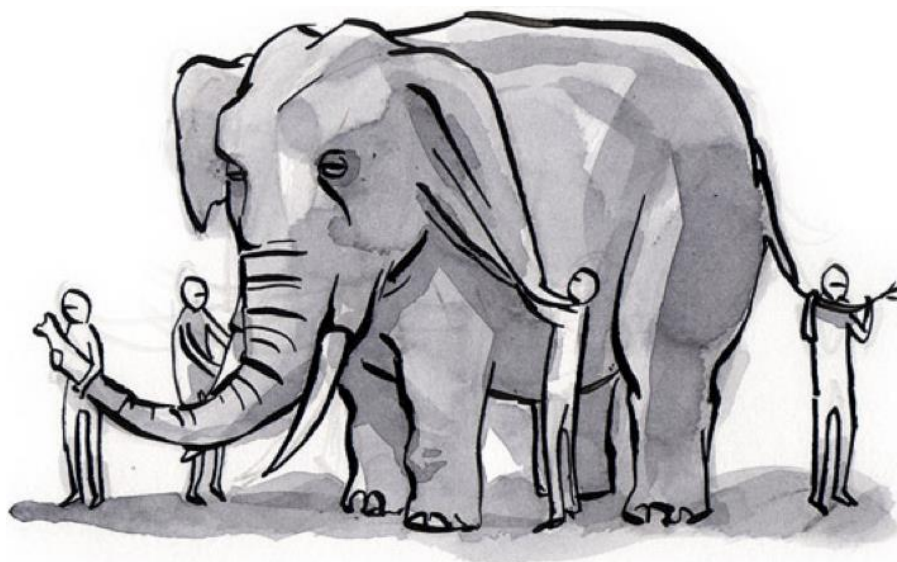


Rapportage inventarisatie en advies

Toegang 'tijdelijke eerstelijns opvang' Zuid-Holland Noord



In opdracht van:



31 augustus 2017



Rapportage inventarisatie en advies

Toegang 'tijdelijke eerstelijnsopvang' Zuid-Holland Noord

Colofon

Het rapport is opgesteld door Reos in samenwerking met de projectgroep bestaande uit:

ActiVite - Liesbeth Leurs (beleidsmedewerker zorgbeleid)

Alrijne - Eva van Velzen (programmamanager keteninnovatie) en Jose Schröter (teamleider transferbureau)

NZLO - Caroline Groffen (kaderhuisarts ouderen)

LUMC - Helma Beltman (teamleider transferbureau) en Karin Mos (student PHEG)

Zorg en Zekerheid - Michel Lambeek (senior zorginkoper)

Reos - Eva van Steenberg (projectleider) en Marleen Hartevelt (adviseur en opsteller rapport)

Het project is geïnitieerd door NZLO en opgestart door de adviesgroep en voorgezeten door Henri van der Lugt (voorzitter NZLO). De adviesgroep heeft advies gegeven over opzet, scope en bevindingen.

Samenstelling adviesgroep:

Alrijne - Eva van Velzen (programmamanager keteninnovatie) en Jose Schröter (teamleider transferbureau)

Huisartsvereniging Rijnland (HVR) - Helen Silvius (huisarts en voorzitter HVR)

LUMC - Irma van Everdinck (senior adviseur medische zaken), Suzanne Schmeink (relatiemanager huisartsen) en Helma Beltman (teamleider transferbureau)

NZLO - Henri van der Lugt (voorzitter NZLO) en Caroline Groffen (kaderhuisarts ouderen)

Ouderenberaad ZHN - Toon Verlaan en Loek Wheeler (leden Ouderenberaad ZHN)

RAV Hollands Midden - Marthe Snijders (hoofd operationele dienst)

Transmuralis - Lita Berkhout (voorzitter raad van bestuur) en Stefan Fiselier (directeur)

Zorg en Zekerheid - Jan Kroes (divisiemanager zorg), Marieke Timmers (afdelingsmanager zorgteam care) en Marvin Slik (zorginkoper substitutie)

Inhoud

2.	Managementsamenvatting	4
3.	Inleiding	6
4.	Probleemdefinitie en vragen	7
5.	Gegevensverzameling	7
6.	Bevindingen, conclusies en aanbevelingen.....	9
7.	Geraadpleegde bronnen	14

Bijlagen

8.	Bijlage 1: Definities	15
9.	Bijlage 2: Analyseplan	16
10.	Bijlage 3: Resultaten huisartsen en HAP.....	18
11.	Bijlage 4: Tabellen productiecijfers HAP, SEH, ELV en ambulance vervoer	22
12.	Bijlage 5: Figuren prognose ouderen (CBS) en kwetsbare ouderen (Primos en GGD)	24
13.	Bijlage 6: Resultaten VVT.....	25
14.	Bijlage 7: Resultaten Specialisten Ouderengeneeskunde	28
15.	Bijlage 8: Verslag Focusgroep	30
16.	Bijlage 9: Overzicht aanbieders Eerstelijns Verblijf ZHN 2017 (Zorg en Zekerheid)	32
17.	Bijlage 10: Resultaten online vragenlijst over aantallen bedden en bezetting	33
18.	Bijlage 12: Knelpuntenanalyse Laego	38

1. Managementsamenvatting

Eerstelijnsopvang is bedoeld voor ouderen die door een medische oorzaak tijdelijk niet meer veilig thuis kunnen verblijven, maar waarvoor geen ziekenhuisopname nodig is. Eerstelijnsopvang bestaat uit drie regelingen: eerstelijns verblijf (ELV), Wet Langdurige Zorg (Wlz) crisisbedden en respijtzorg.

Wat is het probleem?

Huisartsen, de spoedeisende hulp, ziekenhuizen en soms Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT) ervaren dat zij niet of niet snel genoeg deze tijdelijke opvang kunnen regelen. Daarnaast is er onduidelijkheid over regelgeving en onvoldoende zicht op de verhouding tussen vraag en aanbod.

De regionale partijen in Zuid-Holland Noord - Netwerk Zorgorganisaties Leiden en Omstreken (NZLO), Alrijne, LUMC, ActiVite en Zorg en Zekerheid – hebben om die reden in februari 2017 besloten tot een gezamenlijk project om de knelpunten binnen de eerstelijnsopvang te inventariseren en een advies uit te brengen. Dit rapport is hier de weergave van.

Hoe?

Voor het onderzoek zijn diverse gegevensbronnen gebruikt. Er zijn kwalitatieve gegevens gebruikt; interviews betrokken artsen, focusgroep VVT en vragenlijsten en daarnaast kwantitatieve gegevens; ELV monitor zorgverzekeraars, data over ELV aanvragen in Point (informatiesysteem) en demografische ontwikkelingen. Tot slot zijn uit andere regio's ervaringen en oplossingsrichtingen opgehaald, toegespitst op het inrichten van een coördinatiepunt.

Resultaten

Ten aanzien van vraag en aanbod werd duidelijk dat betrouwbare informatie en eenduidige – regionaal toegepaste – definities op dit moment ontbreken. Op basis van gerealiseerde ELV plaatsingen lijkt de potentiële vraag groter dan het huidige aanbod. De geschatte potentiële vraag is 438 plaatsingen per kwartaal (ELV en crisis). Het daadwerkelijk aantal beschikbare bedden ELV is niet bekend. Er zijn 11 crisisbedden regionaal beschikbaar. Op basis van het aantal plaatsingen is het totale aanbod ELV in de regio 233 patiënten (plaatsingen) per kwartaal, bekend aanbod ELV is 233 plaatsingen in het eerste kwartaal 2017 en ongeveer 25 plaatsingen crisisopvang per kwartaal, samen 258 plaatsingen. Aangezien inzicht in het aantal beschikbare bedden en de beddagen ontbreken kan ook de bezettingsgraad niet kan worden berekenen. Er kan niet betrouwbaar worden vastgesteld of er daadwerkelijk sprake is van een tekort, gezien de beperkingen op inzicht in vraag, aanbod en bezettingsgraad. De geschatte vraag is 438 plaatsingen per kwartaal, bekend aanbod ELV is 233 plaatsingen in het eerste kwartaal 2017 en ongeveer 25 plaatsingen crisisopvang per kwartaal, samen 258 plaatsingen. Omdat de gebruikte data geen volledig beeld geven van het aanbod in beschikbare beddagen, kan niet betrouwbaar worden vastgesteld of er daadwerkelijk sprake is van een tekort. De VVT organisaties hebben niet de ervaring dat er tekort is aan ELV bedden. Tot slot is er sprake van een onzichtbare vraag, namelijk de sociale opname ziekenhuizen (7% van de ziekenhuisopnames vanaf eerste hulp) en de onbekendheid met de opvangmogelijkheden bij huisartsen en eerste hulp.

Uit het kwalitatief onderzoek kwam naar voren dat informatie, procedures en formulieren niet duidelijk en/of eenduidig zijn. Huisartsen en Spoed Eisende Hulp (SEH) geven zelf aan onvoldoende kennis van de mogelijkheden van eerstelijnsopvang te hebben. Huisartsen en Transferpunten hebben moeite om VVT organisaties in ANW uren te bereiken (met name bij de kleinere organisaties). De grotere VVT organisaties hebben wel 24/7 bereikbaarheid en voldoende kennis en ervaring om de situaties in te schatten. VVT constateren dat de inschatting van de functionele en cognitieve staat van de patiënt door de huisartsen en ziekenhuizen vaak te rooskleurig is en dat ze onvoldoende kennis hebben over de diverse opvangmogelijkheden. De VVT organisaties zien ook dat patiënten/huisartsen het aanvragen van een Wlz indicatie uitstellen. Daarmee dreigt ELV steeds meer het voorportaal van de Wlz opname te worden. Specialisten Ouderengeneeskunde en zorgbemiddelaars (VVT) geven aan dat het aantal behandelingen voor de huidige ELV populatie niet volstaat. De huidige vorm van financiering maakt dat er regelmatig niet geplaatst kan worden, hetzij door bereiken van het plafond voor een bepaalde verzekeraar of doordat ELV bedden niet beschikbaar zijn vanwege andere opnames. ELV bedden zijn namelijk geen gelabelde bedden, zoals dat wel geldt voor de crisisbedden. Tot slot werd aangegeven dat informatieoverdracht tussen artsen onderling beter kan en dat overdracht naar een andere huisarts nog niet overal goed is geregeld in het geval dat een patiënt buiten de eigen gemeente wordt geplaatst.

Conclusie en aanbevelingen

Vraag en aanbod:

Op basis van de huidige beschikbare gegevens kan niet betrouwbaar worden vastgesteld of er een tekort aan plaatsen is. Door de toenemende vergrijzing is sprake van aanzienlijke groei van de verwachte vraag aan ELV en andere eerstelijns opvang in de komende 10 jaar. Het aantal sociale opnames in de ziekenhuizen en onbekendheid met de mogelijkheden bij huisartsen en SEH, duidt op een (nog) onzichtbare vraag aan eerstelijnsopvang.

De projectgroep doet de volgende aanbevelingen.

- Zorg dat de eerstelijns capaciteit voldoet aan de totale vraag van huisartsen, SEH én transferpunten van ziekenhuizen, nu en in de komende jaren - waarin die vraag zal stijgen onder invloed van vergrijzing.
- Monitor de capaciteit en gebruik van eerstelijnsopvang periodiek op basis van regionaal vastgestelde, eenduidige definities en registraties.

Ervaren knelpunten en landelijke voorbeelden:

Informatie, procedures en formulieren zijn niet duidelijk en/of eenduidig en kennis bij huisartsen en SEH van de mogelijkheden van eerstelijnsopvang is onvoldoende. De kleinere VVT organisaties zijn in ANW uren lastig te bereiken, maar de grotere VVT organisaties hebben veelal wel 24/7 bereikbaarheid en voldoende kennis en ervaring om de situaties in te schatten.

De projectgroep doet de volgende aanbevelingen.

- Bundel de informatie over opvangmogelijkheden in de eerstelijns en informeer huisartsen en SEH. Zorg dat informatie over beschikbare plekken voor alle verwijzers makkelijk toegankelijk en vindbaar is.
- Richt een centraal punt in voor informatie, hulp bij triage en plaatsing in de regio, met 24/7 bereikbaarheid en inhoudelijke kennis. Bepaal samen met de VVT organisaties hoe en onder welke voorwaarden dit vorm kan krijgen. Leer van de ervaringen in andere regio's. Verspil geen tijd aan regionaal 'het wiel opnieuw uitvinden'. Sluit zoveel mogelijk aan op een bestaande (coördinerende) organisatievormen en aanwezige kennis om het punt doelmatig in te richten.
- Verbeter en vergemakkelijk verwijzing naar eerstelijns opvangplekken samenwerking door het opstellen van één regionaal aanmeldingsformulier.
- Stimuleer dat huisartsen kwetsbare ouderen goed in beeld hebben door het verbeteren van integrale zorg voor kwetsbare ouderen en door informatie en scholing. Dat betekent ook vroegtijdig het gesprek met cliënt/mantelzorger aangaan over Wlz.
- Onderzoek hoe alternatieven voor ELV, zoals 24/7 onplanbare thuiszorg, beter en breder kunnen worden ingezet in de regio.
- Geef een signaal af aan de landelijke politiek over de relatie tussen het uitstellen van indicatiestelling Wlz en het (oneigenlijk) gebruik van ELV (bijvoorbeeld via het Regionaal Overleg Acute Zorg).
- Verbeter informatie overdracht (arts – arts) door: koppeling systemen (incl. ambulance) en kom tot eenduidige informatie bij overdracht.

2. Inleiding

Aanleiding

Er zijn steeds meer kwetsbare ouderen mensen in de regio Zuid Holland Noord (ZHN) met multimorbiditeit en zij blijven langer dan voorheen thuis wonen. Bij een tijdelijke achteruitgang, waarbij ziekenhuisopname niet nodig is of als zelfstandig thuis zijn na een ziekenhuisopname nog niet mogelijk is, hebben zij soms behoefte aan tijdelijke 'eerstelijns' opvang. Dit type opvang is momenteel in de regio ZHN beschikbaar bij verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) organisaties in de vorm van eerstelijns verblijf (ELV - Zvw) laag complex, hoog complex en palliatief. Daarnaast is er in de eerste lijn tijdelijke opvang in de vorm van crisisbedden (WLz) en respijtzorg (WMO). Zie bijlage 1 voor definities.

De huisartsen in ZHN en de locaties voor Spoedeisende Hulp (SEH) van Alrijne en het LUMC ervaren een tekort aan (toegang tot) eerstelijns opvang en er is onduidelijkheid en onbekendheid over regelgeving en financiering. Het risico is dat ouderen op de SEH's belanden en vervolgens onnodig in het ziekenhuis ('sociale opnames' – opname in het ziekenhuis zonder medische indicatie voor tweedelijns zorg). Dit zet de SEH's en de beddenscapaciteit van de ziekenhuizen in toenemende mate onder druk, alternatieve opvang met terugkeer naar huis wordt onvoldoende benut en/of is niet bij iedereen bekend. Daarnaast ervaren de ziekenhuizen ook een probleem 'aan de achterdeur': mensen die wel met ontslag kunnen, maar nog niet naar huis kunnen.

Opdracht

De regionale partijen hebben gezien de urgentie van bovenstaand probleem besloten tot een gezamenlijk project om de belangrijkste knelpunten op te lossen. Het doel van dit project is inzicht te krijgen in de genoemde problemen en een advies uit te brengen aan de bestuurders, met gerichte oplossingsrichtingen voor verbetering van de toegang en beschikbaarheid van tijdelijke opvang. Henri van der Lugt (NZLO) is opdrachtgever, eerste aanspreekpunt en verantwoordelijk voor afstemming met de regionale bestuurders, inclusief het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). Dit document is het resultaat van de inventarisatie naar de situatie en knelpunten rond aanbod en vraag naar tijdelijke eerstelijns opvang in de regio ZHN.

Scope van het project

Binnen de scope van dit project vallen:

Het inventariseren van de situatie rond aanbod en vraag naar tijdelijke opvang in de vorm van tijdelijke eerstelijns opvang (ELV- en WLz-crisisbedden, respijtzorg: zie bijlage 1 voor definities) en het inventariseren van mogelijke oplossingen en het uitbrengen van advies.

Buiten de scope van dit project vallen problemen die worden ervaren in GRZ bedden en bedden in de langdurige zorg (WLz).

Patiënt profiel

Mensen die van eerstelijns opvang gebruik maken zijn, vaak alleenstaand en zonder netwerk of er is sprake een zeer overbelaste mantelzorger. Het is een groep mensen waar vaak al thuiszorg en/of mantelzorg aanwezig is maar door een tijdelijke noodsituatie, zoals bijvoorbeeld een longontsteking, kan iemand niet meer alleen thuis zijn. De doelgroep is oud en kwetsbaar en hersteld moeizaam, maar gaat daarna vaak weer terug naar huis. Revalidatie is niet noodzakelijk, maar behandeluren zijn wel gewenst omdat enige therapie de mensen op de been helpt.

3. Probleemdefinitie en vragen

In het projectplan is de problematiek in de regio als volgt omschreven:

- Huisartsen, SEH's, ziekenhuizen en soms VVT ervaren dat zij niet of niet snel genoeg tijdelijke opvang kunnen regelen.
- Er is onvoldoende zicht op vraag en aanbod aan tijdelijke eerstelijnsopvang in de regio ZHN (ELV- en crisisbedden, respijtzorg). Het is daardoor niet duidelijk wat de omvang is van het ervaren tekort aan tijdelijke eerstelijnsopvang.
- Er is onvoldoende zicht op de oorzaak van de problemen die zorgverleners ervaren bij het zoeken en aanvragen van tijdelijke opvang.
- Er is onvoldoende zicht op de procedures en de samenhang tussen de verschillende vormen van opvang en beleidsontwikkelingen op dit terrein.
- Er wordt geen gemakkelijke en eenduidige procedure en wijze van toegang tot de verschillende vormen van tijdelijke opvang ervaren.
- De kennis over de verschillende opvangmogelijkheden is ontoereikend bij de huisartsen (POH, doktersassistenten) en de specialisten op de SEH.

Vanuit bovenstaande problemen is een aantal vragen geformuleerd:

1. Wat is de totale huidige geschatte vraag naar tijdelijke eerstelijns opvang, uitgedrukt in het aantal bed-dagen per jaar. Met specificatie in product ELV laag-complex, hoog-complex en palliatief, crisisopvang en respijtzorg.
2. Wat is de te verwachten toekomstige vraag naar eerstelijnsopvang?
3. Hoeveel tijdelijke eerstelijns opvang beddagen zijn op dit moment beschikbaar in de regio? Uitgesplitst naar ELV laag-complex, hoog-complex en palliatief, respijtzorg en crisisopvang.
4. Hoe verhoudt de vraag naar eerstelijnsopvang zich tot het huidige aanbod?
5. Wat is de huidige bezetting van tijdelijke eerstelijns opvang beddagen in de regio (eerste kwartaal 2017), uitgesplitst naar ELV laag-complex, hoog-complex en palliatief, respijtzorg en crisisopvang.
6. Wat is de gemiddelde verblijfsduur van patiënten in tijdelijke eerstelijns opvang bedden? Opgesplitst naar type opvang (ELV hoog-laag, respijt en crisisopvang) en was dit via huisarts, transferpunt of SEH?
7. Hoe krijgen huisartsen, SEH en transferpunten van de ziekenhuizen op dit moment toegang tot tijdelijke eerstelijns opvang bedden? Welke knelpunten ervaren zij?
8. Hoe krijgen VVT organisaties op dit moment aanvragen binnen tot tijdelijke eerstelijns opvang?
9. Hoe verloopt huidige coördinatie, aanmeldingen en welke problemen ervaren VVT organisaties in aanbod, product en doorstroming.
10. Welke problemen ervaren Specialist Ouderengeneeskunde (SOG) in indiceren en informatieoverdracht?
11. Welke benadering is elders in het land gekozen, waarom en met welk resultaat? Welke organisatievorm past daarbij?

4. Gegevensverzameling

De projectgroep heeft gezamenlijk een analyseplan opgesteld; zie bijlage 2. Vervolgens heeft de gegevensverzameling op onderstaande wijze plaats gevonden:

- Uitvraag van de productiecijfers ELV door Zorg en Zekerheid in het kader van de landelijke monitor ELV, ingevuld door 10 VVT organisaties van de 11 bevraagde VVT organisaties
- Vragenlijst aangeleverd door 5 VVT organisaties met vragen over ELV, crisis en respijtzorg en hun ervaringen met aanmelding en plaatsing (11 VVT organisaties waren bevraagd)
- Focusgroep met vertegenwoordigers van 9 regionale VVT organisaties
- Interview met een huisarts (7) vanuit de 5 regionale huisartsen zorggroepen
- Interview met vertegenwoordigers van de twee regionale huisartsenposten (HAP)
- Interview met drie specialisten ouderengeneeskunde in dienst bij VVT
- Interview met artsen werkzaam op eerste hulplocaties van beide regionale ziekenhuizen
- Interview met een Transferpunt medewerker van elk regionale ziekenhuis
- Informatie over type ontslag uit databestand van Sleutelnet (Point)
- Inventarisatie naar landelijke ervaringen en oplossingsrichtingen van een coördinatiepunt
- Demografische gegevens en prognoses van de bevolkingsopbouw en ramingen voor toekomstige behoefte aan eerstelijnsopvang (CBS gegevens ZHN)

Met deze inventarisatie is nagegaan welke ervaringen er zijn rond eerstelijns opvang bij huisartsen, ziekenhuizen en VVT organisaties in de regio ZHN. Het betreft een klein aantal interviews met een beperkt aantal mensen, wat betekent dat hun ervaringen mogelijk geen representatief beeld geven van alle betrokkenen. Dit was vooraf bekend en hier is bewust voor gekozen door de deelnemende

partijen. De uitkomsten van deze inventarisatie worden gesteund door diverse landelijke artikelen en onderzoeken, die overeenkomstige resultaten laten zien. Wij zien dit als een bevestiging van onze waarnemingen. Kwantitatieve gegevens hebben we in beperkte mate kunnen achterhalen door hetzij ontbreken van kwantitatieve gegevens of een lage respons op onze enquête. Hierdoor hebben we in de cijfermatige onderbouwing moeten afgaan op de gegeven informatie. Voor zover bekend zijn deze cijfers niet op een andere wijze verkrijgbaar. De verwachting is dat door de landelijke monitor (uitgevoerd door Zorg en Zekerheid) er op termijn breder inzicht komt in capaciteit en gebruik.

Overzicht respondenten

doelgroep	Hoe	Wie bevraagd/gegevens
Huisartsen ZHN	Zeven huisartsen zijn geïnterviewd als vertegenwoordigers van de huisartsen in de vijf verschillende zorggroepen in de regio.	- Alphen op één Lijn: Prelude Alphen, Erik Pleij en Lupine Alphen, Leo Nijessen - SGLO: Merenwijk, Marga van der Meer - Zorggroep Katwijk: Jet Hueting - ROHWN: Braazo Roelofarendsveen, Wim Sleeuw - Rijncoepel: Leiden Stevenshof, Mijke Hensing en Wantveld Noordwijk, Esther de Jager.
Huisartsen posten (HAPS)	Interview medewerkers Doktersdienst Duin en Bollenstreek (DDDB) en Samenwerkende Huisartsen Rijnland (SHR)	- Hans Essers, medisch adviseur DDDB en kaderhuisarts spoedzorg i.o. - Henk Langelaar, medisch directeur SHR
SEH	Interview met medewerkers SEH van LUMC en Alrijne. Tevens cijfers over aantallen 70+ patiënten en plaatsingen.	- Sjaak van der Linden, verpleegkundig manager SEH LUMC - Biem Vlaming, teamleider SEH Alrijne
Transferpunt en interview	Interview met medewerkers Transferpunten van LUMC en Alrijne. Tevens cijfers over aantallen 70+ patiënten en plaatsingen	- Marjanne van Duijn, transferverpleegkundige LUMC - Miranda Wolswijk-Toorenborg, transferverpleegkundige Alrijne
Transferpunt	databestand van Sleutelnet (gegevens Point)	Alle transfers 1 ^e kwartaal 2017 uit Point, selectie van bewoners ZHN, opgenomen in LUMC en Alrijne (informatie over patiënten die uit ander ziekenhuis komen ontbreekt)
VVT online vragenlijst	Verzoek om online enquête in te vullen is verstuurd naar regionale 11 VVT organisaties	Ingevuld door 5 VVT organisaties: Topaz, Marente, ActiVite, Hozo, Roomburg
VVT productie ELV	productiecijfers ELV zoals uitgevraagd door Zorg en Zekerheid in het kader van de landelijke monitor ELV. Monitor is verstuurd aan 11 regionale VVT organisaties	Ontvangen gegevens van 9 VVT organisaties: Marente, Topaz, ActiVite, Groot Hoogwaak, DSV, Hozo, Roomburgh, Wijdezorg en Alrijne VVT (Leytenrode). * Alrijne VVT ontbrak in de oorspronkelijke uitvraag; data zijn later toegevoegd.
VVT focusgroep	Uitgenodigd waren alle organisaties die tevens de monitor hadden ontvangen.	Aanwezig waren vertegenwoordigers van negen VVT organisaties: Pieter de Jong en Liesbeth Leurs (ActiVite), Joke Beurze (Wijdezorg), Nita van Duijn en Marja de Bruin (DSV), Karin Bosch en Isabelle van Wijnen (Marente), Annemieke Schagen (Hozo) Suzanne Brink en Cora Judels (Topaz), Jaap Sluiter (Roomburgh), Jan van Rijn (Libertas).
Specialisten Ouderenzorg	Drie specialisten ouderengeneeskunde (SOG) geïnterviewd	- Karin de Vos, Marente - Marjolein Steen, Topaz Revitel - Marielle Putters, Wijdezorg
Ervaringen andere regio's	Telefonisch interview met betrokkenen van eerstelijns opvang coördinerende organisaties verspreid over Nederland (8 regio's)	Breda, Westland, Amsterdam, Rotterdam, Nijmegen, Gooi e.o., Oost-Gelderland, Purmerend

5. Bevindingen, conclusies en aanbevelingen

5.1. Wat is de totale huidige geschatte vraag naar tijdelijke eerstelijns opvang bedden, uitgedrukt in het aantal bed-dagen per jaar. Met specificatie in product ELV laag-complex, hoog-complex en palliatief, crisisopvang en respijtzorg.

ELV

- Huisartsen geven aan eerstelijns opvang te regelen voor ongeveer 2-3 patiënten op jaarbasis (er is een gemiddelde genomen van genoemde aantallen in de interviews, zie interviews bijlage 3). Veelal betreft dit crisisopvang. Huisartsen hebben niet altijd helder of hier sprake was van ELV of crisis. Registratie van gegevens ontbreekt. Naar schatting zijn er 270 huisartsenpraktijken in de regio. Grove inschatting van totale omvang eerstelijns opvang via de huisarts komt dan uit op $2,5 \times 270 = 675$ per jaar, +/- 170 per kwartaal.
- De huisartsenpost SHR geeft in het interview aan dat het aantal aanvragen voor eerstelijnsopvang niet bekend is, maar het gaat om een klein aantal op jaarbasis en betreft alleen crisisopname. Vanaf de HAP worden patiënten niet naar ELV verwezen. De huisartsenpost ervaart geen toegenomen druk als het gaat om visites/consulten bij ouderen. Ook de huisartsenpost DDBB beschikt niet over gegevens van het aantal ELV/respijtzorg/crisis. De inschatting is dat het hooguit om een 5 tal gaat per jaar. ELV is voor de huisartsen relatief nieuw en is nog onvoldoende bekend/ingedaald qua procedures. Uit beide interviews wordt duidelijk dat de HAP nauwelijks gebruik maken van ELV plaatsingen, en dat er een enkele keer per jaar sprake is van een crisisopname. (Zie bijlage 3 en bijlage 4; tabel 1).
- De SEH geven in het interview aan geen eerstelijns opvang aan te vragen
- De transfer gegevens van de twee ziekenhuizen (Point) bevatten 130 ELV gerealiseerde aanvragen in het eerste kwartaal van 2017. Registratie van de codering van het type nazorg is niet eenduidig, dus indeling naar type is niet goed mogelijk. Hier missen de ELV plaatsingen vanuit andere ziekenhuizen (Haarlem/Den Haag).

Onzichtbare vraag

- Gezien het feit dat zowel HAP als SEH geen/nauwelijks gebruik maken van eerstelijns opvang, moet rekening worden gehouden met –nu nog niet in de data zichtbare – extra vraag naar eerstelijns opvang, namelijk van patiënten die (al dan niet via de HAP) met een sociale indicatie zijn opgenomen in het ziekenhuis. .
Het aantal 70+ patiënten op jaarbasis ligt in beide ziekenhuizen boven de 5000 (bijlage 4, tabel 2). Van deze groep wordt in Alrijne 70% opgenomen en in LUMC 40% (NB een deel van de patiënten gaat van SEH LUMC naar opname Alrijne). In enkele gevallen wordt geriatrische revalidatie zorg (GRZ) aangevraagd (ongeveer één keer per maand). Volgens onderzoek van Alrijne is het percentage sociale opnames vanaf de SEH in het ziekenhuis 7% (sociale opnames voor alle leeftijden per jaar vanaf SEH, gebaseerd op onderzoek van de afdeling chirurgie). Dit percentage toegepast op het aantal patiënten 70+ opgenomen vanaf de SEH van de ziekenhuizen, geeft voor Alrijne 77 sociale en voor LUMC 36, samen 113 per kwartaal. Het betreft een grove inschatting.

Crisisopvang

- Het aantal crisisplekken is 11 bedden verdeeld over vijf zorgaanbieders. Er zijn gemiddeld 8,7 plaatsingen per maand (maximale ligduur 14 dagen). In totaal zijn er in 2016 104 plaatsingen geweest op deze 11 bedden (per kwartaal 25).

Respijtzorg

- De vraag naar en omvang van respijt is niet bekend.

De mogelijke totale vraag per kwartaal komt dan totaal uit op: 170 (via huisarts) + 113 (potentiele vraag HAPs / SEHs) +130 (transfer) = 413 +25 (crisis) =438 plaatsingen per kwartaal

Uitgaande van de schatting van ELV: 413 patiënten/plaatsingen (ELV+ potentiele vraag) en een gemiddelde ligduur van 26 dagen (ELV, zie punt 6) berekenen we: 413×26 (dagen)= 10.738. Uitgaande van het aantal crisesplaatsingen: 25 (crisis) $\times$ 14 dagen (maximaal aantal dagen crisisopvang, in de praktijk ligt dit lager) =350.

Totaal: komen we op een geschatte vraag aan eerstelijns opvang van $10.738 + 350 = 11.798$ beddagen per kwartaal.

5.2. Wat is de toekomstige vraag aan eerstelijnsopvang?

De omvang van de oudere bevolking is flink toegenomen in de afgelopen jaren. Volgens cijfers van het CBS (zie bijlage 5; figuur 1) zal het aantal ouderen in de toekomst steeds verder toenemen. Oorzaak daarvan is een toegenomen levensverwachting en 'de generatie babyboomers'. Het aantal 70+ in de populatie ZHN zal in 2025 met 45% stijgen (zie bijlage 5; figuur 2). Dit betekent mogelijk een vergelijkbare groei van de vraag naar tijdelijke opvang.

5.3. Hoeveel tijdelijke eerstelijns opvang beddagen zijn op dit moment beschikbaar in de regio? Uitgesplitst naar ELV laag-complex, hoog-complex en palliatief, respijtzorg en crisisopvang.

- Een volledig overzicht van beschikbare bedden naar typen ontbreekt. Organisaties hebben geen vaste bedden voor ELV, maar vullen dit flexibel in. De tien organisaties die de monitor invulden hadden in totaal 127 bedden beschikbaar. ELV bedden worden in de meeste gevallen niet uitgesplitst naar type, maar flexibel ingevuld. De meeste plaatsingen betreft hoog complexe zorg (60%).
- De crisisregeling wordt gedaan door vijf organisaties. Zij hebben samen 11 bedden.
- Respijtzorg wordt niet ingekocht door gemeentes, er zijn dus geen vaste bedden voor (Respijtzorg bij dementie. Transmuralis, februari 2016). Het aantal respijt bedden is onbekend.

5.4. Hoe verhoudt de vraag zich tot het huidige aanbod?

De verhouding vraag/aanbod is als volgt:

De potentiële vraag is 438 patiënten (plaatsingen) per kwartaal, overeenkomend met 11.798 beddagen.

Gezien de verwachte toename in het aantal ouderen in de regio op grond van demografie, zal de vraag verder stijgen.

Het huidige ELV aanbod is 127 bedden (opgave van 9 van de 11 aanbieders in ZHN, zie bijlage 8). In theorie is het aanbod in beddagen dus 127×90 beddagen per kwartaal = 11.430. Hoe groot het aanbod bij de andere organisaties is, is niet bekend. Naar verwachting ligt dat lager dan bij deze acht (wat grotere) aanbieders in de regio.

In hoeverre dit aantal bedden daadwerkelijk voor ELV gebruikt wordt is onbekend, immers het zijn geen gelabelde bedden en bij gebrek aan aanbod zullen deze gebruikt worden voor andere zorgvormen (GRZ, respijt, Wlz, crisis). Het daadwerkelijk aantal beschikbare bedden ELV is niet bekend.

Op basis van het aantal plaatsingen (zie 4.5) is het totale aanbod ELV in de regio 233 patiënten (plaatsingen) per kwartaal.

Conclusie

Op basis van de verhouding tussen vraag en aanbod, gedefinieerd als het aantal patiënten per maand en het aantal nu gerealiseerde ELV plaatsingen, lijkt de potentiële vraag groter dan het huidige aanbod aan ELV opvang. De geschatte vraag is 438 patiënten per kwartaal, bekend aanbod in aantal plaatsingen 233 per kwartaal.

Op grond van vraag en aanbod uitgedrukt in beddagen, lijkt er voldoende aanbod om aan de vraag te voldoen. Echter, de VVT hebben aangegeven dat niet ieder bed continue beschikbaar is. Het daadwerkelijk aantal beschikbare beddagen is dus niet bekend.

Kortom, met de huidige beschikbare gegevens kan niet betrouwbaar worden vastgesteld of er een daadwerkelijk tekort aan plaatsen is. Door de toenemende vergrijzing is sprake van aanzienlijke groei van de verwachte vraag aan ELV en andere eerstelijns opvang in de komende 10 jaar. Het aantal sociale opnames in de ziekenhuizen en onbekendheid met de mogelijkheden bij huisartsen en SEH, duidt op een (nog) onzichtbare vraag aan eerstelijnsopvang.

5.5. Wat is de huidige bezetting van tijdelijke eerstelijns opvang beddagen in de regio?

- In de monitor (Zorg en Zekerheid, info van 9 aanbieders) is sprake van 233 plaatsingen ELV per kwartaal, waarvan 129 (57%) via de huisartsen, de rest via het ziekenhuis.
- Het aantal beddagen per kwartaal komt dan op 233×26 (gemiddelde ligduur) = +/-6.000
- Voor 2016 geldt dat er 104 plaatsingen zijn geweest op de 11 beschikbare crisis bedden. Maximale ligduur is 14 dagen, maar die is bijna nooit gehaald. Per maand was er sprake van 8,7 plaatsingen. De bezetting ligt rond de 45% (gegevens Zorgkantoor).

- Voor respijtzorg zijn geen gegevens bekend.
- Om de bezettingsgraad¹ te kunnen berekenen is het aantal beschikbare bedden nodig en de beddagen. Inzicht daarin ontbreekt (zie bij 4.4). Dat betekent dat de bezettingsgraad niet kan worden berekend.

5.6. Wat is de gemiddelde "huidige" verblijfsduur van patiënten in tijdelijke eerstelijns opvang bedden? En was dit via huisarts, transferpunt of SEH?

- Per instelling en type ELV varieert het van 4 dagen tot 84 dagen. Op basis van de beschikbare monitor gegevens is er een overal gemiddelde opname duur van 26 dagen (bijlage 4, tabel 3).
- De meerderheid wordt aangemeld via de huisarts (57%), de rest via het ziekenhuis (bijlage 4, tabel 3).

Conclusie 6.5 en 6.6

- Eenduidige informatie (registratie) over beschikbare bedden ontbreekt.
- Bezettingsgraad kan daarom niet worden berekend op basis van de beschikbare gegevens.
- De huidige gemiddelde verblijfsduur ELV is 26 dagen.

Aanbevelingen

- Zorg dat de eerstelijnsopvang capaciteit voldoet aan de totale vraag van huisartsen, SEH én transferpunten van ziekenhuizen, nu en in de komende jaren - waarin die vraag zal stijgen onder invloed van vergrijzing.
- Monitor de capaciteit en gebruik eerstelijnsopvang periodiek op basis van regionaal vastgestelde, eenduidige definities en registraties.

5.7. Hoe krijgen huisartsen/ HAPS /SEH en transferpunten op dit moment toegang tot tijdelijke eerstelijns opvang bedden? Welke knelpunten ervaren zij?

Toegang:

- Huisarts belt de betreffende (hem/haar bekende) organisatie en vult daarna aanmeldingsformulier in (verschillend per organisatie).
- Aanmeldingen door HAPs zijn incidenteel en betreffen met name crisisopvang. Procedure is dezelfde als die van huisartsen.
- SEH maakt zover bekend geen gebruik van plaatsing eerstelijnsopvang.
- Transferpunt melden patiënten voor ELV aan via Point en hebben inzicht in beschikbaarheid. Zij bellen wel altijd nog op om na te gaan of er daadwerkelijk plek is.

Knelpunten huisartsen (bijlage 3):

- Er bestaat een veelheid aan regelingen (ELV, Wlz, crisis). Er is geen helder overzicht aanwezig van de diverse regelingen.
- VVT organisaties zijn slecht te bereiken in avond, nacht en weekenden (ANW).
- Er zijn vaak meerder telefoontjes nodig om een beschikbare plaats te vinden, het kost de huisarts veel tijd.
- Het ontbreekt aan inzicht in beschikbare bedden.
- Er is regelmatig geen plek in de buurt beschikbaar (met name voor crisisopvang).
- De aanmeldingsformulieren zijn omslachtig en niet eenduidig, invullen kost veel tijd.
- Informatieoverdracht met de VVT kan beter.
- Er is bij huisartsen bereidheid om andermans patiënten over te nemen op een lokaal ELV bed. Huisartsen zijn echter niet bereid de eigen patiënten die geplaatst zijn buiten de eigen gemeente, te bedienen (tot maximaal 5 km reisafstand).
- ELV wordt niet altijd benut door patiënt/familie vanwege de afstand tot de voorziening, waardoor daadwerkelijke behoefte hoger kan liggen.

Knelpunten huisartsenposten SHR en DDDDB (bijlage 3): De SHR huisartsenpost ervaart geen toegenomen druk als het gaat om visites/consulten bij ouderen. De HAP maken nauwelijks gebruik van ELV plaatsingen, heel af en toe van crisisplaatsing. Beide diensten ervaren weinig problemen. ELV is een relatief onbekend product waar men weinig ervaring mee heeft. DDDDB geeft aan de hoeveelheid aan regelingen lastig te vinden en zou een coördinatiepunt prettig vinden. Crisisopvang worden weinig problemen mee ervaren en komt weinig voor. In Duin en Bollenstreek

¹ Daarnaast is het relevant om ook de pieken/clustering te weten van de zorgvraag binnen eenzelfde periode; denk aan feestdagen, hiervan is bekend dan er dan een piek ontstaat in de zorgvraag.

is sinds kort de preferente zorgaanbieder Marente die gebeld kan worden voor ELV, maar ook voor consult SOG, crisis of 24uurs thuiszorg.

Knelpunten SEHs LUMC en Alrijne: De beide SEH geven aan niet te weten hoe eerstelijnsopvang georganiseerd is in de regio. Zij zien een toename van het aantal ouderen met acute complexe problematiek, die vervolgens niet naar huis kunnen.

Knelpunten Regionale Ambulance Vervoer (RAV) Hollands Midden²: de RAV ziet een toename van het aantal 112-oproepen bij ouderen. Vaak ontbreekt het bij aankomst terplekke aan achtergrondinformatie over de oudere in kwestie en is onduidelijk wat er met ouderen/ mantelzorgers is afgesproken rond opname in ziekenhuis. De RAV probeert in die gevallen contact op te nemen met de huisarts of huisartsenpost. Dat lukt buiten kantooruren veelal niet en bij de huisartsenpost ontbreekt vaak informatie over specifieke afspraken en problemen bij kwetsbare ouderen.

De RAV beschikt over data te van ambulanceritten naar leeftijd en woonplaats. In bijlage 4, tabel 4 staan de aantallen ouderen (70+) die in het eerste kwartaal van 2017 zijn gezien door de RAV Hollands Midden en die ofwel zijn thuisgelaten (EHGV = eerste hulp geen vervoer) ofwel zijn ingestuurd naar een SEH (SEH). De gegevens laten zien dat het om grote aantallen gaat: ruim 2600 ritten voor 70 plussers in de eerste drie maanden van 2017. In Leiden alleen bijna 200 per maand. De situatie van de aangetroffen ouderen is niet uit deze cijfers te halen. RAV doet daar nog nader onderzoek naar.

Knelpunten Transfer: Het aantal aanvragen neemt toe. De beschikbaarheid eerstelijns opvang wisselt nogal, regelmatig is er geen beschikbare plek in de buurt, met name in omgeving Alphen. Bereikbaarheid op vrijdagmiddagen na 16.00 is lastig. De aanmelding duurt lang en opnames zijn niet 24/7 mogelijk.

Het transferbureau komt pas in beeld als patiënt is opgenomen in het ziekenhuis. Er zijn nog geen duidelijke afspraken wat betreft een ELV opname direct vanaf de SEH. Het ontbreekt aan duidelijke afspraken met de verschillende zorgaanbieders in de regio.

Conclusie

- Regelgeving, procedures van de verschillende opvangmogelijkheden zijn divers. De beschikbare informatie is versnipperd en daardoor niet duidelijk.
- Kennis over wat wel en niet geboden wordt binnen eerstelijnsopvang bij huisartsen, HAPs en SEH is ontoereikend.
- Bereikbaarheid met name in ANW voldoet niet en inzicht in beschikbare bedden ontbreekt bij verwijzers.
- Aanmeldingsformulieren zijn niet eenduidig en invullen ervan kost veel tijd.
- Patiënten kunnen regelmatig niet dichtbij geplaatst worden, en voor ELV ervaart men ook geografisch (Alphen/Roelofarendsveen) een tekort.

5.8. Hoe krijgen VVT organisaties op dit moment aanvragen binnen tot tijdelijke eerstelijns opvang?

De aanvraag komt via aanmeld/zorgbemiddelingsbureau binnen. Elke organisatie heeft zijn eigen aanmeldingsformulier. Formulieren worden vaak niet volledig ingevuld.

5.9. Hoe verloopt huidige coördinatie , aanmeldingen en welke problemen ervaren VVT organisaties in aanbod, product en doorstroming.

Coördinatie en aanmelding verloopt bij elke VVT op eigen wijze. Grotere organisaties hebben een centraal telefoonnummer waar ervaren zorgbemiddelaars de intake doen. Dit nummer is 24/7 bereikbaar. Dit geldt niet voor de kleinere organisaties. Elke organisatie heeft zijn eigen procedures en aanmeldingsformulieren. Voor crisiszorg is er wel één regeling: regionale crisisregeling VVT ZHN met per gemeente één of meer aangewezen VVT organisatie(s) als eerste aanspreekpunt voor Wlz-crisisopname. Deze organisatie(s) is daarvoor 24/7 bereikbaar.

² Ten tijde van de inventarisatie bleken er ook gegevens beschikbaar over ambulancevervoer bij ouderen in de regio. Daarnaast zijn er landelijke ontwikkelingen geweest op het vlak van ELV. Deze informatie is ook bij de resultaten betrokken.

Ervaren knelpunten VVT (bijlage 5 en 7):

- Er is onvoldoende kennis bij huisartsen, HAP en ziekenhuizen over de mogelijkheden van tijdelijke eerstelijns opvang.
- Huisartsen hebben soms te weinig kennis van de actuele thuissituatie.
- Huisartsen schatten patiënten beter in dan reëel is (de triage kan verbeterd).
- Gesprek over indicatiestelling Wlz wordt niet op tijd/onvoldoende aangegaan met de patiënt in de thuissituatie of de patiënt wil er niet aan: Wlz is ongunstig (eigenbijdrage, minder thuiszorg).
- ELV wordt gebruikt als crisiszorg, waar deze niet voor bedoeld is.
- ELV plekken kunnen niet worden vrij gehouden vanwege ontbreken van financiering. Deze is daardoor niet altijd beschikbaar.
- Waarneming door huisartsen bij ELV laag complex is nog niet (overal) goed geregeld
- Overdracht tussen huisarts / ziekenhuis en VVT is niet altijd goed.
- Handtekening huisarts ontbreekt op formulier, kost veel tijd om die alsnog te krijgen.

5.10. Welke problemen ervaren Specialist Ouderengeneeskunde (SOG) in indiceren en informatieoverdracht?

- Volgens de SOG hebben huisartsen vaak onvoldoende kennis over de mogelijkheden binnen eerstelijns voorzieningen en missen voldoende kennis en kunde om situatie (functioneel, cognitief) van patiënt te beoordelen (bijlage 6).
- Huisartsen gaan te laat het gesprek aan over permanente opname en/of patiënten willen niet.
- Bij een acute medische situatie wordt een patiënt vervolgens voor ELV aangemeld, maar is daar in feite al te slecht voor. ELV wordt zo een voorportaal voor de Wlz.
- Men ziet dat dezelfde patiënten vaker terugkomen (zgn. draaideur patiënten).
- Het aantal uren behandeling volstaat niet voor de huidige populatie.
- ELV hoog complex zou meer behandeluren moeten bevatten om de doelgroep voldoende te kunnen ondersteunen.

Conclusie 6.8, 6.9 en 6.10

- Kennis en kunde bij zowel huisartsen als SEH op het gebied van complexe problematiek bij ouderen, maar ook op het vlak van preventieve maatregelen -ter voorkoming van crisissituaties is onvoldoende om eerstelijns opvang goed te kunnen benutten.
- Het aantal behandeluren ELV voldoet op dit moment niet, gezien de ernst van de problematiek bij de huidige populatie.

Aanbevelingen

- Bundel de informatie over opvangmogelijkheden in de eerstelijns en informeer huisartsen en SEH. Zorg dat informatie over beschikbare plekken voor alle verwijzers makkelijk toegankelijk en vindbaar is.
- Richt een centraal punt voor informatie in, hulp bij triage en plaatsing in de regio, met 24/7 bereikbaarheid en inhoudelijke kennis. Bepaal samen met de VVT organisaties hoe en onder welke voorwaarden dit vorm kan krijgen.
- Verbeter en vergemakkelijk verwijzing naar eerstelijns opvangplekken door het opstellen van één regionaal aanmeldingsformulier.
- Stimuleer dat huisartsen kwetsbare ouderen goed in beeld hebben door het verbeteren van integrale zorg voor kwetsbare ouderen en door informatie en scholing. Dat betekent ook vroegtijdig het gesprek met cliënt/mantelzorger aangaan over Wlz.
- Onderzoek hoe alternatieven voor ELV, zoals 24/7 onplanbare thuiszorg, beter en breder kunnen worden ingezet in de regio.
- Geef een signaal af aan de landelijke politiek over de relatie tussen het uitstellen van indicatiestelling Wlz en het (oneigenlijk) gebruik van ELV (bijvoorbeeld via het ROAZ bestuur).
- Verbeter informatie overdracht (arts – arts) door: koppeling systemen (incl ambulance) en kom tot eenduidige informatie bij overdracht.

5.11. Wat kunnen we leren van landelijke ervaringen en oplossingsrichtingen?

Veel regio's werken aan betere toewijzing van ELV plekken mede door een groeiende vraag. De aanpak en werkwijze is nogal divers en varieert van 'slechts' hebben van een stroomdiagram tot volledige coördinatie en uitvoering van de aanvraag door één centraal bureau/punt. Ook het aantal of de type betrokken partijen varieert. Soms is klein begonnen, in andere regio's is het direct

groots aangepakt. De inventarisatie heeft uitgewezen dat het essentieel is om alle zorgaanbieders en de zorgverzekeraar te betrekken bij het ontwikkelen van een goede coördinatie. Financiering van het centrale meldpunt wordt vaak (mede) door zorgverzekeraar gedaan.

De meeste regio's kiezen voor een brede scope: ELV (hoog en laag complex), crisiszorg en GRZ, omdat deze overlappen. De regio's met een centraal ELV coördinatiepunt zijn er tevreden over, andere regio's uit de inventarisatie willen dit op termijn ook. Men geeft aan dat het van groot belang is dat de medewerkers van het coördinatiepunt het regionale aanbod goed kennen, en kennis hebben van de problematiek in de doelgroep (bijlage 11).

Ten tijde van de inventarisatie werden vanuit het ministerie van VWS alle zorgverzekeraars opgedragen om dit jaar een oplossing voor ELV problematiek te ontwikkelen (zie bronnen).

Conclusie

- Beschikbaarheid en 24/07 bereikbaarheid van een coördinatiepunt voor eerstelijnsbedden met name in ANW zijn essentieel, inclusief voldoende personele capaciteit.
- Goede communicatie en scholing aan betrokken disciplines (niet alleen een schema).
- Directe plaatsing (garantie) vanuit het coördinatiepunt is van belang.
- Er is een brede scope nodig (zowel ELV/crisis/respijt/WLZ/ GRZ).
- Goede triage en mogelijkheid van consultatie is gewenst.
- 'Achter het coördinatiepunt' zijn goede onderlinge afspraken tussen aanbieders ELV een randvoorwaarde voor succes.
- Onafhankelijkheid van het coördinatiepunt moet gewaarborgd zijn.
- Financiering van het coördinatiepunt en consultatie functie moeten goed geregeld zijn, niet ad hoc maar met tijd om het punt te kunnen door ontwikkelen (zorgverzekeraar).

Aanbeveling

- Organiseer informatie en toeleiding eerstelijns opvang in de regio centraal en leer van de ervaringen in andere regio's. Verspil geen tijd aan regionaal 'het wiel opnieuw uitvinden'.
- Sluit hierbij zoveel mogelijk aan op bestaande (coördinerende) organisatievormen en aanwezige kennis om het punt doelmatig in te richten.

6. Geraadpleegde bronnen

- Krakende ketens in de zorg voor kwetsbare ouderen. Stedelijk advies Amsterdam Knelpunten en oplossingsmogelijkheden, SIGRA, mei 2017
- Resultaten ledenpeiling ELV. LHV, juni 2017
- Respijtzorg bij dementie. Transmuralis, februari 2016
- Knelpunten in de zorg, in het kader van de zorgverzekeringswet. Ouderenberaad ZHN, juni 2016
- Eerstelijnsverblijf – essentiële schakel in keten voor zorg voor oudere, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, maart 2016
- Afwegingsinstrument: Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf 2.0. Verenso, november 2016
- Afstudeerrapport Wetenschapsstage, Eerstelijnsverblijf: Aanbod en capaciteit in regio Zuid-Holland Noord. Karen Mos, mei 2017
- Brief van Zorgverzekeraars Nederland aan vaste Commissie VWS, Tweede Kamer der Staten Generaal, over acute zorg voor ouderen, 14 februari 2017
- Brief van Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport aan Zorgverzekeraars Nederland, over afspraak loketfunctie kwetsbare ouderen 15 maart 2017

7. Bijlage 1: Definities

Eerstelijns verblijf (ZVW)

Eerstelijns verblijf (ELV) is bedoeld voor cliënten die tijdelijk medische zorg in een instelling nodig hebben. Dit is 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 zorg. Medisch noodzakelijk is als de zorg thuis of in de (omgeving van) de huisartsenpraktijk niet meer verantwoord en adequaat geleverd kan worden en toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig is.

<https://www.zorgenzekerheid.nl/zorgprofessionals/beroepsgroep/elv.htm>

Crisisbedden (Wlz)

Het kan zijn dat een situatie thuis uit de hand loopt waardoor direct opname in een zorginstelling noodzakelijk is. In dat geval kan er aanspraak zijn op Wlz-crisisopname. Crisisopname is altijd tijdelijk. In de sector Verpleging en Verzorging duurt opname maximaal 14 dagen. Na de periode van crisisopname moet de cliënt de crisisplek verlaten, bijvoorbeeld door terug te keren naar huis of door te stromen naar een andere reguliere opname plek bij dezelfde of een andere zorgaanbieder.

Respijtzorg (WMO)

Mantelzorgers zorgen soms 24 uur per dag en jarenlang voor hun naaste. Om dat vol te kunnen houden is het belangrijk om af en toe even vrijaf te nemen van de zorg. Maar dat is alleen mogelijk als zij die zorg op een verantwoorde manier kunnen overdragen. Respijtzorg biedt die mogelijkheid. Het is een belangrijk middel om overbelasting te voorkomen. Eén van de vormen van respijt zorg is opvang buitenshuis, zoals dagopvang, verblijf in een logeerkamer of in een time-outvoorziening.

8. Bijlage 2: Analyseplan

	Thema	Vraagstelling	Methode(n)
1	Vraag ELV	Wat is de totale huidige geschatte vraag naar tijdelijke eerstelijns opvang bedden, uitgedrukt in het aantal beddagen per jaar. Met specificatie in product ELV laag-complex, hoog-complex en palliatief, respijtzorg en crisisopvang.	Samenbrengen schattingen van huisartsen, HAP, SEH en zorgbemiddelingsteams, 'best estimate', NB opletten voor overlap
2	Toekomstige vraag	Wat is de verwachte toename van de vraag onder 1 in de komende 5 jaar?	Extrapoleren obv demografische veranderingen
3	Toegankelijkheid uitvraag bij ziekenhuizen en huisartsen	Hoe krijgen huisartsen op dit moment toegang tot tijdelijke eerstelijns opvang bedden?	interview aan de hand van korte eigen vragenlijst (bij de vijf zorggroepen en de twee huisartsenposten: Hans Essers, Henk Langelaar en Dick Koster
		Waar gaat dit goed en hoe?	
		Welke knelpunten ervaren zij?	
		Hoe krijgen SEH op dit moment toegang tot tijdelijke eerstelijns opvang bedden?	interview adhv korte eigen vragenlijst (zie bijlage) voor 1 SEH coördinator per ziekenhuis
		Waar gaat dit goed en hoe?	
		Welke knelpunten ervaren zij?	
		Hoe krijgen ziekenhuis zorgbemiddelingsteams op dit moment toegang tot tijdelijke eerstelijns opvang bedden?	interview vragenlijst (zie bijlage) voor 1 zorgbemiddelingscoördinator per ziekenhuis
		Waar gaat dit goed en hoe?	
		Welke knelpunten ervaren zij?	
4	Capaciteit uitvraag VVT	Hoeveel tijdelijke eerstelijns opvang beddagen zijn op dit moment beschikbaar in de regio? Uitgesplitst naar ELV laag-complex, hoog-complex en palliatief.	Landelijk wordt er een monitor ELV uitgevoerd. Daarin wordt naar capaciteit en bezetting ELV bedden gevraagd. Wij kunnen deze data gebruiken. Bij deze landelijke monitor sturen we link mee naar eigen vragenlijst over omvang crisis en respijtzorgbereikbaarheid, opnametijden en ervaren problemen in eerstelijnsopvang.
		Hoe zijn de tijdelijke eerstelijns opvang beddagen verdeeld per product? (ELV laag-complex, hoog-complex en palliatief)	
		Hoe zijn de tijdelijke eerstelijns opvang beddagen verdeeld per locatie?	
		Hoe zijn de tijdelijke eerstelijns opvang beddagen verdeeld over het jaar (continue capaciteit of niet?)	
		Wat zijn de witte vlekken geografisch gezien de capaciteit	
		Hoe is de bereikbaarheid en de opnametijden per locatie?	
		Hoe krijgen VVT organisaties op dit moment aanvragen binnen tot tijdelijke eerstelijns opvang?	
		Waar gaat dit goed en hoe?	
		Welke knelpunten ervaren zij?	

	Thema	Vraagstelling	Methode(n)
5	Bezetting uitvraag VVT	Wat is de huidige bezetting van tijdelijke eerstelijns opvang beddagen in de regio (jan - maart 2017) Uitgesplitst naar ELV laag-complex, hoog-complex en palliatief. Welke % beddagen wordt gevuld door aanvraag rechtstreeks huisartsen? Welke % beddagen wordt gevuld door patiënten vanaf SEH? Welke % beddagen wordt gevuld door patiënten na ontslag ziekenhuizen? Wat is de gemiddelde "huidige" verblijfsduur van patiënten in tijdelijke eerstelijns opvang bedden? Opgesplitst naar type opvang (ELV hoog-laag, palliatief)	Landelijke monitor
	Best practice coördinatiepunt (mogelijke oplossingen)	Welke benadering is elders gekozen, waarom en met welk resultaat? Welke organisatievorm past daarbij?	Uitvraag landelijk Uitvraag landelijk
	Verdiepingsvragen VVT	Hoe verloopt huidige coördinatie, aanmeldingen en welke problemen ervaren VVT organisaties in aanbod, product en doorstroming eerstelijns opvang.	Focusgroep met een vertegenwoordiging van de regionale VVT (max 10 deelnemers), uitnodiging via Transmuralis.
	SOG interview	Welke problemen ervaren Specialisten Ouderengeneeskunde (SOG) bij indiceren en informatieoverdracht ELV.	Een kort interview met een drietal SOG-en adhv korte vragenlijst SOG

9. Bijlage 3: Resultaten huisartsen en HAP

Huisarts	# patiënten ELV	Snel geplaatst?	Proces en afwegings instrument	Bereikbaarheid & beschikbaarheid	Overdracht	Belangrijkste ervaren problemen
Merenwijk	3-4 patiënten per jaar. Hier kan ook nog crisisopname zijn	Het kost meerder telefoontjes en zelfs 1-2 dagen voordat het geregeld is	Bekend en wordt gebruikt	Aanbieders en locaties wel bekend, niet de beschikbaarheid cliënten zien er van af als het buiten de gemeente is.	Geen ervaring	bedden moeten dichtbij beschikbaar zijn en er moet 1 centraal telefoonnummer komen om het te regelen, zodat toegang en procedure eenvoudiger worden.
Prelude Alphen	Geen ervaring mee	Geen ervaring mee	Geen ervaring mee en onbekend	Onbekend. De praktijk maakt soms wel gebruik van een somatisch noodbed via crisisregeling. : zou binnen de gemeente Alphen beschikbaar moeten zijn	onbekend	de praktijk heeft geen kennis over de mogelijkheden en zouden wel graag informatie over aanbod en procedure willen hebben. De ervaring met noodbedden is dat er toch veel tijd mee gemoeid gaat om het te regelen of dat er geen plek is.
Katwijk	1-2 patiënten gehad sinds start ELV. Bij de collega's ligt het aantal ook laag. Crisisopname komt ook weinig voor, respijt zorg een enkele keer.	Het duurt dagen om het te regelen. Na half drie is er eigenlijk niets meer te regelen. Crisisbed / noodbed in een verpleeghuis is wel mogelijk dezelfde dag, maar dan vaak ver buiten de regio.	Is bekend, maar moet ik wel weer opzoeken. Het zou fijn zijn als je het ergens makkelijk kunt terugvinden:	De ervaring is dat aanbieders slecht te bereiken zijn of dat je niet direct antwoord krijgt. Buiten kantoor tijden zou het ook toegankelijk moeten zijn. Dat is het nu zeker niet.. Het lijkt erop dat ELV complex vooral somatiek is.	nog geen ervaring mee	Goede informatie/communicatie en elkaar weten te vinden. De informatie is er wel, maar omdat het weinig voorkomt moet je je er steeds opnieuw even in verdiepen. Informatie zou actueel en helder moeten aangeven hoe je dat als huisarts moet regelen. Een duidelijk overzicht wie je moet bellen waarvoor en wat er wel en niet kan op die locatie of per product, zou helpen. Er mist een mogelijkheid voor tijdelijke opvang cliënten met PG problematiek.
Leiden Stevenshof	in eigen praktijk (=2 normpraktijken) gaat het naar schatting om 1 crisis bed en 2-3	In zijn algemeenheid is het niet snel te regelen. Je moet meestal eindeloos bellen, zowel elv als crisis. Zeker buiten	Het is onvoldoende bekend omdat het te weinig voor komt.. Als je als huisarts niet goed weet wat je met een patiënt	Het telefoonnummer is op zich bekend. De ervaring is dat het in kantoor tijden nog wel wil lukken, maar daarbuiten is het	weinig ervaring mee	er is zeker behoefte aan deze vorm van zorg. Het ontbreekt echter aan bekendheid met en over het product. Het kost veel tijd om het te regelen (die er niet is). De logistiek rondom de regelingen kan veel beter! NB.

Huisarts	# patiënten ELV	Snel geplaatst?	Proces en afwegings instrument	Bereikbaarheid & beschikbaarheid	Overdracht	Belangrijkste ervaren problemen
	ELV plekken per jaar. Respijtzorg komt zelden voor en loopt dan meestal via casemanager GGZ.. Van de drie collega's die reageerden hadden er 2 helemaal geen ervaring en de derde 1 keer een crisisbed (maar dat liep via de dagopvang)	kantoor tijden is het heel moeilijk te organiseren.	aan moet stuur je toch regelmatig een patiënt maar in voor de zekerheid, om bepaalde zaken uit te sluiten. Er zou meer duidelijkheid over ELV moeten zijn. de ervaring is dat als ik Topaz bel, dat zij de afweging al maken. Is het wel nodig dat wij dat als huisartsen doen?	hopeloos (en dat is toch 2/3 van de tijd) voor crisisbedden geldt dat je patiënten regelmatig alleen ver weg kunt plaatsten. Familie ziet er dan soms toch vanaf.		Vanuit Rijnkoepel wordt dit najaar een nascholing gegeven over crisis en ELV! Bekendheid bij huisartsen, het kost te veel tijd om het te regelen waardoor je geneigd bent andere oplossingen te zoeken. Wellicht is het een idee om een SOG te hebben werken op de huisartsenpost. Dan kan je wellicht onnodige SEH verwijzingen/opnames voorkomen.
Alphen, Lupine	crisisbed en respijt samen ongeveer 1 x per maand. ELV niet, die is niet beschikbaar in Alphen.	nooit	nee	ELV is afwezig. bereikbaarheid van de ons bekende aanbieder is bekend, maar er is vervolgens geen bed beschikbaar.	gaat op papier. Zou wenselijk zijn dit te digitaliseren (net als met ziekenhuizen).	Er is geen aanbod ELV. Een optie zou zijn als het ziekenhuis een aantal bedden opent, bijvoorbeeld. De strakke regelgeving/procedures rond Crisisopvang leidt soms tot schrijnende gevallen. Casus: dat je als huisarts dan maar aangeeft dat de partner van een dementerende patiënt met de noorderzon is vertrokken, omdat die anders niet in aanmerking komt voor een crisisplek.
Wantveld Noordwijk (praktijk 11.000)	crisisbed, elv en respijt samen ongeveer 2-3 per maand voor het Wantveld Het Wantveld doet de zorg voor alle ELV cliënten van Groot Hoogwaak (ook die van andere	In 20% van de gevallen lukt dat snel, de overige 80% ben je 1-3 uur bezig. En dan regelmatig zonder resultaat.	het is bekend, maar de ervaring is dat de VVT organisaties daar ook allemaal anders mee omgaan, wat het verwarrend maakt.	Wantveld heeft te maken met drie organisaties: Activite, Groot Hoogwaak en Marente. Informatie beschikbaarheid bedden is er niet. Het zou wenselijk zijn 1 coördinatiepunt te hebben en. De app Palliarts zou ook voor	Is nogal wisselend. De ene keer een volledige uitdraai, tot informatie ontbreekt volledig.	- Afstemming met ziekenhuizen (informatieoverdracht, procedures) - Het ontbreken van 1 coördinatiepunt voor aanvraag ELV - Ontbreken van duidelijk overzicht van aanbod en beschikbaarheid. - 1 uniform formulier (die van Marente is wel prettig) - 1 vaste SO en vaste huisarts per ELV locatie. - Duidelijkheid geven over hoe

Huisarts	# patiënten ELV	Snel geplaatst?	Proces en afwegings instrument	Bereikbaarheid & beschikbaarheid	Overdracht	Belangrijkste ervaren problemen
	huisartsen).			ELV bedden gebruikt kunnen worden wellicht?		ziekenhuizen omgaan met ELV (Ik wist niet dat ziekenhuizen nu ook kunnen indiceren voor ELV. Het zou handig zijn als dat gecommuniceerd wordt naar huisartsen.)
Roelofarendsveen, deels namens huisartsengroep (5 huisartsen Alkemade)	crisisbed 2 x per jaar, elv ongeveer 1 x per maand (geldt voor eigen praktijk) Respijtzorg 1-2 keer per jaar (niet alleen ouderenzorg)	nooit	is wel bekend. Twee anderen van de huisartsengroep kenden het, de rest niet.	We bellen de ons bekende aanbieders (Wijdezorg en ActiVite). Bereikbaarheid is goed. Zij denken goed mee en zoeken dan verder voor ons, Echter, er zijn te weinig plekken, waardoor het lang duurt voor er iets gevonden is.	Dat gaat allemaal op papier. Geen contact gehad, maar er zijn verder ook geen problemen mee.	Er is duidelijk een tekort. Er is er behoefte aan kleinschalige opvangmogelijkheden. Het is voor kleinschalige organisaties niet rendabel om deze zorg te bieden, gezien de te kleine vergoeding. Het stapelen van zorg is ook niet mogelijk. In Roelofarendsveen is men bezig de plannen voor het bouwen van een hospice te combineren met ELV bedden. Financiering is lastig.
HAP DDBB	423 bezoeken en 869 visites van 70+. Het betreft 2016 en 2017 tot 21 maart. Het aantal ELV/ respijtzorg/ crisis is niet uit systeem te halen. De inschatting is dat het hooguit om een 5 tal gaat op 150 huisartsen.	In Duin en Bollenstreek is de preferente zorgaanbieder Marente die gebeld kan worden voor ELV, maar ook voor consult SO, crisis of 24uurs thuiszorg. Deze afspraak geldt voor de hele regio. De chauffeurs van de dokterspost hebben het telefoonnummer. Het is onbekend hoe dat proces verloopt, dat wordt niet geregistreerd.	Het afwegingsinstrument ELV/LHV wordt gebruikt.	Hoewel er een telefoonnummer en organisatie is als preferente partij is het regelen van crisisbedden met name toch altijd wel een gedoe. Voor crisiszorg wisselt de aanbieder bijvoorbeeld. Een telefoonnummer /centraal loket zou wel wenselijk zijn.	We wisselen door middel van fax wel info uit. Maar het is houtje-touwtje. Je wordt nooit gebeld door een SO. De 'schuld' van de matige overdracht ligt bij beide partijen.	Het product ELV bestaat nog niet zo lang en is nog onvoldoende bekend/ingedaald qua procedures. Het is nog wat pril om nu al conclusies te trekken. ELV, hoog complex laagcomplex, KEV, respijtzorg, noodbed, crisisopname, WLZ, revalidatiezorg, etc. is erg verwarrend. Per casuïstiek waar de nuance net wat anders ligt, heb je net weer met andere partijen en indicaties te maken. Het zou helpen als dat goed inzichtelijk gemaakt wordt. Een centraal loket zou wenselijk zijn. Informatieoverdracht met SEH dokters en ambulancevervoer ontbreekt, dat zou beter kunnen.

HAP SHR	Gegevens daarover ontbreken, maar het gaat om een klein aantal op jaarbasis. Het betreft alleen crisisopname. ELV komt (waarschijnlijk) niet voor. De HAP ervaart geen toegenomen druk als het gaat om visites/consulten bij ouderen. Na de zomer zijn over aantallen ouderen gegevens bekend via landelijke Benchmark HAP	Bij een crisisopname lukt dat altijd wel. Problemen worden daarbij niet ervaren.	Instrument is bekend en wordt gebruikt. Het stroomdiagram is wel duidelijk, maar wordt wel als wat omslachtig ervaren.	Dit is bekend via de site van Zorg en Zekerheid (crisis regeling met name) Er worden geen problemen bij ervaren.	We gaan er vanuit dat de huisartsen patiënt op een ELV plek als aandachts-patiënt aanmeld in het systeem. De medische overdracht is dan geen probleem.	Tijdens een bijeenkomst met huisartsen heb ik begrepen dat er een krapte is qua beschikbare plekken ELV. Als HAP hebben we die ervaring niet. Bij regelen crisisopvang ervaren we geen problemen.
---------	--	--	--	--	--	---

10. Bijlage 4: Tabellen productiecijfers HAP, SEH, ELV en ambulance vervoer

Tabel 1 productiecijfers HAP

	DDDB (cijfers 2016 t/m 21 maart 2017)	SHR
ouderen 70+ bezochten HAP	423 bezoeken en 869 visites	onbekend
ELV aangevraagd	Onbekend, maar inschatting is 5 op 150 huisartsen	Onbekend, maar is incidenteel

Tabel 2 Productiecijfers SEH

	LUMC (2016)	Alrijne (2016)	Alrijne (2017)
ouderen 70+ bezochten de eerste hulp	5195 in 2016	5244 in 2016	1596 in eerste kwartaal 2017
Waarvan opgenomen *	2057 (40%) in 2016	onbekend	1096 (70%) eerste kwartaal 2017
Aantal sociale	onbekend	onbekend	Inschatting: 7% (484 opnames, gemiddeld 40 pm.
Aantal ELV plaatsingen	onbekend	onbekend	onbekend

*Het percentage patiënten met leeftijd 70+ dat vanaf de SEH werd opgenomen verschilt tussen de ziekenhuizen. Dit verschil is lastig te interpreteren omdat de opnamedata niet voor beide ziekenhuis beschikbaar waren over dezelfde periode en omdat patiënten, na bezoek aan de SEH van het LUMC, voor opname werden doorgestuurd naar de SEH van Alrijne en vandaar in Alrijne werden opgenomen. Dit gold echter niet voor alle patiënten; cardiologie patiënten gingen direct van de SEH in het LUMC naar Alrijne afdelingen.

Tabel 3 Aanbod en productiecijfers ELV 1^e kwartaal 2017

	Groot Hoogwaak	DSV	Hozo	Activite	Marente	Topaz	Roomburgh	Alrijne	Wijdezorg	Totaal (%)
Aantal bedden	7	25	2	8	35	32	3	2	12	126
<i>Productie (aantal patiënten) Q1 2017</i>										
ELV laag complex	9	23	0	2	20	11	2	0	8	75 (32)
ELV hoog complex	5	13	1	4	75	22	0	2	13	135 (58)
ELV palliatief	0	0	1	0	16	4	0	1	1	23 (10)
Totaal	14	36	2	6	111	37	2	3	22	233
<i>Via</i>										
huisarts	0	14	0	5	71	23	2	2	14	129 (57)
SEH	0	18	0	0		0	0	0	0	18 (8)
ziekenhuis	14	0	1	1	40	14	0	1	7	77 (34)
GRZ	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1 (1)
Gem. behandeluur (dagen, min-max))	30	25-30	4-5	40-60	13-20	21-36	28	29-49	32-84	26

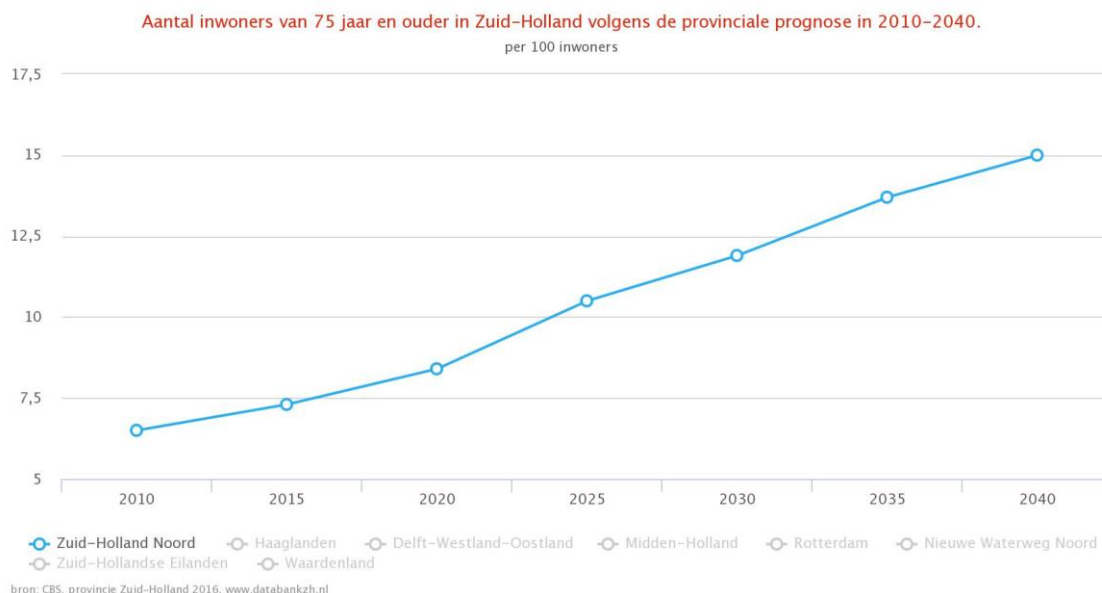
Bron: monitor ELV 2017Zorg en Zekerheid

Tabel 4 Ambulancevervoer eerste kwartaal 2017

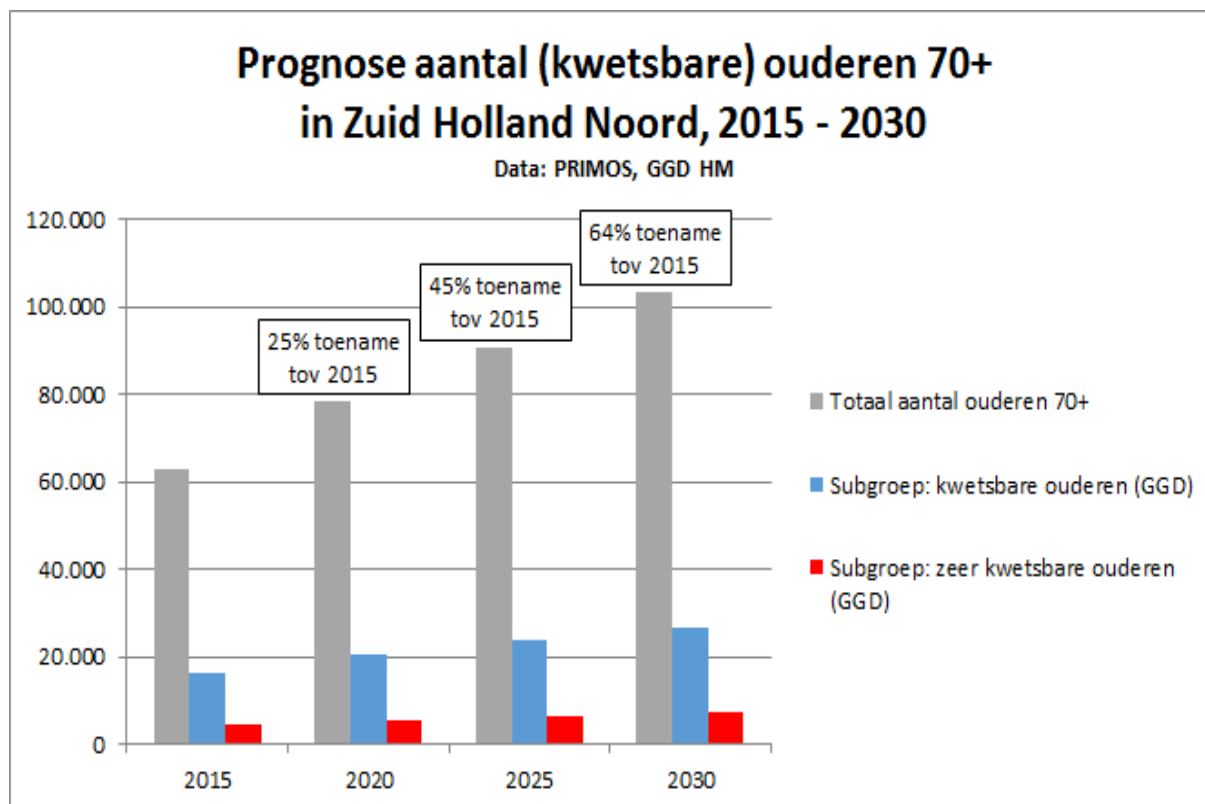
Gemeente	EHGV	SEH
Alphen Aan Den Rijn	87	281
De Zilk	2	6
Hazerswoude- Dorp/Rijndijk	4	27
Hillegom	20	65
Kaag en Braassem	10	50
Katwijk Zh	45	198
Koudekerk ad Rijn	1	22
Leiden	128	401
Leiderdorp	36	121
Leimuiden	5	10
Nieuwkoop	14	29
Noordwijk Zh	26	128
Noordwijkerhout	11	74
Oegstgeest	26	122
Rijnsburg	10	47
Roelofarendsveen	13	28
Ter Aar	13	35
Lisse	24	91
Teylingen	16	48
Sassenheim	7	43
Voorhout	2	27
Voorschoten	47	138
Zoeterwoude	6	33
TOTAAL	562	2091

11. Bijlage 5: Figuren prognose ouderen (CBS) en kwetsbare ouderen (Primos en GGD)

Figuur 1.



Figuur 2.



12. Bijlage 6: Resultaten VVT

Aanbieder	Ervaart u geografische problemen met de capaciteit rondom tijdelijke eerstelijnsopvang?	Gezien de inkoop, is tijdelijke eerstelijnsopvang te leveren?	Problemen met beschikbaarheid?	Hoe ervaart u de afstemming met andere VVT organisatie voor tijdelijke eerstelijnsopvang?	Op welke manier ontvangt uw organisatie op dit moment de aanvragen. Ervaart u problemen?	Wordt er onjuist beroep op ELV gedaan?	Grootste probleem
Topaz	Ja, bij laag complex, verantwoordelijkheid van de huisarts, als de cliënt uit andere gemeente komt.	ja	nee	Tot op heden is er geen afstemming nodig geweest om plaatsing te realiseren	Via de huisarts, per fax. En vanuit ziekenhuizen via POINT. Onvolledige ingevulde formulieren/ ontbreken van gegevens waardoor er extra contact momenten nodig zijn om een goede afweging te maken voor plaatsing. De situatie rooskleurig voorstellen dan de werkelijkheid is.	Ja, Druk van familie naar huisartsen toe. Tijdgebrek van huisartsen. Onvoldoende kennis van het product ELV en thuissituatie van de cliënt. Ontwijken van de Wlz procedure zowel vanuit de ziekenhuizen als de huisartsen.	Het organiseren binnen Topaz levert weinig problemen op. Buiten kantoor tijden wordt het afwegen voor de juiste indicatie als ingewikkeld ervaren. Met name door de huisartsenposten en de SEH van de ziekenhuizen. Weinig kennis van zaken. Aanvullende opmerking: (vervangende) huisartsen en vanuit huisartsenposten hebben vaak te weinig kennis over de actuele thuissituatie en het functioneren van de cliënt.
Marente	Nee	Er is bij een aantal verzekeraars sprake van overproductie ten opzichte van het vastgestelde omzetplafond	Nee	De afstemming verloopt goed	Via onze afdeling Zorgbemiddeling, hoofdzakelijk telefonisch. Het verschil tussen laag- en hoogcomplex is bij de huisarts niet goed duidelijk.	Wij hanteren het triageprotocol van Verenso.. We zien afname van WLZ crisisopnamen en een hoge uitstroom uit ELV naar WLZ. ELV lijkt voorportaal voor WLZ, in plaats van WLZ vanuit de thuissituatie.	De vastgestelde budgetplafonds zijn niet reëel ten opzichte van de huidige vraag/ontwikkelingen. Dit is een enorm risico voor aanbieders. Daarnaast is de behandelcomponent onderdeel van het integrale tarief. Zeker bij hoog complex is het tarief niet dekkend voor de te leveren behandelinzet!

Aanbieder	Ervaart u geografische problemen met de capaciteit rondom tijdelijke eerstelijnsopvang?	Gezien de inkoop, is tijdelijke eerstelijnsopvang te leveren?	Problemen met beschikbaarheid?	Hoe ervaart u de afstemming met andere VVT organisatie voor tijdelijke eerstelijnsopvang?	Op welke manier ontvangt uw organisatie op dit moment de aanvragen. Ervaart u problemen?	Wordt er onjuist beroep op ELV gedaan?	Grootste probleem
<i>Activite</i>	1. Als de huisarts de regiefunctie heeft over de behandeling bij laag complexe ELV, moet de ELV plaats dicht bij de praktijk zijn. 2. Onze woonzorgcentra kennen permanente bezetting en grote wachtlijsten in een aantal woonplaatsen. Het open houden van plaatsen wordt niet financieel ondersteund. Hierdoor kunnen wij geografische spreiding van plaatsen niet garanderen. 3. Het budgetplafond van verzekeraars faciliteren geografische beschikbaarheid niet.	Op zorginhoud is ELV conform de eisen te leveren. MAAR niet gelet op de vraag geografisch gezien en niet in afstemming met de andere aanbieders. Deze afstemming qua geografie zou onder regie moeten plaatsvinden.	Incidenteel is er grotere vraag dan aanbod. Men verwacht wel dat op ieder moment in de directe nabijheid van de cliënt vrije plaatsen zijn.	Afstemming was geen vereiste of aandachtspunt bij de zorginkoop. Nu is er, gelet op de druk van de verkeerde bed problematiek en verplaatste verantwoordelijkheid naar de huisarts, wel de noodzaak om afspraken te maken. ActiVite wil en kan een actieve rol spelen in de afstemming met de andere VVT organisaties.	Vooraf telefonisch.	Aanvragen zijn met name hoog urgent en gericht op directe oplossingen, de focus ligt bij directe opname. Met name huisartsen zijn niet op de hoogte van de verschillende regelingen en vereisten voor plaatsing (ELV of anders).	ELV wordt in onze beleving vaak gebruikt als crisiscare, hier is het niet voor bedoeld. - het is een hiaat dat er geen crisiscare binnen regime ZVW mogelijk is. Hier is geen financiële mogelijkheid toe. - het verwachtingspatroon dat iedere organisatie bedden beschikbaar heeft, terwijl dit niet financieel wordt ondersteund. - het gebrek van kennis bij verwijzers. - er is onvoldoende bekendheid dat er wel mogelijkheid is voor opname 's avonds en in het weekend bij ActiVite. - er is geen regionaal overzicht, ActiVite neemt graag een constructieve rol hierin met HAP en SEH Aanvullende opmerking: ActiVite neemt graag initiatief in samenwerking met de collega instelling voor innovatieve oplossingen voor deze problematiek voorbeelden zijn: 1. inrichten van extra locatie met ELV bedden in samenwerking met Topaz en LUMC. 2. verkennen mogelijkheden inzet wijkverpleegkundige in de triage.

Aanbieder	Ervaart u geografische problemen met de capaciteit rondom tijdelijke eerstelijnsopvang?	Gezien de inkoop, is tijdelijke eerstelijnsopvang te leveren?	Problemen met beschikbaarheid?	Hoe ervaart u de afstemming met andere VVT organisatie voor tijdelijke eerstelijnsopvang?	Op welke manier ontvangt uw organisatie op dit moment de aanvragen. Ervaart u problemen?	Wordt er onjuist beroep op ELV gedaan?	Grootste probleem
Aanbieder	Ervaart u geografische problemen met de capaciteit rondom tijdelijke eerstelijnsopvang?	Gezien de inkoop, is tijdelijke eerstelijnsopvang te leveren?	Problemen met beschikbaarheid?	Hoe ervaart u de afstemming met andere VVT organisatie voor tijdelijke eerstelijnsopvang?	Op welke manier ontvangt uw organisatie op dit moment de aanvragen. Ervaart u problemen?	Wordt er onjuist beroep op ELV gedaan?	Grootste probleem
Hozo	Nee	Is op dit moment nog niet te zeggen, 2017 is nog maar 4 maanden oud, budgetplafonds per verzekeraar gelden voor heel jaar	Nee	De afstemming verloopt goed	via de huisarts	Nee	-
Roomburgh	Nee	Capaciteit is niet altijd voldoende voor de vraag	Het duurt soms lang voordat de beschikbare capaciteit weer vrij komt. gemiddelde opname duur is maximaal.	De afstemming verloopt goed	Huisartsen, Ziekenhuizen, case-management	Ja	Niet altijd bedden beschikbaar als dat nodig is.

13. Bijlage 7: Resultaten Specialisten Ouderengeneeskunde

INTERVIEWS SOG	Topaz Revitel	Marente Wijckerslooth en Hofwijck	Wijdezorg
Hoe verloopt het proces van aanmelding en beoordeling aanvraag voor ELV zorg door SOG ? Waar gaat dit goed en welke knelpunten ervaart u ?	Revitel heeft GRZ, elv hoog complex en palliatief. Aanvragen komen binnen bij Zorgadviseurs op locatie Zuidwijk. Huisarts vult dat formulier in. Bij hoog complex gaat dat direct door naar SOG. De formulieren worden door huisartsen slecht ingevuld. Meestal moet er gebeld worden voor nadere informatie. Soms stuurt de huisarts het hele journaal mee, maar dat is ook niet handig en voor een buitenstaander vaak onduidelijk. Huisartsen kennen criteria niet, of nemen ze doelbewust niet in acht. Cliënten zijn regelmatig cognitief veel slechter dan wordt aangegeven. We zien ook relatief veel psychiatrische problematiek en dat leidt tot veel onrust op de afdeling. Huisartsen weten niet dat ELV hoog complex maar beperkte behandeluren bevat. Cliënten hebben soms hoge verwachtingen gekregen door de info van de huisarts en denken bijv. dat ze dagelijks fysiotherapie krijgen. Ook zijn cliënten niet geïnformeerd dat ze zaken als incontinentiemateriaal en medicatie zelf moeten betalen (valt onder eigen bijdrage, zit niet in ELV financiering). De ervaring is dat je niet uitkomt met het aantal uren behandeling. 9 van de 10 keer vragen wij alsnog een DBC aan (GRZ).	Hierin wordt veel gedaan door de zorgbemiddelaar. Voor hoog complex tekent de SOG meestal achteraf. Voor crisiszorg of ELV (hoog complex) is de procedure voor ons vergelijkbaar en kent dezelfde knelpunten. Dit gaat over het algemeen wel goed, soms is de informatie niet volledig.	De SOG s werken pas sinds januari dit jaar voor Wijdezorg. Er is 1 x een opname geweest ELV hoog complex. Niet bekend dat de SO de beoordeling doet. Wel is inmiddels onderling afgesproken in dat geval contact op te nemen met de huisarts voor informatie. Respijtzorg komt voor, maar hebben SOG weinig mee te maken. Wijdezorg heeft geen noodbedden Een huisarts heeft aangegeven dat hij wel voor een patiënt uit andere woonplaats verantwoordelijk is op een locatie van Wijdezorg, maar er zijn eigen patient vervolgens niet kan plaatsen.
Wordt er volgens u wel eens een onjuist beroep gedaan op de tijdelijke eerstelijns opvang bedden en wat is daar volgens u de oorzaak van?	De situatie wordt vaak -al dan niet doelbewust- beter voorgesteld dan hij is. Op zich is het probleem van de huisartsen te begrijpen. Er is soms geen alternatief. Mensen wachten heel lang tot het thuis niet meer gaat en dan is ELV eigenlijk niet meer toereikend. ELV laag complex zou in feite ook met thuiszorg kunnen worden opgelost. ELV hoog complex zou meer behandeluren moeten bevatten om de doelgroep die we nu binnen krijgen voldoende te kunnen ondersteunen, zodat zij weer naar huis kunnen. Nu kunnen we dat niet bieden met als gevolg dat mensen verder achteruitgaan op zo'n plek. Mogelijke oplossingen: Betere voorlichting aan huisartsen, wellicht een informatiepunt waar zij ondersteund worden door een zorgadviseur. Ontwikkelen van 1 formulier voor alle VVT's en kijken of er koppeling met	Meestal is dat niet het geval, maar soms vraag je je af of mensen thuis niet beter af waren geweest of in het ziekenhuis, omdat ze bijv. binnen twee dagen overlijden. Een ELV opname lijkt qua problematiek op een 'gewone' GRZ of WLZ opname. Doordat mensen lang thuisblijven en de woonzorgcentra schaars zijn, is er soms geen andere oplossingen. We hebben regelmatig met de zgn.'draaideur patiënten' te maken.	Geen idee van. De indruk is wel dat de voorziening aansluit bij de behoefte van huisartsen..

	huisartsensysteem kan plaatsvinden.		
Hoe vindt de overdracht van (medische) zorg plaats. Is deze methode praktisch en voldoende?	De informatie van de huisarts is meestal ontoereikend. Wellicht zou dit via Zorgdomein kunnen?	Dat wisselt per huisarts. Soms kort en krachtig soms een uitdraai van het medisch dossier. De medische voorgeschiedenis ontbreekt nogal eens. Het zou prettig zijn als de informatie eenduidig en compleet is. Wij maken richting huisarts een papieren ontslagbrief. Dat zou handiger zijn dit digitaal te kunnen doen (zoals via point)	Er is nog geen methode afgesproken. Men gaat er wel mee aan de slag.
Wat is het grootste probleem?	Huisartsen hebben onvoldoende kennis/ informatie over de mogelijkheden en wat er geboden kan worden met op ELV. Het aantal behandelingen is ontoereikend.	We hebben 10 elv bedden. Die liggen nu voor het eerst vol. Veel elv gaat over naar Wlz. De doorstroom is nu nog voldoende, maar verstopping dreigt wel als deze groei zo doorzet.	

14. Bijlage 8: Verslag Focusgroep

Verslag bijeenkomst focusgroep VVT

d.d. 30 mei 2017

Aanwezig: Pieter de Jong (ActiVite), Joke Beurze(Wijdezorg)
Nita van Duijn (DSV) Marja de Bruin (DSV)
Karin Bosch, Annemieke Schagen (Hozo)
Suzanne Brink (Topaz), Cora Judels (Topaz) Isabelle van
Wijnen (Marente), Liesbeth Leurs (ActiVite) Jaap Sluiter
(Roomburgh), Jan van Rijn (Libertas).
Toehoorder: Michel Lambeek (Zorg en Zekerheid)
Verslag en begeleiding: Eva van Steenberg en Marleen
Harteveld (Reos)

Het doel van de focusgroep was inzicht te krijgen in de ervaren problematiek rond eerstelijns
tijdelijke opvang.

Naar aanleiding van de presentatie van de eerste resultaten van het lopende onderzoek worden de
volgende opmerkingen gemaakt:

- Opmerkingen van huisartsen als 'we zijn niet bereikbaar e.d.' daar herkent men zich niet in. In
ieder geval de grotere organisaties (zorgbemiddelaar) zijn veelal 24/7 bereikbaar.
- De resultaten van de productiecijfers laten heel weinig aanmeldingen voor ELV zien via de
huisarts. Cora Judels geeft aan dat zij 40 aanmeldingen vanuit de huisartsen per maand
(Leiden) heeft. Ook Wijdezorg krijgt veel aanmeldingen van huisartsen.
- De suggestie om beschikbare bedden via een app (voorbeeld van Palliarts) beschikbaar te
stellen is gezien de diversiteit van de doelgroep wel wat lastiger dan in het geval van hospice
bedden (ELV – is geen vast doelgroep – zoals bij palliatieve zorg)..
- De klacht van huisartsen dat het aan informatie ontbreekt wordt niet herkent. Veel huisartsen
zijn aangeschreven op 1 januari over nieuwe regelgeving. Huisartsen zijn snel geïrriteerd als
men aangeeft dat er geen plek is.

Aanmelden en indiceren

Welke problemen ervaren de VVT's als het gaat om aanmelding en indiceren?

- Onduidelijkheid (onvoldoende kennis) bij huisartsen, HAP en ziekenhuizen over de
mogelijkheden (type zorg, wat is crisis, wat is spoed? Crisisbed – indicatie WLZ, Spoedbed-
nog geen WLZ, maar het thuis niet meer redden)
- Oneigenlijk gebruik van ELV – huisartsen willen per direct een oplossing ('ja hoor, patient kan
terug naar huis – en daarna blijkt Wlz noodzakelijk). Vaak komt iemand ELV- laag binnen en
dan wordt het op advies van de VVT toch ELV- hoog complex. ELV lijkt voorportaal voor WLZ
te worden. Men is echter niet bang voor dichtslibben. De doorstroom is voldoende. Wel is het
zo dat op deze manier de mensen die op de WLZ wachtlijst staan en thuis wachten op een
plek, hierdoor mogelijk extra lang moeten wachten, met name bij de kleinere organisaties.
- Suzanne Brink geeft aan dat de zorgorganisatie de verantwoordelijkheid heeft om de indicatie
van de huisarts/specialist te checken. De indruk is ook dat huisartsen, maar ook ziekenhuizen,
de cliënten beter inschatten dan reëel is. Veelal volgt toch een WLZ indicatie-aanvraag. Het is
ook niet makkelijk om dat gesprek met cliënten en mantelzorgers aan te gaan. Men wacht vaak
met WLZ-aanvraag vanwege minder mogelijkheden aan zorg thuis als je een WLZ indicatie
hebt en de eigen bijdrage die men dan moet betalen. Bij de opname zijn veel cliënten en
mantelzorgers nog niet toe aan een WLZ indicatie, ook al is de situatie er wel naar. In de
eerste lijn gaat men dat gesprek blijkbaar nog niet makkelijk aan. De rol van de casemanager
wordt hierin gemist.
- Het komt voor dat een huisarts de zorg wil blijven houden bij ELV-hoog complex en dat is een
lastig discussiepunt. In principe zou gezien de complexiteit een SO bij hoog complex
verantwoordelijke moeten zijn voor de behandeling en niet de huisarts.
- Voor indicatie voor ELV- laag complex is een handtekening nodig van de huisarts – voor de
accountant. Dit is soms heel lastig te krijgen.
- De doorlooptijd voor een WMO-aanvraag voor respijtzorg is vaak erg lang.
- Door het productieplafond voor ELV bij een aantal verzekeraars (zilveren kruis, OHRA en CZ
o.a.) kunnen er soms geen opnames meer plaatst vinden.
- Zorg overdragen van arts naar arts gaat vaak niet goed. De zorg wordt niet goed
overgedragen; de huisarts komt niet opdagen. Zowel van huisarts naar SO, als van huisarts
naar huisarts bij laag-complex (als cliënt uit andere gemeente komt).

- Sommige VVT ervaren problemen doordat de wachtlijsten voor somatiek veel schommelingen vertonen. ELV kan dan wel een oplossing zijn voor tijdelijke opvang wanneer wachttijden erg groot zijn.

Oplossingsrichtingen:

- Ziekenhuis vraagt zelf een WLZ-indicatie aan, dat versnelt procedure, in plaats van dat via ELV af te schuiven op VVT.
- Informatie en communicatie: helder en eenduidig, bijv. vanuit NZLO.
- Eventueel een centraal 'transferbureau' voor huisartsen en en/of scholing /kennisvergroting over triage bij huisartsen/ziekenhuizen.
- Overzicht maken van aanbieders en capaciteit per gemeente. In Haarlemmermeer hebben ze dit al (suggestie van Annemieke Schagen: voorbeeld via VBZ regio Kennemerland, Amstelland en Meerlanden).
- Ook is genoemd (met weinig bijval): 1 telefoonnummer voor ELV, crisis en respijt voor alle VVT organisaties in de regio.

Beschikbaarheid/capaciteit

- Is er wel een probleem? Topaz geeft aan geen probleem te ervaren bij de beschikbaarheid; 'wij hebben altijd plaats en wij verkopen geen nee, tenzij 'onterechte' aanvraag. Het is wel zo dat niet altijd op voorkeurslocatie plek is. Wijde zorg en DSV en Roomburg geven aan niet altijd plek te hebben.
- Als je het goed wil doen – dan moet je een bed beschikbaar houden – maar daar krijg je geen financiering voor.
- De tarieven voor ELV zijn niet toereikend: met name voor hoog complex is het tarief onvoldoende, maar dit geldt ook voor laag complex, zeker als ELV voorportaal is voor WLZ.
- Er was een plaatsingsprobleem in Alphen doordat Activite locaties niet beschikbaar waren vanwege verbouwingen. Dit probleem is inmiddels opgelost.
- Cliënten met PG-problematiek zijn moeilijker te plaatsen, dat kan niet op elke locatie. Topaz heeft het bijv. wel.
- Soms vind er opname plaats omdat de thuiszorg niet kan leveren vanwege personeelsgebrek.
- Verkeerde bedden problematiek echt een probleem (met name voor pte die wel braaf netjes WLZ- aanvragen) – met name voor de kleintjes.

Oplossingsrichtingen

- Ook hier is informatie aan huisartsen /ziekenhuizen belangrijk. Maar ook kennisdelen: hoe lossen andere regio's/gemeenten 'dit probleem' op – (Bv. indien geen plek dicht bij huis - net zo lang wachten totdat er wel een plek is dichtbij huis of private zorg).
- Investeren in Thuiszorg

Samenvatting verlanglijstje

1. Informatie over de diverse producten/mogelijkheden voor huisartsen en ziekenhuis; (Waar moet je zijn, met wat en bij wie; wat is nou echt ELV?)
2. Tarief ELV hoog en laag-complex moet omhoog en financiering beschikbaarheid (beschikbaar houden) van bedden)
3. WLZ indicatie al vanuit ziekenhuis aanvragen
4. Beter regelen van informatieoverdracht tussen arts- arts (bij overname van de zorg)
5. Preventie: voorkomen van crisis- situatie (Advanced Care Planning – arts en verpleging). Nu lastig door wegvallen van case-management dementie. Opnieuw case-management inzetten met gepaste financiering (afgerekend worden op doelmatige zorg is in geval van casemanagement contraproductief).

Opmerking ZenZ

Michel Lambeek wordt gevraagd naar zijn indruk nav de focusgroep.

Michel geeft aan dat vanuit VWS wordt gevraagd in elke regio een loketfunctie / een telefoonnummer voor de regio te regelen. Zorg en Zekerheid wil in ieder geval een oplossing die voor de huisarts werkt. Het is met name van belang dat de procedure duidelijk is voor de huisarts en dat deze niet vijf keer moet bellen. Verder kiest deze regio bewust voor een brede aanpak, en niet alleen ELV.

Er is door Zorg en Zekerheid ook afgezien van een plafond op de ELV. Wat hem opvalt in het onderzoek is dat er verschillende percepties zijn van de omvang en aard van de problematiek. Het is wel duidelijk dat de beschikbaarheid, met name voor de kleinere huizen een probleem is. Zorg en Zekerheid wil graag toe naar meer flexibelere inzet, bijvoorbeeld door middel van een modulaire opbouw van de zorg.

15. Bijlage 9: Overzicht aanbieders Eerstelijns Verblijf ZHN 2017 (Zorg en Zekerheid)

		Exclusief (X) / Inclusief (X) behandeling		
Naam zorgaanbieder	Plaats	Basis (VV3)	Intensief (VV6)	Palliatief (VV10)
Groot Hoogwaak	Noordwijk	x	x	
Roomburgh	Leiden	x	x	
Activite				
- Locatie Noorderbrink	Alphen a/d Rijn	x	x	x
- Locatie AgnesStaete	Voorhout	x	x	x
Florence				
- Locatie Adegeest	Voorschoten	x		
Zorgbalans				
- Locatie Den Weeligenberg	Hillegom		x	
Alrijne Zorggroep				
- Locatie Leythenrode	Leiderdorp		x	x
- Locatie Oudshoorn	Alphen a/d Rijn		x	x
HOZO		x	x	
- Locatie Bloemswaard	Hillegom	x	x	
- Locatie Parkwijk	Hillegom	x	x	
- Locatie Maronia	Hillegom	x	x	
Libertas Leiden				
- Locatie Lorentzhof	Leiden	x		
- Locatie Robijnhof	Leiden	x		
Wijdezorg				
- Locatie Emmaus	Zoeterwoude	x	x	
- Locatie Rhijndael	Koudekerk a/d Rijn	x	x	
- Locatie Driehof	Hazerswoude	x	x	
- Locatie Aarhoeve	Ter Aar	x	x	
- Locatie Nieuwkoop	Nieuwkoop	x	x	
- Locatie Jacobus	Oude Wetering	x	x	
- Locatie Woudsoord	Woubrugge	x	x	
Marente				
- Locatie Berkhout	Lisse	x	x	
- Locatie Bernardus	Sassenheim	x	x	
- Locatie Bolero	Voorhout	x	x	
- Locatie De Wilbert	Katwijk	x	x	
- Locatie Gerto	Voorhout	x	x	
- Locatie Park Overbosch	Voorhout	x	x	
- Locatie Jeroen	Noordwijk	x	x	
- Locatie Mariëngaerde	Warmond	x	x	
- Locatie Mariënhaven	Warmond	x	x	
- Locatie Rustenborch	Oegstgeest	x	x	
- Locatie Van Wijckerslooth	Oegstgeest	x	x	
- 't Huis op de Waard	Leiden	x		
- Oud Bijdorp	Voorschoten	x	x	
Topaz		x	x	x
- Locatie Revitel	Leiden	x	x	x
- Locatie Vlietwijk Zorghotel	Voorschoten	x	x	x
- Locatie Munnekewij	Noordwijkerhout	x		
- Locatie Overduin	Katwijk	huntington	huntington	huntington

Bron: overzicht Zorg en Zekerheid: Eerstelijnsverblijf locaties gecontracteerde partijen 2017

16. Bijlage 10: Resultaten online vragenlijst over aantallen bedden en bezetting

Via een online vragenlijst is alle VVTs gevraagd hun bedden aantallen per ELV product aan te geven. In onderstaande tabel de resultaten hiervan. Vijf organisaties hebben de vragenlijst ingevuld.

Tabel: Aantal bedden per aanbieder en per locatie , type zorg en bereikbaarheid

Aantal bedden per aanbieder en per locatie	ELV laag complex	ELV hoog complex	ELV palliatief	crisis	Respijt zorg	Tel. bereikbaarheid	Opname tijden
Aanbieder: Topaz							
1 Revitel	0	11	zonodig	0	nee	0714056925	24/7
2 Overrhyn	0	9	zonodig	5	nee	0714056925	24/7
3 Groenhoven	3	0	zonodig	0	ja	„	maandag tot vrijdag overdag
4 Foreschate	6	0	zonodig	0	ja	„	overdag 7 dagen per week
5 Munnekeweij	1	0	0	0	nee	„	maandag tot vrijdag overdag
Aanbieder: ActiVite							
1 Noorderbrink	6 bedden totaal			0	ja	24/7	Altijd tijdens kantoortijden in overleg buiten kantoortijden
2 AgensStaete	2			0	ja		
3 Rietveld	0			1	nee		
4 Hof van Alkemade	Bij leegstand zijn er mogelijkheden			0	ja		
5 Sassembourg							
6 Zuidervaart							
Aanbieder: Marente							
13 locaties	35 bedden totaal			3	ja	24 /7 via Zorgbemiddeling	kantoortijden indien gepland, bij spoed afwijkend
Aanbieder: Roomburgh							
Roomburgh	5	5	-	-	nee	9.00-17.00 uur	10.30 uur - 12.30 uur en 15.00 - 16.00 uur
Aanbieder: Hozo							
1 Bloemwaard	2 (flexibel)			0	Ja	24/7	7-21.00
2 Parkwijk	2 (flexibel)			0	ja	24/7	7-21.00

Inventarisatie van 'Best practice' ELV Coördinatie

Karen Mos
Student PHEG-LUMC
04-05-2017

Inhoud

- Aanleiding
- Methode
 - Benaderde regio's
 - Vragen aan regio's
- Resultaten per regio
- Conclusies
- Aanbevelingen

Aanleiding

- Wat is het probleem?
 - Steeds meer kwetsbare ouderen in de regio met multimorbiditeit
 - Patienten komen onnodig op de SEH terecht
 - Huisarts kan geen ondersteuning thuis regelen
 - Momenteel geen centrale regie op ELV in regio Leiden
- Aanpak in de regio:
 - Regionaal ELV project* van de regionale projectgroep, onder leiding van Henri van der Lugt (NZLO)
- Doelstelling van deze inventarisatie:
 - Analyse van ELV coördinatie elders in het land, als input voor het advies dat de projectgroep zal uitbrengen t.a.v. het ontwikkelen van regionaal ELV beleid

*Analyse en advies toegang tijdelijke eerstelijns opvang Zuid Holland Noord

Methode - Benaderde regio's

- Breda
- Westland
- Amsterdam
- Rotterdam
- Nijmegen
- Gooi e.o.
- Oost-Gelderland
- Purmerend



Methode

- Verschillende regio's zijn telefonisch benaderd
- Vragenlijst is opgesteld door de werkgroep ELV
- Regio's zijn geselecteerd vanuit aanbevelingen van de werkgroep, tevens zijn voorbeeldregio's geselecteerd op basis van aanbevelingen van het platform 'De Nieuwe Praktijk' en het artikel 'Waar zijn de ELV-bedden' uit tijdschrift 'De Dokter'

Methode - Vragen aan regio's

1. Wat is jullie aanpak geweest t.a.v. het ELV probleem?
2. Doel coördinatie?
3. Wat is de scope?
4. Wie maakt er gebruik van?
5. Wie zit er achter het telefoonnummer?
6. Is het 24/7 bereikbaar?
7. Hoe verloopt de indicatiebepaling?
8. Hoe is de organisatie daarachter geregeld, m.b.t. beschikbare bedden, registratie, etc.?
9. Wie financiert het coördinatiepunt?
10. Wat is de beschikbaarheid van de te leveren zorg?
11. Binnen hoeveel tijd kan de patiënt ergens geplaatst worden?
12. Hoe lang duurde het opzetten en werkbaar krijgen van het coördinatiepunt?
13. Wat waren de belangrijkste leerpunten van het opzetten?

Breda

- **Aanpak:** Het Aanmeldportaal (één centraal telefoonnummer, overleg over mogelijkheden en criteria voor opname of zorg thuis)
- **Scope:**
 - ELV, GRZ, WLZ, crisizorg
 - In praktijk weinig respijtzorg gezien
 - Van geleverde zorg is 90% ELV-hoog complex
- **Voor wie:**
 - Wijkverpleegkundigen, huisarts, HAP, SEH
- **Organisaties daarachter:**
 - Klantenservicebureau achter telefoon (veel praktijkervaring)
 - Dienstdoende heeft overzicht over opvangplekken, mandaat om te plaatsen
 - 24/7 bereikbaar, zorg is 24/7 leverbaar
 - Plaatsing patiënt binnen 1 uur

Breda

- **Capaciteit:**
 - Altijd capaciteit, want ook in ziekenhuis (Amphia) is een afdeling voor de opvang van kwetsbare ouderen
 - Deze afdeling levert GRZ (gemiddelde bezetting 16 en benodigde capaciteit 18). Het restant van de afdeling (2 bedden) kan gebruikt worden voor ELV. Daarnaast zijn er nog 6 bedden flexibel voor GRZ/ELV beschikbaar o.b.v. nacalculatie
 - Wanneer de plekken bijna vol zijn wordt overlegd met de betrokken zorgorganisaties of daar plek is
- **Registratie:**
 - Gebruikte plekken worden bijgehouden in excel lijst: (wie, wanneer, type zorg, hoe lang, etc.)
- **Financiering:**
 - In eerste instantie door drie deelnemende organisaties zelf (Avoord, Stichting Elizabeth, Surplus in samenwerking met Amphia Ziekenhuis)
 - Later ook met zorgverzekeraar

Breda

- **Ontwikkeling coördinatiepunt:**
 - Opzetten duurde aantal maanden
 - Er zullen nu nieuwe organisaties aansluiten door succes Het Aanmeldportaal, dit zal binnen 2 maanden moeten gaan werken, want format ligt er al
- **Leerpunten:**
 - Duidelijke gezamenlijke doelstelling
 - Niet af laten leiden door de financiering en gewoon doorgaan
 - In begin klein gehouden, zonder hulp van zorgverzekeraar
- **Pilot-fase van een half jaar (1 maart tot 1 sept 2016):**
 - 78 plaatsingsverzoeken gehad in half jaar tijd (meeste aanvragen via SEH), 13 daarvan konden met hulp naar huis, 30 hadden plaatsing nodig, daarvan 7 na ong. 1 dag al terug naar huis
 - Conclusie: 'De doorstroom van de cliënten is verbeterd en we hebben tonnen aan ziekenhuiskosten bespaard'
 - Verbeterpunten: Bekendheid vergroten m.m. bij huisartsen, beter gebruik maken van ICT om plaatsing van patiënten efficiënter te maken
 - Vervolg: Nu meer richten op preventie, triage verder verbeteren, mogelijkheden voor medische keten

Westland

- **Aanpak:** Acute Dienst (één centraal telefoonnummer)
 - Organisatie vanuit de thuiszorg (Careyn), huisartsen met crisissituaties kunnen contact opnemen, dienst beoordeelt welke zorg noodzakelijk is en neemt het plaatsen van patiënt over
- **Scope**
 - ELV, crisizorg, GRZ, respijtzorg, thuiszorg
- **Voor wie:**
 - In 1^{ste} instantie voor huisartsen bedoeld
 - Evaluatie: SEH artsen moeten ook betrokken worden
 - Transfer-verpleegkundigen hebben eigen systeem

Westland

- **Organisatie daarachter:**
 - Dienst van 8.00-16.00, medewerkers (verpleegkundigen thuiszorg) houden zich alleen bezig met zoeken van plek voor patiënt
 - Na 16.00 en in weekend wordt dienst bemand door verpleegkundigen van Acute Dienst, die dan ook zelf op meldingen van patiënten afgaan. In de avond en weekend wordt er minder snel iets geregeld
 - Crisisdienst bepaalt indicatie i.o.m. huisarts, afwegingsinstrument nog niet gebruikt
- **Capaciteit:**
 - Nauw contact met zorgaanbieder, is kleine regio
 - Af en toe contact over beschikbare capaciteit. Acute Dienst heeft overzicht
 - Beschikbaarheid zorg: Niet altijd een crisisbed beschikbaar, wel altijd een ELV bed
 - Opnametijd: Altijd dezelfde dag oplossing gevonden
 - Registratie van aanmeldingen en opnames

Westland

- **Financiering:**
 - Door zorgverzekeraar DSW, is grootste in regio
- **Ontwikkeling coördinatiepunt:**
 - Was bestaande dienst van DSW, 3 jaar geleden gestopt, huisarts heeft plaatsen van patiënten toen zelf gedaan, door veel klachten is dienst weer opgezet. Structuur lag er al en heropzetten duurde ongeveer een half jaar
- **Belangrijkste leerpunten:**
 - Afstemmen met zorgaanbieders is belangrijk. Communicatie!
 - Personeel achter nummer, dat goed situaties kan inschatten, is van belang
 - Kleine regio is overzichtelijk, opzetten daardoor wellicht makkelijker (Betrokken organisaties: DSW, gemeenten in regio, Zorgorganisatie Careyn en Zorgorganisatie Eerste Lijn (ZEL))

Amsterdam

- **Aanpak: Beslisboom**
 - Verschillende telefoonnummers, afhankelijk van geïndiceerde zorg
 - Doel: Duidelijkheid geven over regelingen, definities en financiële kaders, correcte routing in verwijsproces, signaleren van knelpunten
 - Initiatief vanuit SIGRA, gebruik van landelijke beslisboom
 - Vervolgens specificatie per regio, met telefoonnummers van zorgorganisaties per type benodigde zorg
- **Scope:**
 - ELV, crisiszorg, Wlz opname intramuraal, respijtzorg, GRZ, specialistische revalidatiezorg, logeeropvang, wijkverpleging, PTZ, ambulante ondersteuning, dagbesteding, VPT/MPT/pgb
- **Voor wie:**
 - SEH arts, huisarts, wijk-vpk, revalidatiearts, SO
- **Betrokken partijen coördinatiepunt:**
 - Verschillende zorgaanbieders, Gemeente Amsterdam en Zilveren Kruis

Rotterdam

- **Aanpak: centraal aanmeldformulier, nog geen centraal coördinatiepunt**
 - Gebruik van formulier (Gegevensset Afweging en aanmelding ELV): Geeft overzicht aan artsen welke informatie nodig is om patiënt te plaatsen, van ADL gegevens tot gevraagde zorg
 - Artsen zoeken met gebruik van landelijke afwegingsinstrument en dit formulier vervolgens zelf in regio naar geschikte zorgaanbieder
 - Is nog geen centraal coördinatiepunt, willen ze wel graag
- **Organisatie daarachter:**
 - Zorgaanbieders in regio R'dam tonen hun beschikbare plaatsen via www.verwijshulp.nl, dit geeft per type zorg en per instelling aan hoeveel plekken er beschikbaar zijn
 - Ketengereguleerder de zorg, 24/7, tijdens ANW uren is plaatsen wel minder makkelijk
 - Voor palliatieve zorg bestaat apart traject

Rotterdam

- **Belangrijkste leerpunten:**
 - Binnen organisaties zijn afspraken nu nog niet altijd duidelijk, met wie er contact opgenomen moet worden, dit is in ontwikkeling
 - Blijft lastig om patiënten op juiste bed te krijgen
 - Lastig om een centraal coördinatiepunt te realiseren met zoveel betrokken organisaties in de regio

Nijmegen

- **Aanpak: centraal aanspreekpunt**
 - Bureau Crisisbeheer Intramuraal (BCI) was voorheen voor regelen opname topkamer, is nu ook het aanspreekpunt voor ELV
- **Opnametijd:**
 - Streven: bij crisis <24 uur opname
- **Voorwaarde goed functioneren centraal loket:**
 - Medewerkers moeten sociale kaart van regio goed kennen

Het Gooi e.o.

- **Aanpak: Centraal nummer, telefoon wordt opgenomen door SO voor direct overleg**
- **Organisatie daarachter:**
 - Klantencontactcentrum van VVT instellingen (benaderd door SO na indicatiestelling)
 - Voordeel: laagdrempelig overleg over benodigde zorg, duidelijk wie zorg levert, snel een bed geregeld
 - 24/7 bereikbaar

Oost-Gelderland

- **Aanpak: Centraal beheer van ELV bedden m.b.v. boekingsprogramma**
- **Digitaal boekingsprogramma dat laat zien welke bedden waar beschikbaar zijn**
 - Gekoppeld aan HIS en HAP systeem (info patiënt mee bij aanvraag bed)
 - Centraal nummer waar tehuizen capaciteit weergeven
 - Beheerder: één van de VVT instellingen in de regio
 - Indicatie zorg: door huisarts
- **Pilotfase: Nu getest in klein gebied, streven is het in de zomer breed te verspreiden**

Purmerend

- Aanpak: Coördinatie ELV is bij één VVT organisatie neergelegd. Nog geen centraal telefoonnummer
 - Organisatie was versnipperd over meerdere VVT organisaties, gaf onduidelijkheid over waar bedden beschikbaar waren en leverde tevens vertraging op in opnametijd
 - Purmerend wil uiteindelijk wel graag één coördinatiepunt voor alle typen zorg

Conclusie

- Veel regio's werken aan een betere toewijzing van ELV plekken om de vraag naar deze bedden aan te kunnen
- Regio's met een centraal ELV coördinatiepunt zijn hier erg tevreden over, regio's die dit niet hebben zou dit op termijn ook willen
- Typen zorg zijn niet altijd goed uit elkaar te houden, daarom wordt vaak gekozen voor een brede scope: ELV (hoog en laag complex), crisiszorg en GRZ
- Het is belangrijk dat het personeel achter het coördinatiepunt het regionale aanbod goed kent, en tevens kennis heeft van problematiek van de patiënten
- Het blijkt eenvoudiger om een centraal coördinatiepunt op te zetten met een beperkt aantal organisaties dan met veel tegelijk
- Het is belangrijk om alle zorgaanbieders bij het ontwikkelen van een goede coördinatie te betrekken, net als de grootste zorgverzekeraar in de regio
- Financiering van het centrale punt wordt vaak opgepakt door zorgverzekeraar

Aanbevelingen

Op basis van deze inventarisatie doen wij de volgende aanbevelingen:

- Richt een centraal punt in (één telefoonnummer)
- (Klein) beginnen, niet ontwikkelen tot er een 'perfect concept' is, je leert door het te doen samen (het is een ontwikkelingstraject - practice makes perfect)
- Houdt de scope breed, want typen zorg lopen soms door elkaar
- Zorg voor een ervaren verpleegkundige/SO achter de telefoon met een mandaat om een patiënt te plaatsen, waarbij de arts indiceert
- Een actueel overzicht van beschikbare bedden moet beschikbaar zijn bij het coördinatiepunt
- Vergroot de bekendheid van de coördinatie, ook onder (jonge) huisartsen en SEH artsen

Conclusies vanuit projectgroep

- Beschikbaarheid en bereikbaarheid met name in de ANW-uren is essentieel, inclusief voldoende capaciteit
- Goede communicatie en scholing aan betrokken disciplines is van belang (niet alleen een schema)
- Directe plaatsing (garantie) is van belang
- Goede triage en mogelijkheid van consultatie zijn waardevol
- Goede randvoorwaarden zijn essentieel voor een succesvolle implementatie
- Goede onderlinge afspraken tussen aanbieders ELV zijn nodig (met name als er één aanbieder het coördinatiepunt beheert)
- Onafhankelijkheid van het coördinatiepunt moet gewaarborgd zijn
- Brede scope is nodig (zowel ELV/crisis/respijt/WLZ/ GRZ)
- Financiering van het coördinatiepunt en consultatie-functie moeten goed geregeld zijn (zorgverzekeraar)

Bronnen

- Platform De Nieuwe Praktijk; praktijkverhalen uit de nieuwe zorgpraktijk: <https://www.denieuwepraktijk.nl/praktijkteam/praktijkvoorbeelden/>
- Artikel: 'Waar zijn de ELV-bedden?' Tijdschrift 'De Dokter', maart 2017
- Contactpersonen regio's: Bekend bij Reos

17. Bijlage 12: Knelpuntenanalyse kwetsbare ouderen

