# Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf 2.0

*Doorontwikkeling na overheveling eerstelijns verblijf naar Zvw*

November 2016

In opdracht van ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport

In samenwerking met: LHV, Verenso, V&VN, InEen, NVSHA, NIV, KNGF, Patiëntenfederatie Nederland, PPN, ActiZ, CIZ

Referentie: RR/tg/16.277

Auteurs: Rosa Remmerswaal, Lieke van de Camp, Irene Lapajian

significant.

# Nut en noodzaak van het instrument

### Wat is eerstelijns verblijf

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. Per 1 januari 2017 valt het eerstelijns verblijf (ook wel ELV) onder de zorgverzekeringswet en niet meer als subsidie onder de Wet langdurige zorg. Wettelijke kaders van het eerstelijns verblijf zijn terug te vinden in de duiding van het Zorginstituut Nederland.

### Doel: afwegingsinstrument als hulpmiddel

Het afwegingsinstrument is een beknopt instrument waarmee de betrokken zorgverleners rond het eerstelijns verblijf worden ondersteund. Het doel van het afwegingsinstrument is de professionele afweging te faciliteren. Vanwege de vaak complexe casuïstiek is een complete afvinklijst niet mogelijk. De afwegingsboom ondersteunt dan ook de inhoudelijke professionele afwegingen van de hulpverlener om passende zorg te vinden in gedeelde besluitvorming met de patiënt. Het afwegingsinstrument bestaat uit:

1. Afwegingsondersteuning als een patiënt geen medische interventie behoeft, maar mogelijk niet zonder aanvullende zorg naar huis kan of thuis kan blijven;
2. Vertaling van de verschillende voorzieningen naar de financiële kaders.

De huidige versie van het afwegingsinstrument (versie 2.0) heeft gebruik gemaakt van eerdere inzichten en vervangt versie 1.0. De betrokken partijen erkennen dat in de toekomst nadere aanscherping nodig is, maar kiezen om aan de slag te gaan met het best-voorhanden-instrument.

### Verantwoordelijkheid betrokken professionals

**Afweging.** Voor de afweging van passende zorg is het van belang de juiste professionals te betrekken. De doelgroep voor eerstelijns verblijf heeft vaak al een zorghistorie, waarbij diverse professionals zijn betrokken. Denk aan de huisarts, transferverpleegkundige, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde of maatschappelijk werker. De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de afweging van eerstelijns verblijf is afhankelijk van de situatie van de patiënt. Als de patiënt thuis verblijft, is de huisarts verantwoordelijk, bij ontslag uit het ziekenhuis de medisch specialist (al dan niet gedelegeerd naar de transferverpleegkundige).
**Zorgverlening.** Gezien de benodigde expertise heeft de huisarts de verantwoordelijkheid voor de medische zorgverlening bij laag complexe zorg. De specialist ouderengeneeskunde heeft de medische verantwoordelijkheid bij hoog complexe zorg. Voor beide prestaties kan de verantwoordelijkheid worden overgedragen aan een arts verstandelijk gehandicapten. Afwijkingen van dit uitgangspunt zijn mogelijk, indien hierover andere regionale, lokale of op de situatie van de patiënt (bijvoorbeeld in verband met continuïteit van zorg) afgestemde afspraken zijn gemaakt. Om terugkeer naar huis te stimuleren blijft bij beide zorgvormen betrokkenheid van de huisarts en eerder genoemde professionals relevant.

### Gebruik afwegingsinstrument

Het instrument kan gebruikt worden voor patiënten, waarbij een zorgvraag aanwezig is, die mogelijk een (kortdurende) opname, zoals eerstelijns verblijf, vraagt. Eén van producten van eerstelijns verblijf is palliatief terminale zorg. Omdat de afweging voor deze verblijfsvorm momenteel al goed verloopt, is deze doelgroep in dit afwegingsinstrument achterwege gelaten (voor meer informatie: Informatiekaart Palliatief Terminale Zorg).

De potentiële doelgroep bestaat uit kwetsbare patiënten die vanuit huis (door verandering in medische situatie of uitval van de mantelzorger), de spoedeisende hulp of opname in het ziekenhuis komen. Als hulpmiddel voor de professionele afwegingen kunnen de vragen uit het afwegingsinstrument worden gebruikt. Indien de zorgverlening thuis mogelijk is, kan inzet nodig zijn vanuit verschillende voorzieningen. De mogelijkheden onder vraag 3 zijn niet uitsluitend.

# Afwegingsinstrument kortdurend verblijf

*Achterliggende afweging -*

*Opsommingen ter gedachtevorming en derhalve niet uitputtend*

*Vragen*

*Passende zorg*

1.
- Medisch specialistische interventies;
- Tweedelijns medische interventies;

1. Is ziekenhuis-zorg noodzakelijk?

Ja → Ziekenhuis

Nee ↓

2.
- Behandeling;
- Diagnostiek/observatie;
- (Onplanbare) verpleegkundige zorg;
- Hoog risico op geneeskundige zorg;

2. Is (medische) zorg noodzakelijk?

Nee → Wmo-voorzieningen
- Algemene voorzieningen;
- Maatwerkvoorzieningen (o.a. respijtzorg);

Ja ↓

3.
- Is de situatie thuis veilig en verantwoord?
- Behoefte aan onplanbare zorg;
- Val- en dwaalgevaar;
- Behoefte aan ADL-ondersteuning;

3. Is de (medische) zorg thuis mogelijk?

Ja → 3a. Is er een eerstelijns zorg-behoefte?

Ja → Eerstelijns zorg
- Wijkverpleegkundige;
- Paramedici;
- POH/huisarts;
- SO, AVG;

en/of → 3b. Is er aanvullende hulp of ondersteuning nodig?

Ja → Wmo-voorzieningen
- Algemene voorzieningen;
- Maatwerkvoorzieningen (o.a. respijtzorg);

en/of → 3c. Kan een mantelzorger hierin ondersteunen?

Ja → Mantelzorg
- Verzorging;
- Hulp dagelijkse taken;

Nee ↓

4.
- Blijvend permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid;
- Voorgeschiedenis van de patiënt;

4. Is deze behoefte permanent?

Ja → Verpleging en verzorging in instelling

Nee of onbekend ↓

5.
- Trainbaarheid en leerbaarheid (cognitie);
- Belastbaarheid;
- Motivatie;

5. Zijn er haalbare revalidatiedoelen?

Ja → Intramurale revalidatiezorg*

Nee of onbekend ↓

6.
- Enkelvoudige problematiek (patiënt kan naast opnamedoel andere problemen hebben);
- Multidisciplinair team nodig?

6. Opname i.v.m. elkaar beïnvloedende meervoudige problematiek?

Nee → Logeeropvang/ crisisbed**

Nee → Eerstelijns verblijf laag complex

Ja → Logeeropvang/ crisisbed**

Ja → Eerstelijns verblijf hoog complex

* Zie de volgende link voor Triage Instrument (Geriatrische) Revalidatiezorg.

** Zie pagina 5 voor toelichting op kortdurende opnames voor patiënten met een Wlz-indicatie.

significant.

# Toelichting

**Afweging respijtzorg of ELV (afweging 2)**

Bij de keuze tussen respijtzorg en eerstelijns verblijf gaat het om de vraag of er een behoefte is aan geneeskundige zorg. Als de medische situatie stabiel is, is respijtzorg op basis van de Wmo aan de orde. Respijtzorg is een gemeentelijke voorziening die tijdelijk als vervanging voor de eigen omgeving geldt. Planbare verpleging kan daarom op basis van de Zvw binnen de plaatselijke/ lokale voorzieningen geleverd worden. Bij het wegvallen van de mantelzorger zijn er verschillende overwegingen die tot de conclusie kunnen leiden dat er sprake is van een behoefte aan 'verblijf in verband met geneeskundige zorg'. Er is sprake van een indicatie voor het eerstelijns verblijf in plaats van respijtzorg bij een bevestigend antwoord op één of meerdere van de volgende vragen:

- Is er sprake van medische instabiliteit in de zin van behoefte aan een 'wakend oog; dreigende gezondheidsverlies; en/of,
- Is er een behoefte aan onplanbare verpleging; en/of,
- Is er een behoefte aan verzorging in de zin van het overnemen van ADL-verrichtingen?

**Afweging GRZ of ELV (afweging 5)**

Zowel eerstelijns verblijf, als geriatrische revalidatiezorg is kortdurend verblijf met als doel dat voor de patiënt terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. Het Zorginstituut Nederland geeft in haar duiding aan dat het eerstelijns verblijf en GRZ als een continuüm van zorgvormen gezien kan worden, namelijk van eenvoudige, niet-intensieve herstel- of reactiverende trajecten tot intensieve complexe revalidatiezorg. Het onderscheid tussen beide zorgvormen heeft betrekking op GRZ, als:

1. Haalbare revalidatiedoelen (binnen de hiervoor gestelde termijn van zes maanden) aanwezig zijn; en
2. De zorg binnen één week aansluit op verblijf in verband met geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

De zorg is onderdeel van de 'geneeskundige zorg' en wordt omschreven in artikel 2.5 Bzv onder c (zie duiding Zorginstituut Nederland voor de volledige bepaling).

**Hoog en laag complex (afweging 6)**

De zorg in de Zvw kan variëren en patiënten kunnen makkelijk switchen tussen laag- of hoog complex zorg. Bij circa 80% van de patiënten kan de verantwoordelijk arts vooraf inschatten of de patiënt laag- of hoog complexe zorg binnen het eerstelijns verblijf nodig heeft. De 20% waarbij dit minder duidelijk is wordt idealiter naar een locatie verwezen waar zowel laag- als hoog complexe zorg geleverd kan worden. Dit zodat het tijdens het verblijf mogelijk is op- of af- te schalen.

*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'.

*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 patiëntsysteem, 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 (bijlage 4 Afwegingsinstrument eerstelijns verblijf, Verenso, december 2015).

# Vervolg toelichting

**Kortdurende opnames voor patiënten met een Wlz-indicatie (financiering/ bekostiging voorzieningen)**

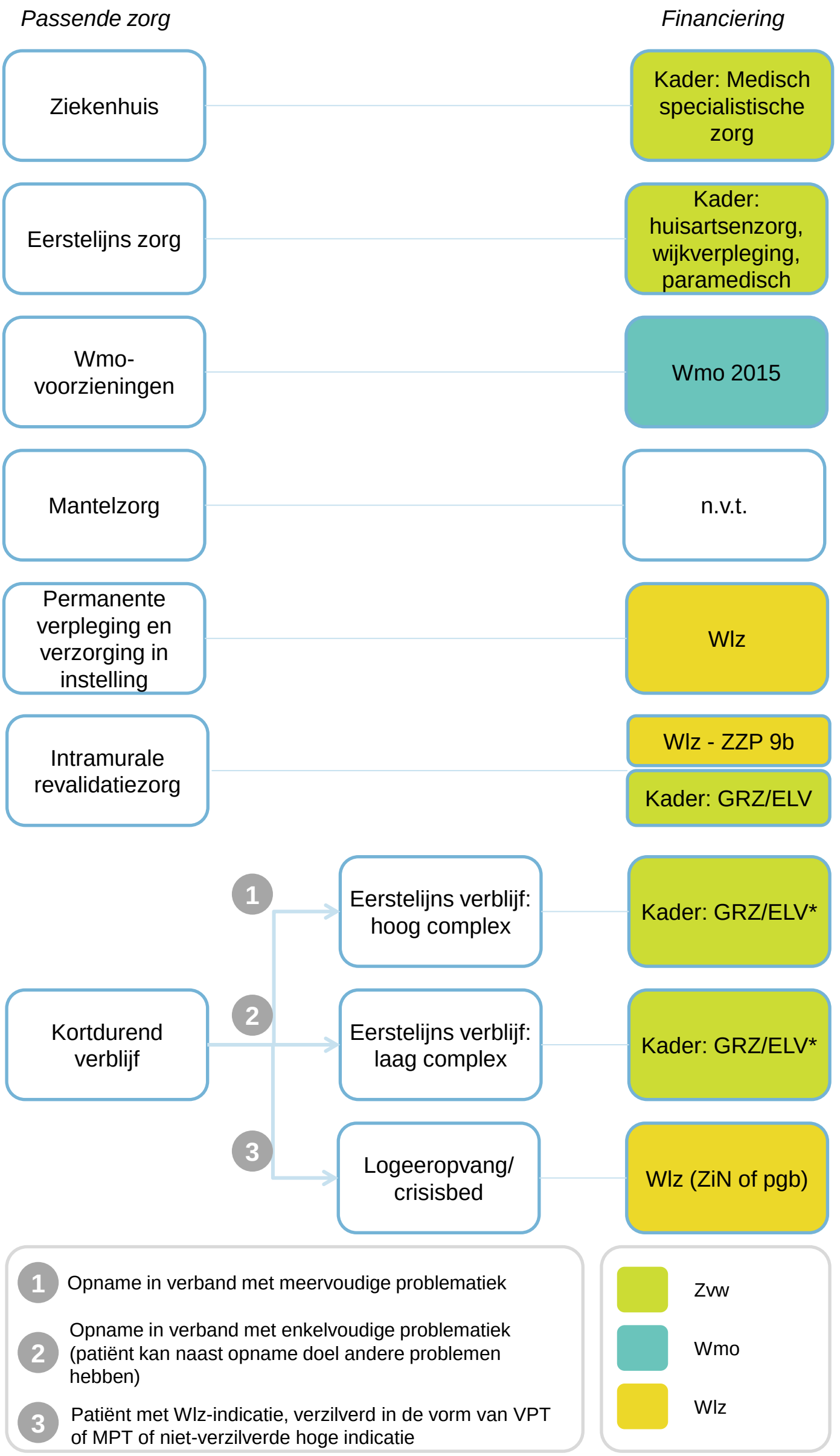
In de financiering van de Wlz is rekening gehouden met de situatie dat patiënten met een Wlz-indicatie een kortdurende opname behoeven. De logeeropvang en het Wlz-crisisbed zijn vormen voor kortdurend verblijf in de Wlz. Een Wlz-crisisbed is een vorm van tijdelijke opvang voor mensen met een Wlz-indicatie die acuut een bed (tijdelijk of permanent) nodig hebben in een zorginstelling. Wlz-uitvoerders en Wlz-aanbieders maken afspraken over leegstand, zodat altijd een Wlz-crisisbed beschikbaar is. Voor logeeropvang en Wlz-crisisbedden gelden de volgende afspraken:

- Patiënten met een Wlz-indicatie die niet in een instelling verblijven (maar hun indicatie verzilverd hebben in hun eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis (VPT), een modulair-pakket-thuis (MPT)) kan een behoefte ontstaan aan ‘kortdurend medisch noodzakelijk verblijf’. Bij deze patiënten is volgens het Zorginstituut Nederland een tijdelijke wijziging van leveringsvorm aan de orde, waardoor zij in de logeeropvang/een crisisbed van de Wlz kunnen verblijven, gefinancierd met zorg in natura (ZiN) in de Wlz;
- Patiënten met een Wlz-indicatie die thuis wonen met een persoonsgebonden budget (pgb) kunnen het budget besteden aan logeeropvang/een crisisbed;
- Patiënten met een niet-verzilverde hoge Wlz-indicatie (≥ ZZP 4) kunnen tijdelijk in de logeeropvang/een crisisbed verblijven;
- Patiënten met een niet-verzilverde lage Wlz-indicatie (ZZP 1-3) kunnen wel naar een eerstelijns verblijf.

**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).

# Financiering/ bekostiging voorzieningen




* De huisartsenzorg die geleverd wordt binnen ELV valt niet onder het kader GRZ/ELV, maar onder het kader huisartsenzorg.