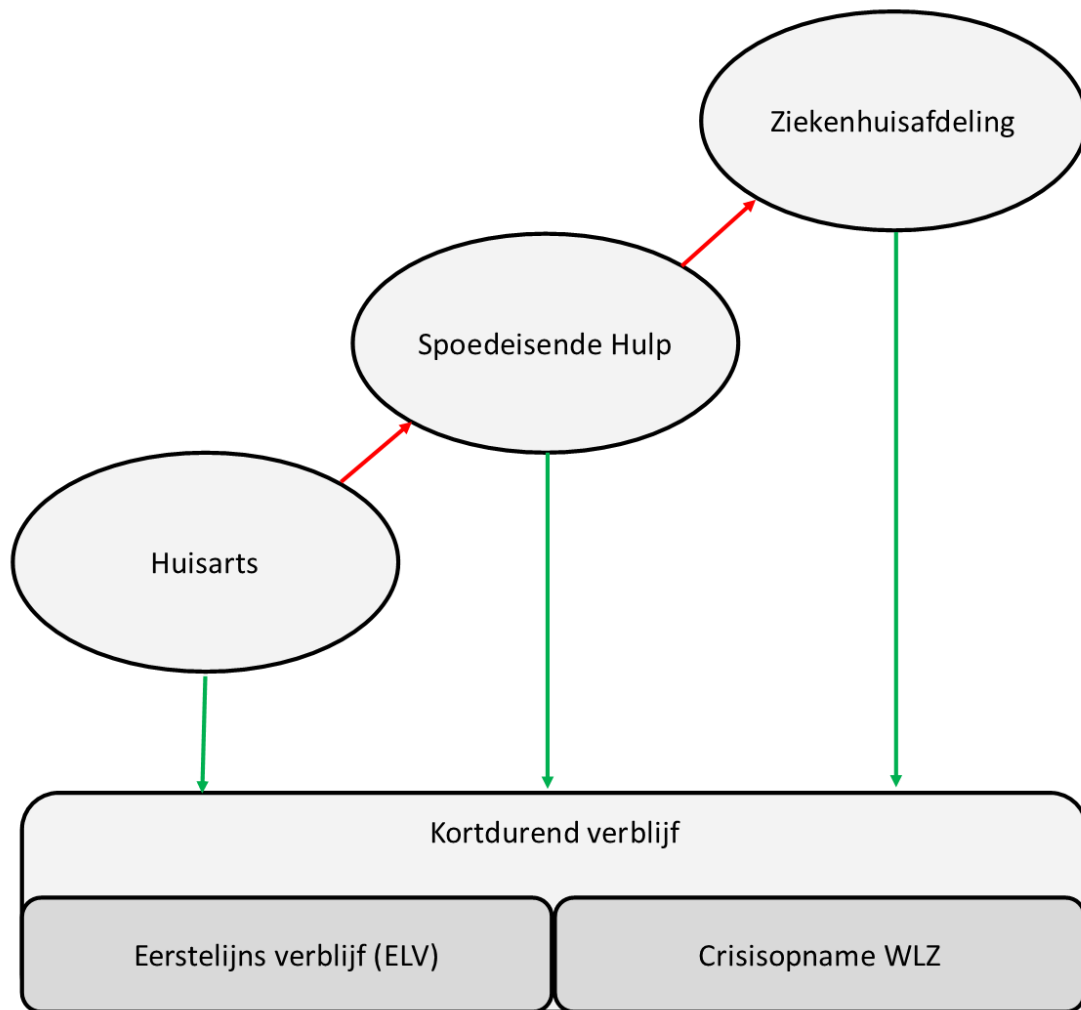




Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken



Analyse problematiek van huisarts of ziekenhuis (SEH)  
naar ELV en crisisopname in VVT

Ten behoeve van “crisisdag” op 6 juli 2017 om te komen tot werkbare afspraken

Willeke Glas, projectmedewerker Stichting Transmurale Zorg

## Inhoud

Hoofdstuk 1. Inleiding .....	3
Hoofdstuk 2. Kader .....	4
2.1 Spoedverwijzing algemeen.....	4
2.2 Financiering (wettelijk kader).....	4
2.3 Landelijke ontwikkelingen .....	5
2.4 Het complete verhaal .....	5
Hoofdstuk 3. Regionaal probleem.....	7
3.1 Signalen vanuit eerste lijn .....	7
3.2 Signalen vanuit tweede lijn .....	7
3.3 Signalen uit de VVT.....	7
3.4 Cijfermatige onderbouwing.....	8
3.5 Probleemstelling.....	10
3.6 Mogelijke oorzaken .....	11
Hoofdstuk 4. Oplossingsrichting.....	12
4.1 Oorspronkelijke werkafspraken .....	12
4.1.1 Ondervonden problemen/bezwaren bij deze werkafspraken .....	12
4.2 Voorbeelden in andere regio's.....	13
4.2.1 Oplossingen voor lijn huisarts - VVT.....	13
4.2.2 Oplossing voor lijn huisarts – ziekenhuis.....	14
4.2.3 Oplossingen voor lijn huisarts – WMO .....	14
4.2.4 Oplossingen voor capaciteitsproblemen SEH-ziekenhuis .....	14
4.2.5 Oplossingen voor lijn ziekenhuis - VVT .....	14
4.2.6 Andere mogelijkheden .....	15
4.3 Voorstel voor bespreking op crisisdag .....	15

## Hoofdstuk 1. Inleiding

Met de vergrijzing in combinatie met langer thuis wonen als voorkeursmodel<sup>1</sup> voor ouderen, komt het vaker voor dat er plotseling iets gebeurt waardoor (tijdelijke) opvang in een instelling nodig is. Deze situaties zijn onder te verdelen in drie categorieën:

1. De oudere wordt ontslagen uit het ziekenhuis of SEH, maar kan niet naar de thuissituatie
2. De oudere is thuis en er dreigt gezondheidsverlies, wat niet kan worden voorkomen met bijvoorbeeld wijkverpleging of thuiszorg
3. De oudere is thuis en de mantelzorger valt uit

Voor deze situaties is een voorziening gemaakt in de verpleegzorg. Het is mogelijk om kortdurend te worden opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis, bijvoorbeeld totdat de griep voorbij is of totdat de mantelzorger gerevalideerd is van zijn heupoperatie.

Ook in regio Haaglanden bestaat deze voorziening. Er komen echter sterke signalen naar voren dat hierin vraag en aanbod (dan wel de plaatsingsprocedure) niet goed op elkaar zijn afgestemd, waardoor de wacht- en regeltijd voor zorgverleners (huisartsen, casemanagers, transferpunten) hoog oploopt. Ook voor de ouderen is dit een vervelend gegeven met onzekerheid over het moment van plaatsing en de bestemming. Het komt ook voor dat mensen buiten de regio geplaatst moeten worden.

Voorliggend stuk is een analyse van dit probleem, waarin ook al enkele oplossingsrichtingen geschetst worden. Op de crisisdag op 6 juli wordt door stakeholders gezamenlijk een oplossing gekozen en uitgewerkt. Intensieve samenwerking is noodzakelijk om goed voor deze groep mensen te zorgen.

De uitdaging voor de regio is:

- Zijn we in staat om, als dat nodig is, binnen een uur passende zorg te regelen?

Met als ambitie:

- Geen inwoner meer in de knel.
- Niet meer verplaatsingen dan nodig

Stichting Transmurale Zorg pakt dit vraagstuk op om de verbinding in de zorg te verbeteren. Daarbij komt de toegevoegde waarde voor de patiënt terug door kortere wachttijden en minder ziektelast.

---

<sup>1</sup> Een woordvoerder van een ziekenhuis plaatst de opmerking dat de extramuralisering weliswaar politiek en maatschappelijk gewenst is en er in de financiering op gestuurd wordt, er in de eerste lijn nog niet voldoende op wordt ingespeeld met bijvoorbeeld innovatieve vormen van huisartsen- of thuiszorg.

## Hoofdstuk 2. Kader

### 2.1 Spoedverwijzing algemeen

Voor het bepalen van de beste plaats voor een kwetsbare oudere wordt gebruik gemaakt van het afwegingsinstrument eerstelijns verblijf (bijlage 1), dat in november 2016 is ontwikkeld in opdracht van het ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit afwegingsinstrument wordt onderschreven door onder andere Verenso, de Landelijke Huisartsen Vereniging en V&VN.

Het afwegingsinstrument geldt ook in de Haagse regio als uitgangspunt voor kortdurend verblijf. Uit het afwegingsinstrument volgt dat iemand die in het ELV of in een crisisbed terecht komt het volgende profiel heeft:

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| • Er is geen ziekenhuiszorg nodig                   | Anders opname in ziekenhuis       |
| • Er is wel medische zorg <sup>2</sup> nodig        | Anders WMO voorzieningen          |
| • Deze medische zorg kan niet thuis geleverd worden | Anders mantelzorg, thuiszorg, WMO |
| • De behoefte aan (medische) zorg is niet permanent | Anders opname in een instelling   |
| • Er zijn geen haalbare revalidatiedoelen           | Anders opname in GRZ              |

Achter elk kenmerk staat ook aangegeven waar mensen die niet aan dit profiel voldoen op de juiste plek zijn.

Deze analyse betreft vooral de groep die vanuit het ziekenhuis (SEH of transferafdeling) en door de huisarts verwezen wordt naar het ELV dan wel crisisbed.

Van het ELV zijn drie vormen beschreven:

- ELV Hoog complex: er is elkaar beïnvloedende, meervoudige problematiek. Er is een multidisciplinair team nodig.
- ELV Laag complex: er is enkelvoudige problematiek/opnamedoel.
- ELV Palliatief: De cliënt zal naar verwachting binnen drie maanden overlijden.

Voor een eerstelijnsverblijf hoeft overigens geen sprake te zijn van een crisis. Van bijvoorbeeld mensen die vanuit een ziekenhuis worden verwezen, kan worden verondersteld dat zij nu in een stabiele medische situatie zijn.

### 2.2 Financiering (wettelijk kader)

Er zijn, buiten de geriatrische revalidatiezorg (GRZ<sup>3</sup>), twee mogelijke wegen tot financiering van een kortdurend (crisis)verblijf in een verpleeghuis.

1. Crisisbed via WLZ
2. Eerstelijns verblijf via ZVW

Als een cliënt een voldoende hoge WLZ indicatie heeft (een ZZP, zorgzwaartepakket, door het CIZ), is er een VVT-organisatie *dossierhouder*. Deze VVT-organisatie (of het Zorgkantoor met de zorgplicht?) is dan verantwoordelijk voor het vinden van een *crisisbed*, ofwel in de eigen organisatie of bij een collega-organisatie. De medische verantwoordelijkheid voor een cliënt met WLZ-indicatie ligt bij de

---

<sup>2</sup> Een woordvoerder van de VVT merkte op dat er een definitiekwestie speelt rondom medische zorg. Iemand die (chronisch) veel medicijnen gebruikt, kan bijvoorbeeld "te medisch" zijn voor de WMO, maar geen ELV krijgen omdat er geen acuut zorgprobleem is.

<sup>3</sup> Voor de GRZ, wat een andere route is in het afwegingsinstrument van Significant wat we gebruiken als onderligger van deze problematiek, zijn bepaalde regelingen ook nog suboptimaal geregeld in de regio. Zo kunnen huisartsen en bijvoorbeeld SEH-artsen niet rechtstreeks verwijzen naar GRZ.

specialist ouderengeneeskunde. Het verblijf wordt betaald vanuit de WLZ.

Er is een mogelijkheid om een persoon in een crisissituatie op te nemen in een verpleeghuis, terwijl er nog geen indicatie is. Deze situatie mag ten hoogste twee weken duren en er moet in die twee weken een indicatie voor langdurige zorg worden aangevraagd. In dit geval kan de instelling achteraf de zorg alsnog declareren bij de WLZ. Dit wordt door de VVT uitgelegd als een financieel risico, mede omdat een gedegen diagnostisch traject regelmatig langer duurt dan twee weken.

Als een cliënt (nog) geen (voldoende hoge) WLZ indicatie heeft en het in de lijn der verwachting ligt dat terugkeer naar huis tot de mogelijkheden behoort, kan hij of zij worden ook opgenomen op indicatie van de huisarts of medisch specialist. De arts geeft dan een indicatie af van *hoog complex, laag complex of palliatief eerstelijns verblijf*. Bij hoog complex ELV ligt de medische verantwoordelijkheid altijd bij de specialist ouderengeneeskunde, bij laag complex bij de eigen huisarts. Dit kan tot verwarring leiden bij cliënt en familie, die de dokter van het verpleeghuis willen spreken. Het verblijf wordt sinds 1 januari 2017 betaald vanuit de zorgverzekering, die echter soms de indicatie voor ELV in twijfel trekt. Daardoor is ook het ELV soms een financieel risico voor de VVT-instelling.

### 2.3 Landelijke ontwikkelingen

Deze voorzieningen en de problemen die in deze analyse besproken worden zijn regelmatig in het nieuws (bijvoorbeeld [NOS 21 juni 2017 “Spoedzorg in gevaar door toenemend aantal ouderen”](#)). Het betreft dus niet alleen een Haags probleem. Andere regio's bedenken ook oplossingen voor deze (in feite onplanbare) zorg. Enkele daarvan staan ook weergegeven in hoofdstuk 4.

De Staatssecretaris merkt in een brief in februari<sup>4</sup> op dat het tot de mogelijkheden behoort om ook de crisisopname voorafgaand aan een WLZ indicatie voortaan te financieren als ELV. Daarmee zou het voor instellingen minder risicovol worden om mensen in een crisissituatie op te nemen. In de brief van de minister op 20 juni (bijlage 2) werden drie hoofdoorzaken onderscheiden voor de opstopping in de ouderenzorg:

- Te weinig gekwalificeerd personeel op de SEH/in de ziekenhuizen
- Te hoge instroom op de SEH
- Stagnatie in de doorstroom van SEH naar ziekenhuisafdeling en VVT

De minister geeft aan dat er in het Voorjaarsakkoord €55 miljoen extra wordt uitgetrokken voor het versterken van het Eerstelijns Verblijf in 2017 en 2018. Dit geld kan gebruikt worden voor extra bedden, maar ook voor coördinatie door bijvoorbeeld een regionaal zorgloket.

Deze coördinatie zou in de ogen van de minister ook verzorgd moeten worden door de zorgverzekeraar. Deze heeft immers een zorgplicht naar de mensen die verzekeringen afsluiten.

De minister heeft in het hoofdlijnenakkoord voor medisch specialistische zorg afgesproken dat de betrokken partijen voor 1 november 2017 een actieplan opstellen ter bevordering van 'de juiste zorg op de juiste plek', waarbij ook patiëntenperspectief en innovatieve oplossingen worden betrokken.

Deze analyse in de regio Haaglanden is onderdeel van dit actieplan in onze regio.

### 2.4 Het complete verhaal

Naast de lijnen die in dit stuk besproken worden, ligt een belangrijke rol ook aan de kant van preventie. Het gaat dan bijvoorbeeld om het identificeren van kwetsbare ouderen en advanced care planning, maar ook om op tijd respijtzorg aan te bieden, zodat de mantelzorger niet overbelast raakt.

---

<sup>4</sup> [Link naar de brief van de minister](#)

De lijnen tussen huisarts, WMO/Welzijn en VVT (thuiszorg) worden nader onderzocht door ELZHA in het zorgprogramma kwetsbare ouderen.

In deze analyse staat het perspectief van de zorgaanbieders centraal. Voor een volledige oplossing moet ook worden stilgestaan bij het perspectief van de zorgverzekeraar (dan wel zorgkantoor) en uiteraard bij het patiëntperspectief.

## Hoofdstuk 3. Regionaal probleem

### 3.1 Signalen vanuit eerste lijn

Huisartsen die een patiënt in een ELV willen plaatsen, lopen er tegenaan dat er vaak geen plaats is in de eigen wijk<sup>5</sup>. Het komt voor dat mensen in een ander stadsdeel, of zelfs buiten de stad of buiten de regio geplaatst moeten worden. Dit maakt het ook logistiek onmogelijk om de huisartsenzorg voort te zetten na opname in een ELV, zoals de bedoeling is van de voorziening.

Om dit op te lossen roepen de huisartsen de VVTorganisaties op om naast een plaats (bed), ook de huisartsenzorg te faciliteren. Daarnaast moet er gestreefd worden naar voldoende ruimte in de eigen context (wijk, systeem) van de patiënt.

In het rapport van Sigrā (bijlage 3) wordt bovendien de aanname gedaan dat huisartsen het bij krapte in het aantal ELV/crisisbedden moeilijker hebben dan ziekenhuizen, omdat die via POINT inzicht hebben in de open bedden. Het is nog niet duidelijk of dat in onze regio ook speelt.

Een ander probleem is dat de informatievoorziening vanuit het ziekenhuis naar de huisarts niet optimaal geregeld is als een patiënt wordt ontslagen naar een ELV. Er moet in benoemd staan als de huisarts weer medisch verantwoordelijk is voor de patiënt (ELV laag complex) en waar de patiënt precies is (niet alleen in welke organisatie, maar ook in welk huis). Met deze verbeterpunten zijn de ziekenhuizen inmiddels aan de slag gegaan.

### 3.2 Signalen vanuit tweede lijn

De ziekenhuizen geven aan dat de beddencapaciteit in POINT niet voldoende geactualiseerd wordt door de VVT-sector. Uit een inventarisatie door het Netwerk Transfer in maart 2017, bleek dat de gemiddelde wachttijd voor patiënten die vanuit een ziekenhuis naar een ELV gaan oploopt tot zes dagen per patiënt. Dit houdt in dat er op een willekeurig moment (in december 2016) tien tot twaalf patiënten in het ziekenhuis moeten blijven wachten op overplaatsing, terwijl zij niet meer behandeld worden. Elke extra ligdag voor een kwetsbare oudere in het ziekenhuis geeft kans op complicaties, bijvoorbeeld blaasontsteking of delier.

De problemen gelden niet alleen voor patiënten die zijn opgenomen in de kliniek. Uit het rapport over overcrowding van de SEH van het HMC blijkt dat het organiseren van nazorg voor patiënten die op de SEH komen, lastig is. Zij merken op dat disproportioneel veel tijd wordt gestoken in mensen met een *zorg*probleem. De SEH is niet ingericht op de lange regeltijd. Voor deze groep is medisch specialistische zorg (ziekenhuiszorg) niet noodzakelijk, maar het gaat thuis niet meer. De indruk bestaat dat de SEH door huisartsen ook wordt gebruikt als U-bocht om een plaats in de VVT te vinden.

### 3.3 Signalen uit de VVT

ZorgScala maakt per kalenderjaar een dienstrooster voor de zorgorganisaties die crisisbedden (WLZ) aanbieden. Deze worden ingekocht door het Zorgkantoor. De zorgorganisaties geven in een inventarisatie door het Netwerk Transfer aan dat er per crisisdienst (7 dagen) ongeveer 20 mensen worden aangemeld. Hiervan wordt ongeveer de helft geplaatst (in de eigen, of een andere organisatie). Voor de overige cliënten wordt binnen of buiten de regio een plaats gezocht, dit kan, in tegenstelling tot de afspraken met het Zorgkantoor, soms wel 5 dagen duren.

---

<sup>5</sup> Voor verzekeraar en VVT-sector bestaat er alleen een indeling op regioniveau. Er is dus geen registratie op wijkniveau waardoor zulke specifieke plaatsingen een erg lastige opgave zijn.

Ook andere beroepsgroepen merken dat de doorstroming “stokt”. Casemanagers dementie, die regelmatig een (kortdurende) opname moeten coördineren voor hun cliënten, geven dit binnen het Netwerk Dementie steeds vaker aan als knelpunt.

In de VVT wordt ook als probleem ervaren dat patiënten door ziekenhuizen ‘over de schutting’ worden gegooid, voor bijvoorbeeld een kortdurende observatie of het instellen van medicatie. Ook komt het voor dat mensen na twee dagen ELV alweer naar huis gaan. Zijn die mensen dan op de juiste plek geweest? Is het goede zorg voor deze mensen om zo vaak te ‘verhuizen’? De bestuurders van de VVT geven via ZorgScala aan dat het hen echt te doen is om het aantal verplaatsingsbewegingen voor de cliënt zo veel mogelijk te beperken

### 3.4 Cijfermatige onderbouwing

Volgens ROAZ West is het aantal ouderen van 65+ jaar sinds 2013 gestegen met 12-25% op alle SEH’s in de veiligheidsregio. Volgens de zorgverzekeraar CZ is er in de regio Haaglanden drie keer zoveel capaciteit aan ELV ingekocht als in vergelijkbare regio’s.

Uit cijfers van de ziekenhuizen blijkt dat er in 2017 al meer dan vijftienduizend mensen van 70 jaar en ouder op de SEH zijn gezien, waarvan bijna de helft ouder dan

80 jaar is. Dit is een erg diverse groep, de meest voorkomende diagnosegroepen zijn pneumonie (longontsteking) en verschillende hartklachten. Van de oudere

<i>SEH Den Haag</i>	<b>70-79 jaar</b>	<b>80+ jaar</b>	<b> totaal</b>
<i>Gezien op SEH</i>	7747	7356	15103
<i>Opgenomen zkh</i>	3147	3503	6650
<i>Direct naar VV</i>	17	93	110

SEH-bezoekers gaan er 65 (van wie 53 80+) direct van de SEH naar een verpleeg- of verzorgingshuis. Ongeveer 6500 van de oudere SEH-bezoekers wordt opgenomen in het ziekenhuis. Er is niet geregistreerd in hoeveel van deze gevallen het gaat om iemand waarvoor vanuit de SEH geen plek kon worden gevonden in de verpleeg- of verzorgingshuizen.

In Den Haag wordt POINT gebruikt bij de organisatie van vervolgzorg bij ontslag uit de ziekenhuizen. In principe gaat de verpleegkundige overdracht altijd via dit systeem, waardoor het een goede bron is om te kwantificeren hoe vaak mensen vanuit het ziekenhuis worden verwezen naar het ELV en naar een crisisbed of langdurige opname in een verpleeghuis. Hieronder staat aangegeven hoe vaak vanuit de ziekenhuizen wordt verwezen naar de verschillende vormen van het ELV.

#### 3.1 Aantal keer ELV vanuit tweede lijn

	<b>ELVHC</b>	<b>ELVLC</b>	<b>ELVP</b>	<b>Eindtotaal</b>
Haaglanden Medisch Centrum	75	78	23	176
Haga Ziekenhuis	67	72	42	181
LangeLand Ziekenhuis <sup>6</sup>	14	31	3	48
Overig	3			3
<b>Eindtotaal</b>	<b>159</b>	<b>181</b>	<b>68</b>	<b>408<sup>7</sup></b>

<sup>6</sup> Van de verwijzingen door het LangeLandZiekenhuis is een groot deel naar VVT-instellingen in Zoetermeer

<sup>7</sup> Vraag aan verzekeraar: hoeveel ELV is er eigenlijk ingekocht in de regio?



Dit zijn cijfers over de eerste vijf maanden van 2017. Er is te zien dat ELV Laag Complex het meest gekozen wordt, maar dat ook Hoog Complex vaak de eerste keus is. In totaal is in de eerste vijf maanden vanuit de ziekenhuizen al meer dan 400 keer naar het ELV verwezen.

De vraag die oprijst uit paragraaf 3.2 is: kan de ervaren druk bij de plaatsing vanuit ziekenhuizen kwantitatief onderbouwd worden? Hieronder staat in tabel 3.2 weergegeven bij hoeveel VVT-instellingen deze 400 patiënten gemiddeld worden aangeboden voordat er een plaats gevonden is. Idealiter, dus bij een optimale doorstroming, zou dit getal dicht bij 1 moeten liggen: de patiënt wordt aangeboden en kan direct terecht.

<b>3.2 Gemiddelde van TP</b>					
<b>Aantal gekozen VVTs</b>					
<b>Rijlabels</b>	<b>IM ELVHC</b>	<b>IM ELVLC</b>	<b>IM ELVP</b>	<b>Eindtotaal</b>	
Haaglanden Medisch Centrum	2,2	1,9	1,4	2,0	
Haga Ziekenhuis	1,9	1,6	1,2	1,6	
LangeLand Ziekenhuis	1,6	1,2	1,3	1,3	
Overig	3,0			3,0	
<b>Eindtotaal</b>	<b>2,0</b>	<b>1,7</b>	<b>1,3</b>	<b>1,8</b>	

Zoals te lezen in de tabel is er in deze regio geen sprake van een ideale situatie. Het gemiddelde van 1,8 gekozen VVT's per plaatsing geeft aan dat het ook voorkomt dat een cliënt twee of drie keer geweigerd wordt voordat er een instelling is die plaats heeft. Omdat elke keuze voor een VVT werk oplevert bij de transferverpleegkundige en bij het klantenbureau van de betreffende VVTorganisatie, onderbouwen deze cijfers de verspilling en vertraging die de ziekenhuizen ervaren.

Voor de verwijzingen vanuit de eerste lijn naar ELV en crisisbedden zijn de cijfers minder makkelijk beschikbaar. Een indicatie kan echter nog worden afgeleid uit tabel 3.3. In deze tabel is aangegeven door het Zorgkantoor hoe vaak er per maand gebruik wordt gemaakt van een crisisbed (op basis van WLZ). In totaal zijn er volgens het Zorgkantoor in de regio Haaglanden 12,1 bedden beschikbaar bij de zorgorganisaties met crisisdienst. Daarvan wordt volgens hen 45% benut. Er kan dus geconcludeerd worden dat de capaciteit van crisisbedden niet het probleem is. Een van de woordvoerders van VVT-instellingen noemde dat de bedden er wel zijn, maar dat met zowel ELV als crisis (WLZ), er geen geld is om ook zorg te leveren.

<b>3.3 Gebruik ingekochte capaciteit crisisbedden</b>					
	<b>Januari</b>	<b>Februari</b>	<b>Maart</b>	<b>April</b>	
Bed gevonden	28	17	18	16	
Bed niet gevonden binnen 24 uur	1	1	4	0	
<b>Totaal per maand</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	

Uit een inventarisatie door ZorgScala blijkt dat ongeveer 1/3 van de mensen die in een ELV<sup>8</sup> worden opgenomen, doorstroomt naar langdurige opname in een verpleeghuis (met WLZ indicatie). Uit onze

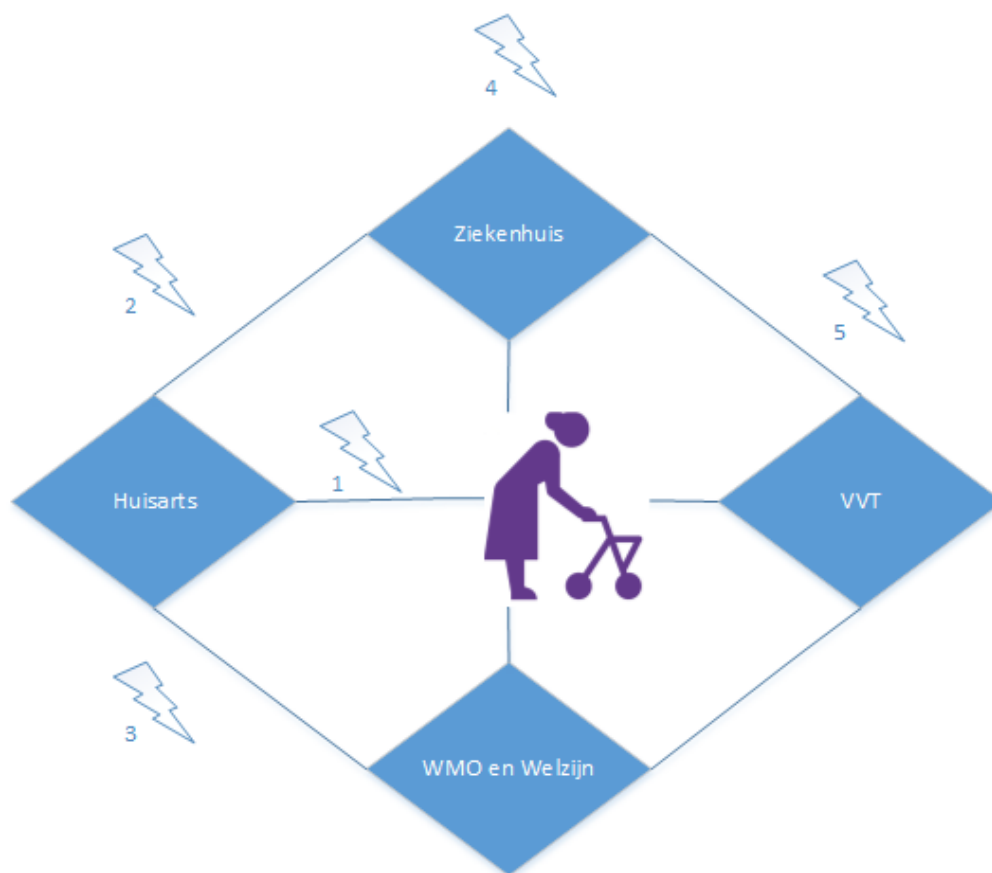
<sup>8</sup> Een woordvoerder van de VVT: "dit is veel meer dan je zou verwachten. Die mensen hadden met een eerdere WLZ-indicatie misschien helemaal geen crisis hoeven hebben.

eigen analyse blijkt ook dat dit geregeld voorkomt, slechts 20-50% van de cliënten gaat weer naar huis, 20-30% gaat naar de WLZ. Een aantal patiënten wordt uiteindelijk ook opgenomen in het ziekenhuis of overlijdt (met name in de palliatieve vorm van het ELV).

Een inventarisatie door de huisartsenpost SMASH wijst er op dat er per weekenddag twee a drie ouderen moeten worden opgenomen in de crisisdienst/ELV. Hierbij is ook sprake van verwarring tussen crisisbedden en ELV, SMASH geeft aan het dienstrooster van ZorgScala te gebruiken voor de opnames. Het kost de medewerkers (triagisten) van SMASH al snel anderhalf uur, maar ook geregeld een hele werkdag om een opname rond te maken. Woordvoerders van huisartsen vinden het aantal van 2-3 patiënten per dag ook voor wekdagen redelijk. Uit onze inventarisatie bij VVT-organisaties blijkt dat er ongeveer evenveel cliënten worden aangemeld door huisartsen als door ziekenhuizen.<sup>9</sup>

### 3.5 Probleemstelling

In de afbeelding hieronder zijn de verschillende lijnen in de patiëntreis aangegeven met de problemen die daarbij horen.



<sup>9</sup> Een voetnoot die nog bij deze onderbouwing gemaakt moet worden is dat het volume ELV vanuit de ziekenhuizen relatief klein is. Het aantal mensen dat vanuit de ziekenhuizen naar GRZ (ook in de VVT en ook bekostigd uit de ZVW) gaat, is bijvoorbeeld twee keer zo groot.

1. Huisarts kan een patiënt niet of moeilijk plaatsen in een crisisbed of ELV
2. SEH/ziekenhuis wordt gebruikt als “U-bocht” om een patiënt alsnog te plaatsen
3. Er is onvoldoende weet van de mogelijkheden in WMO en Welzijn
4. SEH/ziekenhuis verstopt door kwetsbare ouderen met een lange doorstroomtijd
5. Ziekenhuizen kunnen patiënten niet of moeilijk plaatsen in een crisisbed of ELV

### 3.6 Mogelijke oorzaken

In de inventarisatie van maart 2017 zijn al verschillende mogelijke oorzaken benoemd. Ook in de huidige analyse zijn een aantal oorzaken aan te wijzen. Hieronder staan deze oorzaken geordend in een visgraatmodel. De hoofdgroepen van oorzaken in dit model zijn mens, materiaal en informatie. Er is nog onvoldoende tijd geweest om hierin nog een ordening aan te brengen naar de consensus over of het belang van de genoemde oorzaken. Dat kan op de crisisdag gebeuren, evenals het rangschikken van de genoemde oorzaken naar de geïdentificeerde probleemlijnen.

- Mens (gedrag)
  - Zorgorganisatie neemt cliënten liever op met ELV dan met WLZ
    - Als er nog geen WLZ indicatie is, is dit een onzekere factor voor de zorgaanbieder
    - De vergoeding voor ELV is ruimer dan de vergoeding voor WLZ of respijtzorg
  - De cliënt of zijn systeem wil liever ELV dan WLZ
    - WLZ is onomkeerbaar, ELV geeft de “hoop” op terugkeer naar huis
      - Verwachtingen managen voor de cliënt? Hoop is vaak ijdel.
    - WLZ kent een eigen bijdrage voor de cliënt
  - Crisisbedden worden te lang bezet door cliënten die niet meer in crisis zijn
    - Doorstroming naar reguliere opname is niet goed verzorgd
    - Mensen blijven te lang op het verkeerde bed, doordat er nog geen plaats is op de voorkeurslocatie van de cliënt
  - Er wordt onvoldoende gebruik gemaakt van elkaars expertise, waardoor er dubbel werk gebeurt.
- Materiaal (capaciteit)
  - Er zijn te weinig bedden ingekocht voor deze regio
    - Omzetplafonds voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders
  - Langer zelfstandig wonen leidt tot meer en ernstiger crisissituaties
    - De druk bij mantelzorgers en zorgverleners wordt hoger. Thuiszorg heeft minder mogelijkheden en mantelzorg kan wegvallen -- > crisis
    - Er wordt langer ‘doorgemodderd’
    - Toegang tot WMO is onvoldoende bekend
  - Er komen steeds meer meldingen van buiten de regio
  - In een grote stad wonen meer mensen met een beperkt sociaal netwerk.
  - Te weinig handen aan het bed. Te weinig SOG die de opnames kunnen doen, te weinig verpleegkundigen aan het bed (ook in de ziekenhuizen)
  - Zorgvraag wordt ondergeschikt aan de financiering.

- Zorgverzekeraar kan ELV weigeren te vergoeden, als bijvoorbeeld WMO beter passend zou zijn geweest (achteraf gezien)<sup>10</sup>
  - 80% van de doorverwijzingen vanuit ziekenhuizen loopt prima, maar het zijn de gevallen waarin er wat meer aan de hand is, dat de dossiers geweigerd worden door de VVT omdat ze er geen geld voor krijgen.
  - Er is sprake van een continue kraptemodel waardoor niemand kan denken ‘wat kan ik wél doen voor deze patiënt’
- Informatie (proces)
  - Het is niet duidelijk wie er medisch verantwoordelijk is voor een patiënt als hij is opgenomen met ELV laag complex buiten het werkgebied van de huisarts
  - Huisartsen en ziekenhuizen hebben onvoldoende zicht op de (preventie/respijt) mogelijkheden in de WMO<sup>11</sup>
  - Spoedprocedures WMO werken nog niet goed. Opplussen vanuit dagbesteding duurt soms twee maanden.
  - POINT geeft niet voldoende informatie over de bedden capaciteit
    - Huisartsen hebben geen inzicht in POINT
    - Ziekenhuizen vinden dat POINT niet actueel genoeg is
      - Er zijn perverse prikkels voor de VVT om bijvoorbeeld wel een beschikbaar bed weer te geven, zodat een langdurige opname (WLZ) wél aangenomen kan worden.
    - Het is lastig om de bedden capaciteit vaak bij te werken voor een VVT-organisatie, omdat alleen de POINT beheerder dat kan en daarvoor apart moet inloggen
  - Er is onduidelijkheid over de definitie van crisis/spoed
  - Ziekenhuizen verwijzen ook voor ELV alleen naar de VVT-instellingen die crisisbedden (WLZ) aanbieden.
    - Dit is inmiddels aangekaart bij de ziekenhuizen, is het ook opgelost?
    - Het onderscheid tussen crisis en ELV is onduidelijk, misschien ook voor andere sectoren.

## Hoofdstuk 4. Oplossingsrichting

### 4.1 Oorspronkelijke werkafpraak

In de coördinatiegroep transferpunten is met een werkgroep ELV een werkafpraak gemaakt. In deze werkafpraak werd uitgegaan van het afwegingsinstrument voor kortdurend verblijf. Dit afwegingsinstrument wordt ook landelijk gedragen door verenigingen zoals Verenso en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

Deze werkafpraak is een procesbeschrijving van de logistieke verantwoordelijkheid van de betrokkenen. Er is ook een bijbehorend formulier samengesteld dat de verwijzer (huisarts) kan gebruiken voor de overdracht naar de zorginstelling.

#### 4.1.1 Ondervonden problemen/bezwaren bij deze werkafpraak

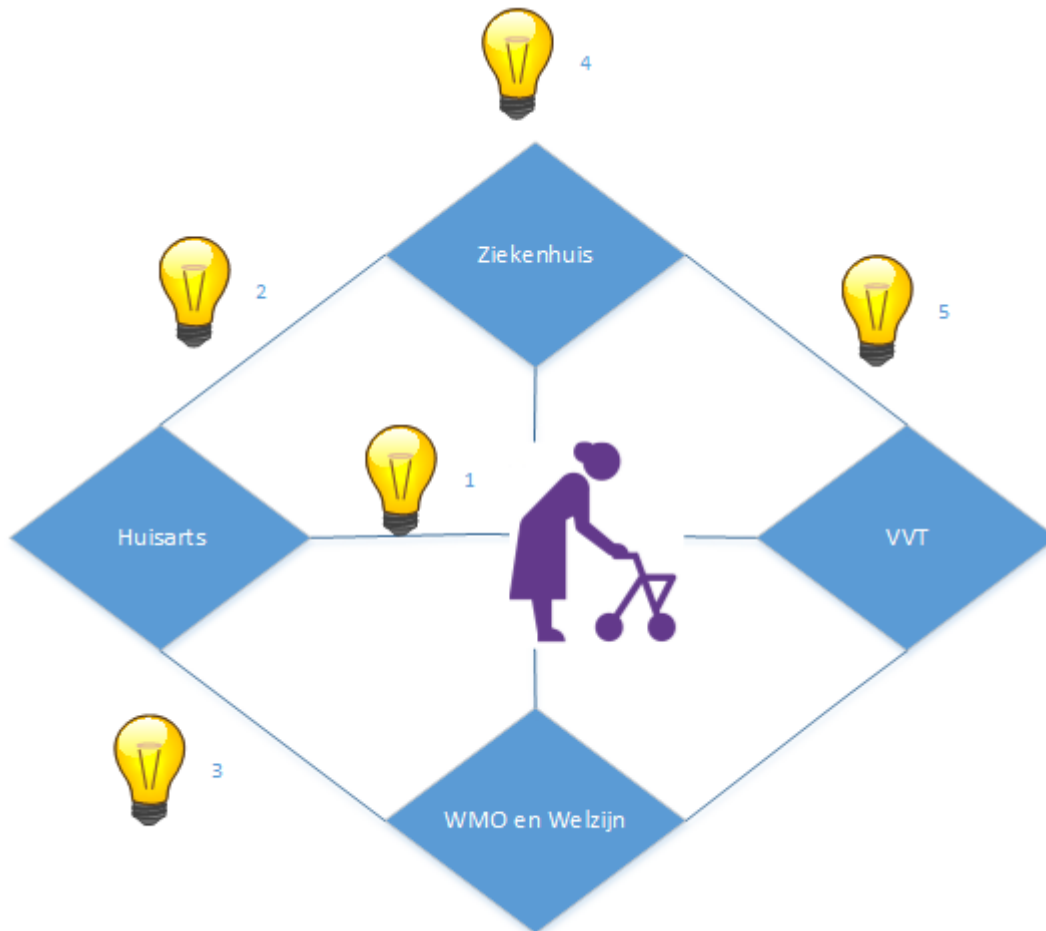
- verantwoordelijkheid SO tov huisarts (bij plaatsing in de regio Haaglanden).

<sup>10</sup> Dit wordt herkend door de meelezers, maar zij geven allen aan dit een zeer vreemde gang van zaken te vinden

<sup>11</sup> Huisartsen en woordvoerder ziekenhuis betwijfelen of WMO-inzet echt

## 4.2 Voorbeelden in andere regio's

Zoals in hoofdstuk 2.3 is aangehaald, speelt dit probleem niet alleen in de regio Haaglanden. Ook elders worden oplossingen bedacht voor de benoemde problemen. Hieronder een opsomming van de voorbeelden in andere regio's en voor andere patiëntengroepen.



### 4.2.1 Oplossingen voor lijn huisarts - VVT

#### a) Rotterdam + Het Gooi: Beddencapaciteit op openbare website

Op de website [www.verwijshulp.nl](http://www.verwijshulp.nl) staan dagelijks geactualiseerde gegevens over de beddencapaciteit in deze regio. RSO Haaglanden heeft al geïnformeerd wat het zou kosten om de regio Haaglanden hierbij aan te sluiten (bijlage 4) en ook bij POINT wat het zou kosten om deze gegevens direct vanuit POINT<sup>12</sup> op een openbare website (bijvoorbeeld op [www.transmuralezorg.nl](http://www.transmuralezorg.nl)) te laten verschijnen (bijlage 5). In het netwerk Palliatieve Zorg van de regio Haaglanden wordt ook met een dergelijke website voor beddencapaciteit in hospices gewerkt.

#### b) Nijmegen e.o.: Bureau Crisis Toewijzing Intramuraal<sup>13</sup>

In Nijmegen is een centraal bureau ingesteld dat huisartsen helpt om de crisisaanvraag (het afwegingsinstrument) in te vullen per casus en dat overzicht heeft op de beschikbare plaatsen in VVT

<sup>12</sup> Wordvoerder van ziekenhuis: het zou in POINT ook mogelijk moeten worden om een bed te 'boeken', waarbij het voor de VVT-organisatie moeilijker wordt om te weigeren als de patiënt aan de criteria voldoet.

<sup>13</sup> In de gesprekken met de woordvoerders uit verschillende sectoren werd dit regelmatig genoemd als goed voorbeeld. In de regio Kennemerland is een vergelijkbaar telefoonnummer.

instellingen. Buiten kantooruren wordt de telefoon opgenomen door een specialist ouderengeneeskunde.

- c) Coördinatie door ROAZ (visie van zorgverzekeraars)<sup>14</sup>

Zorgverzekeraars hebben afgesproken dat, in de regio's waar de coördinatie van acute zorg voor ouderen nog onvoldoende tot stand komt, zij in afstemming met het ROAZ actie ondernemen om de noodzakelijke coördinatie zo snel mogelijk te organiseren.

#### 4.2.2 Oplossing voor lijn huisarts – ziekenhuis

- d) Traumanet AMC: Advanced Care Planning

Verschillende ziekenhuizen in de regio gaan werken met Advanced Care Planning, waarbij proactief de behandelwensen van ouderen worden besproken, vastgelegd en betrokken. Zorgverleners hierover worden geïnformeerd. Resultaat: minder ongewenste opnames en behandelingen. Dit wordt in het Zorgprogramma Kwetsbare Ouderen van de regio Haaglanden onderzocht.

- e) In Twente wordt gestart met een pilot 'Geriatrisch expertise team'.

Daarbij kan de specialist ouderengeneeskunde (SO) door de huisarts geconsulteerd worden voor kwetsbare ouderen met complexe problematiek waarbij de zorgvraag op de voorgrond staat en waarbij ziekenhuisbezoek niet gewenst is. In eerste instantie is, door de beperkte beschikbaarheid van de SO, gekozen om de binnen de ANW-uren met name in de piekuren op de huisartsenpost een SO beschikbaar te hebben voor complexe zorgvragen voor ouderen.

#### 4.2.3 Oplossingen voor lijn huisarts – WMO

#### 4.2.4 Oplossingen voor capaciteitsproblemen SEH-ziekenhuis

- f) Bergen op Zoom: Afdeling met spoedbedden

Ziekenhuis Bravis werkt samen met twee zorginstellingen om voor ouderen die op de SEH komen tijdelijke zorg te bieden op zogenaamde TOKO bedden (tijdelijke opvang kwetsbare ouderen). Ook moet er aan het eind van het jaar één centraal aanmeldpunt zijn voor de spoedzorg in de regio.

Hieronder staan nog een aantal mogelijke oplossingen die in de gesprekken met woordvoerders werden benoemd.

- g) Schakelafdelingen in het ziekenhuis

Waar meer tijd is voor de triage van kwetsbare ouderen en het regelen van hun vervolgzorg dan op de SEH

#### 4.2.5 Oplossingen voor lijn ziekenhuis - VVT

- h) Afspraken over actueel houden van bedden capaciteit POINT en over het aannemen van cliënten
- i) regeling met zorgverzekeraars om financieel risico voor VVT-aanbieders te verminderen

---

<sup>14</sup> <https://assets.zn.nl/p/32768/AO%20Ziekenhuiszorg-ambulancezorg-acute%20zorg%2014022017%2C%20ZNbrief.pdf>

#### 4.2.6 Andere mogelijkheden

- j) Onderzoeken van oplossingsrichting in samenwerking met LUMC (Tony Poot)
- k) Onderzoeken van capaciteit in samenwerking met UT (CHOIR)

#### 4.3 Voorstel voor bespreking op crisisdag

Twee elementen die op de crisisdag van belang zijn, zijn de volgende:

- Consensus over de geschetste problemen en oorzaken
- Doel van deze bijeenkomst: efficiëntere zorg en toegevoegde waarde voor de patiënt.

#	Item	Tijd	Wie
1	Welkomstwoord	10:00	Lisette
2	Agenda en Doel	10:10	Lisette
3	Intro LSS methodiek	10:20	Mathijs
4	Probleem beschrijving (DMA)	11:10	Mathijs
5	Lunch	12:15	Mathijs
6	Workshop	13:00	Mathijs
7	Terugkoppeling	15:00	Mathijs
8	Communicatie en besluitvorming	15:45	Lisette
9	Afsluiting & Borrel	16:00	Lisette