

Eindrapportage

Project Regionaal Stimuleringsbudget 2023

Actielijn 1, project 2: **Infrastructuur voor coördinatie tijdelijk verblijf en crisisopnames Zorgcoördinatie Tijdelijk verblijf VVT, provincie Utrecht**

15 januari 2024

Yvonne van Kemenade

Notitie: Infrastructuur voor coördinatie tijdelijk verblijf en crisisopnames
Zorgcoördinatie Tijdelijk verblijf VVT, provincie Utrecht

Inhoudsopgave

Samenvatting	Blz 3
Hoofdstuk 1. Inleiding	
1.1. Landelijk beleid	Blz 7
1.2. Zorgcoördinatie probleem	Blz 8
1.3. Provincie Utrecht	Blz 8
Hoofdstuk 2. Doel Project	
2.1. Projectplan oorspronkelijk	Blz 10
2.2. Aanpassing scope project	Blz 11
Hoofdstuk 3. Projectstructuur & Werkwijze	
3.1. Projectstructuur	Blz 12
3.2. Werkwijze	Blz 12
3.3. Afstemming andere regionale projecten	Blz 13
Hoofdstuk 4. Zorgcoördinatie provincie Utrecht	
4.1. Huidige situatie	Blz 14
4.2. Definities	Blz 15
Hoofdstuk 5. Focus project: ELV bedden	
5.1. ELV bedden	Blz 17
5.2. Casuïstiek & Registraties	Blz 17
5.3. Verbetervoorstellen (adviezen)	Blz 18
Bijlage	Blz 22
Bijlage 1: Projectplan Infrastructuur voor coördinatie tijdelijk verblijf en crisisopnames	
Bijlage 2: Definities	
Bijlage 3: Relevante passages uit overeenkomst en afspraken.	
Bijlage 4: Casuïstiek ELV	
Bijlage 5: Noodkreet Huisartsen	
Bijlage 6: Geraadpleegde informatie	
Bijlage 7: Afstemming andere regionale projecten	

Yvonne van Kemenade, 15 januari 2024

Samenvatting

Eindrapportage Project Regionaal Stimuleringsbudget 2023.

Actielijn 1, project 2: Infrastructuur voor coördinatie tijdelijk verblijf en crisisopnames Zorgcoördinatie Tijdelijk verblijf VVT, provincie Utrecht

1. Centrale vraagstelling van het project (IVVU)

Verbeteren van de zorgcoördinatie van de ELV bedden die lopen via her Zorg Coördinatie Centrum Midden Nederland (hierna te noemen ZCC), in de provincie Utrecht. Met andere woorden het voorkomen van de mismatch tussen vraag (aanmeldingen) en aanbod (plaatsingen) van ELV bedden via de ZCC, in de provincie Utrecht.

2. Werkwijze

Een vertegenwoordiging van de VVT organisaties in de provincie Utrecht zijn betrokken geweest bij dit project. Naast de inventarisatie van de aanwezige notities, informatie, definities, lopende afspraken, beleid zorgkantoren, zijn gesprekken gevoerd met diverse stakeholders.

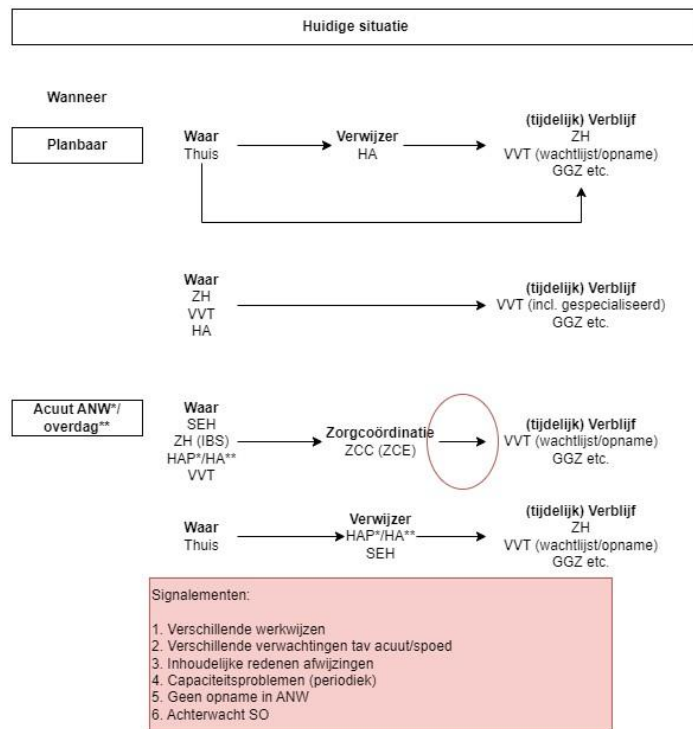
Om zicht te krijgen op hoe de zorgcoördinatie daadwerkelijk verloopt en waar wellicht verbeterpunten zitten, is casuïstiek van het ZCC van geen bed beschikbaar (GBB) teruggelegd bij de afwijzende VVT organisatie en hebben de leden van de werkgroep registraties bijgehouden mbt de plaatsingen/afwijzingen van de ZCC.

Dit project kent een beperkte doorlooptijd (juli tot en met december 2023). De signaleringen en verbetervoorstellen die in deze notitie worden gedaan, zijn gebaseerd op een beperkte waarneming.

3. Huidige situatie

In figuur 1 is weergegeven hoe de coördinatie van de ELV bedden in de provincie Utrecht momenteel verloopt en wat er is gesignaleerd mbt oorzaken van de mismatch vraag - aanbod. Aanvragen voor ELV bedden gaan deels via de ZCC, maar ook deels rechtstreeks (huisarts, huisartsenpost (HAP), ziekenhuizen, SEH) naar de VVT. Voor de regio Eemland lopen de aanvragen voornamelijk via ZCE (Zorg Coördinatie Eemland)¹.

Figuur 1. Huidige situatie.



¹ Aanvragen crisis en weekenden lopen via de ZCC.

Signalelementen:

1. Verschillende werkwijzen.

Aanvragen bij de VVT komen binnen via de ziekenhuizen, SEH, huisartsen, HAP en/of via ZCC (ZCE). De VVT organisaties verwijzen deels via Zorgdomein, maar veel gaat ook telefonisch of via de mail.

2. Verschillende verwachtingen zijn tav acuut/spoed.

De vraag is vaak acuut/spoed, maar de problematiek niet. In principe is ELV niet acuut/spoed, en zou plaatsing de volgende dag voldoende moeten zijn. Gaat over het managen van verwachtingen. ELV Laag is sowieso niet acuut/spoed.

3. Inhoudelijke redenen afwijzingen.

Er zijn een paar inhoudelijke redenen naar voren gekomen voor afwijzingen:

- Obesitas: hiervoor zijn bepaalde hulpmiddelen nodig zoals passende tilliften, bed, toilet.
- Teveel GGZ problematiek.
- Contra-indicatie: actieve delier en cognitieve problematiek.

4. Capaciteitsproblemen (periodiek).

- Er zijn meerdere wachtrijen voor dezelfde bedden en binnen deze wachtrijen zijn er weer sub-wachtrijen, bijvoorbeeld gericht op doelgroepen.
- GRZ en ELV bedden zijn veelal communicerende vaten. Als de druk vanuit het ziekenhuis heel hoog is (revalidatie), ontstaan er wachtlijsten en kunnen er geen ELV-opnamen plaatsvinden ANW en overdag.
- Er zijn periodiek personeelstekorten, waardoor aanvragen worden afgewezen.

5. Geen opname in ANW.

Het komt voor dat VVT organisaties door omstandigheden ELV opnamen doen alleen binnen kantoortijden (niet ANW).

6. Achterwacht SO.

Het ZCC maakt regelmatig gebruik van de SO achterwacht (mandaat) en dit loopt over het algemeen prima. De achterwacht geeft aan dat er best meer gebruik van mag worden gemaakt en zij regelmatig gebeld mogen worden ook in de weekenden.

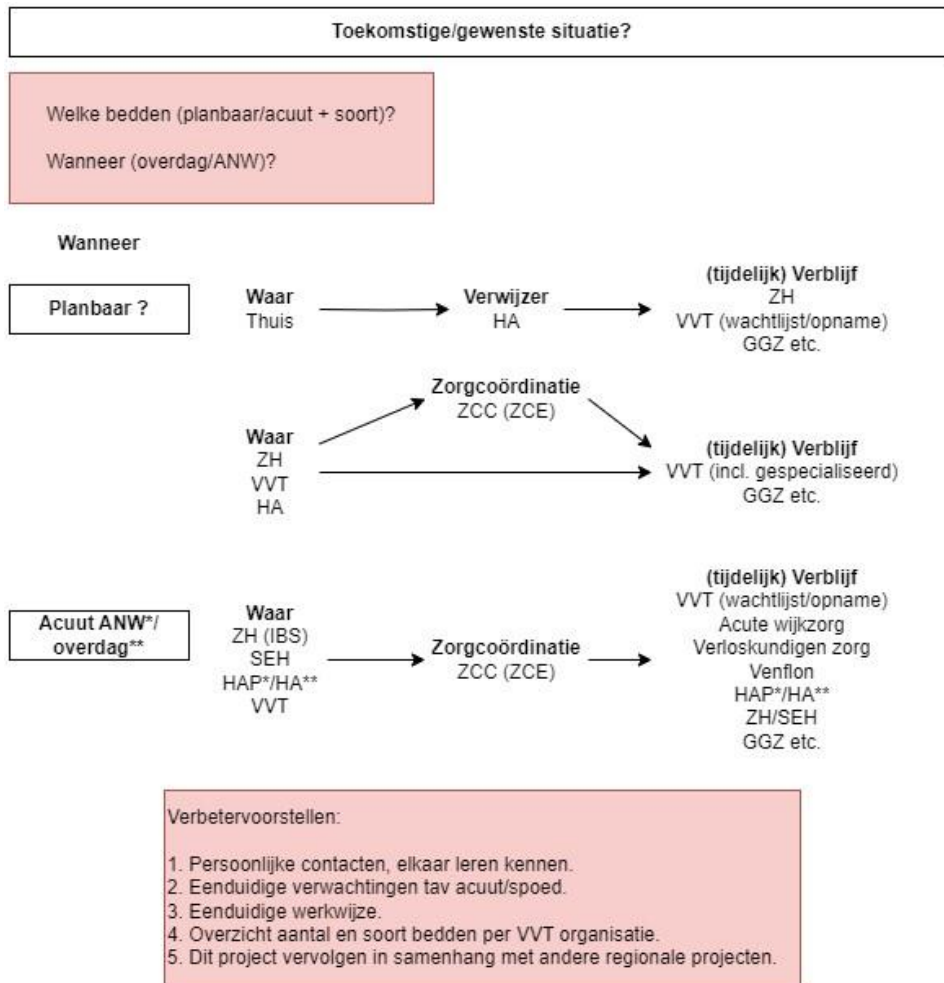
4. Verbetervoorstellen (adviezen)

De verbetervoorstellen die in deze notitie worden gedaan, zijn gebaseerd op een beperkte waarneming, zoals hierboven beschreven. Deze verbetervoorstellen komen in eerste instantie voort uit acties gericht op de ELV bedden, maar gelden hoogstwaarschijnlijk ook voor de verbetering van de coördinatie van de andere Tijdelijk Verblijf bedden in de provincie.

Advies is om dit project te vervolgen in 2024, en in samenhang te brengen met de andere regionale projecten.

In figuur 2 is de wenselijk situatie in kaart gebracht, met daarbij de verbetervoorstellen (adviezen), voorkomend uit dit project.

Figuur 2: Toekomstige/gewenste situatie.



Verbetervoorstellen (adviezen):

1. *Persoonlijke contacten, elkaar leren kennen.*

Gedurende de projectperiode hebben een aantal zorgcoördinatoren/bemiddelaars een bezoek gebracht aan de ZCC. Naast kennismaking is gesproken over hoe de samenwerking geoptimaliseerd kan worden. Persoonlijk contact en met elkaar in gesprek gaan werkt bevorderend in het samen meedenken over de wijze waarop verbeterpunten kunnen worden aangebracht.

Advies: Uitnodiging voor de VVT organisaties (zorgbemiddelaars/coördinatoren) om in gesprek te gaan en een fysieke afspraak te maken met ZCC. Dit zou kunnen door het organiseren van een bijeenkomst voor zorgbemiddelaars/coördinatoren bij de ZCC.

2. *Eenduidige verwachtingen tav acuut/spoed.*

De vraag is vaak acuut/spoed, maar de problematiek niet. Gaat over het managen van verwachtingen.

Advies: In gesprek gaan met stakeholders (huisartsen, huisartsenposten, SEH en ziekenhuizen) om verwachtingen tav wat wordt verstaan onder acuut/spoed af te stemmen.

3. *Eenduidige werkwijze.*

In de provincie zijn in het verleden afspraken gemaakt over de werkwijze mbt de zorgcoördinatie. Maar in de praktijk blijkt dat op verschillende werkwijzen worden gehanteerd. Advies is te komen tot afspraken mbt eenduidige werkwijze (ZCC/ZCE) voor gehele provincie.

Advies:

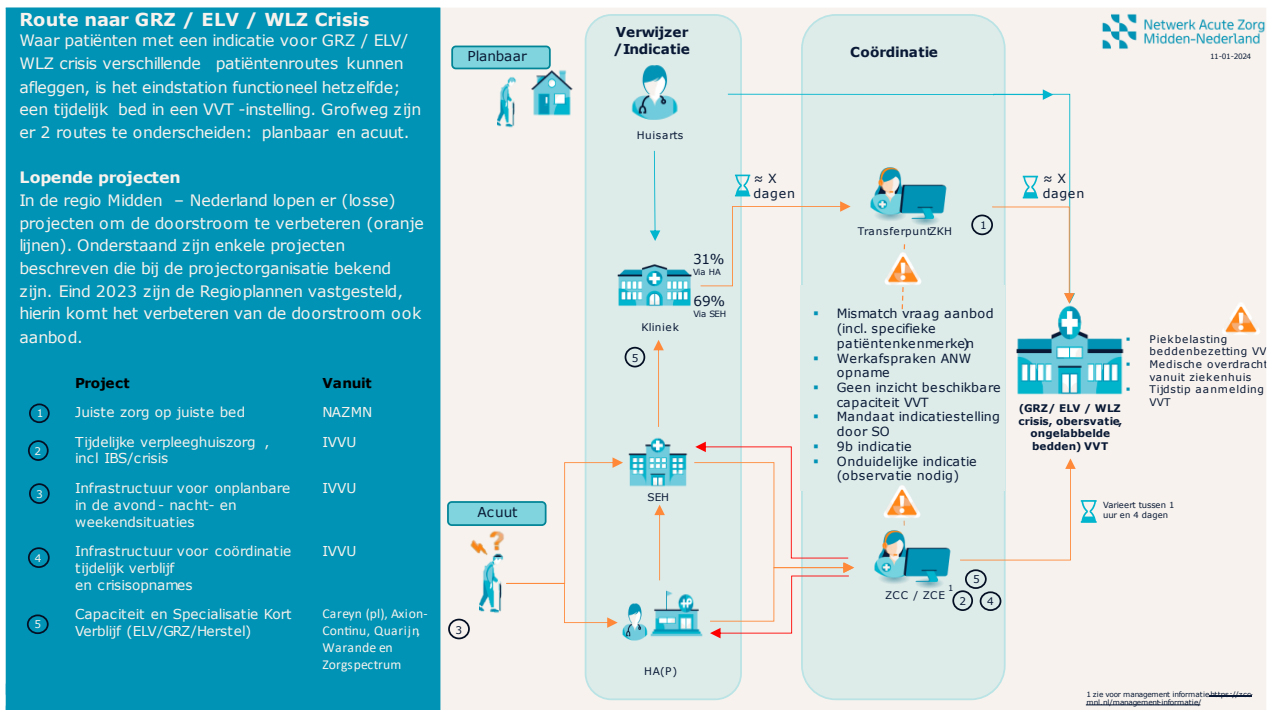
- Nagaan of gemaakte afspraken herijkt dienen te worden (inclusief verantwoordelijkheden benoemen en positioneren).
- Bepalen of en hoe 2 coördinatiepunten (ZCC, ZCE) in de provincie nodig zijn e/o wijze van samenwerken.
- Structuur vastleggen en implementeren van aanvraag t/m definitieve plaatsing. Daarbij is het van belang de gemaakte afspraken te monitoren, evalueren en borgen (PDCA).

4. *Overzicht aantal en soort bedden per VVT organisatie*

Actueel overzicht maken, om zicht te krijgen op het aantal en soort bedden (tijdelijk verblijf) van de VVT organisaties. Aan de hand van de capaciteit kan worden gekeken in hoeverre vraag en aanbod aansluiten. De vraag is of er sprake is van een capaciteitsprobleem of een mismatch in vraag en aanbod. Aan de hand van dit project kan hier niets over worden gezegd.

Advies: Overzicht maken aantal en soort bedden per VVT organisatie.

5. *Dit project vervolgen is samenhang met andere regionale projecten*



Verkenning Infrastructuur voor coördinatie tijdelijk verblijf en crisisopnames

Zorgcoördinatie Tijdelijk verblijf VVT, provincie Utrecht

Hoofdstuk 1. Inleiding

Omdat ouderen langer thuis blijven wonen is de vraag naar (acute) kortdurende zorgvormen tussen thuis en verpleeghuis of ter voorkoming van ziekenhuisopname, zoals ELV, respijt- of logeertzorg, sterk gegroeid. Doordat ouderen met een complexe zorgbehoefte langer thuis blijven wonen neemt het gevaar voor incidenten toe en stijgt naar verwachting het aantal incidenten waaruit een crisissituatie kan ontstaan. Ziekenhuizen en huisartsen zijn vaak veel tijd kwijt om tijdelijke opvang en crisisopnames voor kwetsbare ouderen te organiseren. Om adequaat in te kunnen spelen op crisissituaties en de toenemende vraag naar tijdelijk verblijf in goede banen te leiden, is goede regionale samenwerking een vereiste. Het organiseren van een integrale toegang draagt bij aan een efficiëntere coördinatie en route naar tijdelijk verblijf en crisisopnames voor kwetsbare ouderen.

1.1. Landelijk beleid

De minister wil dat er slechts één zorgcoördinatiecentrum komt per ROAZ-provincie op een fysieke locatie. Er is dan één aanspreekpunt, één vorm van zorgcoördinatie en één digitaal systeem. Uiteindelijk moeten er in het hele land elf zorgcoördinatiecentra komen die spoedzorgvragen zo snel mogelijk beoordelen en naar de juiste plek dirigeren. Dit moet onnodig gebruik van 112 tegengaan en de druk op de huisartsenposten en SEH's verlichten. Alle ZCC² moeten vanaf 1-1-2025 volledig in bedrijf zijn.

Inzicht in capaciteit moet niet alleen provinciaal zijn geregeld. Als de juiste zorg niet beschikbaar is, moet een patiënt naar een andere provincie kunnen worden geleid. Het Landelijk Platform Zorgcoördinatie, dat de capaciteit van ziekenhuizen weergeeft, zal worden uitgebreid naar andere sectoren. In aanvulling daarop overweegt de minister een wettelijke verplichting in te voeren tot aanlevering van capaciteitsdata. Uit verschillende pilots blijkt namelijk dat niet iedere zorgaanbieder staat te springen om inzicht te geven in de eigen bedden capaciteit.

Wat verstaan wij onder regionale zorgcoördinatie

Regionale zorgcoördinatie is het 24/7 gezamenlijk organiseren en coördineren van de acute zorg op regionale schaal door de verschillende zorgaanbieders, zodat er samenhang ontstaat. Het betreft alle activiteiten gericht op het registreren, afstemmen en bewaken van de organisatie en de uitvoering van de zorgverlening aan de patiënt met een acute zorgvraag. Voor de patiënt vertaalt dit zich in een gezamenlijk loket waar hij met zijn acute zorgvraag terecht kan en waarachter de acute zorgverleners slimmer samenwerken. Voor zorgverleners is dit het coördinatiepunt waar actuele informatie beschikbaar is over patiënten en beschikbare capaciteit. En waar ondersteuning geboden wordt om de juiste zorg op de juiste plek te bewerkstelligen.

Zorgcoördinatie ondersteunt de juiste zorg op de juiste plek

Het concept van regionale zorgcoördinatie zal de gesegmenteerde werkwijzen van de verschillende zorginstellingen en zorgprofessionals binnen de provincie beter tot elkaar brengen. Hierdoor zal het een belangrijke bijdrage leveren aan het weer in balans brengen van de in- door- en uitstroom in de acute zorgketen binnen het ROAZ. Het gaat hierbij om een samenwerking tussen acute huisartsenzorg, ambulancezorg, acute psychiatrie, acute wijkverpleging, acute Wlz crisiszorg, SEH en acute verloskunde. Ook is er een belangrijke verbinding met het capaciteitsmanagement in de VVT sector en de ziekenhuizen. Tevens is een goede connectie met het sociaal domein in de verschillende gemeenten van belang om het thuis verblijven te faciliteren. Regionale zorgcoördinatie: samen voor de juiste zorg op de juiste plek!

Met een ZCC wordt een multidisciplinaire werkplek gerealiseerd: één plek waar regionale zorgpartners intensief samenwerken, van elkaar leren en processen verbeteren.

² ZCC = Zorg Coördinatie Centrum/centra

1.2. Zorgcoördinatie problemen³

In de organisatie van de acute keten zijn er diverse afstemmingsproblemen op het gebied van logistiek, coördinatie en informatieoverdracht. Deze zorgen voor oplopende wachttijden, doelmatigheidsverlies en een risico voor de kwaliteit van zorg.

Door de toenemende druk worden knelpunten in de organisatie van acute zorg in de provincie steeds duidelijker zichtbaar:

- Er is sprake van veel verschillende ingangen voor acute zorg die afhankelijk van het moment van de dag anders zijn ingeregeld. Ook is de expertise van de vele loketten verschillend. Hierdoor raakt de patiënt de weg kwijt en worden ingangen naar acute zorg belast met zorgvragen die daar niet thuishoren of wordt de patiënt doorverwezen naar een ander loket. Diverse loketten worden dubbel belast voor één zorgvraag.
- Bij de triage is actuele medische informatie niet altijd beschikbaar en is vaak onvoldoende bekend welk zorgpaden de patiënt reeds doorlopen heeft.
- Coördinatie van in- door- en uitstroom verloopt stroef. Er is onvoldoende integraal inzicht in de toegang en de beschikbare capaciteit om de juiste zorg op de juiste plek te bieden.
- Digitale overdracht van relevante patiëntinformatie is niet altijd tijdig voorhanden. Dit resulteert in administratieve doublures, incomplete patiëntinformatie voor behandelaars en zorgverleners.
- De krapte op de arbeidsmarkt legt een grote druk op behandelaars en zorgverleners van de verschillende schakels van de acute zorgketen.
- De langdurige werkdruk heeft een negatieve invloed op het werkplezier van zorgprofessionals.
- De keten van acute zorg handelt nog vaak gesegmenteerd en werkt daardoor niet optimaal, dit vertaalt zich onder andere in wachttijden, verkeerde bed problematiek en vertraging in informatieoverdracht.

1.3. Provincie Utrecht

ZCC Midden Nederland

Het Zorg Coördinatie Centrum (ZCC) Midden-Nederland is een regionale organisatievorm in ontwikkeling. In het ZCC werken alle ketenpartners in de acute zorg samen om de juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgprofessional te organiseren. Waar mogelijk zitten de zorgprofessionals ook fysiek bij elkaar om de samenwerking te intensiveren, van elkaar te leren, processen te verbeteren en innovatie te stimuleren. In werkgebied van het Zorg Coördinatie Centrum Midden-Nederland wonen zo'n 1,3 miljoen mensen.

Het ZCC zorgt ervoor dat:

- Mensen met een acute zorgvraag, die niet bij hun eigen zorgverlener of behandelaar terecht kunnen vanwege het tijdstip en/of de wachttijd, toch snel de juiste hulp krijgen. Het ZCC doet dit via telefonische en digitale triage en door het organiseren van aansluitende zorg.
- Voor zorgverleners met een acute zorgvraag voor hun patiënt snel de juiste zorg op de juiste plek wordt georganiseerd.

In het kader van Tijdelijk Verblijf VVT werkt het ZCC samen met 18 VV(T)'s om patiënten aan een tijdelijk verblijf te helpen. De betrokken VVT zorgaanbieders zijn allemaal lid van de IVVU: Accolade Zorg, AxionContinu, Bartholomeus Gasthuis, Careyn, Fundis, Huis ter Leede, Quarijn, De Rijnhoven, Leger des Heils, Silverein, Stichting vrienden van Zonnehuisgroep Amstelland, Valuas Zorggroep, Vecht en IJssel, Warande, De Wulverhorst, Zorggroep Charim, Zorggroep de Vechtstreek, ZorgSpectrum.

Samenwerkingsovereenkomst VVT provincie Utrecht

In de provincie Utrecht is in december 2017 is een samenwerkingsovereenkomst getekend, 10 V&V zorgaanbieders uit de provincie Utrecht / Nieuwegein, de HUS, het Diaconessenhuis Utrecht, het UMC Utrecht en het St. Antonius ziekenhuis. In september 2018 is door de zorgaanbieders in Zuid Oost Utrecht een soortgelijke samenwerkingsovereenkomst getekend.

De betrokken V&V zorgaanbieders (15) hebben besloten de samenwerking in de provincie Utrecht te bundelen en hebben daarvoor in februari 2020 een samenwerkingsovereenkomst getekend, die ertoe

³ Eindrapportage 2022. Pilot: ZCC Midden NL

heeft geleid dat ze met ingang van 20 juni 2020 gebruik zijn gaan maken van de door de zorgverzekeraars bij de RAVU gecontracteerde regionale coördinatiefunctie tijdelijk verblijf. Ook Zorgkantoor Utrecht heeft de regionale coördinatiefunctie gehonoreerd als project in het kader van de Krachtig Verbindende Toekomstvisie Utrecht en aanvullend budget toegekend.

De doelstellingen:

- Het gezamenlijk in stand houden en door ontwikkelen van een coördinatiefunctie tijdelijk verblijf voor de ROAZ provincie Midden-Nederland.
- Met behulp van dit bemenste loket wordt in de eerste plaats beoogd kwetsbare patiënten die kortdurend extra zorg nodig hebben - door middel van een zogenoemd tijdelijk verblijf bed - z.s.m. de juiste zorg op de juiste plek te bieden.
- Daarnaast zorgt dit bemenste loket voor het “ontzorgen” van regionale verwijzers.

De doelstelling van de coördinatiefunctie tijdelijk verblijf sluit naadloos aan op de bedoeling van de beweging richting een Zorg Coördinatie Centrum (ZCC) Midden-Nederland. Over het ZCC (in ontwikkeling) wordt regionaal afgestemd in het kader van het ROAZ Midden-Nederland.

Voor de coördinatiefunctie tijdelijk verblijf is een stuurgroep ingesteld, die verantwoordelijk is voor de uitvoering. De stuurgroep bestaat uit 4 vertegenwoordigers van V&V-organisaties, een vertegenwoordiger van de IVVU, vertegenwoordigers namens de huisartsen respectievelijk ziekenhuizen en de RAVU als initiatiefnemer ZCC en contractspartner. De stuurgroep wordt ondersteund door de RAVU / ZCC.

IBS bedden: Stuurgroep IBS-Wzd zorgkantoorprovincie Utrecht

In de provincie Utrecht is een Stuurgroep IBS (Wzd zorgkantoorprovincie Utrecht) actief (Careyn, Beweging 3.0 en Charim, in afstemming met ZCC), en zijn afspraken vastgelegd in een convenant:

- Dat de organisatie met IBS-bed verantwoordelijk is voor (het regelen van) plaatsing op een passende plaats, ook als geen IBS-bed beschikbaar is in de eigen organisatie (artikel 4).
- Daarbij kan de organisatie zo nodig een beroep doen op het IBS-bed in de andere subregio's (i.c. Beweging 3.0 en Charim).
- Deze drie organisaties zijn er gezamenlijk verantwoordelijk voor om met elkaar af te stemmen en te borgen dat in de provincie altijd een IBS-bed beschikbaar is.
- Bij uitzondering kan er dan alsnog geen IBS-bed beschikbaar zijn, bijv. bij twee opnames kort na elkaar; hoe dan daar mee om te gaan? Wellicht was de mogelijkheid van een beroep op de andere organisaties niet bekend bij de verpleegkundige dienst van Careyn die in het weekend met deze vraag te maken kreeg. Hiervan kunnen we leren met elkaar, om afspraken te hernieuwen en bekend te maken.

Hoofdstuk 2. Doel Project

2.1. Projectplan oorspronkelijk

Het Regionale Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) is het overleg binnen het Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland, waaraan alle keten- en samenwerkingspartners uit de hele keten deelnemen. Hier worden afspraken gemaakt over de toegankelijkheid en samenwerking in de keten. Het doel is om de acute zorg te borgen en te verbeteren.

In Nederland zijn er 11 ROAZ. Utrecht maakt onderdeel uit van de ROAZ provincie Midden-Nederland. *Amersfoort, Baarn, Barneveld, Bunnik, Bunschoten, De Bilt, De Ronde Venen, Eemnes, Houten, IJsselstein, Leusden, Lopik, Montfoort, Nieuwegein, Nijkerk, Oudewater, Renswoude, Rhenen, Scherpenzeel, Soest, Stichtse Vecht, Utrecht, Utrechtse Heuvelrug, Veendam, Vijfheerenlanden, Wijk bij Duurstede, Woerden, Woudenberg, Zeist*

De scope van dit project is de provincie Utrecht (onderdeel ROAZ provincie Midden-Nederland).

Doel van het project ter versterking van de infrastructuur voor de regionale coördinatie van tijdelijk verblijf en crisisopnames, is om de behoeften van kwetsbare ouderen vanuit passende ondersteuning en zorg beter te bedienen. Dat vraagt dat de VVT-sector een eigen perspectief scherp hebben, een eigen werkwijze ontwikkelen en hierop regie voeren, zodat dit ook integraal kan worden ingebracht bij bijvoorbeeld de ZCC Midden-Nederland. Hiervoor is het noodzakelijk dat er meer verbinding komt tussen de reeds lopende regionale initiatieven, evenals een optimalisatieslag.

In het projectplan zijn de volgende doelen/resultaten benoemd:

1. Eenduidige definities en zicht op de huidige scope coördinatie tijdelijk verblijf en crisisopnames. *Definities eenduidig maken: provincie (ROAZ, zorgkantoor en grenzen), GRZ, ELV, tijdelijk verblijf, respijtzorg, logeerszorg, crisisopnames, spoed, (acute wijkzorg?) en IBS. Wat is de huidige gehanteerde scope van de regionale coördinatiepunten? Regionaal (provincie Utrecht) – landelijk (ontwikkelingen en best practices).*
2. In kaart brengen: huidige situatie organisaties/VVT/ZH/eerstelijngemeenten/GGZ/revalidatie), doelgroepen, knelpunten en ambities.
 - *Wie doet wat: coördinatie tijdelijk verblijf en crisisopnames & rol ZCC (zorgbreed)?*
 - *Wat zijn de huidige knelpunten?*
 - *Landelijk (best practices).*
3. Analyse van toekomstig benodigde capaciteit tijdelijk verblijf en crisisopnames, afgezet tegen huidige beschikbare capaciteit (kwantificeren ook van wachtlijsten/tijden).
*Is er een tekort aan beschikbare bedden of is er een mismatch vraag - aanbod?
Wat gaat er niet goed en wat kan er beter?*
4. Perspectief van de VVT op de zorgcoördinatie in provincie Utrecht: waar moet de zorgcoördinatie zich op richten (focus) en wat is de betrokkenheid en rol van de VVT hierin.
 - *Doelgroepen*
 - *Instroom-VVT-uitstroom*
 - *Organisaties (VVT, GGZ, revalidatie, gemeenten, eerstelijng)*
 - *Welke dienstverlening vraagt om coördinatie*
 - *Waar gaan we ons op richten.*
 - *Wie stuurt hoe, wat, en waarom?*
5. Geoptimaliseerde bestuurlijke afstemming tussen de subregio's, met name de vertegenwoordiging vanuit VVT-sector in de regionale ontwikkeling inzake het Zorg Coördinatie Centrum Midden-Nederland (ZCC).
*Betrokkenheid en rol VVT mbt de organisatie van de zorgcoördinatie, vanuit perspectief van de VVT?
In kaart brengen op welke wijze het beste de (bestuurlijke, operationele) afstemming/ borging/ betrokkenheid/ regie kan plaatsvinden tussen VVT organisaties provincie-breed Utrecht (incl de sub-regio's) (meenemen de relatie met de Zorg Coördinatie Centrum Midden-Nederland (ZCC).*

Wat zou oplossing kunnen zijn voor betere zorgcoördinatie, en hoe kunnen we dat praktisch regelen en bestuurlijk borgen?

Incl: Inventariseren van ondersteunende systemen: welke zijn er, knelpunten en in hoeverre zijn de systemen op elkaar aan gesloten (ZorgDomein en Point)?

Uitgangspunt: aansluiten bij de landelijke ontwikkelingen (opdracht minister aan ROAZ).
Zie projectplan (**bijlage 1**) voor planning en aanpak op hoofdlijnen.

2.2. Aanpassing scope project

Tijdens de verkenningsfase bleek dat er in de provincie Utrecht op het gebied van de tijdelijk bedden (acut/spoed en planbaar) ouderenzorg vele projecten lopen, waarvan de onderlinge samenhang niet altijd duidelijk is/was en/of overlap is/was met dit project. Het project zoals beschreven (**bijlage 1**) bleek erg ambitieus, omdat de problematiek erg omvangrijk, versnipperd en complex bleek te zijn. In de werkgroep is daarom besloten om focus aan het brengen in dit project op de ELV bedden, zodat gericht kan worden gezocht naar verbeterlagen, die wellicht ook effect hebben op de andere tijdelijk verblijf bedden in de ouderenzorg.

Centrale vraagstelling van het project (aangepast)

Verbeteren van de zorgcoördinatie van de ELV bedden die lopen via ZCC, in de provincie Utrecht. Met andere woorden het voorkomen van de mismatch tussen vraag (aanmeldingen) en aanbod (plaatsingen) van ELV bedden via de ZCC, in de provincie Utrecht.

Hoofdstuk 3. Projectstructuur & Werkwijze

3.1. Projectstructuur

De Werkgroep is periodiek bij elkaar gekomen om de voortgang te monitoren en actief input te leveren.

Penvoerder: Axioncontinu
Projecteigenaar: Marieke van Guldener (Axioncontinu).
Projectleider: Yvonne van Kemenade

Projecteigenaar en projectleider hebben periodiek contact gehad met Berenschot mbt de voortgang.

Leden stuurgroep	Leden
Axioncontinu	Marieke van Guldener
Beweging 3.0	Christien van Ark
De Haven	Heleen Dixon
IVVU	Kees Wevers
Silverein	Bart Breukink
Quarijn	Henriette Groenendijk?
Zorggroep Charim	Marco Toet
ZorgSpectrum	Regina Falck
Warande	Nellie Hettinga/ Hester Buys
Careyn	Ingrid Janssen

De overleggen van de werkgroep 2023: 24 mei, 11 juli, 29 augustus, 18 september, 11 oktober, 23 november, 19 december 2023.

De werkgroep is voor een tweetal overleggen beperkt tot een vijftal VVT organisaties in het kader van de daadkracht en slagvaardigheid.

3.2. Werkwijze

In het projectplan is een inschatting gemaakt van wanneer welke vraag beantwoord zou moeten zijn. Het project is gestart in juli 2023 en in overleg van de stuurgroep is gedurende het project gekeken naar focus en haalbaarheid van te bereiken doelen eind 2023.

Afgesproken is te starten met een eerste verkenning van het onderwerp. Aan de hand van gesprekken en informatie is een eerste Verkennende notitie gemaakt. Het voeren van gesprekken met diverse stakeholders en verzamelen van relevante informatie heeft gedurende het gehele project plaats gevonden. Aan de hand van de eerste verkenning is besproken in de stuurgroep waar de focus op zou moeten komen te liggen voor de komende periode en besproken is wat verder uitgewerkt/ aangescherpt zou gaan worden.

Omdat het te omvangrijk, versnipperd en complex is om de gehele zorgcoördinatie tijdelijk verblijf VVT te analyseren en te verbeteren, is er voor gekozen in eerste instantie te focussen op: ELV Laag/Hoog bedden tijdelijk verblijf ouderenzorg (zie hoofdstuk 2).

Vragen die we in dit project hebben proberen te beantwoorden zijn:

A. Huidige situatie (ELV Laag/Hoog)

Allereerst is het van belang is om de huidige situatie en het probleem helder te krijgen.

1. Processen: hoe verloopt de zorgcoördinatie in de provincie Utrecht?

2. Cijfers: (in)zicht krijgen op het probleem:

- Omvang + wie, wat, waar, wanneer: maw geven de huidige cijfers voldoende zicht op de omvang het probleem (aantal aanvragen/cliënten dat niet wordt geplaatst): reden, aard (soort bed/client/indicatie), wanneer (weekdagen, weekenden, avonden, vakanties) en probleemeigenaar (verwijzer)?

3. Eenduidige en heldere definities en criteria tav tijdelijk verblijf en crisisopnames (& bij iedereen bekend)?

4. Analyse van de ontstane problemen/oorzaken?

- Aandoening: cognitieve indicatie, obesitas, etc.... (te moeilijk plaatsbaar, te zwaar?)
- Proces van aanmelding:
 - Triage: onvolledige/onjuiste indicatie/vraag?
 - Huisarts eerder op de dag aanmelden?
 - Ziekenhuis al voor evt opname e.d...?
 - Bereikbaarheid VVT?
 - Wanneer: ANW, overdag vakantietijd?
- Registratie accuraat:
 - Afspraken: welke bedden zet je open & actueel houden?
 - Analyse aantal bedden: Crisis IBS & PG, SOABB, ELV hoog complex, specialisaties VVT?
- Gedrag VVT: risico's accepteren/ verdelen, probleem eigenaar...?
- Capaciteit: te weinig beschikbare bedden?

B. Toekomstige situatie:

5. Processen: hoe verloopt de toekomstige/wenselijke zorgcoördinatie in de provincie Utrecht?

- Welke zorg: planbaar en/of acuut?
- Welke bedden via ZCC?

6. Verbeterplan.

7. Governance: te maken afspraken, monitoren, evalueren, bijstellen (PDCA), Korte termijn vs Lange termijn

3.3. Afstemming andere regionale projecten

Er lopen diverse projecten in de provincie los van elkaar, die overlap e/o samenhang vertonen. De projectleiders van een aantal projecten hebben het initiatief genomen om met elkaar af te gaan samen, daar waar mogelijk en wenselijk. Er zijn een aantal overleggen geweest waarbij de projectleiders met elkaar gesproken hebben. Doel dan deze afstemming was om te kijken hoe we in 2024 meer samenhang zouden kunnen creëren in eventueel vervolgonderzoek in 2024 (op inhoud en werkstructuur).

Betrokken projecten mbt de afstemmen:

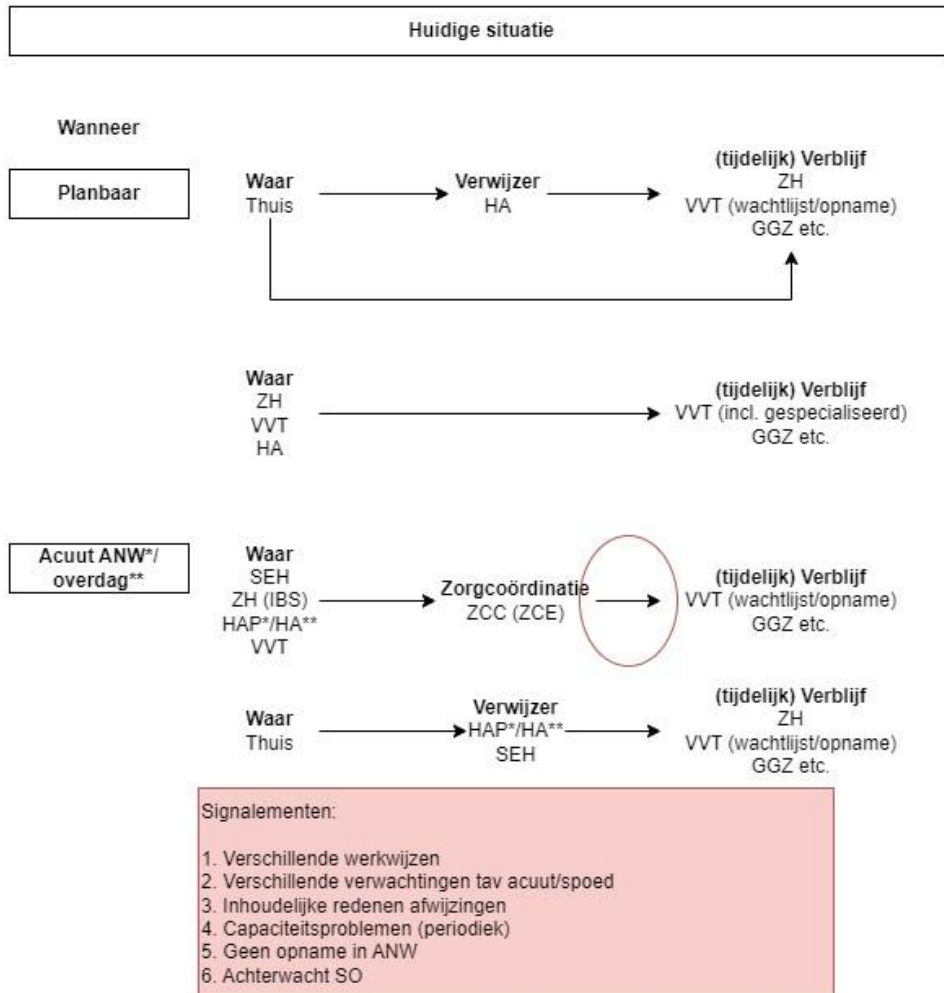
- Juiste zorg op juiste bed - Carin Littooi en Manon Schulteman
- Tijdelijke verpleeghuiszorg , incl IBS/crisis – Fabiane Koning (Beweging 3.0)
- Infrastructuur voor onplanbare zorg in avond-, nacht- en weekendsituaties (project 2, actielijn 1) – Ingrid Janssen (Careyn)
- Infrastructuur voor coördinatie tijdelijk verblijf en crisisopnames (actielijn 1 project 1) – Yvonne van Kemenade
- Project: regionale capaciteit specialisme Kort Verblijf (ELV/GRZ/Herstel) - /Ingrid Janssen (Careyn).
- IBS bedden crisis: scenario's mbt organisatie (Kees Weevers, IVVU) – Kees Weevers is niet aangesloten bij de afstemmingsoverleggen. Bevindingen zijn wel meegenomen.

Hoofdstuk 4 Zorgcoördinatie Provincie Utrecht

4.1. Huidige situatie

Om een beeld/overzicht te krijgen op hoe processen lopen in de provincie, is geprobeerd de processen van zorgcoördinatie tijdelijk verblijf bedden ouderenzorg schematisch weer te geven.

A. Processen: zorgcoördinatie* in de provincie Utrecht.



* In Utrecht gaan de ELV bedden vanuit het ziekenhuis niet via de ZCC, maar via Zorgdomein-transfer.

B. Cijfers: zicht krijgen op het probleem⁴:

Totaal aantal aanvragen in Q1 (434):

Van de 434 aanvragen zijn 175 aanvragen (40%) daadwerkelijk op een tijdelijk verblijf bed geplaatst en zijn 207 aanvragen (47%) zijn teruggegeven aan de verwijzer wegens GBB of andere reden. Aantal niet plaatsingen is niet significant verschillend naar soort verwijzer (HA/SEH/ZH).

Mbt ELV staat er in de rapportage: Als er sprake is van ELV zorg waar geen bed voor beschikbaar is, zijn dit met name de aanmeldingen vanuit de HAP en SEH's, dus ANW uren. Oorzaak is dat er soms geen bed beschikbaar is, de zorgwaarte is te groot (hulp 2 personen) is of er niet voldoende personeel is om op te nemen. Dit is ongeveer 25% van de aanmeldingen en 5% vanuit de Huisarts dag-praktijken.

⁴ Management informatie ZCC

Totaal aantal aanvragen in Q2 2023 (428).

De meeste aanvragen (177) betroffen een ELV-hoog bed. Ook werden er aanvragen gedaan die buiten de bemiddeling vallen, zo werd er vijf keer een vast WLZ-bed aangevraagd en kwamen er twee aanvragen voor een bed buiten onze provincie binnen.

- In Q2 2023 werden meeste aanvragen op maandag (100) ontvangen, terwijl in het eerste kwartaal vrijdag de drukste dag was.
- Het aantal aanvragen in het weekend is in Q2 2023 is 8% van het totaal aantal aanvragen.

Voor 199 aanvragen (46%) is daadwerkelijk een tijdelijk verblijf bed geregeld, 37 aanvragen werden geannuleerd door de patiënt of de verwijzer en 192 aanvragen werden 'teruggegeven' (45%). Voor 8% van alle aanvragen was er geen bed beschikbaar. Dit betekent dat we in het tweede kwartaal van 2023 voor 36 personen geen tijdelijk verblijf bed konden vinden, terwijl dit wel de juiste zorg op de juiste plek zou zijn geweest.

Totaal aantal aanvragen in Q3 2023 (424).

De meeste aanvragen (164) betroffen een ELV-hoog bed. Ook werden er aanvragen gedaan die buiten de bemiddeling vallen, zo werd er vier keer een vast WLZ-bed aangevraagd en kwam er eenmaal een aanvraag voor een bed (respijtzorg) buiten de provincie binnen. Deze plaatsing is niet gecoördineerd, maar er is hierbij wel geadviseerd.

- De aanvragen voor een tijdelijk verblijf bed zijn in Q3 2023 gelijkmatig verspreid over alle doordeweekse dagen.
- Het aantal aanvragen in het weekend is in Q3 2023 is 11% van het totaal aantal aanvragen.
- Dag registratie (8:00 en 18:00 uur) totaal 408 aanmeldingen.
- Avond registratie (18:00 en 22:00 uur) totaal 16 aanmeldingen.

In Q3 2023 zijn er 23 aanmeldingen binnen gekomen vanuit Amersfoort. ZCE⁵ bemiddelt binnen kantoor tijden voor tijdelijk verblijf bedden, m.u.v. crisis aanvragen (PG, PG-IBS en somatisch). Deze aanvragen worden voor de gehele ROAZ regio Midden-Nederland gecoördineerd door het ZCC Midden-Nederland.

Voor 190 aanvragen (45%) is daadwerkelijk een tijdelijk verblijf bed geregeld en 18 aanvragen (4%) werden geannuleerd door de patiënt of de verwijzer. Teruggegeven werden 216 aanvragen (51%), waarvan ruim 5% verwijzing was naar eigen regio, in 10% was geen bed beschikbaar en bij krap 30% konden er adviezen (omtrekt inzet zorg) gegeven worden. In Q3 2023 kwamen 42 cliënten niet op een tijdelijk verblijf bed terecht (juiste zorg op de juiste plek), omdat er geen bed beschikbaar was. Zie ook de volledige en actuele managementrapportage op de website ZCC Midden Nederland (<https://zcc-mnl.nl>).

Overleggen in provincie:

In de provincie Utrecht zijn er verschillende overleggen met diverse partijen:

1. Stuurgroep samenwerking zorgcoördinatie tijdelijk verblijf (Regionale samenwerkingsovereenkomst: Stuurgroep coördinatiefunctie tijdelijk verblijf provincie Utrecht.
2. Stuurgroep IBS-Wzd zorgkantoorprovincie Utrecht: Careyn, Beweging 3.0 en Charim, in afstemming met ZCC.
3. Maandelijks overleg GRZ bedden: Diak, Antonius, Meander, Quarijn, Careyn, Warande, ZorgSpectrum en Axoncontinu.
4. Crisisprotocol: voor cliënt met Wlz-indicatie V&V. De aanmelder neemt contact op met een van de crisiszorgaanbieders in de provincie. Als plaatsing niet lukt, schakelt de crisiszorgaanbieder het zorgkantoor in (ikv afspraken aantal crisisbedden V&V).

4.2.Definities

Definities en criteria tav tijdelijk verblijf en crisisopnames zijn in kaart gebracht (**bijlage 2**):

- Regionale coördinatiefunctie
- Spoed, acuut, urgent, planbaar
- Definities Zorgbedden Tijdelijk Verblijf (TV)
- Acute wijkzorg

⁵ Zorg Coördinatie Eemland

Gekeken is naar de vastgelegde afspraken coördinatiefunctie tijdelijk verblijf provincie Utrecht mbt ELV (**bijlage 3**). Op hoofdlijnen staan de volgende zaken benoemd in deze afspraken:

Afspraken uit samenwerkingsovereenkomst coördinatiefunctie tijdelijk verblijf provincie Utrecht:

- Actualiseren bedden beschikbaar dagelijks: alle betrokken V&V zorgaanbieders zorgen ervoor dat de beschikbaarheid van tijdelijk verblijf bedden dagelijks wordt bijgewerkt binnen de betreffende ICT applicatie.
- Deelname casuïstiek-besprekingen: de betrokken partners nemen actief deel aan regionaal georganiseerde casuïstiek-besprekingen en zijn bereid stages te organiseren met het oog op deskundigheidsbevordering van de zorgbemiddelaars.
- Mandaat stuurgroep: de stuurgroep heeft binnen de kaders van deze samenwerkingsovereenkomst mandaat van alle betrokken partijen om de benodigde besluiten te kunnen nemen om gezamenlijk een goed functionerende coördinatiefunctie tijdelijk verblijf te borgen en door te ontwikkelen.
- Informer: alle deelnemende partijen worden per kwartaal vanuit de stuurgroep per email / nieuwsbrief op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen.

Inkoop beleid Zilveren Kruis, CZ & VGZ:

- Per 2023 vervalt het toestemmingsvereiste: voor een indicatiewijziging van ELV naar GRZ. Betekent dat het niet meer nodig is om toestemming te vragen aan Zilveren Kruis om de indicatie van een ELV opname te wijzigen naar GRZ.
- Beschikbaarheid intercollegiale consultatie SO 7 dagen per week tot 22.00 uur: triage conform de omschrijving van het afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf, waarbij relevante kennis en vaardigheden beschikbaar moeten zijn en er minimaal 7 dagen per week tot 22.00 uur toegang is tot intercollegiaal consult van de specialist ouderengeneeskunde.
- 24/7 bereikbaarheid en inzicht in beschikbare capaciteit.....
- Monitoring en evaluatie: monitoring en evaluatie van het functioneren van de regionale coördinatiefunctie verblijf, op gestructureerde wijze met betrokkenheid van verwijzers en andere gebruikers en periodieke communicatie over de ontwikkeling en voortgang van de coördinatiefunctie.
- Verdeling over het jaar: de zorgaanbieder is verantwoordelijk voor een gelijkmatige verdeling van de zorg over het jaar, waarbij rekening wordt gehouden met het vaste omzetplafond, de zorgvraagontwikkeling en seizoenpatronen.
- Opname binnen 24 uur: de opnamemogelijkheden van het eerstelijnsverblijf zijn zodanig dat een patiënt binnen 24 uur kan worden opgenomen.

Inkoopvoorwaarden algemeen o.a. :

- Garantie voor de continuïteit van – de te leveren – zorg aan bestaande patiënten.
- Er zijn regionale samenwerkingsafspraken over triage, overdracht van patiënten en de medische verantwoordelijkheidsverdeling gemaakt met ziekenhuizen, huisartsen, wijkverpleegkundigen, verpleeghuizen, gemeenten en andere eerstelijns zorgverleners.
- Vindt er een vorm van evaluatie plaats waarbij op structurele wijze retrospectief wordt getoetst (tijdens of na opname) of de indicatiestelling juist was (met uitzondering van ELV PTZ)? Wordt deze informatie gebruikt voor kwaliteitsverbetering en terugkoppeling aan verwijzers.

In kort relevant voor dit project - ELV:

Inhoud:

- Allen VVT zorgaanbieders zorgen voor actueel (dagelijks) bijhouden van bedden beschikbaar.
- Zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor een gelijkmatige verdeling van de zorg over het jaar.
- VVT organisatie mag zelf de indicatie van een ELV opname wijzigen naar GRZ.
- Opname binnen 24 uur: de opnamemogelijkheden van het eerstelijnsverblijf zijn zodanig dat een patiënt binnen 24 uur kan worden opgenomen.

Proces:

- Stuurgroep heeft mandaat.
 - Beschikbaarheid intercollegiale consultatie SO 7 dagen per week tot 22.00 uur.
 - Monitoring en evaluatie van het functioneren van de regionale coördinatiefunctie.
-

Hoofdstuk 5. Focus project: ELV bedden

Om beter zicht te krijgen op de situatie mbt zorgcoördinatie tijdelijk verblijf bedden ouderenzorg (zie hoofdstuk 3), is ervoor gekozen om in dit project bepaalde zaken in kaart te brengen bij leden van de werkgroep, om beter zicht te krijgen op de situatie:

- 5.1. ELV bedden
- 5.2. Casuïstiek & Registraties ELV
- 5.3. Achterwacht SO
- 5.4. Verbetervoorstellen

5.1. ELV bedden

Om zicht te krijgen op het aantal ELV bedden is er een inventarisatie gemaakt onder de leden van de werkgroep.

5.2. Casuïstiek & Registraties ELV

Casuïstiek

Om beter zicht te krijgen op het proces van ELV-aanmelding via ZCC, is afgesproken dat de ZCC periodiek met casussen komt waarbij er is afgewezen - Geen Bed Beschikbaar (GBB). Deze casussen zijn teruggelegd bij de afwijzende VVT organisatie met de vraag van reden van afwijzing. Doel hiervan is proberen te achterhalen hoe processen beter kunnen en wat daarvoor nodig is. Idee is om dit met elkaar te doen en als er iets nodig is dit met elkaar af te stemmen. De terugkoppeling van de casussen vanuit ZCC zijn dan ook alleen bedoeld om verbeterpunten te kunnen vinden.

De afgelopen periode zijn een tiental casussen vanuit de ZCC benoemd, waarbij getracht is de reden van afwijzing te achterhalen (**bijlage 4**).

Daarbij is vanuit de huisartsen een noodkreet gekomen om snel verbeterlagen te maken, om de huisartsen te ontlasten. Deze noodkreet is mondeling toegelicht en staat ook beschreven in een interview dat is verschenen met Marije Hilhorst (**bijlage 5**).

Registraties ELV

Om beter zicht te krijgen op de reden van afwijzing (GBB) bij een ELV-aanvraag van het ZCC, is afgesproken dat alle leden van de werkgroep een inventarisatie maken van de aanvragen ELV (Laag/Hoog) gedurende 4-6 weken.

Uit deze registraties kwam o.a. naar voren dat de binnengekomen telefoontjes waarop 'geen bed beschikbaar' in de avonden/weekenden' niet worden geregistreerd door de VVT en ook niet door de ZCC. Als er geen bed is, gaat de ZCC niet het hele proces aan om in Zorgdomein aan te melden. De HAP en SEH werken niet met Zorgdomein. ZCC heeft dan een eigen triage-formulier wat ingevuld wordt. Deze kan worden geüpload in Zorgdomein. In Zorgdomein kan een patiënt maar bij 1 organisatie worden aan gemeld. De verpleegkundige kunnen vaak in de ANW uren niet in Zorgdomein Er is als vervolg op bovenstaande vraag een aanvullende inventarisatie gedaan (3 weken) door de leden van de werkgroep mbt alle aanvragen ELV bij (van ZCC) die worden afgewezen, met vermelding van de reden van afwijzing.

Algemene opmerkingen

Via ZCC lopen aanvragen vanuit HA, HAP, SEH. Aanvragen vanuit het ziekenhuis gaan over patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen en elders een plek zoeken. Deze verwijzingen lopen direct via het ziekenhuis.

Onderwerpen voortkomend uit de casuïstiek en de registraties hebben betrekking op:

1. Verschillende werkwijzen
2. Inhoudelijke redenen afwijzingen
3. Capaciteitsprobleem (periodiek)
4. Geen opname in ANW
5. Achterwacht SO

Ad 1. Verschillende werkwijzen

Aanvragen bij de VVT komen binnen via de ziekenhuizen, SEH, huisartsen en/of via ZCC. De VVT organisaties verwijzen deels via Zorgdomein, maar veel gaat ook telefonisch of via de mail.

Ad 2. Inhoudelijke redenen afwijzingen

Er zijn een paar inhoudelijke redenen naar voren gekomen voor afwijzingen:

- Obesitas: hiervoor zijn bepaalde hulpmiddelen nodig zoals passende tilliften, bed, toilet.
- Teveel GGZ problematiek.
- Contra indicatie: actieve delier en cognitieve problematiek.

Ad 3. Capaciteitsprobleem (periodiek)

- Er zijn verschillende wachtrijen voor dezelfde bedden. En binnen deze wachtrijen zijn er ook weer sub-wachtrijen (bijvoorbeeld voor specifieke doelgroepen). Dit maakt het overzicht over de beschikbare bedden complex en ondoorzichtig. Zorghotels hebben alleen ELV.
- GRZ en ELV bedden zijn veelal communicerende vaten. In de maanden november en december was de druk vanuit het ziekenhuis heel hoog (revalidatie), waardoor er wachtlijsten ontstonden en er geen opnamen in ANW en overdag ELV konden plaatsvinden.
- Naast de passende beschikbare bedden, zijn er ook periodiek personeelstekorten, waardoor aanvragen worden afgewezen.

Ad 4. Geen opname in ANW

- Sommige VVT organisaties kunnen door omstandigheden ELV opnamen alleen doen binnen kantoortijden (niet ANW).
- ELV laag: veel VVT organisaties nemen in principe geen ELV laag op in ANW. Zorghotels doen dat wel.

Andere problemen voortkomende uit de casussen:

- Patiënten waarvoor GBB zijn, worden vaak doorgeplaatst naar/blijven in het ziekenhuis, en deel zal thuis blijven, waardoor er in het ziekenhuis of thuis (zorgvraag complexer, probleem blijft bij huisarts) een probleem ontstaat.

Ad 5. Achterwacht

Het ZCC maakt regelmatig gebruik van de SO achterwacht (mandaat) en dit loopt over het algemeen prima. De SO achterwacht geeft aan dat er best meer gebruik van mag worden gemaakt en zij regelmatig gebeld mogen worden ook in de weekenden.

5.3. Verbetervoorstellen (adviezen)

De verbetervoorstellen die in deze notitie worden gedaan, zijn gebaseerd op een beperkte waarneming (beperkte doorlooptijd project, casuïstiek en de registraties op ELV, paragraaf 5.2.). Deze verbetervoorstellen komen in eerste instantie voort uit acties gericht op de ELV bedden, maar gelden hoogstwaarschijnlijk ook voor de verbetering van de coördinatie van de andere Tijdelijk Verblijf bedden in de provincie.

Advies is om dit project te vervolgen in 2024, en in samenhang te brengen met de andere regionale projecten (zie bijlage 7).

Verbetervoorstellen (adviezen):

1. Persoonlijke contacten, elkaar kennen.
2. Eenduidige verwachten tav acuut/spoed.
3. Eenduidige werkwijze.
4. Overzicht aantal en soort bedden.
5. Dit project vervolgen is samenhang met andere regionale projecten.

Ad 1. Persoonlijk contacten, elkaar kennen.

Gedurende de projectperiode hebben een aantal zorgcoördinatoren/bemiddelaars een bezoek gebracht aan de ZCC. Naast kennismaking is gesproken over hoe de samenwerking geoptimaliseerd

kan worden. Persoonlijk contact en met elkaar in gesprek gaan werkt bevorderend in het samen meedenken over de wijze waarop verbeterpunten kunnen worden aangebracht.

Advies:

Uitnodiging voor de VVT organisaties (zorgbemiddelaars/coördinatoren) om in gesprek te gaan en een fysieke afspraak te maken met ZCC. Dit zou kunnen door het organiseren van een bijeenkomst voor zorgbemiddelaars/coördinatoren bij de ZCC.

Ad 2. Eenduidige verwachtingen tav acuut/spoed.

De vraag is vaak acuut/spoed, maar de problematiek niet. In principe is ELV niet acuut/spoed, en zou plaatsing de volgende dag voldoende moeten zijn. Wellicht dat de vraag tot de volgende dag kan wachten als bijvoorbeeld tijdelijk passende wijkzorg kan worden ingezet, als bekend is dat de volgende dag opgenomen kan worden. Verzekering geeft aan binnen 24 uur. Maar dat kan ook worden geïnterpreteerd als dat er iets moet geregeld moet worden binnen 24 uur. Gaat over het managen van verwachtingen. Belangrijk om in gesprek te gaan met stakeholders (huisartsen, huisartsenposten, SEH en ziekenhuizen) om verwachtingen af te stemmen. ELV Laag is sowieso niet acuut/spoed.

Advies: In gesprek gaan met stakeholders (huisartsen, huisartsenposten, SEH en ziekenhuizen) om verwachtingen tav wat wordt verstaan over acuut/spoed af te stemmen.

Ad 3. Eenduidige werkwijze.

In de provincie Utrecht zijn afspraken gemaakt over de wijze over de zorgcoördinatie (paragrafen 4.1. en 4.2.). De vraag is of de gemaakte afspraken nog actueel zijn en of ze herijkt dienen te worden. Daarbij is het van belang de gemaakte afspraken te monitoren, evalueren en borgen (PDCA).

- Aanvragen (eenduidig) laten lopen via ZCC.
Ook aan ziekenhuizen en huisartsen vragen aanvragen via het ZCC te laten lopen e/o hier gezamenlijk in op te trekken. Anders houd je verschillende wegen en versnippering en blijft afstemmen lastig. ELV loket in de Gelderse vallei zou ook kort lijntje met ZCC kunnen hebben. (De vraag is of de ziekenhuizen hun eigen regie op uitplaatsing willen verliezen.)
Mogelijk wel interessant: ZorgDomein vragen om hierin een werkbare oplossing te helpen maken, waarin probleem van verschillende wachtrijen wordt opgelost.
- Afstemming/samenwerking ZCC en ZCE (e/o Transferpunt).
- Iedereen maakt gebruik van Zorgdomein (of koppeling maken).
- Eenduidige werkwijze van het 'openzetten' van een bed.
- Aanmeldproces verkorten/vereenvoudigen.
Opname procedure verkorten/vereenvoudigen en sneller. Daarbij kijken naar de snelheid waarmee op verzoeken wordt gereageerd (verbeterproject?).
- Proces en communicatie eenvoudiger en eenduidiger in te regelen.
- Bereikbaarheid VVT in ANW: basis zou goed geregeld moeten zijn bij de VVT organisaties, ook buiten kantooruren en weekenden.
- Afspraken vastleggen op eenvoudige en gebruiksvriendelijke manier: bijvoorbeeld in een interactieve app (net als bij IBS).

Advies:

- Nagaan of gemaakte afspraken herijkt dienen te worden (inclusief taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden).
- Bepalen of/hoe 2 coördinatiepunten in de provincie Utrecht nodig zijn e/o wijze van samenwerken.
- Structuur vastleggen en implementeren van aanvraag t/m definitieve plaatsing.
Daarbij is het van belang de gemaakte afspraken te monitoren, evalueren en borgen (PDCA).

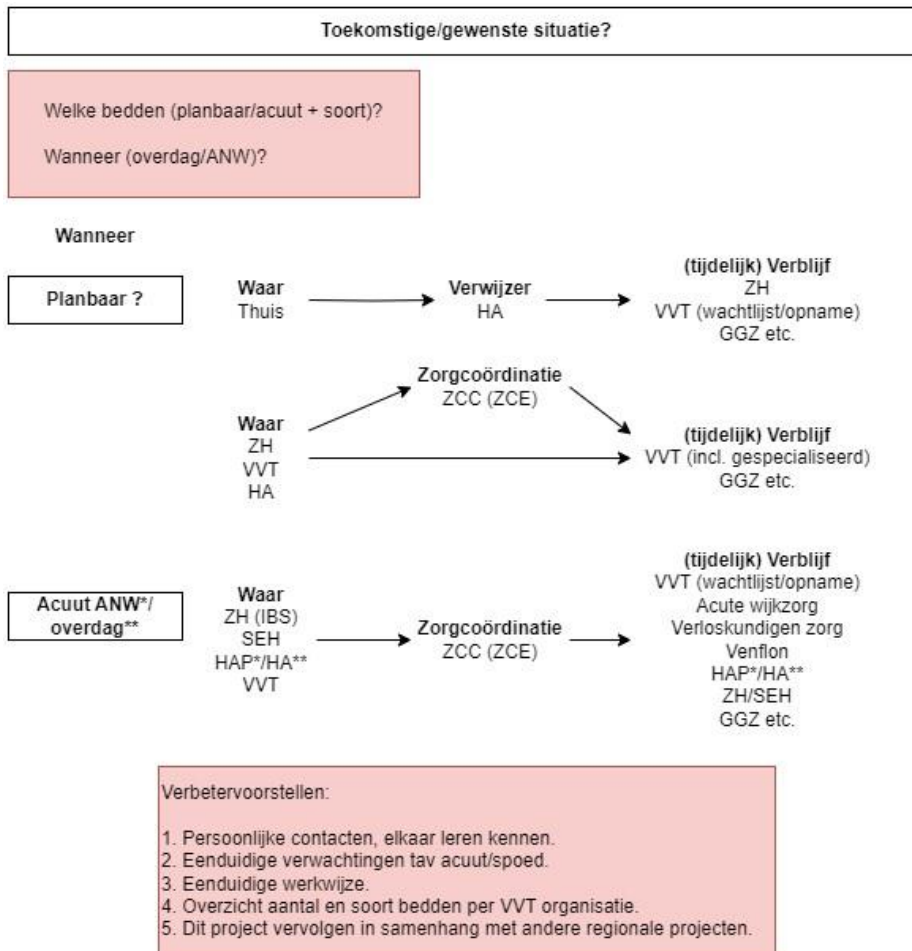
Ad 4. Overzicht aantal en soort bedden per VVT organisatie.

Actueel overzicht maken van alle VVT organisatie in de provincie: aantal en soort bedden. Zo wordt (in)zicht verkregen op aantal bedden en VVT organisaties: soort bedden tijdelijk verblijf ouderenzorg en specialisaties. Aan de hand van de capaciteit kan worden gekeken in hoeverre vraag en aanbod aansluiten. De vraag is of er sprake is van een capaciteitsprobleem of een mismatch in vraag en aanbod. Aan de hand van dit project kan hier niets over worden gezegd.

Advies: Overzicht maken aantal en soort bedden per VVT organisatie.

In figuur 2 is de wenselijk situatie in kaart gebracht, met daarbij de verbetervoorstellen (adviezen), voorkomend uit dit project.

Figuur 2: *Wenselijke situatie zorgcoördinatie provincie Utrecht*



Ad 5. Dit project vervolgen is samenhang met andere regionale projecten.

Zoals in paragraaf 3.3. beschreven lopen er diverse projecten in de provincie los van elkaar, die overlap e/o samenhang vertonen. Voor een 5-tal projecten is gekeken naar de samenhang en overlap van de doelstellingen en naar de resultaten/verbetervoorstellen.

Advies: Dit project vervolgen in samenhang van andere regionale projecten.

In onderstaande figuren is dit in kaart gebracht.

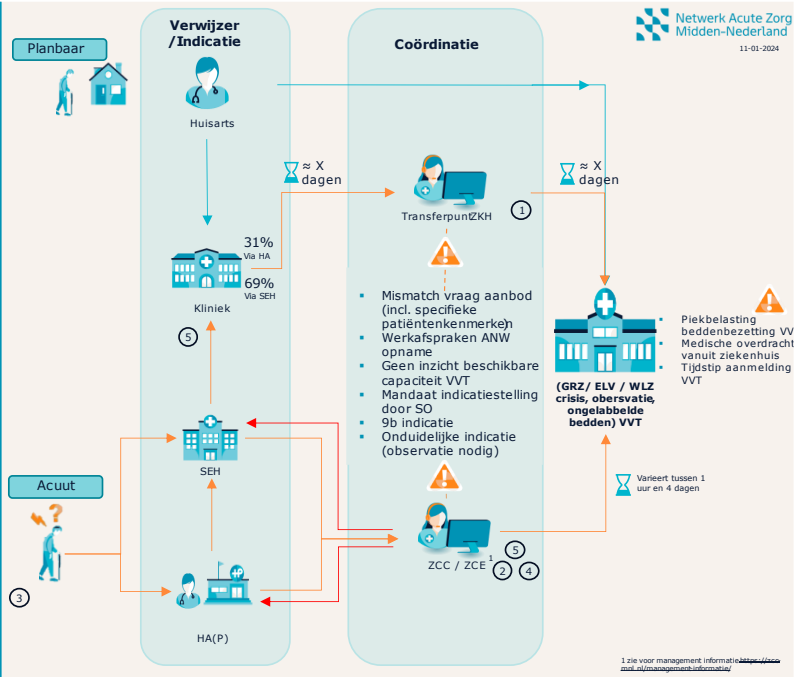
Route naar GRZ / ELV / WLZ Crisis

Waar patiënten met een indicatie voor GRZ / ELV / WLZ crisis verschillende patiëntenroutes kunnen afleggen, is het eindstation functioneel hetzelfde; een tijdelijk bed in een VVT-instelling. Grofweg zijn er 2 routes te onderscheiden: planbaar en acuut.

Lopende projecten

In de regio Midden – Nederland lopen er (losse) projecten om de doorstroom te verbeteren (oranje lijnen). Onderstaand zijn enkele projecten beschreven die bij de projectorganisatie bekend zijn. Eind 2023 zijn de Regioplannen vastgesteld, hierin komt het verbeteren van de doorstroom ook aanbod.

Project	Vanuit
1. Juiste zorg op juiste bed	NAZMN
2. Tijdelijke verpleeghuiszorg, incl IBS/crisis	IVVU
3. Infrastructuur voor onplanbare in de avond- nacht- en weekendsituaties	IVVU
4. Infrastructuur voor coördinatie tijdelijk verblijf en crisisonames	IVVU
5. Capaciteit en Specialisatie Kort Verblijf (ELV/GRZ/Herstel)	Careyn (pl), Axion-Continu, Quarijn, Warande en Zorgspectrum

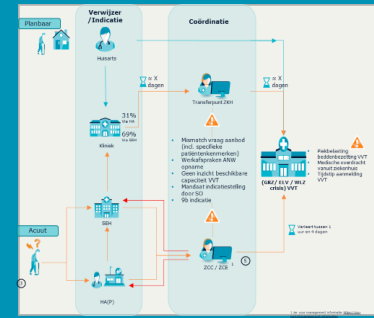


Gezamenlijk voorstel projectaanpak

De planbare en acute stroom naar een GRZ / ELV / WLZ Crisis bed ervaren dezelfde knelpunten. Door knelpunten in de planbare stroom, kan een patiënt belanden in de acute stroom.

Om de knelpunten in de keten op te lossen en daarmee de stroom naar GRZ / ELV / WLZ Crisis bedden te verbeteren dienen we in te zetten op zowel het verbeteren van de planbare als de acute stroom, in gezamenlijkheid. Hierbij is inzet van alle partijen in de keten nodig.

Om dubbel werk te voorkomen en de impact te vergroten is het advies om met de gehele keten aan de slag te gaan met de verbetervoorstellen.



Verbetervoorstellen

- **Samenwerkingsverband / intentieverklaring verbeteren stroom naar VVT**
 - Commitment tussen alle ketenpartners om samen de stroom naar GRZ / ELV / WLZ Crisisbed te verbeteren en actuele overzichten daarvoor in te richten
 - Op basis van goede voorbeelden uit andere regio's
- **Richt een gezamenlijke projectstructuur op**
 - Ketenpartners kennen elkaar en elkaars processen
 - Patiëntenreis gezamenlijk vaststellen
 - Monitoren, evalueren en waar nodig herijken van werkafspraken

Binnen de gezamenlijke projectstructuur worden onderstaande punten gecoördineerd opgepakt:

- **Eénduidige werkafspraken doorstroom naar VVT**
 - Inzicht in (realtime) VVT capaciteit
 - Mandaat indicatiestelling (voor coördinerende partijen)
 - ANW opname door VVT
 - Alle acute aanmeldingen via ZCC
 - Werkwijze patiënten met complex gedrag
- **Proces rondom 9b indicatie**
- **Clustering bedden in de regio**

Bijlage 1: Infrastructuur voor coördinatie tijdelijk verblijf en crisisopnames



Concept Projectplan-
Infrastructuur voor co

Bijlage 2. Definities

1. Regionale coördinatiefunctie
2. Spoed, acuut, urgent, planbaar
3. Definities Zorgbedden Tijdelijk Verblijf (TV) Ouderenzorg
4. Acute wijkzorg
5. Zorgcoördinatie plaatsen Venflon

Ad 1. Regionale coördinatiefunctie⁶

De prestatie coördineren van verblijf is een prestatie waarbinnen de zorg geleverd door een regionaal coördinatiepunt kan worden bekostigd. Een coördinatiefunctie verblijf omvat in ieder geval de volgende vier functionaliteiten:

1. Triage: conform de omschrijving van het afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf, waarbij relevante kennis en vaardigheden beschikbaar moeten zijn en er minimaal zeven dagen per week tot 22.00 uur toegang is tot intercollegiaal consult van de specialist ouderengeneeskunde;
2. 24/7 bereikbaarheid en inzicht in beschikbare capaciteit: waarbij de gekozen regionale infrastructuur geschikt moet zijn voor toekomstige verbreding naar andere zorgvormen;
3. Monitoring en evaluatie van het functioneren van de regionale coördinatiefunctie verblijf: op gestructureerde wijze met betrokkenheid van verwijzers en andere gebruikers en periodieke communicatie over de ontwikkeling en voortgang van de coördinatiefunctie;
4. Kwaliteit- en effectmeting regionale coördinatiefunctie verblijf: onder verantwoordelijkheid van betreffende zorgaanbieder en zorgverzekeraar en met deelname van verwijzers.

De prestatie kan alleen in rekening worden gebracht als hiervoor een schriftelijke overeenkomst is gesloten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar van de patiënt. In de overeenkomst zijn de inhoud van de te leveren zorg, de declaratie-eenheid, de duur en de hoogte van het in rekening te brengen tarief vastgelegd.

Ad 2. Spoed, acuut, urgent, planbaar

Begrip acute zorg hangt af van perspectief⁷

De definities hangen af van onder andere het gehanteerde perspectief, maar soms ook van de beroepsgroep die de definitie hanteert. Zo wordt acute zorg ook beschreven als 'zorg in situaties waarin zonder acuut ingrijpen gevaar is voor overlijden of irreversibele gezondheidsschade'. Dan gaat de acute zorg meer om leven en dood of om (zeer) ernstig letsel met kans op blijvende gezondheidsschade (Schrijvers 2003, van Blerck-Woerdman et al. 2008). Deze definitie is geformuleerd vanuit het perspectief van de zorgverlener na het beoordelen van de aanvankelijke zorgvraag. Volgens deze definitie valt de hulpverlening bij ernstig ongemak of ongerustheid van een persoon niet onder de acute zorg. In deze lijn behoort het overgrote deel van de huisartsenzorg, al dan niet verleend vanuit een huisartsenpost, ook niet tot de acute zorg. Een term die in de definities van acute zorg ook voorkomt, is dringende zorg (Van Baar et al., 2007). Dringende zorg wordt omschreven als urgente zorg waarvoor de zorgverlening wel een paar uur maar niet veel langer kan wachten.

Onderscheid tussen acute zorg in individuele gevallen en bij grote ongevallen of rampen (GHOR)

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen acute zorg in individuele gevallen en in het geval van een groot ongeval of een ramp. In individuele gevallen is er sprake van reguliere acute zorg. De reguliere zorg wordt bij grote ongevallen, met meer dan vijf slachtoffers, en bij rampen opgeschaald naar de

⁶ Website NZa

⁷ <https://www.vzinfo.nl/acute-zorg/verantwoording/definities>

Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Provincie (GHOR(Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Provincie)). De GHOR is gericht op rampenbeheersing, rampenbestrijding en de organisatie tijdens rampen en coördineert de inzet van geneeskundige diensten tijdens rampen en grote ongevallen.

Classificatie van de urgentie van de zorgvraag naar de richtlijnen van het Nederlands Triage Systeem

Urgentie klasse	Omschrijving	Te verlenen actie
U0	Reanimatie	Uitval van ten minste één vitale functie (ademhaling, hartslag), wat betekent dat gereanimeerd moet worden.
U1	Levensbedreigend	Onmiddellijk actie, de vitale functies zijn in gevaar of uitstel van behandeling leidt tot ernstige en onherstelbare schade van de gezondheid.
U2	Spoed	Vitale functies zijn (nog) niet in gevaar, maar er is een reële kans dat de toestand snel verslechtert of dat uitstel van behandeling tot ernstige en onherstelbare schade van de gezondheid leidt. Zo vlug mogelijk actie.
U3	Dringend	Niet te lang uitstel, binnen enkele uren om medische en/of humane redenen.
U4	Niet dringend	Er is geen tijdsdruk om medische of andere gronden. Het moment en de plaats van de afspraak worden met de aanvrager/patiënt overeengekomen.
U5	Advies	Een fysieke beoordeling kan wachten tot de volgende werkdag.

Bron: [Nederlandse Triage Standaard\(opent in een nieuw venster\)](#) (NTS(Nederlandse Transplantatie Stichting))

Spoedzorg

Spoedzorg: zorg als antwoord op een zorgvraag die vanuit de beleving van de patiënt acuut is. Spoedzorg is hiermee breder dan ‘acute zorg’.

Wanneer je direct medische hulp nodig hebt, noemen we dat spoedzorg. Een gezondheidsklacht is spoedeisend wanneer het levensbedreigend is of als de behandeling door een huisarts niet kan wachten tot de volgende dag of het volgende spreekuur. Bij spoedzorg heb je vaak te maken met verschillende zorgverleners. Zo kun je bij een spoedgeval terecht bij een huisarts of een huisartsenpost (HAP), een spoedeisende hulpafdeling (SEH) van een ziekenhuis of een ambulancedienst. Maar het kan ook goed zijn dat je, na contact met de huisarts, door de ambulance naar de SEH van een ziekenhuis wordt vervoerd. Dan heb je dus met alle drie te maken.

Acute zorg

Acute zorg: de zorg die wordt verleend in een situatie waarbij zonder acuut ingrijpen gevaar bestaat voor overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of ongeval. Acute zorg is ook wel spoedeisende zorg.

Acute zorg is ketenzorg; er zijn (vaak) verschillende zorginstellingen en -professionals betrokken bij een ongeplande zorgvraag. Goede acute zorg is patiëntgericht, veilig, effectief, tijdig, doelmatig en toegankelijk. (ROAZ <https://www.acutezorgeuprovincie.nl/portefeuille/keten-acute-zorg/>)

Onderscheid in acute zorg

Voor een genuanceerde dialoog over concentratie en spreiding van acute zorg (zoals die wordt verleend door huisartsen en ziekenhuizen) is het belangrijk om onderscheid te maken in:

- mate van urgentie
- tijdstip
- soort spoedeisende zorg.

Acute zorg bestaat maar voor een klein deel uit spoedeisende zorg die wordt geassocieerd met beelden van ‘zwaailichten’ en ‘emergency rooms’. Iets meer dan 10% van de zorg die zich op een SEH aandient is in die zin spoedeisend. Het grootste deel van de acute zorg wordt overdag en ‘s avonds verleend.

Voor de acute medische zorg aan ouderen in woonzorglocaties waar Wlz met behandeling wordt geboden is er de structuur van 24-uurs medische bereikbaarheid en beschikbaarheid. Het gaat daarbij

om spoedeisende situaties in avonden, nachten en weekenden (ANW) waarbij niet gewacht kan worden tot de volgende werkdag. Voor specialisten ouderengeneeskunde is die structuur steeds lastiger te realiseren, door onder andere krapte op de arbeidsmarkt en de toenemende zorgvraag (Verenzo).

Een eenduidige definitie van het begrip medische spoedzorg ontbreekt.

In de huidige situatie lopen opvattingen en verwachtingen over medische spoedzorg uit elkaar. Onder zorgmedewerkers bestaat soms de indruk dat een arts binnen 30 minuten ter plaatse moet zijn als daarom gevraagd wordt. Dit kan leiden tot onnodige frustratie en klachten. Het is dan ook belangrijk om onderscheid te maken tussen spoedbeleving en medische urgentie.

De huisartsengeneeskunde maakt gebruik van de Nederlandse triagestandaard. De urgentiegraden variëren van U0 (reanimatie) en U1 (direct levensgevaar) tot U5 (geen kans op schade, volgende werkdag). De context van de patiënt bepaalt ook onder andere de uitkomst van de triage, zoals beperkingen in het behandelbeleid. In de ouderenzorg zijn wel diverse triage-hulpmiddelen voorhanden. Maar er is geen algemeen geaccepteerd instrument dat ook uitspraken doet over de gewenste responstijden.

Responstijden Spoedzorg

Voor de responstijden geven het Kwaliteitskader, Verenso en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) enige kaders:

- Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg stelt dat er binnen 30 minuten een arts aanwezig moet kunnen zijn. Er is niet expliciet vermeld dat dit een specialist ouderengeneeskunde moet zijn. Ook is opgenomen dat 24/7 'aanvullende voorzieningen' beschikbaar moeten zijn voor vragen of toenemende complexiteit, zoals 'inroepen specialist ouderengeneeskunde', 'overleg gedragskundige', 'inschakelen CCE'. Er is niet gedefinieerd wat 'beschikbaar zijn' inhoudt.
- Verenso (vereniging van specialisten ouderengeneeskunde) stelt dat de specialist ouderengeneeskunde bij een spoedoproep binnen 30 minuten ter plaatse dient te zijn. In 2017 stelde Verenso dat ook basisartsen, aios ouderengeneeskunde en de VS gedurende de dienst altijd terug moeten kunnen vallen op een geregistreerd specialist ouderengeneeskunde als achterwacht, die direct telefonisch te bereiken is en binnen 30 minuten ter plaatse kan zijn.²⁴ Hiervoor ontbreekt de onderbouwing. Ook wordt geen rekening gehouden met de mate van urgentie.
- De IGJ heeft op vragen van Novicare geantwoord dat bij ervaren basisartsen de norm voor de aanrijtijd van de achterwacht kan worden verlengd tot twee uur. In overleg met aios en ervaren basisartsen wordt dit bij Novicare in de praktijk zo gehanteerd.

Er is sprake van spoedzorg of spoedopvang als u zelfstandig woont, plotseling (medische) zorg of opvang nodig heeft en de situatie binnen een of twee dagen onhoudbaar zal zijn. Er is dan dus een crisissituatie (VWS).

Ook is er sprake van spoedzorg of spoedopvang als u na een ziekenhuisopname uit het ziekenhuis mag, maar nog niet naar huis kunt. Het gaat niet om medische spoedhulp van de spoedeisende hulp in het ziekenhuis of de huisartsenpost.

Spoedzorg is niet gepland. De zorg en/of opvang is snel en onverwacht nodig.

Onder spoedzorg⁸ (ook wel crisisopvang genoemd) verstaan we een hulpvraag om zorg of ondersteuning waarop binnen 24 tot 48 uur moet worden gehandeld. Het gaat om situaties waarin iemand uit de huiselijke setting moet worden gehaald als gevolg van een onverwachte en voor de cliënt ingrijpende gebeurtenis. Of het gaat om een situatie waarin een persoon terugkomt in de huiselijke setting, bijvoorbeeld na een ziekenhuis opname waarbij met spoed huishoudelijke hulp of begeleiding moet worden ingezet

⁸ <https://vng.nl/files/vng/publicaties/2015/201507-informatiekaart-spoedzorg-juli2015.pdf>

De organisatie van de spoedzorg is sinds 1 januari 2015 gewijzigd. Voor 1 januari 2015 kende de AWBZ een regeling voor spoedzorg. In de Wlz is deze regeling voor spoedzorg niet opgenomen. Aanbieders kunnen dus niet declareren op titel van de Wlz als na beoordeling door het CIZ (indicatie binnen twee weken na melding) blijkt dat niet aan de voorwaarden voor de Wlz wordt voldaan. Gemeenten kunnen hierdoor geconfronteerd worden met de vraag om garant te staan voor de kosten van spoedzorg.

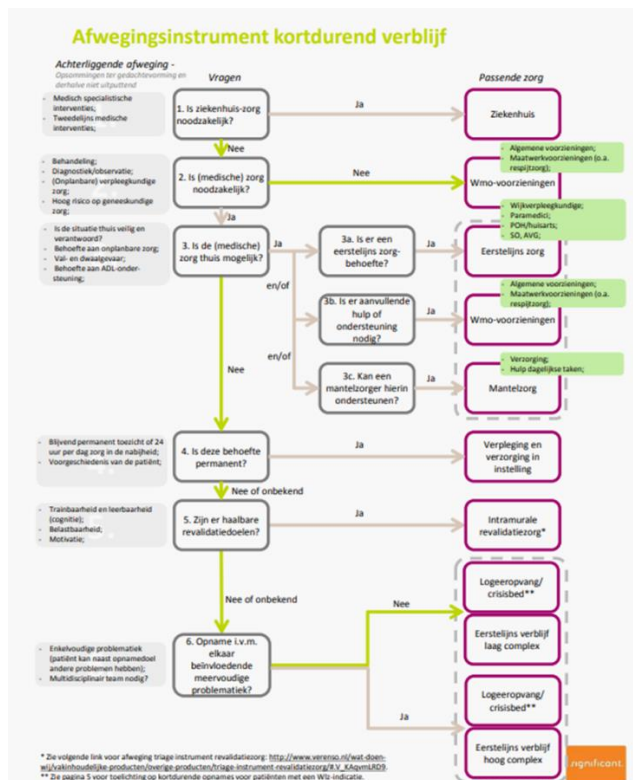
In het kader van de Wlz zijn zorgkantoren verantwoordelijk voor spoedplaatsingen in een intramurale instelling voor cliënten met een Wlz-indicatie die thuis wonen. Er zijn twee situaties denkbaar waarbij spoedzorg op grond van de Wlz aan de orde is.

- Iemand die thuis woont met een bestaande Wlz-indicatie en die acuut opgenomen moet worden in een instelling. Dit zijn mensen die hun Wlz-indicatie verzilveren door middel van een PGB, VPT (Volledig Pakket Thuis) of MPT (Modulair Pakket Thuis). Los van de eventuele Wmo voorzieningen die in het overgangsjaar 2015 nog vanuit de gemeente worden verstrekt (woningaanpassingen, hulpmiddelen), vallen deze mensen al onder het domein van de Wlz en wordt de spoedzorg daaruit gefinancierd. Voor meer informatie verwijzen wij naar het document Crisiszorg in de Wlz 2015 van Zorgverzekeraars Nederland: <http://www.vgz-zorgkantoren.nl/LinkClick.aspx?fileticket=tFxdfBhFDgQ%3D>
- De tweede situatie is wanneer iemand zonder Wlz-indicatie acuut moet worden opgenomen in een intramurale voorziening, waarbij de verwachting is dat de Wlz-indicatie wel wordt afgegeven.

Ad 3. Definitie zorgbedden Tijdelijk Verblijf (TV) Ouderenzorg

Verschillende vormen van tijdelijk verblijf

Een crisis- of een zeer urgente situatie kan vaak al binnen enkele uren worden geplaatst, de beoordelaar is hiervoor verantwoordelijk. Is er geen plaats in de eigen- of voorkeurslocatie dan wordt er uitgeweken naar andere aanbieders binnen, maar soms ook buiten de provincie. In de meeste gevallen kan de aanvraag tijdens kantoortijden in behandeling worden genomen en de opname plaats vinden binnen 24 tot 48 uur dit is afhankelijk van de situatie.



Verschillende soorten bedden Tijdelijk Verblijf:

- A. GRZ
- B. ELV Hoog/Laag/Palliatief
- C. WLZ crisis:
 - o Somatisch
 - o PG
 - o PG +IBS
- D. WLZ 9B
- E. Respijtzorg
- F. SOABB
- G. Acute wijkzorg (is geen tijdelijk verblijf)

Ad A. GRZ (Geriatrische Revalidatie Zorg)

Geriatrische revalidatiezorg is een vorm van geneeskundige zorg waarbij verblijf nodig is. Bij geriatrische revalidatie is een specialist ouderengeneeskunde (SO) verantwoordelijk voor de zorg voor de verzekerde.

Bron: Zorginstituut Nederland. <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/geriatrische-revalidatiezorg-zvw>

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is bedoeld voor kwetsbare ouderen die moeten herstellen van een medisch- specialistische behandeling, bijvoorbeeld na een beroerte, botbreuk of een nieuwe knie of heup. Doel is om hen te helpen terug te keren naar hun thuissituatie en dat zij zo goed mogelijk deel kunnen blijven nemen aan het maatschappelijk leven.

Bron: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

<https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2022/08/03/bevindingen-pilotbezoeken-geriatrische-revalidatiezorg>

Geriatrische revalidatie gaat om intensievere therapie bij complexe zorg.

<https://www.deposten.nl/eerstelijnsverblijf#:~:text=Het%20verschil%20is%20vooral%20dat,en%20rust%20om%20te%20herstellen.>

De geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen met multimorbiditeit die in het ziekenhuis/SEH een medisch-specialistische behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte of botbreuk of voor een nieuwe knie of heup, maar nog niet in staat zijn terug te keren naar huis. Deze geriatrische patiënten kunnen aangewezen zijn op multidisciplinaire geriatrische revalidatiebehandeling met als doel terugkeer naar huis.

Bron: Verenso

https://www.verenso.nl/_asset/_public/Kaderartsen/Geriatrische-revalidatie/netwerk-kaderartsen-ELV-Vreeburg.pdf

Voorwaarden voor een revalidatie opname⁹:

1. Er is sprake van een acute aandoening, waardoor acute mobiliteitsstoornissen en/of afname van zelfredzaamheid is opgetreden.
2. Een geriatrisch assessment is verricht (in het ziekenhuis), waaruit blijkt dat de cliënt tot de doelgroep voor geriatrische revalidatiezorg behoort (multidisciplinaire zorg, noodzaak therapeutisch klimaat, terugkeer naar thuissituatie binnen 6 maanden)
3. Een GRZ zal in principe nooit als een crisisopname starten, wel is het mogelijk na enkele dagen verblijf de indicatie aan te passen.
4. GRZ kan alleen geleverd worden op de speciale afdelingen
4. Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-23140b\

⁹ Website NZa

Ad B. ELV

Eerstelijnszorg¹⁰

Zorg als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit Zorgverzekering, voor zover het gaat om verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

Sinds 2017 valt de bekostiging van eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), conform andere verblijfssituaties met een medische noodzaak. Het eerstelijnsverblijf valt onder de aanspraak 'verblijf' in artikel 2.12 van het Besluit Zorgverzekering, met daarbij de nuancering dat het gaat om verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Naast huisartsen kunnen ook de specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten hoofdbehandelaar zijn binnen het eerstelijnsverblijf.

Het Zorginstituut Nederland heeft de zorg geleverd door de specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten geduid als 'generalistische geneeskundige zorg' en daarmee valt hun zorg (net als huisartsenzorg) onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. In de brief 'Stand van zaken eerstelijnsverblijf in de Zorgverzekeringswet' van 22 december 2015 (Referentie 2015162012) en de rapportage (duiding) 'Het eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet' van 29 maart 2016 wordt de zorgvorm eerstelijnsverblijf door Zorginstituut Nederland beschreven.

Tijdelijk verblijf geleverd aan patiënten met een Wlz-indicatie valt niet onder de reikwijdte van deze beleidsregel. Het Zorginstituut Nederland heeft in zijn duiding 'Eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet' van 29 maart 2016 aangegeven dat de indicatie voor de Wlz niet betekent dat er ook altijd sprake zal zijn van een verblijf in een Wlz-instelling. De Wlz onderscheidt namelijk de indicatie en de leveringsvorm. De leveringsvorm kan bestaan uit een daadwerkelijk verblijf in een instelling. De indicatie kan echter ook verzilverd worden in de eigen omgeving via een volledig pakket thuis, een modulair pakket thuis of een persoonsgebonden budget. Ook een geclusterde woonvorm hoort tot de mogelijkheden. Zodra in deze gevallen een behoefte ontstaat aan 'verblijf medisch noodzakelijk in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden', dan is slechts een tijdelijke wijziging van de leveringsvorm aan de orde. Dit tijdelijke verblijf valt daarmee onder de Wlz.

Eerstelijnsverblijf (Elv) is een kortdurend verblijf in een zorginstelling. U kunt gebruikmaken van elv als u tijdelijk om een medische reden niet thuis kunt wonen. Bijvoorbeeld nadat u in het ziekenhuis lag. Uw huisarts of behandelend arts schat in dat u op korte termijn zult herstellen. U krijgt dan een medische indicatie van uw huisarts. Het doel van het verblijf is dat u weer zelfstandig thuis kunt wonen.

Bron: Zilveren Kruis

<https://www.zilverenkruis.nl/consumenten/zorg-regelen/eerstelijnsverblijf>

Bij herstell zorg, oftewel eerstelijns verblijf (ELV), gaat het om minder intensieve therapie, waarbij de nadruk ligt op tijd en rust om te herstellen.

<https://www.deposten.nl/eerstelijnsverblijf#:~:text=Het%20verschil%20is%20vooral%20dat,en%20rust%20om%20te%20herstellen.>

Eerstelijns verblijf is medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in een intramurale locatie van een (toegelaten) zorginstelling. Ook wel: 'verblijf in verband met zorg, zoals huisartsen die plegen te bieden'. activiteiten: observeren, bewaken, diagnosticeren en medicatie toedienen. Zorg in eerstelijns verblijf is gericht op herstel van de patiënt en de situatie/context waarin deze zich bevindt en daarmee de terugkeer naar huis. Eerstelijns verblijf is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven, maar waarvoor geen opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling of (geriatrische) revalidatiezorg is aangewezen.

Verschil met GRZ: ELV kent geen revalidatievraag.

Bron: Verenso

¹⁰ Website NZa

<https://www.verenso.nl/asset/public/Kaderartsen/Geriatische-revalidatie/netwerk-kaderartsen-ELV-Vreeburg.pdf>

Het ELV kent 3 vormen van zorg: het hoog en laag complexe bed en de bedden voor palliatief-terminale patiënten.

<https://www.lhv.nl/thema/huisarts-patient/ouderenzorg/eerstelijnsverblijf/>

- ELV - Laag complex bed

Vanwege een enkelvoudige aandoening tijdelijk zorg en/of behandeling.

Verblijf en zorg bij één aandoening of beperking

De prestatie eerstelijnsverblijf laag complex is een prestatie per verblijfsdag en heeft als kenmerk dat de zorglevering door de aard van de zorgvraag laag complex is. Eerstelijnsverblijf laag complex is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden, en gaat al dan niet gepaard met verpleging, verzorging of paramedische zorg, voor een enkelvoudige aandoening of beperking. Onder de prestatie valt ook de psychologische zorg binnen het eerstelijnsverblijf, zoals bedoeld in artikel 1 van de beleidsregel. Hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen wordt aan de patiënt verleend.

Voorwaarden voor een ELV laag complex opname:

1. De cliënt heeft hulp nodig bij binnenshuis verplaatsen en transfers, als ook enige hulp bij wassen, kleden en toiletgang (geen volledige overname). De huisarts blijft verantwoordelijk voor de medische zorg. Er is in principe geen paramedische behandeling nodig.
2. Een opname kan wachten tot de eerstvolgende werkdag.
3. Buiten kantooruren kan ter overbrugging aanvullende thuiszorg ingezet worden.

- ELV - Hoog complex bed

Patiënt heeft meerdere, elkaar beïnvloedende aandoeningen of beperkingen.

Verblijf en zorg bij meerdere aandoeningen of beperkingen die elkaar beïnvloeden

De prestatie eerstelijnsverblijf hoog complex is een prestatie per verblijfsdag en heeft als kenmerk dat de zorglevering door de aard van de zorgvraag hoog complex is. Eerstelijnsverblijf hoog complex is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden, en gaat al dan niet gepaard met verpleging, verzorging of paramedische zorg, voor meerdere en elkaar beïnvloedende aandoeningen of beperkingen. Onder de prestatie valt ook de psychologische zorg binnen het eerstelijnsverblijf, zoals bedoeld in artikel 1 van de beleidsregel. Algemene dagelijkse levensverrichtingen worden van de patiënt overgenomen en er wordt toezicht en sturing geboden.

Voorwaarden voor een ELV hoog complex opname¹¹:

1. Hierbij kan sprake zijn van een urgente situatie of een reguliere/planbare situatie.
2. Bij een urgente situatie is er sprake van een acute en onvoorziene thuissituatie, waardoor er een onverantwoorde situatie is ontstaan. Er is sprake van een niet uitstelbare vraag op het gebied van verpleging en verzorging in combinatie met een verblijf in een beschermde omgeving en permanent toezicht noodzakelijk.
3. Niet urgente situatie kunnen voorkomen na b.v. een ziekenhuisopname voor verder herstel.
4. Een voorwaarde is dat de cliënt binnen 3 maanden terug kan keren naar de thuissituatie.
5. De cliënt heeft ernstige beperkingen bij binnenshuis verplaatsen en transfers en is de cliënt ook niet meer met hulp in staat zich te wassen, te kleden en naar het toilet te gaan. Vanwege de complexe problematiek is een multidisciplinair zorg met behandeling noodzakelijk onder aanvoering van de specialist ouderengeneeskunde.

¹¹ Website NZa

- ELV - Palliatief-terminaal

Onder het ELV valt ook het verblijf voor patiënten die in de palliatief terminale levensfase opgenomen moeten worden, omdat de palliatief terminale zorg (ptz) thuis niet meer afdoende kan worden gerealiseerd (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21741_22/).

Verblijf en palliatieve zorg in de laatste levensfase

De prestatie eerstelijnsverblijf palliatief terminale zorg is een prestatie per verblijfsdag en heeft als kenmerk dat sprake is van zorg voor een patiënt, waarbij de levensverwachting van de patiënt volgens de behandelend arts drie maanden of korter zal zijn. Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden, en gaat al dan niet gepaard met verpleging, verzorging of paramedische zorg, vanwege een levensbedreigende ziekte of aandoening met een levensverwachting van minder dan drie maanden. Onder de prestatie valt ook de psychologische zorg binnen het eerstelijnsverblijf, zoals bedoeld in artikel 1 van de beleidsregel. Algemene dagelijkse levensverrichtingen worden van de patiënt veelal overgenomen, aansluitend bij het verloop van deze terminale levensfase.

Voorwaarden voor een ELV palliatief opname:

De behandelend arts heeft aangegeven dat de cliënt een levensverwachting heeft van drie maanden. Dit is schriftelijk vastgelegd.

Ad C. WLZ crisis

Voorwaarden voor een WLZ crisisopname:

1. Het betreft een niet uitstelbare vraag op het gebied van verpleging en verzorging gecombineerd met verblijf, met de noodzaak voor een beschermde omgeving en permanent toezicht of een therapeutisch klimaat.
2. De crisissituatie ontstaat acuut en was niet te voorzien, b.v. plotseling wegvallen van de mantelzorg door ziekenhuisopname of overlijden of door een plotselinge verslechtering van de situatie waardoor er een onverantwoorde thuissituatie ontstaat.
3. De opname dient binnen 24 uur plaats te vinden.
4. Inzet van maximale thuiszorg volstaat niet meer.
5. Er is geen indicatie tot klinisch medisch specialistische zorg. Is dit wel het geval, dan opname in een ziekenhuis of GGZ-instelling.
6. Cliënt is afgelopen 24 uur niet ontslagen uit ziekenhuis of GGZ met hetzelfde zorgprobleem. Het betreft dan namelijk een inschattingsfout ten aanzien van ontslag. Heropname is het advies.
7. Er kan sprake zijn van een crisisopname gecombineerd met 'IBS in kader van WZD'. Cliënten die in het ziekenhuis verblijven waarbij een IBS aangevraagd dient te worden dienen dit proces van een crisisopname te volgen.
8. Er is geen noodzaak tot crisisopname gecombineerd met een IBS in kader van de WVGZ. Deze aanvragen worden door GGZ in behandeling genomen.
9. De cliënt heeft een WLZ-indicatie of komt hiervoor in aanmerking, deze indicatie is ook noodzakelijk voor deze vorm van opname. Een WLZ crisisopname is voor een periode van 14 dagen, in deze periode wordt er gezocht naar een definitieve oplossing. Een crisisopname leidt vaak tot een definitieve opname. Een crisisopname is voor de cliënt vaak niet prettig omdat er vaak een of meerdere verhuizingen plaatsvinden totdat de cliënt op de gewenste plaats woont.

Crisis-somatisch

Van een somatische crisis is sprake als de cliënt met een verzorgingsbehoefte de mogelijkheden van de mantelzorg of professionele hulpverlening in de thuissituatie te boven gaat. Door deze zorgbehoefte ontstaat de noodzaak tot acuut ingrijpen, aangezien anders op korte termijn een bedreigende situatie zal ontstaan voor de cliënt.

Crisis PG

Van een PG-crisis is sprake als de zorgbehoefte van de cliënt met gedragsproblemen de mogelijkheden van de mantelzorg of professionele hulpverlening in de thuissituatie te boven gaat. Door deze zorgbehoefte ontstaat de noodzaak tot acuut ingrijpen, aangezien anders op korte termijn een bedreigende situatie gaat ontstaan voor de cliënt.

Crisis IBS

De Wet zorg en dwang regelt de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie).

Een inbewaringstelling (IBS) op grond van de Wet zorg en dwang is een verplichte opname in een spoedsituatie. Er is dan geen tijd om de procedure van een rechterlijke machtiging af te wachten. Er dan sprake van een spoedsituatie waarin ernstig nadeel als het gevolg van het gedrag van de cliënt onmiddellijk dreigend is.

<https://www.dwangindezorg.nl/wzd/onvrijwillige-opname/inbewaringstelling#:~:text=Een%20inbewaringstelling%20op%20grond%20van,de%20cli%C3%ABnt%20onmiddellijk%20dreigend%20is.>

Elke cliënt waarvoor een IBS in het kader van de Wzd of een crisismaatregel GGZ is afgegeven moet binnen 24 uur na afgifte van de IBS of crisismaatregel zijn opgenomen. De triage vindt plaats door de crisisdienst in de provincie. De aangewezen zorgaanbieder is verplicht de cliënt op te nemen.

<https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor/zorgaanbieders/uw-zorgverlening/crisiszorg-regelen/ibs>

Ad D. WLZ 9B

Wanneer een verzekerde Wlz-zorg ontvangt, waarbij sprake is van verblijf met behandeling, dan is GRZ uit de Zvw niet mogelijk. De herstelgerichte behandeling wordt dan vanuit de Wlz geboden. Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) kan een indicatie afgeven voor zorgprofiel 'VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (ZZP 9b VV)'.

U komt voor ZZP 9b in aanmerking als u verpleging, verzorging, behandeling en therapie nodig heeft om herstel te bevorderen na een operatie of behandeling in het ziekenhuis. U heeft intensieve revalidatie nodig voor een periode langer dan 3 maanden. En het is nog niet zeker dat u weer terug kunt naar uw eigen huis. U kunt een beroep doen op de hulp en ondersteuning van diverse behandelaren, verzorgenden en verpleegkundigen.

Ad E. Respijtzorg

Respijtzorg betekent dat iemand de zorg overneemt van de mantelzorger. Bijvoorbeeld als de mantelzorger op vakantie gaat, of als hij of zij de zorg tijdelijk niet aan kan. Ook logeren of dagopvang is een vorm van vervangende zorg die de mantelzorger ontlast. Het kan gaan om professionele zorg, maar ook vrijwilligerszorg.

Professionele respijtzorg kan vallen onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo, gemeente) of de Wet langdurige zorg (Wlz, zorgkantoor). In sommige aanvullende zorgverzekeringen is respijtzorg opgenomen (WLZ).

Respijtzorg bestaat in veel verschillende vormen, maar deze delen eenzelfde doel: een adempauze bieden aan de mantelzorger zodat hij of zij de zorg op een prettige manier kan blijven volhouden.

Er zijn verschillende vormen van respijtzorg:

- Respijtzorg licht: hierbij gaat het vaak om een activiteit voor de naaste, waarbij de mantelzorgers kan kiezen om wel of niet mee te gaan. Bijvoorbeeld groepswandelen, wennen op de dagopvang of samen op vakantie.
- Aanwezigheidszorg: iemand die bij de naaste thuis blijft zodat de mantelzorger even iets voor zichzelf kan doen. Bijvoorbeeld een vrijwilliger of individuele begeleiding thuis.
- Dagopvang: de naaste kan één of meerdere dagen per week naar een locatie wij hij of zij een passende activiteit doet. Denk aan een buurthuis, wijkcentrum of zorgboerderij. De mantelzorger heeft dan de hele dag voor zichzelf.
- Logeeropvang: de naaste gaat een nachtje of meerdere nachten logeren. Bijvoorbeeld in een logeerkamer, zorghotel of gastgezin.

Voorwaarden Logeertzorg (WLZ):

- De cliënt heeft een WLZ-indicatie, ZZP 4, 5 of 6.

- Logeren is bedoeld om tijdelijk de thuissituatie te ontlasten, cliënt kan weer terug naar huis.



Wetten en financiering RESPIJTZORG

Vorm	Wetten	Regels:			
		Soort regeling	Wel/geen indicatie	Voorwaarden voor gebruik	Eigen bijdrage
 Respijtzorg light	Wmo	Collectieve ondersteuning	Ongepland bezoeken of aanmelden voor intake direct via vrijwilligers- en welzijnsorganisaties, buurthuizen, initiatieven voor ontmoeting of recreatie. Geen indicatie nodig	Meestal geen voorwaarden voor gebruikt	Mogelijk eigen bijdrage gevraagd vanuit de organisatie (bv voor eten en drinken)
	Wmo	Collectieve voorziening Maatwerkvoorziening (begeleiding groep)	Vaak aanmelden voor intake via de aanbieder van de dagopvang. Geen indicatie nodig Indicatie via gemeente, Wmo-consulent of wijkteam	Voorwaarden worden meestal door gemeente en aanbieder vastgesteld voorwaarden worden door gemeente vastgesteld	Mogelijk eigen bijdrage gevraagd vanuit de organisatie Wmo abonnementsstarief
 Dagopvang	Jeugdwet	Maatwerk	Medisch kinderdagverblijf, kinderdagcentrum, orthopedagogisch centrum, zorgboerderij of BSO voor kinderen onder de 18 met een beperking of chronische aandoening		
		Maatwerk	Indicatie via gemeente, wijkteam jeugd		
	Wlz	Maatwerk	Indicatie verloopt via zorgbemiddelaar van aanbieder, toestemming nodig van CIZ	Gebruikers hebben 24 uur zorg of toezicht nodig, hebben een Wlz indicatie (of vragen deze aan): volledig pakket thuis (VPT) of modulair pakket thuis (MPT)	Eigen bijdrage
 Aanwezigheidszorg (thuis)	Wmo	Collectieve voorziening	Aanmelden voor intake direct via vrijwilligers- en welzijnsorganisaties. Geen indicatie nodig.	Voorwaarden worden meestal door de aanbieder vastgesteld	Er zijn meestal geen kosten aan verbonden
		Maatwerk voorziening (individuele begeleiding thuis)	indicatie via gemeente, Wmo-consulent of wijkteam	Voorwaarden worden meestal door de gemeente vastgesteld	Wmo abonnementsstarief
	Zvw aanvullende verzekering	Vervangende zorg door een vrijwilliger aan huis	indicatie via de aanbieder, toestemming via de zorgverzekeraar		Zijn meestal geen kosten aan verbonden
		Collectieve voorziening	Vaak aanmelden voor intake via de aanbieder van de logeeropvang. Geen indicatie nodig.	Voorwaarden worden meestal door de aanbieder vastgesteld	Mogelijk eigen bijdrage gevraagd vanuit de organisatie



Wetten en financiering RESPIJTZORG



Vorm	Wetten	Regels:			
		Soort regeling	Wel/geen indicatie	Voorwaarden voor gebruik	Eigen bijdrage
 Logeeropvang	Wmo	Collectieve voorziening	Vaak aanmelden voor intake via de aanbieder van de logeeropvang. Geen indicatie nodig	Voorwaarden worden meestal door de aanbieder vastgesteld	Mogelijk eigen bijdrage gevraagd vanuit de organisatie
		Maatwerkvoorziening (logeeropvang)	indicatie via gemeente, Wmo-consulent of wijkteam	Voorwaarden worden meestal door de gemeente vastgesteld	Wmo abonnementsstarief
	Zvw	Eerstelijnsverblijf (ELV)	Indicatie via huisarts	Het is medische gezien niet verantwoord om alleen thuis te blijven	Er zijn geen kosten aan verbonden
		Wijkverpleegkundige segment-2 houdt vinger aan de pols in plaats van mantelzorg	Indicatie via huisarts	Het is medische gezien verantwoord om alleen thuis te blijven	Er zijn geen kosten aan verbonden
	Wlz	Logeerszorg	Indicatie verloopt via zorgbemiddelaar van aanbieder, toestemming nodig van CIZ	Gebruikers hebben 24 uur zorg of toezicht nodig, hebben een Wlz indicatie (of vragen deze aan): volledig pakket thuis (VPT) of modulair pakket thuis (MPT). Zij kunnen maximaal 156 etmalen per jaar logeren	Eigen bijdrage
	Jeugdwet	Kortdurend verblijf (logeerszorg)	Indicatie via de gemeente, wijkteam jeugd		Er zijn geen kosten aan verbonden

Ad F. SOABB (Stabilisering, Observatie, Analyse, Behandeling en Begeleiding, Wlz)

Omschrijving experiment, einddatum 1-10-2024 (Laurens en aansluiten ZorgSpectrum +??)

Er is geen prestatie die recht doet aan de combinatie van complexe multi-problematiek en een cognitieve component, ouderdomsproblemen en daarmee geïntegreerde gespecialiseerde behandeling in een beschermde woonomgeving mogelijk maakt. Bij een reguliere ZvW-indicatie (prestatie Eerstelijnsverblijf), is de insteek terugkeer naar huis, terwijl dat bij deze groep zelden tot nooit aan de orde is. De crisisregeling voldoet niet aan de gestelde voorwaarden en beperkt door de maximale tijdsperiode.

De afgelopen jaren zien we een toenemende vraag naar PG observatie bedden. De klanten worden nu opgenomen op de voorziening van eerstelijnsverblijf.

Bij het overgrote deel van de patiënten met cognitieve stoornissen kan ambulante een heldere diagnose worden gesteld. Daarnaast blijft er een groep cliënten waarbij niet op de gangbare manier via huisarts, geheugenpoliklinieken of ambulante GGZ tot een diagnose kan worden gekomen. Vaak is er dan sprake van te complexe problematiek waarvoor langdurige observatie nodig is om het beeld en het beloop helder te krijgen. Er is sprake van een onveilige situatie voor de cliënt indien hij/zij thuis blijft wonen. Cliënten zijn in korte tijd enorm achteruit gegaan. De zorgbehoefte is dusdanig toegenomen dat tijdelijk of permanente verpleeghuiszorg nodig is.

Het gaat hierbij voornamelijk om mensen die in een eerder stadium onvoldoende in beeld zijn door zorgmijding van patiënt of mantelzorg (bijv waarbij door de mantelzorg lang toegedekt is of waarbij partners alles hebben opgevangen) of die weigeren mee te werken aan onderzoek. De cliënten hebben vaak geen steunsysteem en zijn niet gezien door de huisarts. Zij hebben nog geen diagnose maar zijn wel in een zodanig stadium dat zij verpleeghuiszorg behoeftig zijn. Deze groep heeft een multidisciplinaire klinische setting nodig om tot een medische diagnose en een woonadvies te komen.

Het doel is om te experimenteren en te komen tot het verbeteren van de prijs/kwaliteitverhouding van de nodige zorg. Het biedt de gelegenheid om toe te werken naar het aanvragen van een reguliere zorgprestatie.

Ad G. Acute wijkzorg

Een Wijkteam Acute Zorg verzorgt alle ongeplande zorg in een bepaalde provincie. Na een triage stemt de (wijk)verpleegkundige af welke ondersteuning of zorg er nodig is.

In het ziekenhuis kwamen steeds meer mensen naar de spoedeisende hulp (SEH). Veel van deze mensen, vooral ouderen, zouden eigenlijk op een andere manier geholpen moeten worden. Daarom is het Wijkteam Acute Zorg gestart en worden patiënten nu thuis geholpen. Dit is een samenwerking tussen SEH, huisartsenpost en wijkverpleging.

Financiering is nog een uitdaging (wordt nu vaak betaald door thuiszorgorganisaties).

Bijlage 3. Relevante passages uit overeenkomst en afspraken.

- a. Samenwerkingsovereenkomst coördinatiefunctie tijdelijk verblijf provincie Utrecht
- b. Samenwerking Provincie Eemland: Samen sterker?
- c. Inkoopbeleid ZK ikv ELV
- d. Inkoopbeleid VGZ ikv ELV
- e. Inkoopbeleid CZ ikv ELV - toegevoegd
- f. NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-22132
- g. Afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf 2.0
- h. Inkoopbeleid coördinatiefuncties 2024. Zilveren Kruis (april 2023)

Ad a. Samenwerkingsovereenkomst coördinatiefunctie tijdelijk verblijf provincie Utrecht

Doel: een gezamenlijke werkwijze op te zetten met betrekking tot de coördinatie van beschikbare ELV-bedden in de provincie.

- 18 vvt, ZCC en ZH en Ha (KW)

Artikel 1: Doelstelling

1.1 De doelstelling van deze samenwerkingsovereenkomst is het gezamenlijk in stand houden en door ontwikkelen van een coördinatiefunctie tijdelijk verblijf voor de ROAZ provincie Midden-Nederland. Met behulp van dit bemenste loket wordt in de eerste plaats beoogd kwetsbare patiënten die kortdurend extra zorg nodig hebben - door middel van een zogenoemd tijdelijk verblijf bed - z.s.m. de juiste zorg op de juiste plek te bieden. Daarnaast zorgt dit bemenste loket voor het "ontzorgen" van regionale verwijzers.

1.2 De doelstelling van de coördinatiefunctie tijdelijk verblijf sluit naadloos aan op de bedoeling van de beweging richting een Zorg Coördinatie Centrum (ZCC) Midden-Nederland. Over het ZCC (in ontwikkeling) wordt regionaal afgestemd in het kader van het ROAZ Midden-Nederland.

Partijen: HA-ZH en VVT

- HUS, regiozorg NU, UNICUM, HE (m.a.w. alle huisartsen / HAP's in de ROAZ provincie Midden-Nederland)
- UMC Utrecht, Diakonessenhuis, St. Antonius ziekenhuis en MMC (m.a.w. alle ziekenhuizen in de ROAZ provincie Midden-Nederland)
- 18 V&V zorgaanbieders uit de provincie Utrecht / Nieuwegein: Accolade Zorg, AxionContinu, Bartholomeus Gasthuis, Careyn, De Rijnhoven, De Wulverhorst, Fundis, Huis ter Leede, Leger des Heils, Quarijn, Silverein, Valuas Zorggroep, Vecht en IJssel, Warande, Zonnehuisgroep Amstelland, Zorggroep Charim, Zorggroep De Vechtstreek, ZorgSpectrum

Uitgangspunten

- ZCC:

- Telefonisch bereikbaar 7 dagen / week telefonisch bereikbaar.
- De verantwoordelijkheid voor de triage en overdracht naar de V&V zorgaanbieder blijft onveranderd bij de verwijzer liggen.

- VVT:

- Alle betrokken V&V zorgaanbieders zorgen ervoor dat de beschikbaarheid van tijdelijk verblijf bedden dagelijks wordt bijgewerkt binnen de betreffende ICT applicatie.

De betrokken partners nemen actief deel aan provinciaal georganiseerde casuïstiekbesprekingen en zijn bereid stages te organiseren met het oog op deskundigheidsbevordering van de zorgbemiddelaars.

Stuurgroep en toezicht

- Voor de coördinatiefunctie tijdelijk verblijf is een stuurgroep ingesteld, die verantwoordelijk is voor de uitvoering.
- De stuurgroep bestaat uit 4 vertegenwoordigers van V&V-organisaties, een vertegenwoordiger van de IVVU, vertegenwoordigers namens de huisartsen respectievelijk ziekenhuizen en de RAVU als initiatiefnemer ZCC en contractspartner.

- De stuurgroep heeft binnen de kaders van deze samenwerkingsovereenkomst mandaat van alle betrokken partijen om de benodigde besluiten te kunnen nemen om gezamenlijk een goed functionerende coördinatiefunctie tijdelijk verblijf te borgen en door te ontwikkelen.
- Alle deelnemende partijen worden per kwartaal vanuit de stuurgroep per email / nieuwsbrief op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen.

5.5 Partijen streven er naar om het bestuurlijk toezicht op de coördinatie tijdelijk verblijf te borgen in het ZCC. De zorgcoördinatie geldt als één van de activiteiten van het ZCC. Een en ander conform de uitwerking van de doelstelling in artikel 1.2.

Ad b. Samenwerking Provincie Eemland: Samen sterker?

Partijen: HA (Huisartsen Eemland), ZH (Meander), VVT, GGZ, ZK, gemeenten
 VVT: Beweging 3.0, De Haven, Silverein, Amaris, Accolade, Koperhorst, Charim, King Arthur groep, St Pieters en Bloklands gasthuis, Moria Hoeve.

Ad c. Inkoopbeleid ZK ikv ELV

<https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/elv-grz/nieuws/geactualiseerd-inkoopbeleid-grz-elv-cf-2023-2024>

- Verruiming per 2023 inkoopbeleid GRZ-ELV en coördinatiefuncties 2023-2024.
- Per 2023 vervalt het toestemmingsvereiste voor een indicatiewijziging van ELV naar GRZ.
- Betekent dat het niet meer nodig is om toestemming te vragen aan Zilveren Kruis om de indicatie van een ELV opname te wijzigen naar GRZ.

Toelichting op deze verruiming:

Soms kan een klant bij een verwijzing GRZ niet direct starten met een actieve revalidatie. Dan kan er gebruik gemaakt worden van een ELV-bed tot het moment dat actieve revalidatie gestart wordt.

In onze kernregio's stellen wij als voorwaarde dat een uitbreiding van het aantal GRZ- of ELV-plaatsen alleen in overleg met Zilveren Kruis mogelijk is. Dit geldt zowel voor een uitbreiding van het aantal plaatsen op een nieuwe locatie als voor een uitbreiding op een bestaande locatie. Om zicht te houden op de capaciteit, vragen wij tijdens de inkoop voor 2023 en 2024 het aantal GRZ-en ELV-plaatsen via VECOZO uit.

Coördinatiefuncties voldoen minimaal aan de volgende 4 functionaliteiten opgesteld door ActiZ en ZN:

1. Triage conform de omschrijving van het afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf, waarbij relevante kennis en vaardigheden beschikbaar moeten zijn en er minimaal 7 dagen per week tot 22.00 uur toegang is tot intercollegiaal consult van de specialist ouderengeneeskunde;
2. 24/7 bereikbaarheid en inzicht in beschikbare capaciteit, waarbij de gekozen regionale infrastructuur geschikt moet zijn voor toekomstige verbreding naar andere zorgvormen;
3. Monitoring en evaluatie van het functioneren van de regionale coördinatiefunctie verblijf, op gestructureerde wijze met betrokkenheid van verwijzers en andere gebruikers en periodieke communicatie over de ontwikkeling en voortgang van de coördinatiefunctie;
4. Kwaliteit- en effectmeting regionale coördinatiefunctie verblijf, onder verantwoordelijkheid van betreffende zorgaanbieder en zorgverzekeraar en met deelname van verwijzers.

Als zorgaanbieder bent u zelf verantwoordelijk voor een gelijkmatige verdeling van de zorg over het jaar, waarbij u rekening houdt met het vaste omzetplafond, de zorgvraagontwikkeling en seizoenpatronen. Bij het bereiken van het omzetplafond:

- Zal Zilveren Kruis te veel betaalde productie achteraf terugvorderen.
- Dient de zorg aan bestaande klanten door geleverd te worden.
- Verwijst u klanten die zich met een nieuwe zorgvraag aandienen terug naar Zilveren Kruis voor verdere bemiddeling naar een gecontracteerde zorgaanbieder die nog wel (financiële) ruimte heeft.

Voor grote zorgaanbieders is er mogelijkheid tot substitutie van GRZ budget naar ELV budget. Wanneer u ook een ELV overeenkomst heeft, staan wij substitutie van GRZ budget naar ELV toe. Substitutie van ELV naar GRZ is niet mogelijk.

Inkoopvoorwaarden – o.a. :

- Staat u garant voor de continuïteit van – de te leveren – zorg aan bestaande patiënten?

- Toetst en registreert u bij opname of ELV dan wel GRZ passende zorg is, bijvoorbeeld op basis van het "Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf 2.0" van Significant of het Triage instrument Geriatrische Revalidatiezorg van Verenso en heeft u een geriatrisch assessment uitgevoerd als er geen sprake is van voorgaande ziekenhuisopname?
- Heeft u regionale samenwerkingsafspraken over triage, overdracht van patiënten en de medische verantwoordelijkheidsverdeling gemaakt met ziekenhuizen, huisartsen, wijkverpleegkundigen, verpleeghuizen, gemeenten en andere eerstelijns zorgverleners?
- Vindt er een vorm van evaluatie plaats waarbij op structurele wijze retrospectief wordt getoetst (tijdens of na opname) of de indicatiestelling juist was (met uitzondering van ELV PTZ)? Gebruikt u deze informatie voor uw eigen kwaliteitsverbetering en terugkoppeling aan verwijzers?

Tav Coördinatiefuncties:

- De uitvoerder kan regionale samenwerkingsafspraken met zorgaanbieders van ouderenzorg en verwijzers aan Zilveren Kruis overleggen. In deze afspraken is het volgende vastgelegd:
 - o Het actualiseren van de beschikbaarheidsinformatie, de zorginhoudelijke afweging, overdracht van klanten en de daarbij noodzakelijke klantinformatie, medische verantwoordelijkheidsverdeling en het delen van monitoringsinformatie zijn onderwerp van deze afspraken.
 - o De uitvoerder heeft het mandaat om de coördinatiefunctie in de provincie te vervullen. Dat betekent bijvoorbeeld dat de uitvoerder inzicht heeft in de beschikbare capaciteit van alle aangesloten zorgaanbieders van tijdelijk verblijf. Het betekent ook dat de uitvoerder toegang heeft tot gegevens om de coördinatiefunctie te kunnen evalueren.
 - o De afspraken zijn ondertekend door de zorgaanbieders van ELV en mogelijk andere vormen van tijdelijk verblijf en wijkverpleging. Samen hebben deze zorgaanbieders ten minste een dekking van 85 procent van de ELV-bedden in de provincie en bij voorkeur van 100 procent. Bij uitbreiding naar andere zorgvormen verwachten wij dat deze dekkingspercentages worden nagestreefd.
 - o Deze afspraken zijn ondertekend door vertegenwoordigers van de belangrijkste verwijzers in de provincie, waaronder ten minste de huisartsen en de ziekenhuizen. Wijzigingen in deze afspraken tijdens de looptijd worden proactief gemeld.

De coördinatiefunctie organiseert regionale casuïstiektafels om de plaatsing van moeilijk plaatsbare klanten te bespreken en te versnellen.

Eerstelijnsverblijf (ELV)

Eerstelijns verblijf is medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in een intramurale locatie van een (toegelaten) zorginstelling. Ook wel: 'verblijf in verband met zorg, zoals huisartsen die plegen te bieden'. Dit arsenaal omvat een verscheidenheid aan activiteiten, bijvoorbeeld: observeren, bewaken, diagnosticeren en medicatie toedienen. Zorg in eerstelijns verblijf is gericht op herstel van de patiënt en de situatie/context waarin deze zich bevindt en daarmee de terugkeer naar huis. Eerstelijns verblijf is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven, maar waarvoor geen opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling of (geriatrische) revalidatiezorg is aangewezen. Wettelijke kaders van het eerstelijns verblijf zijn terug te vinden in de duiding van het Zorginstituut Nederland.

ELV laag complex

De patiënt heeft een enkelvoudige aandoening en/of beperking die een bedreiging vormt/vormen voor de gezondheid van de patiënt. Er is verzorging en verpleging in de nabijheid, observatie, signalering en interventie nodig. De medische zorg in ELV laag complex bestaat uit zorg 'zoals huisartsen die plegen te bieden' al dan niet gepaard gaande met paramedische zorg.

ELV hoog complex

Bij de patiënt is sprake van meerdere, elkaar beïnvloedende aandoeningen en/of beperkingen. Er is vaak sprake van polyfarmacie en de mogelijke gevolgen daarvan. Er is multidisciplinaire behandeling nodig. De patiënt heeft verzorging en verpleging in de directe nabijheid nodig. De (multidisciplinaire) behandeling dient plaats te vinden in een op de specifieke doelgroep ingerichte omgeving. De zorg ondersteunt de ADL van de patiënt of neemt deze over. De verantwoordelijk arts neemt zowel de generalistische als de specialistische behandeling op zich. De medische zorg in ELV hoog complex richt zich vooral op: functionele diagnostiek, prognostiek, het opstellen van een behandelplan met SMART geformuleerde doelen op basis van 'shared decision making' met de patiënt en het

patiëntensysteem, regievoering tijdens het behandeltraject, verantwoordelijkheid nemen in de keten en zorgdragen voor adequate samenwerking, zoals vastgelegd in samenwerkingsafspraken. Afhankelijk van de problemen bij en van de patiënt kunnen professionals toegevoegd worden aan het multidisciplinair (zorg-) team.

Ad d. Inkoopbeleid VGZ ikv ELV

<file:///C:/Users/yvank/Downloads/D0164-202303%20Inkoop%20ELV%20GRZ%20GZSP%202024-WEB.pdf>

Eerstelijnsverblijf

Eerstelijnsverblijf (ELV) is zorg en verblijf voor cliënten die vanwege medische redenen tijdelijk niet thuis kunnen wonen. De zorg is gericht op herstel en terugkeer naar huis. Het ELV draagt bij aan het principe juiste zorg op de juiste plek (JZOJP), kwaliteit van leven, het voorkomen van onnodige instroom in het ziekenhuis en een betere doorstroom vanuit het ziekenhuis.

De provincienale coördinatiefuncties (RCF) zijn sinds 2018 in gebruik en blijven een belangrijke rol spelen in het coördineren van en toe leiden naar ELV-bedden. Door deze functies heeft de verwijzer één centraal aanspreekpunt en inzage waar in de provincie er beschikbare bedden zijn. We zien dat dit bijdraagt aan het tijdig ontvangen van de juiste zorg voor onze leden.

Sinds het ontstaan van de coördinatiefuncties is een grote praktijkvariatie ontstaan. Daarnaast zien we in relatie tot de landelijke opdracht dat er (mogelijk een te) groot aanbod is aan coördinatiefuncties. Om de regionale coördinatiefuncties optimaal te laten functioneren, werken we in 2024 verder aan het opstellen van duidelijke kaders. Dit met als doel het optimaal functioneren van deze regionale coördinatiefuncties en het verminderen van praktijkvariatie. Wij hebben een voorkeur voor digitaal werken boven fysiek (zie ook Voorwaarden coördinatiefunctie ELV). Daarnaast volgen wij de ontwikkelingen op ZN-niveau rondom de Zorg Coördinatie Centra (ZCC).

De NZa voert in 2022 en 2023 een registratie- en kostprijsonderzoek uit om tot passende bekostiging te komen voor eerstelijnsverblijf. De uitkomsten van dit onderzoek worden naar verwachting verwerkt in de bekostiging van 2025. De experimenten met observatie-/triagebedden hebben een langere looptijd. Daarom financieren we in 2024 geen nieuwe experimenten bij zorgaanbieders met observatie-/triagebedden.

Regionale coördinatiefunctie tijdelijk verblijf

De regionale coördinatiepunten zijn een essentiële schakel in de toeleiding van patiënten naar het juiste bed buiten het ziekenhuis. De laatste jaren zijn de coördinatiepunten snel ontwikkeld. In 2024 houden we hier graag aan vast. Uitgangspunt hiervoor blijven de volgende 4 functionaliteiten van de coördinatiefunctie waar aan moet worden voldaan:

- Triage volgens het afwegingsinstrument voor opname ELV
- 24/7 bereikbaarheid en inzicht in regionale capaciteit en beschikbaarheid
- Monitoring en evaluatie van het functioneren van de coördinatiefunctie
- Kwaliteit- en effectmeting van de coördinatiefunctie

Wij stimuleren zorgaanbieders om naast bovenstaande functionaliteiten onderstaande toe te voegen:

- Werkprocessen en triage zijn zoveel mogelijk digitaal ingericht
- Het regionaal coördinatiepunt is doelmatig ingericht
- Er is sprake van een optimaal aantal punten om het hele land te bedienen
- Alle bedden (van alle zorgaanbieders) in de provincie zijn inzichtelijk.

Aanvullende minimumeisen voor een zorgovereenkomst ELV

• De zorgaanbieder verklaart dat het verblijf voldoet aan de bouwkundige eisen die aan verblijf gesteld worden, zoals:

• De zorgaanbieder garandeert 24 uur per dag beschikbaarheid van geneeskundige en verpleegkundige zorg.

• De zorgaanbieder garandeert de beschikbaarheid van medische zorg bij spoed, conform de richtlijn van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). De aanrijtijd van een medisch verantwoordelijke is maximaal 15 minuten en binnen 30 seconden moet er een reactie (via telefoon, ICT of beeldbellen) zijn.

• De zorgaanbieder is aangesloten bij het regionale coördinatiepunt.

- De zorgaanbieder heeft een inspanningsverplichting om regionaal met andere aanbieders wachttijden inzichtelijk te maken.
- De zorgaanbieder maakt schriftelijk, regionale afspraken (binnen de provincie waar hij actief is) met huisartsen, ziekenhuizen, VVT-instellingen, gemeenten en andere eerstelijns zorgverleners over:
 - In- en uitstroom
 - Regionale triage voor tijdelijke opname
 - Toegang tot tijdelijke bedden buiten kantooruren en in het weekend
- De zorgaanbieder stemt zorgpaden en protocollen af met eerste- en tweedelijns.
- De zorgaanbieder maakt afspraken (in ieder geval met de eigen huisarts) over de overdracht van medische gegevens (medisch beleid) tussen ziekenhuis en het eerstelijnsverblijf bij opname en ontslag.
- De opnamemogelijkheden van het eerstelijnsverblijf zijn zodanig dat een patiënt binnen 24 uur kan worden opgenomen.

Ad e. Inkoopbeleid CZ ikv ELV

<https://zorginkoopbeleid.cz.nl/grz-elv-gzsp/1-visie-van-cz-groep-op-grz-elv--gzsp>

In onze visie is er een duidelijk onderscheid tussen ELV laag complex en ELV hoog complex. ELV laag complex moet zo dicht mogelijk bij de cliënt worden aangeboden en laagdrempelig bereikbaar zijn voor de verwijzende huisarts. ELV hoog complex en GRZ schuren qua inhoud dicht tegen elkaar aan en kenmerken zich door haalbare revalidatiedoelstellingen. In de praktijk zijn ELV en GRZ communicerende vaten die nogal eens zorgen voor een grijs gebied. De inhoudelijke raakvlakken tussen ELV en GRZ zijn geen probleem als we cliënten kunnen plaatsen op geconcentreerde herstel- en revalidatieafdelingen die beide aanspraken kunnen inzetten, afhankelijk van de complexiteit van de zorgvraag. Daarnaast kunnen we een eerstelijnsverblijf inzetten voor cliënten die een levensverwachting hebben van minder dan 3 maanden (palliatief terminale zorg, PTZ), als de benodigde zorg thuis niet meer afdoende kan worden georganiseerd.

ELV, GRZ en GZSP zijn alleen effectief in een goede regionale samenwerking. Daarom hebben we landelijk afgesproken dat de coördinatiefunctie regionaal moet liggen. Daarom vinden we het ook van groot belang dat afspraken over onder meer gegevensuitwisseling, vroeg-signalering en advance care planning regionaal worden gemaakt. Dit blijven voor ons belangrijke punten bij de inkoop voor 2024. In het IZA wordt dit belang benadrukt en verder uitgebouwd. Wij juichen deze ontwikkeling toe. We kijken graag met zorgaanbieders wat er contractueel – vooral in volume - nodig is om in de provincie de afspraken te laten landen die we in het transformatieplan hebben neergelegd.

Een tweede relevante ontwikkeling is de bekostiging. Verschillende partijen werken hard aan een plan om de financieringsstructuur van ELV en GRZ te wijzigen. CZ groep participeert daar actief in in ZN-verband. We denken na over een vorm van modulaire bekostiging. Zodra hierover meer bekend is, zullen we het veld informeren. Voor 2025 verwachten wij per definitie geen grote wijzigingen.

Tot slot zien we veel potentie in ambulante GRZ. In ZN-verband scheppen we samen met Actiz de kaders om de ambulante GRZ goed te positioneren. De doelstelling op termijn is dat de ambulante GRZ een gedeelte van de klinische capaciteit gaat vervangen.

Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2024

Wij zien in de praktijk grote regionale verschillen in het aanbod van ELV en GRZ. Helaas is het zorgaanbod lang niet altijd goed afgestemd op de zorgvraag. In een aantal regio's neemt het ELV- en GRZ-aanbod onverklaarbaar en zonder overleg toe, terwijl bijvoorbeeld de prestatie ELV laag complex afneemt. Dit is geen gewenste situatie. Dit geldt zowel voor een uitbreiding op een nieuwe locatie als voor een uitbreiding op een bestaande locatie. CZ groep heeft zeker voor haar kernwerkgebieden goed zicht op de regionale vraag en het benodigde aanbod.

Om dit inzicht te kunnen behouden, vragen wij tijdens het inkoopproces het aantal GRZ- en ELV-plaatsen uit via VECOZO.

CZ groep werkt volgens het principe van high trust high penalty. De laatste jaren hebben we nagenoeg geen controles uitgevoerd op de minimumeisen. Vanaf 2024 zullen we steekproefsgewijs en periodiek een aantal onderdelen gaan controleren.

CZ groep biedt zorgaanbieders komend jaar de keuze om een productieafspraken te maken voor de duur van 2 jaar óf voor 1 jaar conform voorgaande jaren. Nadere uitwerking hierover volgt medio augustus in de aanbiedingsbrief.

Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

De GZSP-verwijzing was tot op heden slechts 3 maanden geldig. Vanaf 1 januari 2024 is zij 12 maanden geldig.

Coördinatiefuncties die niet voldoen aan de inkoopvoorwaarden bieden wij geen overeenkomst 2024 meer aan.

De aanspraken ELV, GRZ en GZSP hebben een breed aantal doelgroepen en/of diagnosegroepen. Door de (diagnose)groepen te classificeren en te specificeren, kunnen we de zorgkwaliteit beter meten, verbeteren en transparant maken. Voor het eerstelijnsverblijf onderscheiden we de doelgroepen aan de hand van de zorgvraag. Omdat de zorgvraag bij geriatrische revalidatiezorg al duidelijk is – namelijk revalideren – onderscheiden we daar de doelgroepen op basis van de diagnose, met ieder een eigen behandelinzet en zorgpad. Het verblijf is nadrukkelijk gericht op een terugkeer naar de eigen woonomgeving (behalve bij het eerstelijnsverblijf in de palliatieve terminale zorg). Een juiste triage aan de voorkant zorgt ervoor dat een cliënt de juiste zorg op de juiste plaats ontvangt. Daarnaast kunnen we met een juiste triage oneigenlijk gebruik van de zorg terugdringen. De uitstroom vanuit het eerstelijnsverblijf en de geriatrische revalidatiezorg naar de Wlz en het ziekenhuis blijft een punt van aandacht. In regio's en bij zorgaanbieders waar dit percentage in onze ogen te hoog is, zullen we het gesprek voeren als basis voor een verbeterplan.

Inzet ELV voorafgaand aan en na afloop van een GRZ-traject

We zien dat regelmatig het eerstelijnsverblijf (ELV) wordt ingezet voorafgaand aan de geriatrische revalidatiezorg (GRZ), omdat de betreffende cliënten in de GRZ nog niet (goed) belastbaar zijn, óf juist als vervolgzorg. Wij wijzen erop dat in de diagnose-behandelcombinatie van de GRZ al rekening is gehouden met deze niet belastbare dagen. Dit is geen aanleiding om aanvullend op de diagnose-behandelcombinatie van de GRZ óók het eerstelijnsverblijf (ELV) in te zetten. In beginsel dient de primaire GRZ-indicatie leidend zijn. Hetzelfde geldt voor de inzet van ELV hoog complex na het sluiten van een GRZ-traject. De doelstelling van geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is een terugkeer naar huis. ELV-vervolgzorg is zorginhoudelijk geen logische vervolgstap. De praktijk is weerbarstig en niet zo zwart-wit. Indien u op inhoudelijke gronden hierop een uitzondering wilt maken, denken onze zorginkopers en/of medisch adviseurs graag mee.

In onze data zien we terug dat de totale zorgkosten significant hoger zijn voor cliënten die ELV voor of na GRZ ontvangen hebben ten opzichte van cliënten die alleen GRZ ontvangen hebben. De DBC-trajecten zijn gemiddeld gezien ook niet korter als voorafgaand ELV wordt ingezet. CZ groep zal dit beleid handhaven en steekproefsgewijs controles uitvoeren bij zorgaanbieders die ELV hoog complex voor of na afloop van GRZ verhoudingsgewijs veel blijven gebruiken.

Uitstroom ELV en GRZ

De doelstelling van zowel ELV als GRZ is terugkeer naar de thuissituatie. We zien het percentage cliënten dat daadwerkelijk uitstroomt naar de thuissituatie steeds verder afnemen. Met name op het ELV ligt dit percentage betrekkelijk laag. Het ELV is in de praktijk vaak een smeermiddel binnen de keten als die dreigt vast te lopen. Het alternatief is doorgaans slechter en/of duurder. Voor GRZ vinden we dit een ander verhaal en gaan we ervan uit dat met een goede triage 75 tot 80 procent van de cliënten naar de thuissituatie terugkeert. Tussen zorgaanbieders en tussen regio's constateren we praktijkvariatie. In het CZ-waarde model is de uitstroom zowel bij ELV als bij GRZ een kwaliteitscriterium. We zullen hierover actief het gesprek gaan voeren en overwegen om bij zorgaanbieders met een lage uitstroom naar huis een volumekorting door te voeren.

CZ groep hanteert in de basis een omzetplafond voor het eerstelijnsverblijf en de geriatrische revalidatiezorg. Substitutie van de geriatrische revalidatiezorg naar het eerstelijnsverblijf is mogelijk indien deze substitutie een structureel karakter krijgt. Substitutie vanuit de aanspraak GRZ naar ELV staan we niet toe.

Ad f. NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-22132

https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_643410_22/1/

Eerstelijnsverblijf:

Zorg als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit Zorgverzekering, voor zover het gaat om verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

Psychologische zorg binnen eerstelijnsverblijf:

Zorg verleend door gedragsdeskundigen aan patiënten tijdens het eerstelijnsverblijf, passende bij de indicatie eerstelijnsverblijf, op verzoek van de huisarts of specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapt. Deze zorg valt onder de Zvw-prestatie 'zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden', en wordt geleverd aan patiënten met (een vermoeden van) gedragsmatige en/of cognitieve problematiek, en niet zijnde (specialistische) geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. De zorgverlener moet bevoegd en bekwaam zijn om de zorg voor patiënten met gedragsmatige en/of cognitieve problematiek te leveren.

Prestaties

In deze beleidsregel worden de volgende prestatiebeschrijvingen onderscheiden:

1. Eerstelijnsverblijf laag complex: verblijf en zorg bij één aandoening of beperking;
2. Eerstelijnsverblijf hoog complex: verblijf en zorg bij meerdere aandoeningen of beperkingen die elkaar beïnvloeden;
3. Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg: verblijf en palliatieve zorg in de laatste levensfase;
4. Experimentprestatie: resultaatbeloning en zorgvernieuwing;
5. Coördineren van verblijf (regionale coördinatiefunctie);
6. Onderlinge dienstverlening.

Ad 1. Eerstelijnsverblijf laag complex: verblijf en zorg bij één aandoening of beperking

De prestatie eerstelijnsverblijf laag complex is een prestatie per verblijfsdag en heeft als kenmerk dat de zorglevering door de aard van de zorgvraag laag complex is.

Eerstelijnsverblijf laag complex is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden, en gaat al dan niet gepaard met verpleging, verzorging of paramedische zorg, voor een enkelvoudige aandoening of beperking. Onder de prestatie valt ook de psychologische zorg binnen het eerstelijnsverblijf, zoals bedoeld in artikel 1 van de beleidsregel. Hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen wordt aan de patiënt verleend.

Ad 2. Eerstelijnsverblijf hoog complex: verblijf en zorg bij meerdere aandoeningen of beperkingen die elkaar beïnvloeden

De prestatie eerstelijnsverblijf hoog complex is een prestatie per verblijfsdag en heeft als kenmerk dat de zorglevering door de aard van de zorgvraag hoog complex is.

Eerstelijnsverblijf hoog complex is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden, en gaat al dan niet gepaard met verpleging, verzorging of paramedische zorg, voor meerdere en elkaar beïnvloedende aandoeningen of beperkingen. Onder de prestatie valt ook de psychologische zorg binnen het eerstelijnsverblijf, zoals bedoeld in artikel 1 van de beleidsregel.

Algemene dagelijkse levensverrichtingen worden van de patiënt overgenomen en er wordt toezicht en sturing geboden.

Ad 5. Coördineren van verblijf (regionale coördinatiefunctie)

De prestatie coördineren van verblijf is een prestatie waarbinnen de zorg geleverd door een regionaal coördinatiepunt kan worden bekostigd. Een coördinatiefunctie verblijf omvat in ieder geval de volgende vier functionaliteiten:

1. Triage conform de omschrijving van het afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf, waarbij relevante kennis en vaardigheden beschikbaar moeten zijn en er minimaal zeven dagen per week tot 22.00 uur toegang is tot intercollegiaal consult van de specialist ouderengeneeskunde;
2. 24/7 bereikbaarheid en inzicht in beschikbare capaciteit, waarbij de gekozen regionale infrastructuur geschikt moet zijn voor toekomstige verbreding naar andere zorgvormen;

3. Monitoring en evaluatie van het functioneren van de regionale coördinatiefunctie verblijf, op gestructureerde wijze met betrokkenheid van verwijzers en andere gebruikers en periodieke communicatie over de ontwikkeling en voortgang van de coördinatiefunctie;

4. Kwaliteit- en effectmeting regionale coördinatiefunctie verblijf, onder verantwoordelijkheid van betreffende zorgaanbieder en zorgverzekeraar en met deelname van verwijzers.

De prestatie kan alleen in rekening worden gebracht als hiervoor een schriftelijke overeenkomst is gesloten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar van de patiënt. In de overeenkomst zijn de inhoud van de te leveren zorg, de declaratie-eenheid, de duur en de hoogte van het in rekening te brengen tarief vastgelegd.

Tijdelijk verblijf bij een Wlz-indicatie

Tijdelijk verblijf geleverd aan patiënten met een Wlz-indicatie valt niet onder de reikwijdte van deze beleidsregel. Het Zorginstituut Nederland heeft in zijn duiding 'Eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet' van 29 maart 2016 aangegeven dat de indicatie voor de Wlz niet betekent dat er ook altijd sprake zal zijn van een verblijf in een Wlz-instelling. De Wlz onderscheidt namelijk de indicatie en de leveringsvorm. De leveringsvorm kan bestaan uit een daadwerkelijk verblijf in een instelling. De indicatie kan echter ook verzilverd worden in de eigen omgeving via een volledig pakket thuis, een modulair pakket thuis of een persoonsgebonden budget. Ook een geclusterde woonvorm hoort tot de mogelijkheden. Zodra in deze gevallen een behoefte ontstaat aan 'verblijf medisch noodzakelijk in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden', dan is slechts een tijdelijke wijziging van de leveringsvorm aan de orde. Dit tijdelijke verblijf valt daarmee onder de Wlz.

Ad g. Afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf 2.0

https://www.eerstekamer.nl/overig/20161222/afwegingsinstrument_voor_opname/document

Zie eerdere informatie.

Wlz indicatie voor patiënten in ELV (financiering/ bekostiging voorzieningen) Patiënten die in een ELV verblijven kunnen, indien zij niet meer naar huis kunnen, een Wlz-indicatie aanvragen. De ingangsdatum van het indicatiebesluit kan dan vóór de datum van het indicatiebesluit kan liggen, als er sprake is van een aanvraag voor Wlz-zorg aansluitend aan geriatrische revalidatie en aansluitend aan eerstelijns verblijf. Vanuit het ELV is een spoedaanvraagprocedure mogelijk voor een Wlz-indicatie, hiervoor geldt een wettelijke afhandeltermijn van twee weken (in plaats van de wettelijke termijn van zes weken).

Ad h. Inkoopbeleid coördinatiefuncties 2024. Zilveren Kruis (april 2023)

Coördinatiefuncties voldoen minimaal aan de volgende vier functionaliteiten opgesteld door ActiZ en ZN.

1. Triage conform de omschrijving van het afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf, waarbij relevante kennis en vaardigheden beschikbaar moeten zijn en er minimaal 7 dagen per week tot 22.00 uur toegang is tot intercollegiaal consult van de specialist ouderengeneeskunde;
2. 24/7 bereikbaarheid en inzicht in beschikbare capaciteit, waarbij de gekozen regionale infrastructuur geschikt moet zijn voor toekomstige verbreding naar andere zorgvormen;
3. Monitoring en evaluatie van het functioneren van de regionale coördinatiefunctie verblijf, op gestructureerde wijze met betrokkenheid van verwijzers en andere gebruikers en periodieke communicatie over de ontwikkeling en voortgang van de coördinatiefunctie;
4. Kwaliteit- en effectmeting regionale coördinatiefunctie verblijf, onder verantwoordelijkheid van betreffende zorgaanbieder en zorgverzekeraar en met deelname van verwijzers.

Wij vragen coördinatiefuncties uit onze kernregio's in 2024 per halfjaar informatie over het functioneren aan te leveren.

- Het aantal aanmeldingen gespecificeerd naar het type tijdelijk verblijf
- De instroom gespecificeerd naar het type tijdelijk verblijf
- Registratie wanneer de klant niet geplaatst kan worden in de geadviseerde zorgvorm

Indien aanvullend afgesproken (op basis van de minimale set functionaliteiten van ActiZ en ZN):

- Het afbuigen van zorgvragen van de tweede naar de eerste lijn inzichtelijk maken.

- Financiële besparing die de regionale coördinatiefunctie realiseert met het afbuigen van zorgvragen naar de eerste lijn.
- Benodigde regionale capaciteit en trends in vraag en aanbod inzichtelijk maakt
- Uitgebreide instroom-doorstroom-uitstroom informatie (uitstroom na opname, gemiddelde ligduur).

Inkoopvoorwaarden (bijlage).

De uitvoerder kan regionale samenwerkingsafspraken met zorgaanbieders van ouderenzorg en verwijzers aan Zilveren Kruis overleggen. In deze afspraken is het volgende vastgelegd:

- Het actualiseren van de beschikbaarheidsinformatie, de zorginhoudelijke afweging, overdracht van klanten en de daarbij noodzakelijke klantinformatie, medische verantwoordelijkheidsverdeling en het delen van monitoringsinformatie zijn onderwerp van deze afspraken.
- De uitvoerder heeft het mandaat om de coördinatiefunctie in de provincie te vervullen. Dat betekent bijvoorbeeld dat de uitvoerder inzicht heeft in de beschikbare capaciteit van alle aangesloten zorgaanbieders van tijdelijk verblijf. Het betekent ook dat de uitvoerder toegang heeft tot gegevens om de coördinatiefunctie te kunnen evalueren.
- De afspraken zijn ondertekend door de zorgaanbieders van ELV en mogelijk andere vormen van tijdelijk verblijf en wijkverpleging. Samen hebben deze zorgaanbieders ten minste een dekking van 85 procent van de ELV-bedden in de provincie en bij voorkeur van 100 procent. Bij uitbreiding naar andere zorgvormen verwachten wij dat deze dekkingpercentages worden nagestreefd.
- Deze afspraken zijn ondertekend door vertegenwoordigers van de belangrijkste verwijzers in de provincie, waaronder ten minste de huisartsen en de ziekenhuizen. Wijzigingen in deze afspraken tijdens de looptijd worden proactief gemeld.

De coördinatiefunctie organiseert regionaal casuïstiektafels om de plaatsing van moeilijk plaatsbare klanten te bespreken en te versnellen.

Bijlage 4. Casuïstiek ELV

Casus 26/9/2023: Er heeft zich vorige week een casus voorgedaan, waarbij diverse VVT organisaties aangaven geen bed beschikbaar te hebben (ELV Hoog). Ging over een aanmelding (26 sept, avond) van SEH over een mevrouw (Houten), geen cognitieve problemen, ADL zelfstandig, was door benen gezakt. Vraag was plaatsing voor tijdelijk herstel ELV Hoog.

Casus 18/10/2023: Aanvraag komt vanuit de SEH van het Diak in de middag rond 13.30 uur. Bekkenfractuur. Echte ELV aanvraag. Helaas hadden verschillende VVT organisaties geen bed beschikbaar. Patiënt is opgenomen in het ZH.

Casus: 20/10/2023: Aanvraag komt vanuit de huisarts rond 16:00 uur. Zelfstandige mw. met cellulitis. Daarbij draaiduizeligheid. Gevallen. Kan niet alleen thuis zijn. Verschillende VVT organisaties hadden geen bed beschikbaar. Mw. is ingestuurd naar de interne afdeling van het ZH.

Casus 20/10/2023: Aanvraag vanuit het Diak SEH om 15:00 uur. Mw. met een Radius fractuur. Normaliter erg zelfstandig. Verschillende VVT organisaties hadden geen bed beschikbaar op dit moment. Mw. is opgenomen in het ZH.

Casus 8/11/2-23: Mw. uit IJsselstein. Recent gevallen en toename depressiviteit. Krijgt EMDR therapie. Bekend met angststoornis. Bekend bij een Psychiater. Nu niet mobiel. Neemt medicatie niet goed in momenteel. Veel afgevallen afgelopen tijd. Overleg met Soa achterwacht, geeft aan dat het een GRZ moet zijn. Diverse VVT organisaties geen opname mogelijkheid (teveel GGZ problematiek).

Casus 8/11-2023: Vorige week ook al aangemeld en moeten weigeren omdat er nergens een bed beschikbaar was. Vandaag opnieuw aangemeld. Mw. uit Utrecht. Zorgprobleem ivm slijmbeursontsteking in haar bovenbeen en overgewicht(150 kg). Verschillende VVT organisaties GGB, uiteindelijk is er wel geplaatst.

Casus 25/11/2023, HAP zaterdag: Mw. met UWI en licht verward. woont zelfstandig 2x pw TZ, is gister gevallen. Komt uit Zeist. Diverse VVT organisaties geen opname mogelijkheid

Casus 26/11/2023: SEH diak belt, mw is gisteren gevallen en gezien op de SEH, hoofdtrauma , wond gehecht/geplakt. Vandaag terug op SEH zonder trauma vooraf, foto's van hand en sleutelbeen gemaakt , gisteren niet beoordeeld. Rechts sleutelbeen # en links hand #. Dit is gisteren over het hoofd gezien/niet beoordeeld vertelde arts. Cognitie gaat wat achteruit , woont in aanleunwoning 1x daags thuiszorg. na doorvragen gaat het moeizaam thuis en wordt er nagedacht of is de aanvraag voor WLZ al gedaan. Geen bed beschikbaar diverse VVT organisaties.

Casus 23/11/2023: Eergisterenavond bij het opendoen van de deur voor de maaltijdbezorger gevallen, waarschijnlijk enkel verdraaid. Is op de grond gevallen, zelf weer opgekrabbeld. Later op de avond kwam de pijn in de enkel pas. Gisteren hele dag op de bank gelegen en trippelend op de rollator naar toilet gegaan. Vandaag op SEH en heeft een bimalleolaire enkelfractuur rechts Mw krijgt gips om de rechter enkel en mag niet belasten. Komt over 1 week op de gips poli en volgt verder beleid. Totale behandeling zal 4 weken duren. Mw is bekend met neuropathie, alcoholabuses en COPD Mw drinkt 3 colatiks (met alcohol) per dag. Rookt shag. Gebruikt geen drugs. Sociaal/ Woont zelfstandig, nagenoeg geen netwerk. 1x per week HH hulp. Geen ELV bedden in de provincie..

Casus 28/11/2023: Net een aanmelding gehad van een mw. die aan de Arnhemse Bovenweg woont. Mw. is gevallen, hele zelfstandige mw. Woont samen met echtgenoot. Cognitief goed. Wilde haar tas pakken. Draaide te schielijk en viel over haar eigen voeten. Breukje in Schaambeent. Veel pijn, transfer moet met 1 persoon. Tijdelijk zorg nodig. VVT organisatie dichtbij had geen bed beschikbaar, waardoor mw naar Woerden moest. Partner baalt erg.

Casus 18/12/2023: Gisterenavond (zondag) aanvraag vanuit Meander MC. Mw. met keelkanker. Goede prognose en wordt bestraald. Nu covid erbij.

Zeven VVT organisaties gebeld, niemand een bed e/o personeel beschikbaar.

18/12/2023: Dhr. van 102. Is op de SEH van Meander MC. Dhr. is gevallen op het hoofd. Geen bloedingen. Wat wankel op de been.

Geen WLZ. 2 keer in de week thuiszorg maar nu ongeplande zorg nodig.

Dhr. is verzekerd bij Zilverenkruis. Alle zorgpensions hebben hun plafond bereikt. Zij kunnen dhr. niet opnemen. Verder vijftal organisaties gebeld, geen bed beschikbaar.

‘Geen bed beschikbaar? Dat is eigenlijk onacceptabel’

23-10-2023

Er is geen bed beschikbaar: een ongewenst antwoord dat onze zorgcoördinatoren toch geregeld moeten geven. Hoe komt dit en wat kunnen we eraan doen? Marije Hilhorst, medisch directeur bij Sterkzorg is lid van de *Stuurgroep samenwerking zorgcoördinatie tijdelijk verblijf ZCC Midden-Nederland* die zich hierover buigt. Zij roept de huisartsen op om alle aanvragen voor tijdelijk verblijf via het ZCC te blijven doen. Alleen zo krijgen we het probleem goed in kaart.”

In het eerste halfjaar van 2023 lukte het de zorgcoördinatoren 109 keer niet om een tijdelijk verblijf bed te regelen. Marije: “Hoewel vraag en aanbod op papier lijken te matchen, pakt het in de praktijk anders uit. We onderzoeken daarom samen met de VVT hoe dat komt en wat we kunnen verbeteren. We brengen daarnaast in beeld wat er gebeurt als er geen bed beschikbaar is. Ook zijn we in gesprek over goede alternatieven voor tijdelijk verblijf. Denk aan de specialist ouderenzorg die in de thuissituatie komt kijken wat nodig is of aan direct inzetbare wijkverpleging.”

Schrijnende situaties

“Ik ben blij dat er nu extra aandacht is voor dit probleem”, zegt Marije. “Want eigenlijk is het antwoord ‘er is geen bed beschikbaar’ onacceptabel. De huisarts blijft ermee zitten. Nu is het zo dat de gemiddelde huisarts niet snel opgeeft. Sommigen bellen alsnog alle locaties in hun eigen sociale kaart, want soms lukt het toch om iets te regelen. Dat helpt natuurlijk niet als je iets wilt centraliseren.” Ook ontstaan er schrijnende situaties: “Mensen proberen het thuis, de mantelzorg komt onder druk te staan en na een paar dagen wordt er opnieuw gebeld. Of er ontstaat een crisis, waardoor er uiteindelijk een zwaarder type bed nodig is. Ook de gang naar het ziekenhuis kan een gevolg zijn.”

Blijf melden

Naast zorgbemiddeling heeft het ZCC een monitoringsfunctie. “Daarom is het ontzettend belangrijk dat huisartsen het ZCC blijven benaderen zodra ze een tijdelijk verblijf bed nodig hebben. Alleen dan krijgen we goed zicht op de totale behoefte. Dat is essentieel om tot die goede werkwijze te komen, die ons veel tijd gaat besparen. Ondanks de vele geluiden over het capaciteitstekort in de zorg zijn we ervan overtuigd dat we de oplossing op korte termijn gaan vinden. Vanuit de VVT horen we dat er genoeg capaciteit is in onze provincie. Nu is het zaak om te analyseren waarom vraag en aanbod dan toch niet altijd matchen. Is dat alleen een logistieke puzzel of heeft het ook andere oorzaken? We zoeken het uit en houden je op de hoogte!

Bijlage 6. Geraadpleegde informatie

Aartsen C van. Zorgcoördinatiecentra vragen om nieuwe zorgberoepen. Zorgvisie (11 april 2023)

Aartsen C van. Kuipers kiest: zorgcoördinatiecentra krijgen aparte financiering. Skipr (16 mei 2023)

Acute zorg wordt vanaf 2025 vanuit provincie gecoördineerd (Skipr, 12 mei 2023)

Gerrita Haveman-Verkroost & Onno Feith. Zorgcoördinatie Tijdelijk Verblijf: geen bed beschikbaar Nadere analyse Q4 2022 & Q1 2023 (1 juli 2023)

Haarst H. van, Matthieu B, Callaars M. Eindrapportage en actieplan Juiste Zog op Juiste Bed. Readelij (juli 2022)

Ilse Zuurhout. Provincienale projecten en ideeën vs Kader gezond ouder worden (6 september 2023)

IZA provincie Utrecht. Kader transformatie-opgave "Gezond ouder worden" Concept (juni 2023)

IZA provincie Utrecht. Informatiedocument Provincieplan (augustus 2023)

Lutz C, Acute zorg wordt vanaf 2025 vanuit provincie gecoördineerd, Skipr (12 mei 2023)

Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland. Samen zorgen. Samen werken we aan een toekomstbestendige acute zorgketen. We hebben elkaar nodig om te zorgen dat we in onze provincie iedereen acute zorg kunnen bieden. <https://www.netwerkacutezorgmn.nl/>

Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland. Plan van aanpak Provincieplan Acute Zorg (31 augustus 2023).

Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland. Thema Ouderen.Vervolg Provinciebeeld Acute Zorg – naar Provincieplan Acute Zorg (14 september 2023).

Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland. De juiste zorg op het juiste bed. Projectplan doorstart (september 2023)

NZa. NZa Advies Passende acute zorg (Maart 2022)

Samenwerkingsovereenkomst coördinatiefunctie tijdelijk verblijf provincie Utrecht (1-1-2021)

Stuurgroep IBS-Wzd zorgkantoorprovincie Utrecht

Zorgcoördinatie tijdelijk verblijf, Management informatie Q1 2023 (ZCC)

Zorgkantoor. Wanneer en wie bel ik voor Crisiszorg in de Verpleging & Verzorging.

ZCC Midden Nederland. Eindrapport 2022. Pilot: ZCC Midden Nederland (??)

ZCC Midden Nederland. Proces Zorgcoördinatie Tijdelijk Verblijf.

ZCC. Zorgcoördinatie tijdelijk verblijf. Management informatie Q1 2023

Zilveren Kruis

<https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor/zorgaanbieders/uw-zorgverlening/crisiszorg-regelen/vv>

Diverse websites.

Bijlage 7. Afstemming andere regionale projecten

Algemeen

In de ROAZ provincie Midden Holland, provincie Utrecht, lopen diverse projecten los van elkaar, met eigen werkgroepen en stuurgroepen mbt zorg- coördinatie tijdelijk verblijf bedden ouderenzorg.

Met een zestal projectleiders is afstemming geweest over de verschillende projectlijnen, de samenhang, versnippering en overlap. Besproken is dat, naast de adviezen voortkomend uit de individuele projecten, een gezamenlijk advies wordt toegevoegd voor vervolgprijzen in 2024, met als doel meer samenhang te creëren op inhoud en werkwijze (efficiënt en effectief).

Betrokken projecten/projectleiders:

- Juiste zorg op juiste bed (nav rapport Raedelij) *Carin Littooy en Manon Scheltema*.
- Analyse IBS en Tijdelijk Verblijf bedden provincie Eemland, incl IBS/crisis *Fabiane Koning (projecteigenaar Beweging 3.0)*
- Infrastructuur voor onplanbare zorg in avond-, nacht- en weekendsituaties (project 2, actielijn 1) *Ingrid Janssen (projecteigenaar Careyn)*
- Regionale capaciteit specialisme Kort Verblijf (ELV/GRZ/Herstel) *Ingrid Janssen (projecteigenaar Careyn)*
- Infrastructuur voor coördinatie tijdelijk verblijf en crisisopnames (actielijn 1 project 1) *Yvonne van Kemenade (projecteigenaar Axioncontinu)*
- IBS bedden crisis: scenario's mbt organisatie *Kees Wever (projecteigenaar IVVU)*

Besproken met elkaar en herkenbaar voor allen, is dat:

- Er verschillende beelden zijn in de provincie van ziekenhuizen naar VVT en vice versa.
- Complexiteit van de provincie (veel partijen betrokken) en van de inhoud (veel soorten bedden, verschillende processen).
- Onduidelijkheid wie welke bedden heeft.
- Verschillende processen lopen door elkaar.
- Data: wat willen we precies weten en is dat beschikbaar?
- Vanuit VVT – veel verwijzende organisaties te maken. Perspectief ziekenhuis is iets eenduidiger, gaat alleen over plaatsingen naar de VVT.
- IZA lijnen, lijnen binnen eigen organisatie, regionaal plan Zorgkantoren, regionale plannen e.d...
- Overleggen verschillende niveaus (bestuur, directie, zorgbemiddeling e.d.).
- Gezamenlijke verantwoordelijkheid.
- Zo efficiënt mogelijk met mensen en middelen omgaan.
- Meer samenhang aanbrengen in de lopende projecten (inhoud en proces).

Gezamenlijk voorstellen 2024: inhoudelijk

De verbetervoorstellen (adviezen) van de bovenstaande projecten komen op hoofdlijnen met elkaar overeen, waarbij het uitgangspunt is, processen zo efficiënt en effectief mogelijk in te richten.

Algemeen:

- Verschillende soorten bedden vragen om eenzelfde soort verbeterlagen.
- Er is een duidelijk samenhang in planbare en acute/spoedbedden, als er problemen zijn met de coördinatie van planbare bedden (cliënten), worden deze bedden (cliënten) vanzelf acute/spoed.
- Patiëntenreis: voorstel is om een praatplaat maken bij ons bekende projecten, met knelpunten en aanpak – overzichtelijk en uniform.
- Uitgangspunt: te maken afspraken, monitoren, evalueren, bijstellen (PDCA), Korte termijn vs Lange termijn.

Afspraken (PDCA):

- Afspraken nazoeken, evt herijken als dat nodig is.
- Afspraken maken over implementatie.
- Houden aan huidige afspraken (samenwerkingsovereenkomst/convenant): borgen en monitoren (casuïstiek en registratie).
- Afspraken vastleggen in app (IBS app uitbreiden).

Proces en werkwijze:

- Zichtbaarheid, elkaar kennen.
- Overzicht alle bedden in de provincie, wie heeft welke bedden en hoeveel?
- Patiëntenreis gezamenlijk vaststellen.
- Real time capaciteit inzet alle VVT.
- Eenduidige werkwijze (via Zorgdomein e/o met koppelingen).
- Alle aanmeldingen via ZCC (ook provincie Eemland). Bespreken wat praktische mogelijkheden zijn voor inbedding/afstemming\
- Provincie Utrecht en Eemland blijven aanhaken.

Inhoudelijk:

- Clustering bepaalde bedden in de provincie?
- Pilot met grote aanbieders – wisselende verantwoordelijkheid voor opname in ANW?
- Mandaat SO – overleg met ZCC ikv juiste/passende indicatie.
- Afstemmen CIZ indicatie 9B herstel (voorwaarden CIZ)

Gezamenlijk voorstellen 2024: projectstructuur

Advies is in 2024 meer samenhang aan te brengen in de projectstructuur, zodat de projecten als vanzelfsprekend meer in samenhang kunnen worden uitgewerkt en besproken.

Daarbij is het advies goed te kijken naar de juiste betrokkenheid van mensen (bestuur, directie, operationeel) en organisaties (in de keten en vertegenwoordiging VVT).

Q-consult heeft de opdracht gekregen een voorstel te schrijven tav regionaal bestuursmodel (projectstructuur), om meer samenhang te creëren, overleggen efficiënter en effectiever in te richten. Bij het schrijven van deze rapportage is het voorstel bij de projectleiders nog niet bekend.

Projecten mbt acute/planbare ouderenzorg vragen om een afstemming in de keten. IZA is hierin veelal leidend. Uit deze Ketenprojecten komen wel afspraken voort die binnen een bepaalde sector (bijvoorbeeld de VVT) moeten worden opgepakt (IVVU-projectlijnen).

Om iets te kunnen zeggen over de concrete invulling/vervolg van projecten in 2024, zal de adviezen van Q-consult worden afgewacht.