



Stand van zaken crisisproblematiek in regio Haaglanden op 11 juni 2019

Probleembeschrijving:

1. De kwetsbare patiënt krijgt niet de juiste zorg op de juiste plek in de kortst mogelijke tijd. De hulpverleners zijn veel tijd kwijt aan het regelen van de plaatsing vanuit de thuissituatie.
2. Ziekenhuizen kunnen patiënten niet of moeilijk tijdig plaatsen (op gewenste ont-slagdatum POINT 2017: ELV 25%, GRZ 26%, WLZ 52%, WKVPL 78%)
3. Voor een VVT-organisatie is het onzeker onder welke financiering de cliënt valt. Productieplafonds en afspraken met veel verzekeraars.
4. ZZP 6: extra personeel of technische middelen nodig voor juiste zorg: nauwelijks bedden voor deze groep. Langliggers in ZKH.

Onderbouwing:

1. Het komt geregeld voor dat patiënten naar de SEH verwezen worden om in elk geval maar onder dak te zijn (concrete cijfers onbekend). Dementie veel op SEH t.o.v. landelijk gemiddelde (Vektis).
2. Moeilijk plaatsbare patiënten (o.a. bijkomende GGZ en intensieve zorg) liggen soms dagen of weken in het ziekenhuis te wachten op een plek. Dit leidt tot complicaties en extra ziektelast voor de patiënt en een financieel risico voor het ziekenhuis.
3. Bij plaatsing vanuit het ziekenhuis of de thuissituatie in de VVT is de indicatiestelling vaak niet duidelijk. VVT wil hier zekerheid over i.v.m. budgetplafonds.

Analyse:

1. De kwetsbare oudere is onvoldoende in beeld/bekend (advanced care planning).
2. Er is onduidelijkheid onder huisartsen en patiënten over de mogelijkheden en definities van acute zorg.
3. Er is discussie tussen ziekenhuis en VVT over tijdstip van opname (piekuren SEH tussen 3 en 8, dan is de VVT met kleinere bezetting, avonddienst).
4. Opname niet altijd mogelijk door logistieke problemen: gebrek aan (juiste) personeel (bij ELV hoog echt anders dan bij ELV laag) of niet het juiste 'label'.

Vervolg analyse:

5. ELV bedden worden bezet gehouden door respijtzorg, spoed WMO (lange indicatietijd) en gebruikt voor diagnose dementie.
6. Wanneer patiënt niet tekent voor WLZ (bij uitplaatsing op 9B), vanwege eigen bijdrage en permanente status WLZ-indicatie, blijft patiënt liggen op ELV en kan ook niet naar huis.
7. Stellen van een indicatie kost tijd en is afhankelijk van (traagheid van) CIZ/gemeente als er een WLZ of WMO indicatie nodig is.
8. Waarnemend huisarts heeft geen inzicht in dossier.





Vervolg analyse:

9. Er is discussie tussen ziekenhuis en VVT over de diagnose. GRZ indicatie is vaak niet helder bij uitstroom uit ziekenhuis, patiënt moet geregeld terug van VVT naar ziekenhuis voor verplichte diagnose, VVT wil zekerheid i.v.m. budgetplafonds en dure bezetting GRZ.
10. Huisarts en ziekenhuis geven vaak onvoldoende medische gegevens door, hierdoor indicatie door SO niet te bepalen.
11. SO is voor huisarts niet altijd beschikbaar voor collegiaal overleg of consultatie.

Vervolg analyse:

12. Gebrek aan coördinatie in thuisituatie (waardoor men crisis niet aan ziet komen).
13. Geen plan op het moment van crisis.
14. Onbekend wie welke zorg verleent/kan verlenen.
15. Capaciteitsinfo bedden is niet actueel. 40% van aanvragen ELV bedden door ziekenhuis wordt weer ingetrokken (o.a. als VOD wijzigt en gepland ontslag wordt uitgesteld), VVT gaat voor zekerheid.

Oplossingsrichtingen:

1. Een onafhankelijk coördinatiepunt met eenduidige triage en 24/7 beschikbaarheid tot consultatie van SO.
2. Regionale afspraken over de werkwijze bij kwetsbare ouderen die zorg nodig hebben, inclusief herziening richtlijnen ELV en GRZ.
3. GRZ indicatie 'tijd' geven: situatie van patiënt verandert per dag/week
4. Inzet van bedden "zonder labels", voor cliënten waarvan diagnose nog niet duidelijk is bij plaatsing.
5. Alle opnames 'labelloos' maken in VVT.
6. Gezamenlijk informatiesysteem.
7. Wijkkliniek.

Vervolg oplossingsrichtingen:

7. Advanced care planning.
8. Inzet SO in thuisituatie.
9. SO GRZ laten indiceren binnen VVT, i.p.v. terugkeer naar specialist in ZKH voor indicatie GRZ.
10. Experimenteerregel ELV bij gecompliceerde doelgroep.
11. Kortere indicatietijd respijtzorg/spoed WMO.
12. Procesregisseur in de wijk, ambulant medisch specialistisch team in de wijk, ambulant geriatrisch team in de wijk.
13. Transmurale Zorgbrug
14. Overzicht wie, wat, waar
15. PATZ-groepen (zie website STZ)
16. Netwerksamenwerking rond diagnose dementie(zie website STZ)

Informatie komt voort uit de crisisdag op 6 juli 2017, focusgroepen met professionals in december 2018 en overleggen over acute zorg in 2017, 2018 en 2019, allen georganiseerd door Stichting Transmurale Zorg.





Stappen die gemaakt zijn, pilots en experimenten

* **Acute Zorg /TIP Haaglanden**

De 5 grote VVT instellingen in de regio hebben om beurten 'crisisdienst' waarin zij patiënten in crisis opnemen d.m.v. telefoonnummer 070-756 16 66 (08.00-23.00 uur)

TIP Haaglanden is een samenwerking tussen HWW zorg, Florence, Respect Zorggroep, Saffier en Woonzorgcentra Haaglanden (WZH) op het gebied van crisiszorg (WLZ).

Naast dit tel. nr. is er een website voor inzicht in beschikbare bedden ELV laag: <https://vindvrijplaatsen.verzorgdeoverdracht.nl/>

* **Uitbreiding ELV coördinatiepunt**

Aansluitend op 'werkwijze acute zorg vanuit thuissituatie' is er een landelijke ontwikkeling dat de ELV coördinatiepunten uitgebreid moeten gaan worden naar alle kortdurend verblijf.

Gesprekken en werkafspraken tussen Gemeente D.H. , Parnassia, ZorgScala, HMC, HAGA, Hadoks, CZ, CIZ

* **Triagebedden - pilot tot eind 2019**

Pilot triagebedden is er op gericht de problematiek in de ziekenhuizen m.b.t. 'moeilijk uit te plaatsen patiënten na klinische opname' te verbeteren. Door middel van triage wordt de duidelijkheid verkregen welke plaatsing voor een cliënt geïndiceerd is. Resultaat hiervan zou moeten zijn dat de cliënt niet langer in het ziekenhuis blijft dan noodzakelijk. Daarnaast is het inzichtelijk krijgen van het profiel van 'moeilijk uit plaatsbare' cliënten in het ziekenhuis een doel. Betrokken partijen: Florence, Saffier, HMC, HAGA, CZ, Menzis.

* **GGZ-bedden**

Ziekenhuizen geven aan: veel langliggers voor ELV met bijkomende GGZ problematiek. Verpleeghuizen zijn hier niet op ingericht. Businesscase GGZ bedden binnen expertiseafdeling in 2 verpleeghuizen in de regio (WZH en HWW i.s.m. Parnassia). Drie ZV willen niet financieren.

* **Transmurale zorgbrug—start feb 2019**

Voor betere zorg rondom patiënten die uit het ziekenhuis naar huis gaan en thuiszorg nodig hebben.

Kwetsbare ouderen in het ziekenhuis worden geïdentificeerd en al vóór ontslag maken zij kennis met een wijkverpleegkundige. Deze wijkverpleegkundige komt direct na het ontslag ook thuis op bezoek, en in de weken en maanden daarna nog een aantal keer.

Dit is een samenwerkingsverband tussen het Hagaziekenhuis, Florence en HWW zorg,

* **Transmurale Zorgbrug 1e lijn**

SHG heeft een pilot in Houtwijk waarbij de POH binnen 48 uur na ontslag een bezoek brengt bij de patiënt thuis. Financiering komt uit een opslag van CZ (Ouderenzorg transmu-raal).

* **SO bij SEH HAGA ter consultatie—start jan 2019**

Doel is door inzet van een specialist ouderengeneeskunde op de piekuren van SEH en SMASH (huisartsenpost) onnodige ziekenhuisopnamen van kwetsbare ouderen te voorkomen en zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plaats in te zetten. De SO levert specifiek geriatrische expertise en zorgdiagnostiek gericht op kwaliteit van leven en zo lang mogelijk thuis in goede doen. Vanuit Florence is sinds 1 januari 2019 een SO iedere vrijdagmiddag- en avond op de SEH van het HAGA werkzaam zijn. Na een halfjaar worden o.a. kwaliteit, samenwerking en kosten geëvalueerd. In samenwerking met de SMASH en SEH HAGA.

* **Advanced Care planning**

In kaart brengen van de kwetsbare ouderen door ELZHA bij 107 HAP (Hadoks).

Aanvulling door Hadoks: wat is hiermee gedaan?

Informatie komt voort uit de crisisdag op 6 juli 2017, focusgroepen met professionals in december 2018 en overleggen over acute zorg in 2017, 2018 en 2019, allen georganiseerd door Stichting Transmurale Zorg.

