



Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken

Financieringsaanvraag voor de ketenoplossing 'Labelloze patiënt'

1. Inleiding

Voor u ligt de financieringsaanvraag voor de ketenoplossing 'labelloze patiënt'. In deze aanvraag wordt beschreven wat de VVT instellingen en ziekenhuizen in regio Haaglanden willen doen om de problematiek rondom 'moeilijk uit te plaatsen patiënten' in de ziekenhuizen op te lossen. Ook wordt beschreven wat deze pilot kost en wat dit oplevert.

2. Aanleiding

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. Het gaat om 8 patiënten per week die niet tijdig uitgeplaatst kunnen worden, een totaal van beide ziekenhuizen.

De verpleeghuizen, nemen patiënten die medisch uitbehandeld zijn in het ziekenhuis niet altijd direct op, omdat onduidelijk is op welk bed (financieringsvorm) de patiënt opgenomen moet worden.

Deze onduidelijkheid ontstaat omdat professionals (transferverpleegkundige en Specialist Ouderengeneeskunde) het niet eens worden over welke indicatie het beste past bij de patiënt. Meerdere redenen worden hierbij benoemd:

- Onduidelijk is of patiënt weer naar huis kan
 - CIZ geeft niet snel een WLZ indicatie af
 - GRZ wordt afgewezen op grond van belastbaarheid van de patiënt
 - Er is discussie tussen ELV en GRZ
 - Er zijn weinig ELV hoog bedden beschikbaar in de verpleeghuizen
 - Er is geen specifieke deskundigheid aanwezig in het verpleeghuis om de juiste zorg te kunnen bieden (bv. VAC therapie of AB IV)
- (Zie voor definities bijlage 1)

Om dit probleem op te kunnen lossen moet helder zijn over welke patiënten het precies gaat, zodat een gerichte oplossing ontwikkeld kan worden. Om te verhelderen om welke patiënten het gaat, is tijdelijk extra observatie en screening nodig. Deze screening en observatie kost tijd en geld. De verpleeghuizen die kortdurend verblijf aanbieden willen deze observatie en screening wel doen, maar hebben dan wel extra financiering nodig.

De patiënten waar het om draait (patiënten bij wie bij uitplaatsing uit het ziekenhuis nog niet duidelijk is welke indicatie het beste past) worden door de ziekenhuizen en verpleeghuizen 'labelloze patiënten' genoemd.

3. Doel

WZH, HWW, Florence, Respect, Saffier, Haga en HMC 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 patiënten direct ontslagen moeten kunnen worden uit het ziekenhuis als zij medisch uitbehandeld zijn. Een langere ligduur brengt extra gezondheidsrisico's met zich mee.

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

WZH, HWW, Florence, Respect, Saffier, Haga en HMC willen verder concretiseren welke patiënten nu moeilijk uitgeplaatst kunnen worden vanuit het ziekenhuis naar een verpleeghuis en waarom. Als dit helder is, kan gewerkt worden aan een oplossing voor de lange termijn.

WZH, HWW, Florence, Respect, Saffier, Haga en HMC willen 1 afdeling in 1 verpleeghuis creëren voor de duur van 6 maanden waar de 'labelloze patiënten' opgenomen worden (zie bijlage 2 voor inclusie- en exclusiecriteria). Op deze afdeling vindt observatie en screening plaats en wordt een indicatie gesteld door de specialist ouderengeneeskunde. Een 'labelloze patiënt' moet, indien patiënt naar een kortdurend verblijf gaat, binnen 1 week (90%) of uiterlijk 2 weken (100%) doorgeplaatst worden naar het juiste bed. Indien een WLZ indicatie aangevraagd moet worden voor de patiënt, zal de patiënt na 6 weken doorgeplaatst worden¹. Dit kan zowel een verplaatsing betekenen binnen de instelling waar de 'labelloze patiënt' opgenomen is als een overplaatsing naar een andere instelling.

Gedurende 6 maanden wordt gemonitord welke patiënten opgenomen worden als 'labelloze patiënt'. STZ zal gezamenlijk met de projectgroep KDV n.a.v. deze analyse 1 of meerdere lange termijn oplossingen ontwikkelen met het doel te realiseren dat patiënten die medisch uitbehandeld zijn in het ziekenhuis direct doorgeplaatst kunnen worden naar de juiste plek. Door de kortere ligduur in het ziekenhuis lopen patiënten minder kans om (opnieuw) ziek te worden in het ziekenhuis. Daarbij ontvangen zij sneller de juiste zorg (herstel- of revalidatiezorg) die alleen in een verpleeghuis aangeboden wordt (niet in het ziekenhuis). Daarmee zal het totale zorgtraject van de patiënt korter worden.

5. Randvoorwaarden

Om een afdeling voor 'labelloze patiënten' te laten slagen, dient het volgende aanwezig te zijn:

1. Financiering om de juiste zorg te kunnen bieden
2. Specialist Ouderengeneeskunde moet ook de GRZ indicatie kunnen indiceren
3. Afspraken tussen VVT instellingen m.b.t.:
 - Uitstroom vanaf de locatie waar 'labelloze patiënt' ligt;
 - Het informeren van de 'labelloze patiënt' (zij komen op een experimentele afdeling, geven toestemming voor anonieme gegevensverstrekking en gaan akkoord met doorplaatsing binnen 1 tot 2 weken);
 - Het accepteren van de gestelde indicatie door de SO door alle SO's in de regio.

Voor punt 1, de financiering, wordt via deze business case verzocht om een bijdrage van zorgverzekeraars. Wat betreft punt 2 moeten er afspraken worden gemaakt met zorgverzekeraars over wie de indicatie mag stellen. In de huidige situatie mag alleen de klinisch geriater een GRZ indicatie vaststellen. CZ is in overleg om te kijken of de SO dit mag gaan doen.

¹ Het aanvragen van deze indicatie duurt 6 weken.

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.

6. Kosten-baten analyse

Er dient eerst een investering gemaakt te worden om goed in kaart te brengen welke patiënten moeilijk uit te plaatsen zijn uit het ziekenhuis en waarom. Deze investering betreft het optuigen van 10 bedden op een afdeling in 1 verpleeghuis en het bieden van de juiste zorg op deze afdeling gedurende een afgebakende periode.

Kosten

Wat is er nodig om een 'labelloze patiënt' op te nemen op de daarvoor bestemde afdeling in het verpleeghuis?

- 10 extra bedden (uitgaande van 8 patiënten per week, waarvan 90% binnen 1 week is doorgeplaatst en de overige 10% na 2 weken. Deze termijn geldt niet voor cliënten voor wie een WLZ indicatie aangevraagd wordt.) Het aantal bedden betreft een inschatting, onderzocht wordt of dit reëel is.
- Inzet kernteam voor zorg, ondersteuning en indicatiestelling

WZH, Florence en Saffier kunnen, indien daar de juiste vergoeding tegenover staat, de labelloze patiënten opnemen. Zij zullen individueel contact opnemen met de zorgverzekeraars over de hoogte van deze vergoeding².

Bij het berekenen van de vergoeding gaan WZH, Florence en Saffier uit van patiënten met complexe casuïstiek waarbij meerdere domeinen bij de patiënt een (sub)acute verslechtering laten zien. Door een interactie tussen somatische en psychische problemen is er vaak sprake van 'verwardheid' en zorgt dit hoofdzakelijk voor de moeilijkheid om een grondslag te bepalen voor de problematiek. Door de patiënt 1 á 2 weken rustig te kunnen observeren aanvullend met enige mate van stabiliserende behandeling kan SO een duidelijker beeld krijgen van wat de patiënt nog kan en kan zodoende een gerichte grondslag bepaald worden. In de berekening van de vergoeding gaan WZH, Florence en Saffier er dan ook van uit dat er relatief meer tijd van de arts nodig is. Daarnaast gaat er vanuit het verzorgend en verplegend personeel veel tijd zitten in het verzamelen van veel informatie in relatief korte tijd, waaronder het meewerken aan de screeninglijsten die vanuit de arts en psycholoog worden uitgezet.

Baten

Na 6 maanden wordt onderzocht welke lange termijn oplossing ontwikkeld moet worden n.a.v. de gegevens die in 6 maanden worden gemonitord. Doel is dat daarmee de huidige discussies over indicatiestelling verdwijnen en patiënt direct naar de juiste plaats doorverwezen kan worden zodra hij/zij medisch uitbehandeld is in het ziekenhuis.

Er wordt naar gestreefd om na 6 maanden 90% van de 'labelloze patiënten' direct bij uitplaatsing uit het ziekenhuis de juiste indicatie te kunnen geven.

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

Gemiddelde ligduur per patiënt die moeilijk uit te plaatsen is in het ziekenhuis	20 dagen
--	----------

² Respect heeft aangegeven de 'labelloze patiënten' op dit moment niet te kunnen opnemen.

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.

Kosten vs baten

WZH, Florence en Saffier kunnen de labelloze patiënten opnemen tegen aanzienlijk lagere kosten dan de € 9.760,- die het ziekenhuis gemiddeld per patiënt kwijt is door de langere ligduur. De tijdelijke extra screening en observatie levert dus al winst op. Bij het ontwikkelen van een lange termijnoplossing wordt bekeken of de kosten per patiënt nog verder omlaag kunnen.

Nog belangrijker dan de financiële winst die wordt gemaakt is de gezondheidswinst per patiënt. Elke dag dat een patiënt langer in het ziekenhuis ligt dan nodig brengt gezondheidsrisico's met zich mee. Als de ligduur met gemiddeld 20 dagen verkort kan worden, loopt de patiënt dus gedurende 20 dagen minder risico om opnieuw ziek te worden.

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.

7. Monitoring en evaluatie

Het verpleeghuis dat de 'labelloze patiënten' gedurende 6 maanden gaat opnemen stuurt maandelijks een overzicht naar STZ met de volgende gegevens per patiënt (geanonimiseerd):

- a. Welke problematiek speelde er bij de labelloze klant?
 - i. Cognitieve problematiek JA/NEE
 - ii. Bijkomende GGZ problematiek JA/NEE
 - iii. Sociale problematiek JA/NEE
 - iv. Obesitas JA/NEE
 - v. Anders, namelijk:
- b. Welke andere problemen spelen er:
 - i. Hulpmiddelen zijn nodig, maar niet aanwezig JA/NEE
 - ii. Extra personeel nodig JA/NEE
 - iii. Specifieke deskundigheid is nodig, maar niet aanwezig JA/NEE
- c. Binnen hoeveel dagen is labelloze klant doorgeplaatst?
- d. Welke indicatie heeft patiënt uiteindelijk gekregen?/Waar is labelloze klant naar toe verplaatst?
 - i. Thuiszorg
 - ii. ELV laag complex
 - iii. ELV hoog complex
 - iv. GRZ
 - v. WLZ
- e. In welke instelling is patiënt uiteindelijk opgenomen?

Na 6 maanden vindt, onder leiding van STZ, evaluatie plaats. Naar aanleiding hiervan wordt naar 1 of meerdere lange termijn oplossingen gezocht waarbij afspraken worden gemaakt over welke aanbieders deze patiënten onder welke voorwaarden zullen opnemen.

Bijlage 1 – Definities

ELV = Eerstelijns verblijf

Eerstelijns verblijf is gedefinieerd als ‘medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, waarbij 24-uurs toezicht of zorg in de nabijheid aanwezig is, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg³.

GRZ= Geriatrische revalidatiezorg

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is kortdurende, multidisciplinaire, op herstel gerichte zorg voor de groep van kwetsbare patiënten die na een ziekenhuisopname voor revalidatiebehandeling in een verpleeghuis worden opgenomen. Hierbij is het doel om deze patiënten terug te laten keren naar de thuissituatie⁴.

Labelloze patiënt

Bij een ‘labelloze patiënt’ is 1 tot 2 weken de tijd om een indicatie te stellen. Kan patiënt nog revalideren? Is er herstel mogelijk? Kan patiënt daarna weer naar huis? Of is WLZ indicatie nodig? Voor een ‘labelloze patiënt’ moeten meer behandeluren mogelijk zijn dan nu op een ELV bed mogelijk is. Observatie en screening door een kernteam, bestaande uit een specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, verpleegkundigen en verzorgenden, paramedici en een uitstroombegeleider), moeten leiden tot inzet van de juiste vervolgzorg. 90% van de ‘labelloze patiënten’ wordt binnen 1 week doorgeplaatst naar de juiste plek, 100% binnen 2 weken.

³ Significant document VWS: [file:///C:/Users/Heleen.vanMilligen/Downloads/eerstelijns-verblijf-elv%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Heleen.vanMilligen/Downloads/eerstelijns-verblijf-elv%20(5).pdf)

⁴ Actiz: <https://www.actiz.nl/thema/zorg/geriatrische-revalidatiezorg>

Bijlage 2 – Kwaliteitscriteria en inclusie- en exclusiecriteria ‘labelloze patiënt’

Kwaliteitseisen die gesteld worden aan VVT om labelloze patiënt te kunnen opnemen

2. Er is een kernteam beschikbaar met daarin een SO, psycholoog, verpleegkundigen en verzorgenden, paramedici, en een uitstroombegeleider
3. De SO stelt de indicatie vast
4. Na indicatiestelling wordt labelloze klant naar het juiste bed verplaatst
 - a. 90% binnen 1 week na opname
 - b. 100% binnen 2 weken na opname
(Geldt niet voor patiënten voor wie een WLZ indicatie aangevraagd wordt)
5. Er zijn 10 bedden op 1 afdeling beschikbaar voor labelloze klanten

Inclusiecriteria labelloze patiënt

Een patiënt mag opgenomen worden in de VVT als ‘labelloze patiënt als:

1. De patiënt opgenomen is in het ziekenhuis en bij uitplaatsing nog onduidelijk is welke indicatie het beste passend is.

Exclusiecriteria labelloze patiënt

Een patiënt mag niet opgenomen worden in de VVT als ‘labelloze patiënt als:

1. Patiënt vanuit de thuissituatie komt
2. Er een indicatie gesteld is, maar er geen bedden beschikbaar zijn