeksvraag onderzocht en geeft in dit hoofdstuk de bevindingen.
'Zijn het aantal 65-plussers op de SEH-afdelingen van Zuid-Hollandse ziekenhuizen toegenomen na de bezuinigingen vanaf 01-01-2015 en veroorzaakt dit problemen binnen de zorgketen?'

Aan de hand van het literatuuronderzoek kan allereerst geconcludeerd worden dat er sprake is van een toename op het aantal SEH-bezoeken onder 65-plussers. Dit als gevolg van zowel de bezuinigingen in de langdurige zorg als het sluiten van meerdere verzorgings- en verpleeghuizen. Uit de gedane research op internet is gebleken dat voornamelijk de druk op de eerstelijnszorg is toegenomen.

In ziekenhuis een is een toename te zien van 8,5% in 2016 ten opzichte van 2014. Ook in ziekenhuis twee is het aantal bezoeken in 2015 toegenomen met 6,3% ten opzichte van 2015. In ziekenhuis drie is er een toename van 6,8% van in 2013 ten opzichte van 2015. In ziekenhuis vier is er sprake van een toename van maar liefst 18,4% in 2015 ten opzichte van 2013.

Echter is niet te achterhalen of de bezuinigingen direct heeft gezorgd voor een toename. Het is bijvoorbeeld ook mogelijk dat vergrijzing hier een grote rol in speelt. Kortom: de toename van het aantal SEH-bezoeken van 65-plussers zijn duidelijk toegenomen. Uit de datagegevens is niet te achterhalen welke factor de grootste oorzaak is.

Van alle afgenomen interviews heeft de HCG, met behulp van het Ishikawa-diagram een duidelijke conclusie kunnen formuleren. Dat er een toename van Spoedeisende hulp bezoeken onder 65+ers was kon herleid worden uit de data-analyse. Deze conclusie heeft de HCG kunnen bekrachtigen na afloop van de Cyclisch Saturatie. De rode draad die steeds maar weer boven kwam drijven, was dat er zeker een toename was van spoedeisende hulp bezoeken onder 65+ers. En dat de gevolgen van deze stijging ver door dringen in alle zorgschakels van de zorglogistiek. De meest opvallende gevolgen die de HCG uit haar field research heeft opgedaan zijn: het te kort aan bedden, zowel op de spoedeisend hulp afdeling als ziekenhuis breed, een stijging van ambulance ritten waardoor er een tekort aan ambulances ontstaat, toename van zowel normale als gespecialiseerde opnames, algemeen personeelstekort & overplaatsingen wanneer de patiënt niet academisch genoeg wordt bevonden om een constante doorstroom te kunnen realiseren en een algemeen personeelstekort. In veel literatuur wordt geschreven dat meerdere oorzaken lijden tot een gevolg. Dit is schematisch weergegeven in diagram 3. Uit de bevindingen van de HCG blijkt een oorzaak meerdere gevolgen te hebben. Dit is schematisch weergegeven in diagram 4.

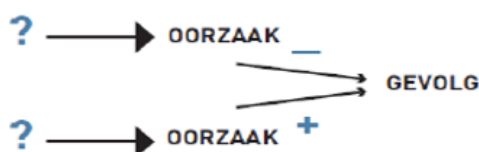


Diagram 2: OORZAKEN - GEVOLG

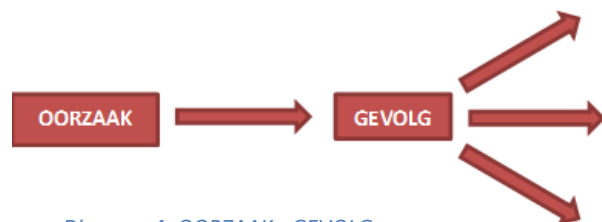


Diagram 4: OORZAAK - GEVOLG

De maatregelen die getroffen zijn in bij SEH-afdelingen in andere regio's zijn voornamelijk het uitbreiden van capaciteit bedden en personeel. Daarnaast is er in de regio Noord-Nederland een werkgroep ingezet die onderzoek doet naar de onderliggende problematiek met betrekking tot de drukte in de acute zorgketen in kaart te brengen.

Wanneer de HCG deze maatregelen vergelijkt met de getroffen maatregelen bij de geïnterviewde ziekenhuizen in Zuid-Holland dan komen de maatregelen vrijwel overeen. De maatregelen zijn verdeeld over de ziekenhuizen. Wat opvalt is dat de ziekenhuizen die extra capaciteit bewerkstelligen, op het moment geen onderzoek doen naar het onderliggende probleem, en de ziekenhuizen die wel onderzoek doen op het moment geen extra capaciteit qua bedden inzetten.

Hoofdstuk 7. Bibliografie

- Atlas van Zorg & Hulp (Atlante). (2015). *zorghulpatlas*. Opgehaald van <http://www.zorghulpatlas.nl/zorgatlas/wet-en-regelgeving-zorg-en-welzijn/>
- Blikopnieuws. (2016, november 16). *Eenzaamheid zorgt voor toename dronken senioren op SEH*. Opgehaald van Blikopnieuws: <http://www.blikopnieuws.nl/gezondheid/247277/eenzaamheid-zorgt-voor-toename-dronken-senioren-op-seh.html>
- Blikopnieuws. (2016, november 28). *Ouderen overpoelen SEH in AMC Amsterdam*. Opgehaald van Blikopnieuws: <http://www.blikopnieuws.nl/gezondheid/247630/ouderen-overspoelen-seh-in-amc-amsterdam.html>
- Brink, R. v. (2015, september 27). *Meer ouderen naar spoedposten*. Opgehaald van www.nos.nl: <http://nos.nl/artikel/2059896-meer-ouderen-naar-spoedposten.html>
- Couwelaar, R., Schat, T., & Stratum, S. (2013). *Communicatie in het bedrijfsleven* (Vol. tweede druk). Benelux: Pearson Benelux B.V.
- Draisma, C. (2016). *Vallen 65 jaar en ouder*. Amsterdam: VeiligheidNL.
- Hogeschool Rotterdam. (2016). *Studiehandleiding ILEPJT22 [Databestand]*. Academiplein, Instituut voor gebouwde omgeving, Logistiek & Economie. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam.
- Knoop, B. (2016, juni 1). *SEH raakt verstopt door vergrijzing*. Opgehaald van Medisch Contact: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/seh-raakt-verstopt-door-vergrijzing.htm>
- Leen, J., & Mertens, J. (2015). *Praktijkgericht onderzoek in bedrijf*. Bussum: Coutinho.
- M, Schut. (2016, oktober 19). *Teamcoördinator eerste hulp: 'Het is frustrerend dat je de zorg niet kunt geven die je wil geven'*. Opgehaald van De monitor: <http://demonitor.ncrv.nl/spoedzorg/teamcoordinator-eerste-hulp-het-is-frustrerend-dat-je-de-zorg-niet-kunt-geven-die-je-wil-geven>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013, januari 5). *Zorgzwaartepakket*. Opgehaald van WLZ-overgangsrecht: <https://www.wlz-overgangsrecht.nl/woordenlijst/zorgzwaartepakket-zzp>
- Nijman, M., & Panneman, S. (2015). *Ouderen op de SEH: na een val in beeld*. Amsterdam: VeiligheidNL.
- NOS. (2015, september 27). *Meer ouderen spoedeisende hulp*. Opgehaald van [beteroud.nl](http://www.beteroud.nl): <http://www.beteroud.nl/ouderen/nieuws-meer-ouderen-spoedeisende-hulp.html>
- Overheidsbeleid en veranderingen in de zorg*. (2015). Opgehaald van Zorg voor beter: <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/hervormingen-langdurige-zorg.html>

Overheidsplannen 2015. (2015). Opgehaald van Ouderen thuis:

<http://www.ouderenthuis.nl/i/overheidsplannen-2015-wat-verandert-er-in-de-zorg-voor-ouderen/>

PCOB. (2014, maart 20). *Hoeveel verpleeg en verzorgingstehuizen moeten sluiten*. Opgehaald van

PCOB: <http://www.pcob.nl/vraagbaak/hoeveel-verpleeg-en-verzorgingshuizen-moeten-sluiten>

schut, M. (2016, oktober 10). *Oproep: waar stagneert het op de Spoed Eisende Hulp*. Opgehaald van

De Monitor: <http://demonitor.ncrv.nl/spoedzorg/oproep-waar-stagneert-het-op-de-spoed-eisende-hulp>

Schut, M. (2016, oktober 19). *Teamcoördinator eerstehulp: 'Het is frustrerend dat je de zorg niet kunt geven die je wil geven'*. Opgehaald van De Monitor :

<http://demonitor.ncrv.nl/spoedzorg/teamcoordinator-eerste-hulp-het-is-frustrerend-dat-je-de-zorg-niet-kunt-geven-die-je-wil-geven>

Bijlagen

Bijlage 1 – Samenwerkingsverbanden en initiatieven

- **ZorgnaZorg**
www.zorgnazorg.nl ZorgnaZorg maakt gebruik van een Zorgmonitor die een actueel en specifiek beeld geeft van beschikbare capaciteit in de deelnemende zorginstellingen in Noord Nederland. Hierdoor kunnen patiënten vanuit het ziekenhuis zonder onnodige wachttijd doorstromen naar de zorginstelling van hun voorkeur. Het verblijf in het ziekenhuis is niet langer medisch noodzakelijk en de vervolgbehandeling kan zo snel mogelijk beginnen rekening houdend met de voorkeuren van de patiënt.

- **Transmurale Zorgbrug**
www.beteroud.nl/ouderen/zorg-transmurale-zorgbrug De transmurale Zorgbrug slaat een brug tussen professionals in ziekenhuizen en professionals in de eerstelijnszorg. Het richt zich op meer functiebehoud en zelfstandigheid van ouderen na ontslag uit het ziekenhuis. Het bestaat uit drie onderdelen:
 - Het geriatrieteam in het ziekenhuis doet een geriatrisch assessment en maakt een zorgbehandelplan;
 - De wijkverpleegkundige maakt in het ziekenhuis kennis met de patiënt en bespreekt het zorgbehandelplan;
 - Binnen twee dagen na ontslag bezoekt de wijkverpleegkundige de patiënt voor de eerste keer thuis. Daarna volgt nog een aantal huisbezoeken. De huisbezoeken staan in het teken van medicatieveiligheid, hulpmiddelen, sociale kaart en mantelzorgondersteuning.

- **Hospital @home**
www.hospitalathome.nl Onder de vlag van Hospital@Home slaat een grote groep partners een voor Nederland uniek zorgpad in met als hoofddoel: Ziekenhuis Zorg Thuis voor de meest kwetsbare oudere (dementerende) patiënten en hun naasten. Patiënten gaan na een kort bezoek aan de Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis (voor onderzoek en advies) terug naar hun eigen, vertrouwde huis waar zij extra (ziekenhuis)zorg en behandeling voor hun ziekte[n] en problemen ontvangen van het Hospital@Home team. Dit gespecialiseerde team van zorgprofessionals, verpleegkundigen en artsen, werkt als een ziekenhuisteam met vaste protocollen. Het team stemt af met de huisarts en kan altijd terugvallen op de kennis van de behandelend medisch specialist in het ziekenhuis.

- **Verpleegkundige Topzorg**
www.verpleegkundigetopzorg.nl Het project is een initiatief vanuit het UMCG in samenwerking met 7 grote thuiszorgorganisaties in de provincies Groningen en Drenthe gefinancierd door het UMCG en de lokaal grootste zorgverzekeraars Menzis en Zilveren Kruis. Verpleegkundig Specialisten ondersteunen wijkverpleegkundigen, huisartsen en medisch specialisten bij de verzorging van complexe wonden in de hele zorgketen. Doel is niet het overnemen van de zorg maar het bijstaan van de al betrokken verpleegkundige zodat er overdracht van kennis en expertise plaatsvindt. Op dit moment loopt er een pilot met ongeveer zeventig patiënten waarbij zeven thuiszorgaanbieders in de regio betrokken zijn.

- **SamenOud**
www.samenoud.nl Dit is een project waarin een zorgmodel voor de ouderenzorg wordt ontwikkeld en geïmplementeerd. SamenOud heeft als doel dat ouderen zo lang en zo prettig mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. SamenOud vindt plaats in de gemeenten Stadskanaal, Veendam en Pekela, waaraan zo'n 1.500 ouderen meedoen. In september 2014 is het project uitgerold naar Zuidoost-Drenthe en de komende tijd zullen nog meer gemeenten in Drenthe aansluiten.

- **Het Universitair Netwerk Ouderenzorg (UNO-UMCG)**
www.huisartsgeneeskunde-umcg.nl/uno-umcg Dit is het samenwerkingsverband van het UMCG en 14 ouderenzorgorganisaties in Noord-Oost-Nederland. Doel van het UNO-UMCG is om de kwaliteit van (complexe) zorg aan ouderen in ouderenzorgorganisaties te verbeteren door gezamenlijk onderzoek te doen, opgedane kennis te delen en deze toe te passen in de praktijk. Drie thema's staan hierin centraal: dementie, zorginnovatie en medicatieveiligheid.

- **Regionaal Overleg Geriatrische Revalidatie zorg**
Dit is een regionaal overleg (provincie Groningen) tussen professionals uit alle zorginstellingen (specialisten oudergeneeskunde, geriaters, revalidatieartsen) en de zorgverzekeraar (Menzis) waar de interpretatie van de wet rond indicatiestelling m.b.t. GRZ aan bod komt.

Bijlage 2 - Interviews

Interview Erasmus Medisch Centrum Rotterdam
Geanonimiseerd

Interview Maastad Ziekenhuis
Geanonimiseerd

Interview Vlietland Ziekenhuis
Geanonimiseerd

Interview Groene Hart Ziekenhuis
Geanonimiseerd

Interview Haaglanden Ziekenhuis
Geanonimiseerd

Interview Langeland Ziekenhuis
Geanonimiseerd

Selectief coderen

Nu alle interviews open en axiaal gecodeerd zijn, blijft alleen de laatste stap van Cyclisch Saturatie over. In deze laatste stap, het selectief coderen worden alle axiaal gecodeerde tabellen samengevoegd tot een tabel. Alle open en axiale coderingen zijn nogmaals bekeken. Coderingen die hetzelfde inhouden maar net iets anders verwoord zijn, zijn aangepast zodat een en hetzelfde wordt bedoeld. Het selectief coderen levert uiteindelijk de onderstaande tabel op.

Planologie rondom/ Ruimtelijke indeling ziekenhuis	Gevolgen toename SEH- bezoeken	Getroffen maatregelen/ oplossingen	SEH afdeling	Aangeboden zorg	Demografisch/ economisch
<ul style="list-style-type: none"> • Geen oplossing • Beperkte ruimte • Volbebouwde omgeving • Relatief weinig woonbare ouderen • Gebrek aan bedden algemeen • Overplaatsing anders ziekenhuis • Gebrek aan bedden algemeen • Overplaatsing ander ziekenhuis • Reden van overplaatsing door Huis & familie 	<ul style="list-style-type: none"> • Wel een verschil in toenames bezoeken aan SEH • Vertrek personeel SEH • Enorme werkdruk • Personeelstekort • Oorzaak babyboom • Achterstand ouderenzorg • Geen directe invloed van bezuinigingen • Weinig tijd voor extra zorgvraag/praatje • Lange wachttijden op de SEH • Hoge werkdruk • Problemen in de doorstroom van de patiënten • Veel tijd en energie om de juiste zorg te verlenen • Geen opmerbaar verschil in toenames bezoeken aan SEH • Geen opmerbaar verschil in toenames bezoeken SEH • Geen opmerbaar verschil in toenames bezoeken SEH • Vermoede stijging door langer thuiswonend • Sluiting verzorgingstehuizen • Direct van invloed op Thuiszorg • Geen opmerbaar verschil in toenames bezoeken aan SEH • Stijging bezoeken van verwarde 65+ers aan SEH afdeling • Meer acute ouderen • Toename presentatie-stops • Geen soepele/snelle uitstroom • Patiënten op verkeerde bedden • Personeelstekort • Afname sollicitanten • Te weinig opgeleide SEH-verpleegkundigen • Personeelstekort • Afname sollicitanten • Gebrek aan bedden • Gevolg sluiting nacht SEH afdeling • Overplaatsing verkeerde afdeling • Volle SEH afdeling • Krapte op de arbeidsmarkt • Werven van nieuw personeel is lastig 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergroten van de capaciteit in personeel en opname • Flexibele opnameafdeling • Huisartsenpost • Meer leerlingen opleiden • Meer samenwerking tussen afdelingen en andere zorgpade • Patiënten met beperkte zorg weer thuis krijgen • Pilot patiëntenpopulatie in kaart te brengen • Welke zorg bij welke klachten • Ontbrekende factoren eerstelijnszorg in kaart brengen • Waar het in de thuisituatie niet goed draait • Voorkomen in plaats van verhelpen • Scheelt tijd, geld & dienst • Minder administratief werk • Overplaatsing wanneer niet academisch genoeg wordt bevonden. • Directe behandeling op afdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Overplaatsing specialisme afdeling • Specialistische afdeling • Lange ligtijden • Vallen • Hart-en vaatziekten • Hartinfarct, herseninfarct, longontstekingen en diabetes • Toename opnames • Toename opnames • Minimale toename • Geleidelijke verloop • Duidelijk probleematiek waardoor opname vereist is • Merkbaar toename opnames • Bezoekers zieker ingestuurd dan voorheen • Uitstellen huisartsbezoek en doorsturen patiënten • Relatief laat signaal dat er iets mis is • Ouderen willen niet lastig zijn • o.a. vermindering bedden en personeel om te bezuinigen • Sprake van toename SEH-bezoeken ouderen • Patiënten hebben allerlei klachten bij binnenkomen • Sprake van toename SEH-bezoeken ouderen • Eerst doorgestuurd naar de huisartsenpost, daar wordt verdere zorg bepaalt • Toename ongelukken privéomgeving • Telefonisch consult verzorgingstehuizen • Verschillende klachten, verwondingen na vallen, verwardheid • Overplaatsing specialisme afdeling • Overplaatsing specialisme afdeling • Baangarantie • Vallen • Overplaatsing specialisme afdeling • Eigen initiatief • Tekort gespecialiseerd verpleegkundige • Onbekend wat de precieze oorzaak is van de toename 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen volledige aandacht • Verandering protocollering voor uitsturen van ambulance • Leeftijds-onafhankelijk • Toenemende wet- en regelgeving • Ouderen meer op zichzelf aangewezen • Stijging ambulanceritten waardoor minder ambulances beschikbaar • Bedden tekort langdurige zorg • Meer vraag dan aanbod in de zorg • Ouderen wonen langer zelfstandig door bezuinigingen en ontwikkelingen in de zorg • Na revalidatie thuis op zichzelf aangewezen • Nazorg • Bijkomende zorg • Toename ritten ambulance • Afhankelijkheid overheid • Hogere verwachting van ouderen 	<ul style="list-style-type: none"> • Oorzaak onbekend • Vergrijzing • Ouder worden • Letten op uitgave • Zorg betaalbaar houden • Langere wachttijden verzorgingstehuizen • Vergrijzing • Afhankelijk van media, patiënten etc., concurreren • Eenzaamheid • Zekere voor het onzekere ambulance • Veelal 65-plussers wonen zelfstandig • Afname en bezuinigingen in de ouderenzorg verzaamd en neemt opname af in verzorgingstehuizen • Toenemende vergrijzing • Sluiting van verzorgingstehuizen • Overweging voor opname wegens woonsituatie en niet ernst van klachte • Slechte doorstroom verzorgingstehuizen