



Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken

Financieringsaanvraag voor de ketenoplossing m.b.t. 'cliënten met verpleegzorgbehoefte en bijkomende GGZ problematiek'

1. Inleiding

Voor u ligt de financieringsaanvraag voor de ketenoplossing m.b.t. 'cliënten met verpleegzorgbehoefte en bijkomende GGZ problematiek'. In deze aanvraag wordt beschreven wat de VVT instellingen en ziekenhuizen in regio Haaglanden willen doen om de problematiek rondom 'cliënten met verpleegzorgbehoefte en bijkomende GGZ problematiek' in de ziekenhuizen op te lossen. Ook wordt beschreven wat dit kost en wat dit oplevert.

2. Aanleiding

Oudere patiënten die medisch uitbehandeld zijn in het HagaZiekenhuis (Haga) en Haaglanden Medisch Centrum (HMC) maar (nog) niet naar huis kunnen omdat zij herstel- of revalidatiezorg nodig hebben, worden doorgeplaatst naar een kortdurend verblijf in een verpleeghuis. Het Haga en HMC krijgen deze patiënten echter niet altijd direct uitgeplaatst waardoor zij langer blijven liggen in de ziekenhuizen. Dit brengt extra gezondheidsrisico's met zich mee voor de patiënt en dit betekent dat de patiënt niet de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek krijgt (herstel- en/of revalidatiezorg). Daarbij hebben de ziekenhuizen vanwege de lange ligduur van patiënten al een aantal OK's moeten sluiten omdat er te weinig beschikbare bedden zijn.

Na analyse van de patiëntengroep die dit betreft, blijkt dat bij veel van deze patiënten, namelijk 5 tot 6 per week, sprake is van comorbide psychische/psychiatrische problematiek.

VVT instellingen in de regio nemen deze patiënten niet altijd direct op. Zij geven aan dit zij hierin terughoudend zijn omdat:

- VVT instellingen onvoldoende expertise hebben over dit specifieke zorgaspect, waardoor zij patiënten niet de juiste zorg kunnen bieden;
- er sprake is van een risico op gedragsproblemen of onderliggende problematiek waardoor escalaties kunnen ontstaan op een afdeling;
- onduidelijk is of patiënt weer naar huis kan na herstel- of revalidatiezorg: vaak stagneert de doorstroming vanwege huisvestingsproblemen. Het is moeilijk om een WLZ indicatie voor deze patiënten te verkrijgen en ook het inschakelen van thuiszorg voor deze groep is moeilijk.

De regio wil nu in 2 verpleeghuizen een expertise afdeling voor patiënten met bijkomende GGZ problematiek opzetten. Deze afdeling is specifiek gericht op deze doelgroep (zie bijlage 1 voor kwaliteitseisen en inclusie- + exclusiecriteria). Verpleegkundigen op deze afdeling zijn extra geschoold en er zijn afspraken met Parnassia over consultatie en advies en over het eventueel overplaatsen van patiënten naar Parnassia. Omdat voor deze expertise afdelingen andere zorg nodig is, hebben de VVT instellingen meer financiering nodig.

De patiënten met bijkomende GGZ problematiek betreft geen nieuwe doelgroep voor VVT instellingen, maar doordat het absolute aantal toeneemt, zal de VVT op deze ontwikkeling en behoefte moeten anticiperen.

3. Doel

De ziekenhuizen en VVT instellingen in de regio streven er naar om patiënten op het juiste moment, de juiste zorg op de juiste plek te bieden. Dit is in het belang van de patiënt. Dit betekent dat oudere patiënten met verpleegzorgbehoefte direct ontslagen moeten kunnen worden uit het ziekenhuis als zij medisch uitbehandeld zijn, zodat zij de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek krijgen. Deze zorg dient afgestemd te zijn op de problematiek waarbij voorkomen wordt dat gedrag escaleert, zodat herstel- of revalidatiezorg kan plaatsvinden. Daarnaast brengt een langere ligduur in het ziekenhuis extra gezondheidsrisico's met zich mee, doel is om deze risico's te beperken.

Ook streven het Haga en HMC er naar de kosten per patiënt te verlagen, door patiënten direct uit te plaatsen als zij medisch uitbehandeld zijn (het bed waar de patiënt op ligt kost geld). Daarbij komt dat op een bezet bed geen nieuwe patiënt opgenomen kan worden, dit brengt een langere wachttijd voor planbare zorg met zich mee. Ook willen de ziekenhuizen voorkomen dat OK's gesloten worden vanwege een gebrek aan bedden doordat patiënten langer blijven liggen in het ziekenhuis dan nodig.

4. Oplossing

2 verpleeghuizen in Den Haag, namelijk WZH en HWW, zetten een afdeling op die specifiek gericht is op oudere patiënten met verpleegzorgbehoefte en bijkomende GGZ problematiek die herstel- of revalidatiezorg nodig hebben. Dit betekent dat:

- Verpleegkundigen op de afdeling extra scholing krijgen, specifiek gericht op GGZ problematiek;
- Indien nodig Parnassia wordt ingeschakeld voor consultatie of advies;
- Indien nodig patiënt tijdelijk wordt overgeplaatst voor behandeling naar Parnassia en dus indien mogelijk weer terug wordt geplaatst naar het verpleeghuis.

5. Randvoorwaarden

Om een afdeling voor 'patiënten met verpleegzorgbehoefte en bijkomende GGZ problematiek' te laten slagen, dient het volgende aanwezig te zijn:

1. Financiering om de juiste zorg te kunnen bieden;
2. Afspraken met het CIZ: indien na herstel- of revalidatiezorg langdurige opname nodig is, dient het CIZ een WLZ indicatie af te geven;
3. Afspraken tussen de verschillende VVT instellingen die patiënten met een WLZ indicatie opnemen: als een WLZ indicatie is afgegeven voor de cliënt met bijkomende psychiatrische problematiek dan dienen ook andere VVT instellingen in de regio deze patiënten te kunnen overnemen na kortdurende opname op de expertise afdeling;
4. Afspraken tussen de verschillende VVT instellingen die thuiszorg bieden: indien na kortdurende opname op de expertise afdeling thuiszorg nodig is, dienen thuiszorgorganisaties de patiënt aan te nemen.

Voor punt 1, de financiering, wordt via deze business case verzocht om een bijdrage van zorgverzekeraars. De VVT instellingen die de 'patiënten met bijkomende GGZ problematiek' gaan opvangen, gaan in gesprek met het Zorgkantoor over het verkrijgen van een WLZ-indicatie; het is nu erg moeilijk om een WLZ indicatie te verkrijgen. De VVT instellingen in de regio die aangesloten zijn bij Zorgscala (Zorgscala is één van de deelnemers van Stichting Transmurale Zorg), zullen onderling afspraken maken over punt 3 en 4.

6. Kosten-baten analyse

Ligduur

Het aantal 'patiënten met bijkomende GGZ problematiek' die vanuit het ziekenhuis uitgeplaatst moeten worden naar een kortdurend verblijf betreft 5 tot 6 per week.

Wat betreft het Eerstelijns verblijf (ELV) blijkt uit gegevens van zorgkantoren dat de duur van de zorgverlening gemiddeld 40 dagen is voor patiënten met een indicatie 'basis'. Voor patiënten met een indicatie 'intensief' is dit gemiddeld 41 dagen.¹ Cijfers zijn berekend over 2015. Wat betreft Geriatrische Revalidatie was de gemiddelde ligduur in 2015 45 dagen.²

De VVT instellingen schatten de gemiddelde ligduur voor patiënten met bijkomende GGZ problematiek iets hoger in dan gemiddeld, hier zijn echter geen exacte gegevens over bekend.

Ook verwachten de ziekenhuizen en VVT instellingen dat de groep ouderen met verpleegzorgbehoefte en bijkomende GGZ problematiek de komende jaren zal groeien.

Benodigd aantal bedden

Uitgaande van een ligduur van 42 dagen en 5 tot 6 patiënten per week:

- 42 dagen / 7 dagen = 6 weken (1 patiënt blijft gemiddeld 6 weken opgenomen in een KDV)
- 6 patiënten per week * 6 weken = 36 bedden

Kosten

Wat is er nodig om een 'patiënt met verpleegzorgbehoefte en bijkomende GGZ problematiek' op te nemen op de daarvoor bestemde afdeling in het verpleeghuis en herstel- of revalidatiezorg direct na medische behandeling in het ziekenhuis te starten?

- 36 bedden (uitgaande van 6 patiënten per week met een gemiddelde ligduur van 42 dagen)
- Inzet zorg

Nieuwe situatie (waarbij patiënt herstel- of revalidatiezorg krijgt)	
Gemiddelde kosten per patiënt per dag	€ xxx
Gemiddelde ligduur van 42 dagen	
<i>Gemiddelde kosten per patiënt per verblijf</i>	€ xxx

Deze kosten bestaan uit:

- Verpleging (inclusief opleidingskosten door Parnassia + verlet)
- Behandeling (SO + paramedici)
- Consultatie van Parnassia
- Overhead
- Facilitair
- Huiskamertoezicht

De kosten voor behandeling door Parnassia zijn niet meegenomen in bovenstaande kosten. Indien behandeling door Parnassia nodig is, wordt dit, net als in de huidige situatie, apart gefinancierd via een DBC GGZ.

Baten

Als de 'patiënt met verpleegzorgbehoefte en bijkomende GGZ problematiek' direct wordt opgenomen in een verpleeghuis, dan kan de herstel- of revalidatiezorg direct starten. De patiënt ontvangt dan op het juiste moment, de juiste zorg op de juiste plek. Daarbij komt dat elke dag dat een patiënt langer in het ziekenhuis ligt gezondheidsrisico's met zich mee brengt, bij directe uitplaatsing uit het ziekenhuis worden de gezondheidsrisico's dus beperkt.

¹ Significant document van VWS: [file:///C:/Users/Heleen.vanMilligen/Downloads/eerstelijns-verblijf-elv%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Heleen.vanMilligen/Downloads/eerstelijns-verblijf-elv%20(3).pdf), pagina 11.

² Actiz: <file:///C:/Users/Heleen.vanMilligen/Downloads/GRZ%20Infographic.pdf>

Directe uitplaatsing uit het ziekenhuis brengt ook met zich mee dat er meer beschikbare bedden zijn in het ziekenhuis, wat betekent dat een aantal OK's dat nu gesloten is, weer open kan.

Als de 'patiënt met verpleegzorgbehoefte en bijkomende GGZ problematiek' uitgeplaatst kan worden uit het ziekenhuis zodra hij/zij medisch uitbehandeld is, dan daalt de ligduur in het ziekenhuis ten opzichte van de huidige situatie (waarin patiënt te lang blijft liggen) en worden de volgende kosten bespaard:

Huidige situatie ziekenhuis	
Gemiddelde ligduur per patiënt die moeilijk uit te plaatsen is in het ziekenhuis	20 dagen
Kosten ziekenhuisbed per dag*	€ xxx
Gemiddelde kosten per patiënt in het ziekenhuis terwijl hij/zij medisch uitbehandeld is	€ xxx

** De kostprijs zoals getoond is de integrale kostprijs, opgebouwd uit directe en indirecte kosten. En daarbinnen weer te verdelen in personele kosten, kapitaalslasten, materiaalkosten, overhead enzovoort. De kostprijs is tot stand gekomen op basis van de huidige volumes. Wijzigingen in volumes geven een andere kostprijs. Een deel van de kosten is vast en een deel van de kosten is direct gekoppeld aan productieschommelingen. De totale gemiddelde kostprijs van een verpleegdag is ongeveer 60% direct (variabel) en 40% indirect (vast). Bij zowel de vaste als variabele kosten moet rekening worden gehouden met minimale of maximale capaciteitseisen. De prijzen variëren per afdeling, er is nu uitgegaan van een gemiddelde prijs.*

De gemiddelde kosten per patiënt in het ziekenhuis terwijl hij/zij medisch uitbehandeld is bedragen € xxx. De kosten voor herstel- of revalidatiezorg komen hier nog bovenop.

Huidige situatie herstel- of revalidatiezorg	
Gemiddelde* kosten ELV hoog-complex (Uitgaande van gemiddeld € 180,- per dag en een gemiddelde ligduur van 41 dagen)	€ xxx
Kosten DBC GRZ (Uitgaande van DBC 998418069 Overige diagnoses Klin 1-14 Tussen 9 en 32 behandeluren klin/ambulant Geriatrische Revalidatiezorg)	€ xxx

** Elke VVT instelling heeft individueel productieafspraken gemaakt met zorgverzekeraars over deze vergoeding.*

In totaal kost een 'cliënt met verpleegzorgbehoefte en bijkomende GGZ problematiek' die herstellzorg nodig heeft nu gemiddeld € xxx,-.

In totaal kost een cliënten met verpleegzorgbehoefte en bijkomende GGZ problematiek' die GRZ zorg nodig heeft nu gemiddeld € xxx,-.

Kosten vs baten

Kosten vs baten (gemiddelde kosten per verblijf)	
Huidige situatie waarbij patiënt langer in het ziekenhuis blijft liggen dan nodig	€ xxx (gemiddelde van ELV en GRZ)

Nieuwe situatie waarbij patiënt direct wordt overgeplaatst naar VVT indien hij/zij medisch uitbehandeld is	€ xxx
--	-------

In de nieuwe situatie waarbij 'patiënt met verpleegzorgbehoefte en bijkomende GGZ problematiek' direct na medische behandeling het ziekenhuis verlaat, worden kosten bespaard. Nog belangrijker, is dat de kwaliteit van zorg verbetert.

Samengevat wordt met de oprichting van een afdeling specifiek voor patiënten met verpleegzorgbehoefte en bijkomende GGZ problematiek die herstel- of revalidatiezorg nodig hebben de volgende winst behaald:

- Patiënt: loopt minder risico om opnieuw ziek te worden in het ziekenhuis, herstel- of revalidatiezorg kan sneller gestart worden en patiënt ontvangt hogere kwaliteit van zorg op expertise afdeling;
- Ziekenhuis: lagere kosten per patiënt door kortere ligduur, meer opnamemogelijkheden voor andere patiënten (minder wachttijd) en minder tijd kwijt aan het zoeken naar een instelling voor vervolgzorg;
- VVT: minder escalaties op bestaande afdelingen, minder druk op verpleging en verzorging en betere kwaliteit van zorg op expertise afdeling en op andere afdelingen waar nu geen escalaties meer plaatsvinden door patiënten met bijkomende GGZ problematiek.

7. Monitoring en evaluatie

De VVT instellingen die een expertise afdeling gaan opzetten zullen o.a. monitoren welke patiënten opgenomen worden (met welke problematiek), na hoeveel tijd zij de afdeling weer verlaten en waar zij naar toe gaan. Na 6 maanden wordt, onder leiding van Stichting Transmurale Zorg, geëvalueerd of de expertise afdelingen 'patiënten met verpleegzorgbehoefte en bijkomende GGZ problematiek' een duurzame oplossing betreft of dat er wijzigingen nodig zijn.

Bijlage 1 – Kwaliteitscriteria en inclusie- en exclusiecriteria ‘patiënt met verpleegzorgbehoefte en bijkomende GGZ problematiek’

Kwaliteitseisen die gesteld worden aan VVT om patiënten met verpleegzorgbehoefte en bijkomende GGZ problematiek op te kunnen opnemen:

- Instelling heeft 1 afdeling waar cliënten met bijkomende GGZ problematiek worden opgenomen (geclusterd);
- Er is voldoende bezetting en geschoold personeel aanwezig op de afdeling om zorg te bieden;
- Instelling heeft afspraken gemaakt met Parnassia over consultatie en advies.

Inclusiecriteria cliënt met verpleegzorgbehoefte en bijkomende GGZ problematiek:

- Er sprake is van psychogeriatrische problematiek met comorbide psychiatrische symptomen/gedragsproblematiek, inclusief een delier, of;
- Er sprake is van somatische problematiek (zoals bijvoorbeeld een gebroken heup) en de cliënt verpleeg- en/of revalidatiezorg behoeft. En de cliënt daarnaast last heeft van bijvoorbeeld lichte psychotische, - stemming of angstklachten, persoonlijkheidsproblematiek, of alcoholafhankelijkheid, en;
- Patiënt is verzekerd.

Exclusiecriteria cliënt met verpleegzorgbehoefte en bijkomende GGZ problematiek:

- De psychiatrische stoornis is zodanig ontregeld en staat zodanig op de voorgrond, dat de verpleeg- of revalidatiezorg niet geboden kan worden en opname binnen de GGZ geïndiceerd is. Dit gebeurt i.o.m. het consultatieteam van Parnassia.