In één keer goed! Een verkennend onderzoek naar gebruik van Eerstelijnsverblijf - Vilans

In één keer goed!

Een verkennend onderzoek naar gebruik van Eerstelijnsverblijf

Vilans

Vilans

In één keer goed!

Een verkennend onderzoek naar gebruik van Eerstelijnsverblijf

‘Oude bomen moet je niet verplanten’

(Nederlands spreekwoord)

Verkennend onderzoek
Auteurs
Dr. C. Ubink-Bontekoe, MSc M. Spierenburg

Interviews: Frank van Wijck
Vormgeving: Taluut
Illustraties bomen: Bomenstichting (www.bomenstichting.nl)

© Vilans, februari 2018, kenniscentrum voor de langdurende zorg.
Meer informatie op www.vilans.nl

Inhoud

Voorwoord 5

1 Inleiding en leeswijzer 7
1.1 Aanleiding: beknopt overzicht van actuele ontwikkelingen en achtergronden in de ouderenzorg 9
1.2 Doelstelling 11

2 Resultaten deskresearch 12
2.1 Is het ELV gebruik altijd passend? 12
2.1.1 Ervaringen eerstelijnsverblijf over 2015 en 2016 12
2.1.2 Andere vormen van kortdurend verblijf 13
2.2 Knelpunten in het ELV-proces van instroom, zorgverlening en uitstroom 16
2.2.1 Instroom 17
2.2.2 Zorgverlening 19
2.2.3 Uitstroom 19
2.3 Financiële prikkels voor de verschillende vormen van kortdurend verblijf 20

3 Data-analyse ELV hoogcomplex en de interventie bij huisarts/SEH 23
3.1 ELV hoogcomplex bij Attent Zorg en Behandeling en Zinzia Zorggroep 23
3.2 Interventie om kwetsbare ouderen met complexe meervoudige problematiek zo snel mogelijk de juiste (vervolg)zorg te bieden vanaf de SEH/ huisarts 25
3.2.1 Observaties op de SEH Rijnstate 26
3.2.2 Observaties bij de verwijzing naar ELV door de huisarts 27

4 Conclusies 28

Interviews 34

Geraadpleegde bronnen 76
Meelezers 76
Geïnterviewden 77

Eerstelijnsverblijf, in één keer goed!

Italiaanse populier, Amsterdam. Foto: Frank Warendorf

Voorwoord

Eerstelijnsverblijf, in één keer goed!

Onder deze titel is in de afgelopen maanden een onderzoek uitgevoerd naar de praktijk van het eerstelijnsverblijf. En met gevoel voor urgentie en ambitie is voor deze aanhef gekozen. Want nog te vaak worden kwetsbare ouderen in geval van crises onnodig verplaatst en hadden bijvoorbeeld ziekenhuisopnames voorkomen kunnen worden.

Dit blijkt uit voorliggende onderzoeksresultaten en ook geïnterviewden in meerdere regio's spreken hier over een waaier aan oplossingen.

Zo spreekt ook het in oktober 2017 tot stand gekomen Regeerakkoord 2017-2021 intussen over 'de juiste zorg op de juiste plek'. Met de hier bedoelde beweging van tweede naar eerstelijn, van intramuraal naar extramuraal, en met het voorkomen van onnodige zorg moet op jaarbasis vanaf 20121 zelfs een verbetering van 1,9 miljard euro gerealiseerd worden.

Tegen deze dwingende maar vooral betekenisvolle achtergrond komen de resultaten van dit onderzoek beschikbaar. Ze passen in een reeks van lopend en nog op stapel staand (ELV-)onderzoek en voeden het landelijk debat over eerstelijnsverblijf naar doelgroep, inhoud, omvang en bekostiging.

Voor een verstandige doorontwikkeling van het eerstelijnsverblijf maar zeker ook gelet op de samenhang met het brede vraagstuk van de kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van de zorg voor kwetsbare ouderen, beveel ik voorliggend onderzoeksverslag graag van harte bij u aan.

Karin I. Lieber
Raad van Bestuur
Zinzia Zorggroep

1 Inleiding en leeswijzer

Er is sprake van dubbele vergrijzing: er komen procentueel meer ouderen, en de levensverwachting van deze ouderen neemt toe. Dat heeft grote consequenties voor de ouderenzorg, die ook steeds meer in de thuissituatie verleend wordt. Meer mensen maken gebruik van de voorzieningen, terwijl de financiën niet in gelijke mate mee kunnen stijgen. Tegen die achtergrond zet de overheid over de hele zorgketen in op substitutie van zorg. Binnen de ouderenzorg brengt dit veel veranderingen met zich mee.

De verzorgingshuizen voor mensen met een lichte zorgvraag zijn verdwenen. Mensen met een ZZP1 tot en met ZZP3 komen niet meer in aanmerking voor een indicatie met verblijf. Het zo lang mogelijk thuis blijven wonen is de wens van de meeste ouderen, en het sluit aan bij het overheidsbeleid. Hierdoor neemt de complexiteit van de zorg in de thuissituatie toe. Dit heeft gevolgen voor de hele keten. Het vraagt meer van de mantelzorgers, de extramurale ouderenzorg (de thuiszorg en de wijkverpleging), en ook bij de huisartsen, de huisartsenposten en de spoedeisende hulpen (SEH's) neemt het aantal bezoeken van kwetsbare ouderen toe.

Met de overgang van de AWBZ naar de Wlz is eerstelijnsverblijf (ELV) ontwikkeld. ELV valt binnen de basiszorg van de zorgverzekeringswet en is bedoeld als logische schakel om medisch noodzakelijk kortdurend verblijf mogelijk te maken als het thuis even niet meer gaat, of als het na een ziekenhuisopname nog niet gaat. De verwachting is dat dit product zich de komende jaren verder zal ontwikkelen en een belangrijke schakel gaat worden in de integrale ouderenzorg.

Deze publicatie gaat in op de eerste ervaringen met ELV en de effecten voor de hele keten voor kwetsbare ouderen.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 leest u de achtergrond van de vraag en de doelstelling.

Hoofdstuk 2 is een deskresearch, die antwoord geeft op drie onderzoeksvragen, te weten:

- Is het ELV-gebruik altijd passend?
- Welke knelpunten zijn er in het ELV-proces van instroom, zorgverlening en uitstroom?
- Welke mechanismen beïnvloeden de instroom, doorstroom en uitstroom?

Hoofdstuk 3 is een data-analyse van cliënten ELV hoogcomplex vanuit Zinzia Zorggroep en Attent Zorg en Behandeling (periode van november 2016 tot december 2017). De instroom, doorstroom en uitstroom van 115 cliënten is geanalyseerd. Daarnaast is bij de instroom van het ELV een interventie uitgevoerd door middel van een huisbezoek, of een gesprek op de SEH, om kwetsbare ouderen met complexe meervoudige problematiek zo snel mogelijk de juiste (vervolg)zorg te bieden.

Hoofdstuk 4 bevat de conclusies en aanbevelingen. Aanbevelingen die enerzijds betrekking hebben op de beleidsmatige ontwikkelingen, en anderzijds handvatten bieden om de ouderenzorg over de hele keten heen beter vorm te geven.

Vervolgens beschrijven professionals in acht interviews praktijksituaties rond het eerstelijnsverblijf en geven zij hun visie op de ontwikkeling daarvan.

Het onderzoek is uitgevoerd door Vilans, in samenwerking met Attent Zorg en Behandeling, ziekenhuis Rijnstate en Zinzia Zorggroep.

1.1 Aanleiding: beknopt overzicht van actuele ontwikkelingen en achtergronden in de ouderenzorg

De ouderenzorg is in transitie. Het langer thuis blijven wonen met een complexe zorgvraag vraagt om mogelijkheden om flexibeler in te kunnen springen op acute situaties. Kwetsbare ouderen doen vaker een beroep op de huisartsen, en komen vaker terecht op de spoedeisende hulp. In deze situaties is er lang niet altijd een noodzaak tot medisch specialistische hulp, een ziekenhuisopname is dan niet nodig. Als het thuis (tijdelijk) niet meer gaat, bestaat de mogelijkheid tot tijdelijke zorg met verblijf. Dit was tot 2015 vanuit de AWBZ mogelijk onder de titel `tijdelijk verblijf`. Met de overgang naar de Wlz is die mogelijkheid vervallen, en is medisch noodzakelijk kortdurend verblijf mogelijk gemaakt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) als eerstelijnsverblijf (ELV).

Het langer thuis wonen betekent voor de thuiszorg en de wijkverpleging zwaardere zorg in de thuissituatie en ook mantelzorgers die zwaardere zorg ondersteunen thuis. De mogelijkheden voor extramurale behandeling vanuit de verpleeghuisdisciplines worden verruimd. Mede op basis daarvan wordt de samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde beleidsmatig gestimuleerd. Ook de extramurale inzet van paramedici en gedragswetenschappers vanuit de verpleeghuizen wordt gestimuleerd. De toename in zorgzwaarte is eveneens binnen de verpleeghuizen. Mensen komen later in een verpleeghuis, met een complexere zorgvraag. Dit doet een groter beroep op de verzorging, verpleging en behandeling. Door de latere instroom en complexere zorgvraag neemt de gemiddelde verblijfsduur af in de verpleeghuizen. De mutatiegraad in de verpleeghuizen stijgt daardoor. Er ontstaat meer dynamiek, en er wordt meer flexibiliteit gevraagd van de sector.

Langer thuis blijven wonen met een complexe zorgvraag vraagt om mogelijkheden die flexibeler inspringen op acute situaties. Deze kwetsbare ouderen doen vaker beroep op de huisartsen/huisartsenposten, en komen vaker terecht op de spoedeisende hulp[1]. In deze situaties is er lang niet altijd een noodzaak tot medisch specialistische hulp, dus een ziekenhuisopname is dan niet nodig. Toch worden deze mensen vaak opgenomen in een ziekenhuis omdat terugkeer naar huis niet mogelijk is. Het gevolg is een toename aan verkeerde-bedproblematiek. Van de alternatieven, wat er dan wel mogelijk is, zijn de huisartsenposten en de SEH's nog onvoldoende op de hoogte.

Naast ELV zijn er nog andere mogelijkheden voor vervolgzorg in een acute situatie. Er zijn mogelijkheden in de ambulante setting, zoals meer thuiszorg, wijkverpleging of dagbesteding, waardoor het mogelijk kan zijn dat mensen wel direct terugkeren naar huis. Als terugkeer naar huis ook dan niet mogelijk is, dan zijn er, naast ELV

1 https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2017/09/11/toegang-tot-acute-zorg-op-orde-maar-druk-neemt-toe

nog andere mogelijkheden voor kortdurend verblijf in de vorm van geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en respijtzorg. Wanneer de verwachting is dat terugkeer naar huis structureel niet meer mogelijk is, dan kan iemand binnen de Wlz voor langdurig verblijf in aanmerking komen, directe opname is dan mogelijk via de Wlz-crisisregeling. Door de vele opties is het complex om hierin een juiste afweging te maken. Daardoor komen ook binnen de verpleeghuizen regelmatig mensen op het verkeerde bed terecht. Deze verkeerde-bedproblematiek, in zowel het ziekenhuis als bij kortdurend verblijf in de verpleeghuizen, betekent vaak meer verplaatsingen voor de patiënt. Deze verplaatsingen bevorderen de kwaliteit van zorg en de doelmatigheid daarvan niet.

Met de overgang van de AWBZ naar de Wlz, biedt Wlz een kader voor langdurig verblijf, de mogelijkheid tot kortdurend verblijf is daarmee verdwenen. Om kortdurend verblijf toch mogelijk te maken is ELV ontwikkeld. In 2015 en 2016 is ELV door middel van een subsidieregeling uitgevoerd door het zorgkantoor. Op die manier vormt ELV een logische schakel om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Als mensen langer thuis blijven wonen, met een toenemende zorgvraag neemt het risico toe dat er situaties kunnen ontstaan waarin tijdelijk verblijf nodig is, als `langer thuis` even niet kan. Eerstelijnsverblijf is gericht op herstel en terugkeer naar de thuissituatie na een acuut ontregelde situatie thuis of na een ziekenhuisopname waarbij terugkeer naar huis nog niet mogelijk is, maar waarbij geen medisch specialistische zorg nodig is. Binnen ELV zijn er drie varianten: laagcomplex, hoogcomplex en de mogelijkheid tot palliatieve zorg.[2]

Vanaf 1 januari 2015 is er een enorme stijging in het gebruik van ELV waar te nemen. Het budget voor ELV is iedere keer tussentijds bijgesteld omdat de groei veel groter is dan op basis van de demografische gegevens werd verwacht. Redenen die hiervoor genoemd worden, zijn divers: het verdwijnen van de verzorgingshuizen, laagdrempelige indicering door de verwijzende arts, oneigenlijk gebruik van het ELV, en onduidelijkheid over het triageproces. De enorme stijging leidt ook tot vragen over de ingekochte capaciteit. Zijn er voldoende bedden ingekocht, en zijn deze bedden voor de verwijzers voldoende vindbaar. Met name in de acutezorgketen (huisartsenposten en SEH's) geeft dit veel onduidelijkheid met Kamervragen tot gevolg. De relatie tussen de verschillende genoemde knelpunten zijn nu onvoldoende helder.

Het ELV bevindt zich op het snijvlak van de verschillende 'zorgdomeinen'. Er is veel over ELV geschreven, vanuit de verschillende belangenbehartigers. ActiZ en Verenso geven een beeld vanuit de VVT-sector. ELV raakt echter ook de verwijzers, te weten de huisartsen(posten) en de ziekenhuizen inclusief de SEH. Ook die signalen zijn meegenomen om een zo breed mogelijk beeld te schetsen.

2 ELV laagcomplex werd onder de subsidieregeling ELV basis genoemd, en ELV hoogcomplex was ELV intensief. In deze publicatie worden de termen laagcomplex en hoogcomplex gebruikt.

1.2 Doelstelling

De VVT-sector biedt zowel thuiszorg, wijkverpleging als de vormen van kortdurend verblijf (ELV, GRZ, respijtzorg). Zij heeft daardoor veel kennis van de verschillende mogelijkheden. Het doel is dat we het percentage 'in één keer goed', de juiste zorg op de juiste plek, kunnen verhogen.

Voor de deskresearch leidt dit tot de volgende onderzoeksvragen:
- Is het ELV-gebruik altijd passend?
- Welke mechanismen bepalen de afweging bij de instroom?
- Welke sturingsmechanismen beïnvloeden de instroom, doorstroom en uitstroom?

De veronderstelling is dat we conclusies kunnen trekken welke interventies tot betere en doelmatiger zorg leiden aan deze kwetsbare groep als we de gehele situatie van de cliënt en zijn systeem bij de aanmelding voor ELV beter in kaart brengen, en de problematiek vanuit de verschillende domeinen beter begrijpen.

Wat is eerstelijnsverblijf[3]

Eerstelijnsverblijf 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 eerstelijnsverblijf is gericht op herstel van de patiënt en de situatie/context waarin deze zich bevindt en daarmee de terugkeer naar huis. Eerstelijnsverblijf 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 eerstelijnsverblijf (ook wel ELV) onder de zorgverzekeringswet en niet meer als subsidie onder de Wet langdurige zorg. Wettelijke kaders van het eerstelijnsverblijf zijn terug te vinden in de duiding van het Zorginstituut Nederland.

3 Het eerstelijnsverblijf binnen de zorgverzekeringswet, ZIN 29 maart 2016

2 Resultaten deskresearch

2.1 Is het ELV-gebruik altijd passend?

2.1.1 Ervaringen eerstelijnsverblijf over 2015 en 2016

De eerste helft van 2015 heeft het CIZ op landelijk niveau 12.164 positieve CIZ-besluiten afgegeven voor ELV, het betreft hier 11.731 unieke cliënten. 90% van deze gebruikers was ouder dan 64 jaar, en 65% woonde alleen en zelfstandig. De verdeling over ELV laag, hoog en palliatief was respectievelijk 31%, 46% en 24%. De eerste drie maanden laten een duidelijke stijging zien van het aantal indicaties. Dit betreft een ingroei-effect van de subsidieregeling. Over het gehele jaar 2015 is het gebruik van ELV groter geweest dan verwacht.[4] Het originele financiële kader is twee keer verruimd. In totaal kwam het daarmee uit op € 183 miljoen. De eerste raming van VWS is destijds gemaakt op basis van aantallen cliënten die na opname ook weer daadwerkelijk naar huis zijn teruggekeerd (exclusief de palliatieve opnames). Er is daarbij geen rekening gehouden met cliënten die zijn doorgestroomd naar langdurig verblijf. De veronderstelling was dus dat bij aanvang van de zorg helder was of terugkeer naar huis wel of niet mogelijk was. Uit de cijfers van het CIZ volgt echter dat 24% van de cliënten met een ELV-besluit in de eerste helft van 2015 is doorgestroomd naar de Wlz (peildatum 22 december 2015). De overige doorstroomcijfers zijn 4% ELV, 40% overleden en 32% geen vervolgbesluit, dus waarschijnlijk geen zorg meer, of via Zvw of Wmo.

In 2016 en 2017 is het gebruik van ELV opnieuw enorm gegroeid. Ten opzichte van 2015 is in 2016 het gebruik van ELV (aantal cliënten) met 29% toegenomen[5]. Deze stijging is fors groter dan de stijging van de 65-plussers. De stijging is het grootst voor ELV hoogcomplex, 48%. Voor ELV laagcomplex en palliatief is de stijging 15% respectievelijk 14%. Het totale budget voor ELV is in 2017 toegenomen tot € 305 miljoen. Ten opzichte van 2015 een stijging van 67%.

Van de aanvragen bij het CIZ voor ELV is 48% ingediend door het ziekenhuis en 47% door de zorgaanbieder. Slechts 5% van de aanvragen kwam via huisartsen, revalidatiecentra en aanbieders van zorg aan zintuigelijk gehandicapten. Volgens het CIZ was het kleine aantal aanvragen vanuit de huisartsen te verklaren doordat de huisarts meestal contact maakt met de zorgaanbieder, en de zorgaanbieder vervolgens de aanvraag doet. Wanneer het huisartsen niet bekend is waar zij een patiënt kunnen plaatsen, kwam het ook voor dat zij doorverwezen naar het ziekenhuis. In deze rapportage zijn de aanvragen vanaf de SEH niet apart vermeld (die vallen onder de aanvragen vanuit het ziekenhuis).

De Marktscan Acute Zorg onderscheidt vier instroomroutes voor ELV:

- ELV 50,0%
- SEH-KO-ELV 30,3%
- KO-ELV 10,8%
- SEH-ELV 6,9%

KO = klinische opname in het ziekenhuis.

De eerste groep (ELV) komt rechtstreeks vanuit de thuissituatie via de huisarts/wijkverpleegkundige naar het ELV. De andere drie groepen worden verwezen vanuit het ziekenhuis, inclusief SEH. Dit betekent dat ongeveer de helft van de verwijzingen komen via de huisarts, en ongeveer de helft via het ziekenhuis. Ervan uitgaand dat de aanvraag van de huisarts in 2015 vaak door de ontvangende zorgaanbieder is verzorgd, zijn de instroomcijfers vanuit de thuissituatie en vanuit het ziekenhuis inclusief SEH over 2015 en 2016 vergelijkbaar. Doorstroom- en uitstroomcijfers vanuit het ELV zijn over 2016 niet beschreven.

De gemiddelde verblijfsduur ELV is gedaald voor de drie prestaties. Het blijkt dat in 2016 ongeveer een kwart van de cliënten twee weken of minder lang gebruik maakte van ELV. Opvallend is ook de afkapgrens bij 90 dagen, doordat de indicatie voor ELV-basis of -intensief (respectievelijk laag- en hoogcomplex) 90 dagen geldig is. Slechts een klein deel kreeg vervolgens een herindicatie.

Tabel 1

De gemiddelde verblijfsduur ELV in dagen per prestatie is in 2016 gedaald ten opzichte van 2015 .

	2015	2016
Laag	46	40
Hoog	53	45
Palliatief	33	29
Eindtotaal	**47**	**41**

2.1.2 Andere vormen van kortdurend verblijf

ELV is niet de enige vorm van kortdurend verblijf. Om een uitspraak te kunnen doen of het gebruik van ELV passend is, moeten we deze andere vormen van kortdurend verblijf ook meenemen in de afweging. Binnen de Zvw is er ook de geriatrische revalidatiezorg (GRZ), een zorg van kortdurend verblijf dat zich kenmerkt door multidisciplinaire revalidatiedoelen. Het doel van de GRZ is het behalen van de revalidatiedoelen die gericht zijn op terugkeer naar de thuissituatie. GRZ volgt meestal na een verblijf

4 Significant 2016

5 Marktscan Acute Zorg, NZA (Bron Vektis)

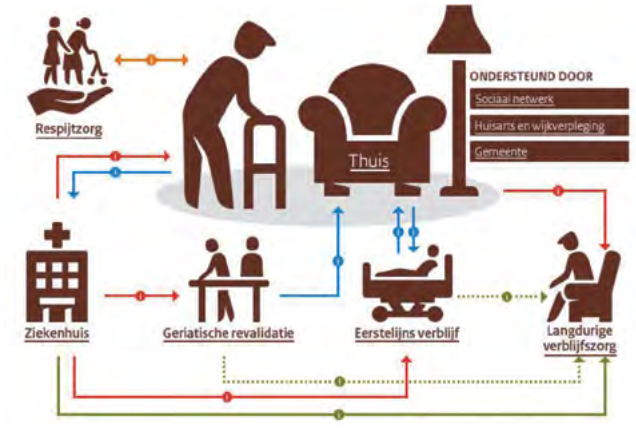
6 Marktscan Acute Zorg, NZA (Bron Vektis)

in het ziekenhuis, maar sinds 2015 bestaat ook de mogelijkheid in te stromen in de GRZ vanuit de thuissituatie (na een geriatrisch assessment in het ziekenhuis). Deze laatste route komt in de praktijk veel minder voor dan de eerste.
Wanneer mensen met een Wlz-indicatie zonder verblijf tijdelijk opgenomen moeten worden, dan zijn ELV en GRZ uitgesloten. De Wlz-indicatie dient dan tijdelijk te worden omgezet naar Wlz met verblijf. Voor cliënten van wie in de thuissituatie blijkt dat verblijf noodzakelijk is, en dat terugkeer naar huis geen optie meer is, dient een Wlz-indicatie te worden aangevraagd. Indien het niet verantwoord is deze cliënten thuis de indicatieprocedure af te laten wachten, kunnen deze mensen via de Wlz-crisisregeling direct worden opgenomen.

Andere vormen van kortdurend verblijf zijn respijtzorg (Wmo) en hotelzorg (particuliere zorg). Respijtzorg biedt de mogelijkheid aan de mantelzorger om de zorg voor iemand tijdelijk aan professionals over te laten. Iemand kan dan tijdelijk worden opgenomen, zodat de mantelzorger tot rust kan komen, om de zorg voor de naaste daarna weer op zich te nemen. De respijtzorg is er dus eigenlijk voor de mantelzorger, en niet direct voor de zorgbehoevende. Hotelzorg is particuliere zorg. Wanneer mensen zelf na een ziekenhuisopname, of een acute situatie nog niet naar huis willen, maar tijdelijk opgenomen willen worden om daar zorg te ontvangen is dit mogelijk. Deze zorg valt niet onder de basisverzekering en dient de cliënt dus zelf te betalen, eventueel vanuit een aanvullende verzekering. Respijtzorg en hotelzorg worden in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

In het onderstaande schema staan de verschillende vorm van kortdurend verblijf weergegeven met de instroom- en doorstoomroutes erbij aangegeven. Dit geeft de huidige praktijk weer van de cliëntenstromen.[7]

Figuur 1.
De verschillende vormen van kortdurend verblijf en hoe ze over de keten heen met elkaar verbonden zijn.
Harde cijfers om te bepalen of het ELV-gebruik altijd passend is, zijn er nog niet.



7 Infographic, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

De groei van het ELV kan deels verklaard worden door de groter wordende populatie kwetsbare ouderen in de thuissituatie, en door het verdwijnen van de verzorgingshuizen. Ook zou het CIZ strenger indiceren waardoor mensen later in aanmerking komen voor de Wlz. Vaak wordt ook een verkeerde instroom genoemd, dat wil zeggen, dat cliënten aangemeld worden voor ELV waar eigenlijk sprake is van een GRZ- of een Wlz-indicatie. Er zijn geen onderzoeken die hier hele duidelijke uitspraken over doen. Vanuit de ELV-aanbieders zijn er veel signalen dat bij opname uit de overdracht al blijkt, bij deze cliënt is terugkeer naar huis niet meer haalbaar. En in die gevallen zou direct een Wlz moeten worden aangevraagd. Hoe groot deze groep daadwerkelijk is, is onbekend. Een nader onderzoek van de uitstroomcijfers van ELV kan hierin meer inzicht geven.

GRZ kenmerkt zich door haalbare revalidatiedoelen, waardoor er een grotere behandelinzet nodig en mogelijk is. Aanbieders geven geregeld aan dat er tijdens een ELV meer te bereiken zou zijn, als er meer behandeling ingezet kon worden. De scheidslijn tussen ELV en GRZ is hiermee in de praktijk heel dun. Er is een grijs gebied, wat ook lang niet altijd vooraf is in te schatten. Om dit beter in beeld te brengen en cijfermatig te onderbouwen is ActiZ een ELV-registratieonderzoek gestart[8]. Dit onderzoek levert een bijdrage aan het NZa-kostenonderzoek. Dit kostprijsonderzoek geeft inzicht in de hoeveelheid behandeling die wordt ingezet in het ELV. Naast de inzet van behandeling voor herstel, en soms in de praktijk ook revalidatiedoelen, is er daarnaast een doelgroep waarbij (zorg)diagnostiek nodig is, vaak rondom de cognitieve vermogens. Dit vraagt om een relatief grote inzet van de psycholoog. Met ingang van 2018 valt deze zorg ook onder het ELV[9]. Het gaat hierbij om zorg vallende onder de Zvw-prestatie zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden, niet zijnde geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Dit laatste heeft betrekking op zowel de generalistische basis-ggz als de gespecialiseerde ggz. De inzet van de psycholoog onder het ELV is slechts als medebehandelaar.

Samenvattend zijn de groei en het gebruik van het ELV nog te divers, en nog te versnipperd om harde uitspraken te kunnen doen over het gebruik en de gepastheid. De scheidslijnen tussen ELV, GRZ en Wlz zijn dun en in de praktijk nog niet altijd helder. Daarnaast is de doelgroep voor ELV zeer divers. Meer onderzoek en cijfers zijn noodzakelijk om hier algemene uitspraken over te doen. Wel kan gesteld worden dat wanneer bij de aanmelding voor ELV meer gegevens bekend zouden zijn, het beter mogelijk zou zijn om de instroom goed te sturen en daardoor passende zorg te leveren. Echter, deze gegevens zijn lang nog niet in alle gevallen op dat moment beschikbaar. Daar ligt dus zeker nog een ontwikkelpunt binnen de ouderenzorg. Hoe de situatie thuis is, voordat deze zich ontwikkelt tot een acute situatie is een aandachtspunt waarin de komende jaren zeker nog een transitie plaats zal vinden. Wanneer deze situaties eerder herkend kunnen worden, zal dit ook een positieve uitwerking hebben op het in één keer inzetten van de juiste vervolgzorg.

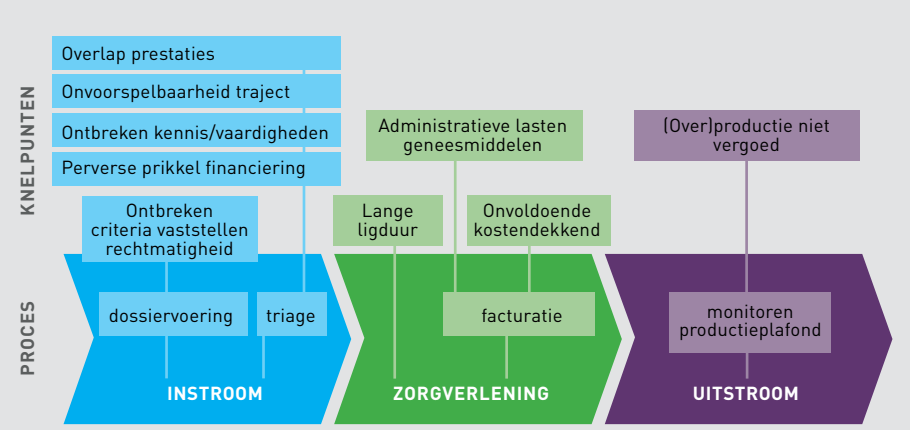
8 33 ActiZ-leden gestart met ELV-onderzoek, 1 november 2017, www.actiz.nl
9 Beleidsregel eerstelijnsverblijf BR/REG- 18162

2.2 Knelpunten in het ELV-proces van instroom, zorgverlening en uitstroom

In de hierboven genoemde rapporten zijn een aantal knelpunten rondom het ELV beschreven. Ook zijn er uitvragen gedaan onder de ELV-aanbieders, de huisartsen en de acute zorgketen. De benoemde knelpunten komende grotendeels overeen[10]:

- de triage
- inzicht in de beschikbare capaciteit
- domeindiscussies tussen de verschillende zorgvormen (ELV, GRZ, wijkverpleging, medisch specialistische verpleging thuis (MSVT) en Wlz)
- financiële afwegingen

Figuur 2.
Overzicht knelpunten in instroom, zorgverlening en uitstroom van Eerstelijnsverblijf, QConsult.



De subsidieregeling (2015 en 2016), de beleidsregel 2017 en de beleidsregel 2018 komen zorginhoudelijk grotendeels overeen. ELV is zorginhoudelijk dus hetzelfde product gebleven. De financiering is overgegaan van de AWBZ/Wlz naar de Zorgverzekeringswet, maar het blijft een integraal tarief. Dezelfde definities worden gehanteerd, en dezelfde vormen van zorg beschreven. Qua werkwijze en processen zijn er wel verschillen aan te wijzen, en dan met name bij de overgang naar de Zvw. Verschillen zijn:

- Indicatiesteller
- Indicatie-aanvrager
- Vergelijking met GRZ, Wlz, respijtzorg
- Farmaceutische zorg valt buiten de ELV-prestatie (dit betreft met name administratieve lasten, deze worden buiten beschouwing gelaten)

10 www.qconsultzorg.nl/Actueel/onderzoek-knelpunten-en-oplossingen-eerstelijnsverblijf

2.2.1 Instroom

Met de overgang naar de Zvw is de huisarts de indicatiesteller voor ELV geworden. Vanuit de thuissituatie is de huisarts ook vaak de aanvrager van het ELV, al dan niet in samenspraak met de transferverpleegkundige/verpleegkundige in de wijk, en/of de specialist ouderengeneeskunde. Het indicatiestellen doen de huisartsen aan de hand van het afwegingsinstrument[11]. In de praktijk zien we het volgende. De huisarts heeft een cliënt die niet thuis kan blijven, en die geen ziekenhuiszorg nodig heeft. Om die reden vraagt de huisarts zorg met verblijf aan. Vanuit huisartsperspectief is dat afdoende. Voor de huisarts is het lastig te bepalen welke vervolgzorg er dan precies mogelijk is, en welke afwegingen daarin gemaakt moeten worden. Voordat er tot opname wordt overgegaan, is er daarom altijd afstemming met de zorgaanbieder, de ontvangende partij. Samen doen zij de triage en bepalen zij wat nodig is, en op welke plek de juiste zorg geleverd kan worden. De huisartsen vinden dat de zorgaanbieder (te) veel vragen stelt[12]. Dit leidt af van hun taken als huisarts, zeker tijdens de ANW-diensten.

Naast ELV zijn er de andere vormen van tijdelijk verblijf. Voor deze drie vormen van tijdelijk verblijf zijn er andere indicatiestellers. Voor de GRZ, respijtzorg en de Wlz-crisisregeling zijn dit respectievelijk de specialist ouderengeneeskunde (SO) (of de geriater, internist ouderengeneeskunde vanuit de thuissituatie), de gemeente en het CIZ. In tabel 2 is weergegeven wie voor de verschillende vormen van zorg de indicatiesteller is en wie de (grootste) verwijzer/aanvrager.

Tabel 2.
De verschillende zorgvormen, de wettelijke grondslag, de indicatiesteller en de indicatieaanvrager/verwijzer na de overgang van de AWBZ naar Wlz en na invoering van het ELV onder de Zvw.

Zorgvorm	Financiering	Indicatiesteller	Indicatieaanvrager/ Verwijzer
ELV	Zvw	Huisarts	Ziekenhuis/huisarts
GRZ	Zvw	SO	Ziekenhuis
Respijtzorg	Wmo	Gemeente	Mantelzorger
WLZ(crisis)	Wlz	CIZ	Zorgaanbieder

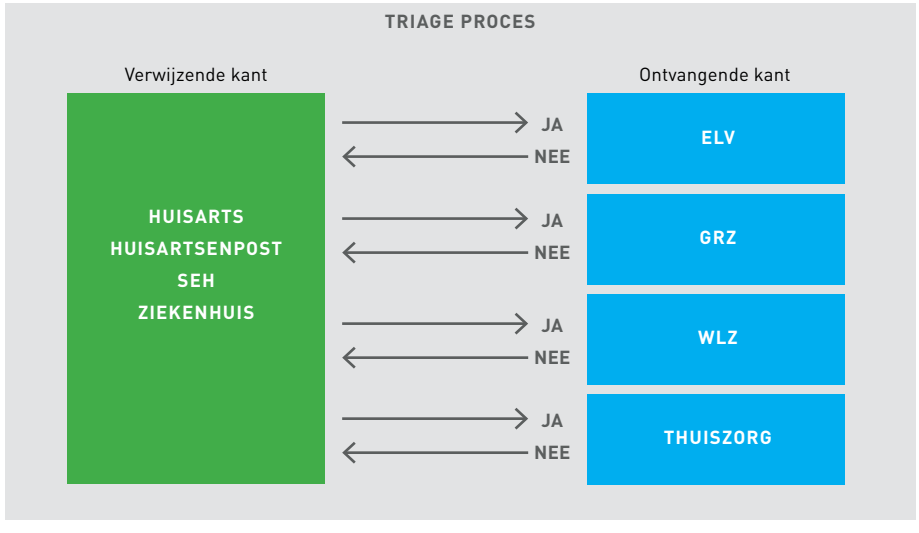
De zorgaanbieder wil bij opname een zo goed mogelijke inschatting maken van welke vorm van verblijf het meest passend is. Zeker bij een acute situatie, zijn niet alle gegevens voorhanden om een goede afweging te maken. Dan wordt vaak de keus gemaakt om in ieder geval eerst ELV in te zetten, en vervolgens te bepalen of herstel wel of niet mogelijk is. Het ELV wordt dan ingezet als tussenstation. De eerste periode wordt dan gebruikt om de situatie in beeld te brengen, en van daaruit de juiste vervolgzorg in te zetten.

11 Afwegingsinstrument ELV, Verenso
12 Verwijskader

De scheidslijnen tussen de verschillende zorgvormen zijn dun. Wanneer tijdens het ELV blijkt dat er meer behandeling nodig is en dat er revalidatiedoelen zijn, is het lastig om deze indicatie te wijzigen. Binnen het ELV ontvangt de cliënt op dat moment geen passende zorg. Voor ELV-aanbieders, als er ook GRZ geleverd wordt op die locatie, is dat soms te ondervangen door alsnog een GRZ aan te vragen (waarvoor een geriatrisch assessment door een geriater nodig is, en waarvoor vrij smalle tijdslijnen zijn). Als dit niet zo is, dan is de keuze deze kwetsbare cliënt nogmaals te verplaatsen, of minder behandeling bieden. Een keuze uit twee kwaden.

Dezelfde moeilijkheid doet zich voor bij de afweging ELV of Wlz. Indien er geen herstel mogelijk is, dan dient direct een Wlz te worden aangevraagd. Bij opname is er vaak onvoldoende inzicht in de situatie. Op dat moment is deze afweging dan ook niet goed te maken. Dit betekent dat in de eerste periode van de opname een observatie plaatsvindt, die een betere inschatting mogelijk maakt. Indien terugkeer naar huis dan niet meer mogelijk blijkt, wordt een Wlz aangevraagd. Voor de cliënt betekent dit vaak doorstroom naar een Wlz-plek in het huis van voorkeur. Als dat niet direct mogelijk is, verloopt dit via een overbruggingsplek.

Figuur 3.
Verschillende vormen van zorg met verschillende indicatiestellers maakt dat niet de zorgvraag van de cliënt centraal staat, maar het systeem.



Door de verschillende zorgvormen met ieder hun eigen indicatiesteller en aanvraagformulier is het moeilijker en minder transparant om bij instroom de juiste afwegingen te maken. Het is van belang om niet alleen de afweging te maken 'Is dit ELV of niet?' maar om een afweging te maken tussen de bestaande mogelijkheden welke in deze specifieke casus de meest passende is. Juist door de complexiteit van de zorgvragen, en de kwetsbaarheid van deze groep is het noodzaak om een zorgvuldige

afweging te maken. De vraag die nu gesteld wordt bij de verschillende indicatiestellers is veel meer een ja-neevraag, zie figuur 3. Bij deze vraagstelling staat het systeem centraal, en niet de cliënt. Als de cliënt centraal zou staan zou de juiste vraag zijn, wat is de juiste vervolgzorg in dit geval? Op dit moment is er niemand die de centrale regie heeft om deze vraag te beantwoorden.

2.2.2 Zorgverlening

Tijdens het ELV-traject is het doel terugkeer naar huis. Door daar goed op te sturen, kan de beschikbare capaciteit optimaal worden ingezet. Voor een groot deel zijn de ELV-bedden geen extra bedden, maar bedden binnen de bestaande verpleeghuissetting, dus substitutie van Wlz naar ELV of van GRZ naar ELV. Deze ontwikkeling heeft voor zorgaanbieders verschillende effecten. Dit betekent een andere manier van werken. Iemand komt niet wonen binnen het verpleeghuis, maar iemand komt om zo snel mogelijk weer naar huis te gaan. Voor de zorgprofessionals is dit een andere manier van werken en denken. Professionals die eerder reeds werkzaam waren binnen de GRZ zijn hiermee meer vertrouwd. Het is goed mogelijk dat op dit punt nog winst behaald kan worden: sturen op een korte ligduur. Het actief insteken op terugkeer naar huis, maar ook het goed beoordelen en zo snel mogelijk doorverwijzen naar vervolgzorg indien terugkeer naar huis niet meer mogelijk is.

ELV kent een integraal tarief. Behandeling door SO en paramedici is daarin opgenomen. Wanneer de huisarts hoofdbehandelaar is, wat meestal het geval is bij ELV laagcomplex, zijn hiervoor aparte prestaties. Bij ELV hoogcomplex is de SO vaak hoofdbehandelaar. Deze inzet is vaak groot, en kan niet apart gedeclareerd worden. Het NZA-kostenonderzoek dat plaatsvindt, zal hier meer inzicht in geven, en gebruikt worden voor de herijking van het tarief voor 2019.

Wanneer nog niet duidelijk is of terugkeer naar huis mogelijk is, wordt ELV eigenlijk ingezet als observatieperiode, een tussenstation om de juiste vervolgzorg te bepalen. Deze korte periode is vaak intensief om de hele situatie in kaart te brengen. Na deze korte periode is het van groot belang dat de uitstroom ook goed geregeld is naar de mogelijkheden van vervolgzorg. Instroom en uitstroom dienen tenslotte gelijk op te gaan.

2.2.3 Uitstroom

Een groot deel van de cliënten gaat na ELV weer naar huis terug. Soms moet er vervolgzorg thuis geregeld worden, of zijn er aanpassingen in huis nodig. Om de ELV-bedden goed beschikbaar te houden, is het goed en tijdig kunnen regelen van thuiszorg, wijkverpleging en de aanpassingen in de woning en hulpmiddelen essentieel. Deze afstemming is in veel samenwerkingsafspraken nog niet optimaal. Door de enorme groei van het ELV, en door het grotere beroep op de thuiszorg zijn dit knelpunten die aandacht vragen. De instroom verbeteren is de eerste stap. Maar om knelpunten verder in de keten te voorkomen, moet de doorstroom vanuit het ELV mee ontwikkelen.

Zodra tijdens het ELV blijkt dat terugkeer naar huis geen optie meer is, wordt er een Wlz aangevraagd. In de meeste gevallen wordt deze door het CIZ ook op tijd afgegeven. In een aantal regio's lopen de wachtlijsten voor de Wlz weer op[13]. De doorstroom vanuit ELV komt hiermee in gevaar. Cliënten houden dan een bed bezet waardoor er geen nieuwe ELV-cliënt kan instromen. Hierdoor lijkt de capaciteit voor het ELV onvoldoende, terwijl het eigenlijk een tekort aan Wlz-bedden betreft. Het ELV-proces raakt hierdoor verstopt.

Door de relatief hoge uitstroom vanuit ELV naar Wlz beïnvloedt dit ook de wachtlijst voor de verpleeghuizen. Voor een ELV-cliënt, die door moet stromen naar een WLZ-bed, wordt dan vaak een bed gezocht binnen de eigen instelling of bij een collega-aanbieder. Mensen die op de wachtlijst staan voor een verpleeghuisplek ervaren dat cliënten die doorstromen vanuit het ELV voorrang krijgen op de wachtlijst. Op deze manier ontstaat er een soort sluiproute, waardoor de instroom bij de Wlz meer via ELV plaatsvindt, dan via de reguliere aanvraagroute. Waar Wlz en ELV naast elkaar dienen te bestaan, worden deze op een oneigenlijke manier verweven.

2.3 Financiële prikkels voor de verschillende vormen van kortdurend verblijf

Vanaf 1 januari 2017 is de financiering voor ELV veranderd. ELV en GRZ vallen nu onder de Zvw, en langdurig verblijf inclusief de crisisregeling, valt onder de Wlz. Voor de verschillende producten worden productieplafonds afgesproken, voor ELV en GRZ met de zorgverzekeraar, en voor de Wlz met het zorgkantoor. Met deze productieplafonds wordt er gestuurd op doelmatigheid van de zorg, dus de juiste zorg op de juiste plek. De verschillende financiering leidt tot verschillende beheers- en stuurmechanismen, zoals kort weergegeven in tabel 3.

Tabel 3.
Overzicht van de financiering van de verschillende vormen van kortdurend verblijf.

	Financiering vanuit	Ligduur	Behandeling	Hoofd-behandelaar	Eigen bijdrage
ELV	Zvw	per dag	Inzet bij opname intensief, te korte terugverdientijd vergeleken met Wlz.	huisarts/ SO	Nee
GRZ	Zvw	per prestatie /DBC	Veel behandeling in korte tijd.	SO	Nee
WLZ	Wlz	per dag	Inzet fluctueert, perioden met intensieve en minder intensieve inzet wisselen elkaar af.	SO	Ja

13 Zorgkantoren-aan-zet-om-wachtenden-in-langdurige-zorg-te-helpen, NZA 18-9-2017

ELV en GRZ worden vergoed vanuit de Zvw, en vallen daarmee onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. Binnen de Zvw is er één budgettair kader vastgesteld voor de ELV en de geriatrische revalidatiezorg[14]. Eén budgettair kader om zorgaanbieders en zorgverzekeraars te ondersteunen in het doelmatig aanbieden van ELV en GRZ. Veruit de meeste cliënten voor ELV zijn ouderen, en er is een sterke samenhang met GRZ. Het macrobeheersinstrument voor GRZ en ELV bestaat uit een landelijke collectieve omzetgrens (budgettair kader) en daarvan afgeleide omzetgrenzen per zorgaanbieder. Het beoogde effect van het samenvoegen van de budgettaire kaders voor GRZ en ELV is een doelmatiger inzet van de zorg op de juiste plek. Iedere zorgverzekeraar koopt (via aparte omzetplafonds) GRZ en ELV in voor zijn eigen verzekerden.

De tarieven voor het ELV zijn afgeleid van de tarieven vanuit de Wlz voor ZZP3 (laag), ZZP6 (hoog) en ZZP10 (palliatieve terminale zorg). Dit zijn tarieven per ligdag. De tarieven van de Wlz en het ELV liggen dus heel dicht bij elkaar. Het sturen op ligduur binnen de ELV vindt daarmee alleen plaats op het niveau van het totale productieplafond. Met een kortere ligduur kunnen er meer cliënten worden opgenomen met dezelfde capaciteit en dezelfde kosten en inkomsten. Binnen de ELV-tarieven is de behandelcomponent ook afgeleid van de Wlz-tarieven. Dit is dus een kleine behandelcomponent. In het verleden is de behandelcomponent van de Wlz vastgesteld als gemiddelde, dat wil zeggen tijdens de totale verblijfsperiode zouden perioden met intensieve behandeling en met minder intensieve behandeling elkaar afwisselen waardoor een gemiddeld integraal tarief is vastgesteld. Deze vergelijking geldt niet voor de ELV-doelgroep. ELV is bedoeld voor een korte periode van herstel. Het terugverdienmodel, over een langere periode, is er dus niet, doordat de insteek is zo snel mogelijke terugkeer naar huis, of de juiste vervolgzorg. Gebaseerd op deze ervaring dreigt bij een integraal tarief onderbehandeling. Sturen op een vlot herstel met een korte ligduur en een integraal tarief gebaseerd op traditionele verpleeghuiszorg werken elkaar tegen.

De GRZ is een DBC-tarief (Diagnose Behandel Combinatie). Deze financiering is een prestatiebekostiging. Hierdoor wordt gestuurd op een grote behandelinzet in combinatie met een korte ligduur. GRZ en ELV vallen onder één budgettair kader, maar worden grotendeels nog separaat ingekocht. Zorgaanbieders die de bedden vaak wisselend inzetten voor de verschillende zorgvormen willen voorkomen dat te veel bedden worden ingezet voor ELV, ten koste van de GRZ. Financieel gezien is GRZ een product dat beter aansluit bij de inzet dan het ELV. De enorme groei van het ELV en de druk die hiermee op de bedden komt, vormt dan ook een knelpunt.

Wlz wordt uitgevoerd door het zorgkantoor. Wanneer mensen langdurige zorg nodig hebben en er geen zicht is op herstel komen mensen voor een indicatie in aanmerking.

14 Eén budgettair kader voor eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg, NZA 9 dec 2016.

Deze indicatie kan zowel thuis (door middel van VPT, MPT en PGB) verzilverd worden, als intramuraal. Ook is het mogelijk dat mensen in eerste instantie thuis de Wlz verzilveren, en later in aanmerking wensen te komen voor Wlz met verblijf. Voor Wlz geldt een eigen bijdrage. Voor de zorg via de Zvw geldt dit niet. Thuiszorg, wijkverpleging en medisch specialistische verzorging thuis vallen onder de Zvw. Voor deze zorg die ook thuis geleverd wordt, geldt geen eigen bijdrage. Huishoudelijke hulp en andere voorzieningen uit de Wmo kunnen hiermee gecombineerd worden. Voor de Wmo geldt wel een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Per saldo kan het zo zijn, dat mensen met de Zvw en de Wmo meer recht op zorg hebben, met een lagere eigen bijdrage. Dit is een financiële prikkel die het voor mensen erg onaantrekkelijk maakt om de Wlz in te gaan. Onlangs is dit beschreven als de 'zorgval'[15].

Voor een relatief groot deel van de ELV-aanmeldingen is er bij aanmelding al zeer veel twijfel of terugkeer naar huis nog mogelijk is. Voor aanbieders die hun Wlz-productieplafond hebben bereikt, is het onaantrekkelijk om deze cliënten voor ELV op te nemen. Wanneer je deze mensen eenmaal in zorg hebt, dan heb je vervolgens een zorgplicht, en kun je deze dus niet meer zo snel uitplaatsen of doorplaatsen.

ELV is bedoeld om als laagdrempelig product snel in te kunnen spelen op situaties waarin medisch noodzakelijke zorg vanuit een thuissituatie, of na een ziekenhuisopname mogelijk is. De verschillende financiële stromen, en de budgetplafonds waarmee de aanbieders te maken hebben, maken dat de afwegingen die hierin mee spelen, de doorstroom soms eerder afremmen dan stimuleren.

15 www.skipr.nl/blogs/id3374-ouderen-met-dementie-in-zorgval.html

3 Data-analyse

3.1 ELV hoogcomplex bij Attent Zorg en Behandeling en Zinzia Zorggroep

Over 2017 zijn op landelijk niveau nog geen grote datasets beschikbaar. Van twee VVT-aanbieders in de omgeving Arnhem hebben we een verkennend data-onderzoek gedaan. Het zijn 115 cliënten die in de periode van 1 november 2016 tot 30 november 2017 zijn ingestroomd en uitgestroomd van ELV hoogcomplex.

De instroom was het grootst vanuit de thuissituatie (46%) en het ziekenhuis (40%). De instroom vanuit de SEH is in deze dataset niet apart bepaald. Soms zijn cliënten vanaf de SEH aangemeld door de huisarts, en soms vanuit het ziekenhuis. 9% van de instroom komt vanuit geriatrische revalidatiezorg, dat wil zeggen dat de revalidatiedoelen behaald zijn, maar dat terugkeer naar huis nog niet mogelijk is.

Tabel 4 geeft zowel de instroom als de uitstroomcijfers van het ELV. In principe is ELV gericht op terugkeer naar huis, in de praktijk geldt dit voor 34% van ELV hoogcomplex. Uit onze cijfers blijkt dat de grootste groep doorstroomt naar de Wlz 43%. Een aanzienlijk deel van de cliënten komt te overlijden, 17%. Als we deze percentages vergelijken met de percentages van de periode 2015 januari-juni voor ELV hoogcomplex, dan is het percentage Wlz-uitstroom iets hoger (8%), maar het percentage overleden is flink lager (12%). Het percentage dat terugkeert naar huis is over 2017 met 34% ongeveer gelijk aan het percentage geen vervolgbesluit uit 2015 (daarbij aangenomen dat geen vervolgbesluit (30%) in de praktijk terugkeer naar huis is).

Tabel 4.
Instroom en uitstroom van ELV hoogcomplex, periode november 2016 t/m november 2017.

Uitstroom Instroom	huis	Wlz	overleden	overig	Totaal
huis	21%	17%	5%	3%	**46%**
ZKH	10%	21%	9%	1%	**40%**
GRZ	3%	3%	0%	3%	**9%**
overig	1%	2%	3%	0%	**5%**
Totaal	**34%**	**43%**	**17%**	**6%**	**100%**

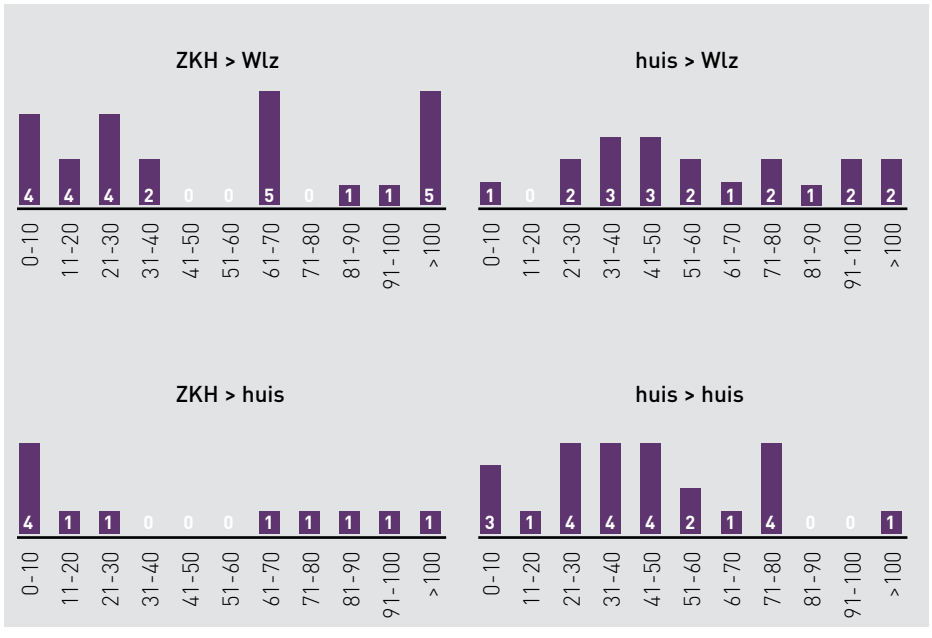
Op de instroom vanuit huis en ziekenhuis en de uitstroom naar huis en naar de Wlz hebben we wat nader ingezoomd. In tabel 5 staan deze gegevens weergegeven. Wat hierbij opvalt is dat de cliënten die vanuit het ziekenhuis in het ELV komen, de helft doorstroomt naar de Wlz. Ongeveer een kwart komt te overlijden, en een kwart keert terug naar huis (tabel 5).

Tabel 5.
De uitstroomcijfers weergegeven in relatie tot de instroom vanuit huis of vanuit het ziekenhuis.

	Uitstroom:	%huis	%Wlz	%overleden	%overig	Totaal
Vanuit huis in ELV	(n=53)	45%	38%	11%	6%	100%
Vanuit zkh in ELV	(n=46)	24%	52%	22%	2%	100%

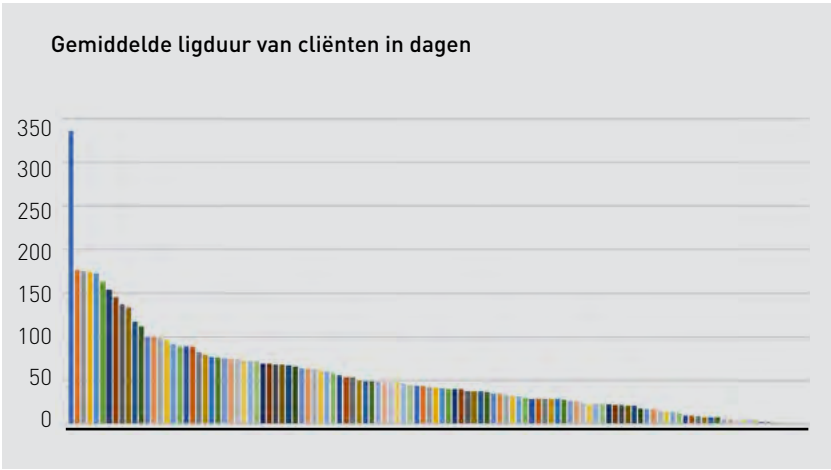
De spreiding van de ligduur voor de verschillende instroom-uitstroomgroepen was vrij groot (tabel 6). Met name voor de groep die vanuit het ziekenhuis instroomt lijkt het of een deel na enkele weken doorstroomde naar de Wlz, dan wel terug naar huis. Er is ook een deel dat een veel langere ligduur heeft. Blijkbaar is deze tijd echt nodig voor herstel, of om te bepalen wat passende vervolgzorg is. Voor de groep die instroomde vanuit de thuissituatie lijkt de spreiding meer gelijkmatiger. Opvallend is dat een langer verblijf in het ELV geen aanwijzing lijkt dat terugkeer niet meer mogelijk is.

Tabel 6.
De verblijfsduur in het ELV voor de verschillende instroom en uitstroom.



De gemiddelde ligduur in deze steekproef (54 dagen) was hoger dan het gemiddelde gerapporteerd in de Marktscan Acute Zorg (45 dagen over 2016). Hier is geen aanwijsbare reden voor. Mogelijk spelen regionale verschillen of de relatief kleine steekproef hierin een rol. De mediaan van de ligduur was 42 dagen, hetgeen aangeeft dat een kleine groep cliënten met een lange ligduur een grote invloed heeft op het gemiddelde. De spreiding van de ligduur is weergeven in tabel 7.

Tabel 7.
De ligduur van de 115 cliënten ELV hoogcomplex, gemiddelde is 54 dagen, de mediaan is 42.



Samenvattend is de terugkeer naar huis relatief laag, de instroom naar de Wlz relatief groot. Voor de groep vanuit het ziekenhuis zijn deze cijfers nog sterker dan voor de groep vanuit huis. Voor een deel van de groep die vanuit het ziekenhuis via ELV doorstroomt naar de Wlz is het verblijf in het ELV kort. Daar zou gestuurd kunnen worden op directe doorstroom naar de Wlz.

Vaak zeggen ELV-aanbieders dat bij instroom al duidelijk is dat terugkeer naar huis niet meer mogelijk is. Voor een deel lijkt dat te kloppen, maar voor een aanzienlijk deel is daar nog een groot aantal weken voor nodig, langer dan de observatieperiode van twee weken waarover gesproken wordt. Een doorgemaakt delier kan hier een factor in zijn, maar dit is niet helder nu. Meer onderzoek kan inzicht geven in de factoren die de instroom naar de Wlz bepalen, of voorspellen. Met name omdat de doorstroom naar de Wlz na een relatief lang verblijf in het ELV vrij hoog is.

3.2 Interventie om kwetsbare ouderen met complexe meervoudige problematiek zo snel mogelijk de juiste (vervolg)zorg te bieden vanaf de SEH/ huisarts

De veronderstelling is dat door de situatie van de cliënt bij de aanmelding voor ELV beter in kaart te brengen, we een betere afweging kunnen maken welke zorg passend is voor de cliënt. Door een interventie bij de indicatiestelling/triage en meer ruimte voor observatie en diagnostiek willen we in de acute situatie de verschillende mogelijkheden beter overwegen. Dit gebeurt door de inzet van een verpleeghuisprofessional onder regie van de specialist ouderengeneeskunde. In deze studie hebben we de inzet van deze interventie op twee manieren onderzocht:

- Een verpleeghuisprofessional laten observeren bij de kwetsbare ouderen die op de SEH binnenkomen. Met een aantal cliënten en met het personeel zijn gesprekken gevoerd, om een bredere verkenning te doen (volgens de 4 domeinen[16] zoals gebruikt binnen de ouderenzorg).
- De inzet van een verpleeghuisprofessional wanneer een huisarts iemand aanmeldt voor ELV.

3.2.1 Observaties op de SEH Rijnstate

Het verpleegkundig personeel van de SEH geeft aan dat ze geregeld kwetsbare ouderen op de SEH zien, waarbij ze het eigenlijk niet verantwoord vinden om iemand naar huis te laten gaan, of soms zelfs iemand tijdelijk opnemen zonder dat daartoe direct een medisch specialistische noodzaak is. Zij weten niet welke alternatieven er op dat moment zijn. Zij zijn onvoldoende bekend met de mogelijkheden van (extra) thuiszorg of verschillende vormen van kortdurend verblijf (ELV, GRZ, Wlz-crisis). De drie opties die zij hebben zijn vaak terug naar huis, opname in het ziekenhuis, of opname op wat het ziekenhuis noemt 'een crisisplek'.

Op de SEH zouden ze graag gebruik maken van een gerichte vragenlijst om deze groep beter in kaart te brengen. De ISAR-HP, die het risico op functieverlies bepaalt, kan worden afgenomen op de SEH, maar dit wordt weinig gedaan. In de praktijk zijn er geen afspraken over de inzet van de ISAR-HP, ook omdat er op dit moment geen vervolg geriatrisch assessment wordt geboden (is geïndiceerd bij een verhoogde score). Het personeel is zoekende welke vragen een beter totaalinzicht zouden kunnen bieden. De spoedeisende hulp werkt met een systeem waar medisch gerapporteerd wordt. De spoed wordt gedefinieerd in vijf gradaties[17]. Er vindt geen bredere geriatrische observatie plaats zoals dat binnen de ouderenzorg wordt gedaan. Mogelijk dat de toevoeging van een zesde gradatie, waarbij de insteek breder wordt dan de medische spoed, voor deze kwetsbare ouderen zinvol is. Vanzelfsprekend is dit nadat medische urgentie is uitgesloten.

Cliënten worden soms opgenomen zonder duidelijke focus, 'algehele malaise'. Bij deze cliënten zie je een terugkerend patroon van opnames en meerdere betrokken specialisten (veelal gericht op uitsluiten). Terugkerende opnames worden bij deze groep frequent gezien, en het is belangrijk om deze info mee te nemen in de afweging. Tijdens de observatie was niet altijd helder wanneer bij deze kwetsbare groep de geriatrie wel of niet wordt ingeschakeld. Ook is niet helemaal helder welke criteria worden gehanteerd om iemand te verwijzen naar wat het ziekenhuis noemt een 'crisisplek'. De afweging lijkt met name gemaakt te worden op basis van een zorgprobleem. Zo'n crisisplek

16 Deze vier levensdomeinen zijn: 1 het mentale welbevinden van de cliënt als persoon; 2 het lichamelijke gevoel van welbevinden en gezondheid; 3 daginvulling volgens eigen interesse en onderhouden van sociale contacten (participatie); 4 de woon- en leefomstandigheden.
17 De gradaties van spoed op de SEH zijn acuut=direct helpen, zeer urgent= binnen 10 minuten helpen, urgent= binnen 1 uur helpen, standaard= binnen 2 uur helpen en niet urgent= binnen 4 uur helpen.

is nu in de praktijk vaak een ELV van waaruit zo snel mogelijk de passende vervolgzorg wordt gezocht. ELV wordt hier dus als tussenstation ingezet, omdat de kennis voor een juiste triage op dat moment op de SEH niet aanwezig is.
Deze verkenning op de SEH geeft aan dat de SEH-medewerkers en de verpleeghuisprofessionals elkaar kunnen versterken door te leren van elkaars expertise. Zij kijken door een andere bril naar dezelfde cliëntpopulatie. Enerzijds is onnodig medicaliseren niet goed, maar er moet ook vertrouwen zijn dat er geen medische zaken gemist worden. Dit betekent dat er werkprocessen en protocollen nodig zijn die in onderlinge afstemming tot stand komen.

3.2.2 Observaties bij de verwijzing naar ELV door de huisarts

Bij een vijftal aanmeldingen voor ELV is een verpleeghuisprofessional onder regie van de specialist ouderengeneeskunde op huisbezoek gegaan (1 x SO, 4x maatschappelijk werker/casemanager). Bij deze aanmeldingen was duidelijk dat het een complexe situatie betrof, waardoor meer informatie wenselijk was om een goede inschatting te kunnen maken. Door dit huisbezoek (duur 1-1,5 uur) is de totale thuissituatie van de cliënt en het systeem er omheen in kaart gebracht. Bij deze gesprekken was naast de cliënt, ook minimaal één mantelzorger aanwezig. Maar vaak ook meerdere personen. In vier gevallen is voor deze cliënten een Wlz aangevraagd. Dat kan vaak thuis nog overbrugd worden. In één geval is er direct opgenomen middels ELV. De vijfde aanmelding heeft ook direct tot een ELV-opname geleid. Deze cliënt was na een CVA direct naar huis gegaan, maar in de thuissituatie lukte het niet. Vanuit deze ELV- plek is de cliënt doorgestuurd voor een geriatrisch assessment door de geriater in het ziekenhuis, waar dit alsnog een GRZ is geworden.

De eerste ervaringen met deze interventie 'aan de voorkant', waarbij in complexe situaties niet alleen de cliënt zelf in kaart wordt gebracht, maar ook het systeem er omheen, leidt in het merendeel van deze gevallen tot andere conclusies dan opname in het ELV. Deze aanmeldingen zijn geselecteerd op basis van een 'onderbuikgevoel', waarbij de huisarts aangeeft het niet precies te weten, en dus de vraag stelt, is dit ELV. In zo'n gesprek met cliënt en familieleden worden de verwachtingen naar de toekomst, wat is nog wel of niet haalbaar, goed besproken. Zo ontstaat er meer helderheid en openheid om tot een gedragen besluit te komen bij cliënt en familie. Dit voorkomt dat er in acute situaties snel wordt gehandeld, waarbij het de cliënt als het ware overkomt, en waarbij later nog overplaatsingen nodig zijn, die voorkomen hadden kunnen worden.

4 Conclusies

ELV is ontwikkeld als logische schakel om het langer thuis wonen van kwetsbare ouderen mogelijk te maken. Juist voor deze groep kwetsbare ouderen is het nodig om wanneer het even niet meer gaat, of even nog niet gaat na een ziekenhuisopname, een laagdrempelige mogelijkheid te hebben voor medisch noodzakelijk kortdurend verblijf. Vanaf het begin af aan maakt ELV een enorme groei door. In de praktijk is daardoor een aantal knelpunten ontstaan. Wat we zien is het volgende:

- De verschillende aanvraagroutes en indicatiestellers voor de vervolgzorgvormen werken versnipperd.
- Om een goede keuze te maken bij aanvang van de vervolgzorg is vaak niet alle informatie beschikbaar.
- Door het gebrek aan kennis bij de verwijzers over de mogelijkheden in de verpleeghuissetting worden bij aanvang van de vervolgzorg niet alle mogelijkheden overwogen.
- Door verschillende indicatiestellers voor de verschillende zorgvormen staat de vraag wat de juiste zorg is voor deze specifieke cliënt niet centraal.
- De verschillende financieringsvormen, en de verschillende productieplafonds werken elkaar soms tegen in de keten.
- De grote doorstroom vanuit de ELV naar de Wlz beïnvloedt de rechtstreekse instroom in de Wlz vanuit huis waardoor de wachtlijsten stijgen.
- Doordat de overgang naar de Wlz in de thuissituatie voor de cliënten nadelen kent (meer kosten en minder zorg, zorgval), is het moeilijker om deze mensen goed in beeld te krijgen. De Wlz wordt zo lang mogelijk uitgesteld.
- ELV wordt mede-onderdeel van de acute zorgketen, doordat kwetsbare ouderen een groter beroep doen op de SEH en de huisartsenposten.

Zorgaanbieders proberen bij het verwijzen en het opnemen van cliënten zoveel mogelijk te sturen op doelmatige zorg: de juiste zorg op de juiste plek. Degene die het meeste belang heeft bij de juiste zorg op de juiste plek, is vanzelfsprekend de cliënt die het betreft. Hierin zal altijd eerst bepaald worden of de situatie thuis op te vangen is door extra zorginzet. Als dit niet mogelijk is, dan zijn er mogelijkheden voor een vorm van (kortdurend) verblijf. De verwijzers geven aan geen goed overzicht te hebben van de mogelijkheden binnen de verpleeghuissetting, dit geldt voor zowel de huisartsen, als de SEH.

Om de instroom van ELV goed te laten verlopen, is het wenselijk dat zorgaanbieders als ontvangende partij hierin een goede afweging maken, niet alleen gebaseerd op de veelal beperkte informatie van de verwijzer. In de praktijk, zoals ook bleek bij de interventie, is de informatie vanuit de cliënt en de familie, het sociale systeem van de cliënt, minstens zo belangrijk om te kunnen inschatten of terugkeer naar huis nog mogelijk is. Zo bleek bij de interventie door een huisbezoek in dit onderzoek, dat er vaker direct een Wlz is aangevraagd. Het percentage uitstroom naar de Wlz is in dit onderzoek 43%. Dat is heel hoog voor een product dat primair gericht is op terugkeer naar huis. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het ELV-gebruik niet altijd passend is, en dat een interventie bij de instroom een meerwaarde heeft, waardoor mensen sneller de juiste vervolgzorg ontvangen, en niet onnodig de ELV-bedden bezetten.

De verpleeghuizen proberen bij aanmeldingen zoveel mogelijk de juiste informatie te verkrijgen. De verschillende formulieren voor de verschillende zorgvormen geven een eerste indicatie, maar vaak zijn de scheidslijnen niet helder, en is het vooraf moeilijk in te schatten. Meer flexibiliteit bij de indicatiestelling is daarom wenselijk. Wanneer na opname of na aanvullende diagnostiek blijkt dat een andere indicatie beter is, dan zou het mogelijk moeten zijn om makkelijker te kunnen switchen. Het zou een voordeel zijn als de verpleeghuizen en de specialisten ouderengeneeskunde hierin meer mogelijkheden zouden hebben. Dit wordt nog zichtbaarder bij aanmeldingen vanuit de huisartsenposten en de spoedeisende hulp. Juist dan is het van belang dat de cliënten zo snel mogelijk doorstromen. Op dat moment is het voor de verwijzer niet wenselijk dat de ontvangende partij met heel veel vragen komt, en informatie wenst die op dat moment niet voorhanden is. Dit verstoort de werkprocessen op de HAP en de SEH. Meer ruimte voor de specialist ouderengeneeskunde om de indicatie wat later vast te stellen zou dan wenselijk zijn.
Voor de groep thuiswonende kwetsbare ouderen is een goede samenwerking tussen huisarts en de specialist ouderengeneeskunde van grote meerwaarde. Er zijn steeds meer ambulante geriatrische teams die in samenwerking met de huisartsen, deze groep thuis begeleiden. De huisarts kan wanneer hij ziet dat de complexiteit van zorg en de kwetsbaarheid van de cliënt en zijn systeem toeneemt, een consult van een SO aanvragen voor een geriatrisch assessment. De volledige situatie van de cliënt en zijn systeem worden dan vroegtijdig in kaart gebracht. Als de cliënt en de familie goed inzicht hebben in de situatie, kan er vervolgens gezamenlijke besluitvorming plaatsvinden, passend bij de wensen van de cliënt en de kaders van de mogelijkheden. De verpleeghuisdisciplines zijn gespecialiseerd in deze complexe problematiek waarbij naast het lichamelijke welbevinden, ook het mentaal welbevinden, de participatie in de samenleving en de woon- en leefomgeving wordt meegenomen. De eerste ervaringen die hier zijn beschreven met de interventie laten een positief resultaat zien. Door bij de aanmelding de tijd te nemen voor een huisbezoek, kan er met de familie goed worden doorgesproken wat de situatie nu is, hoe die de laatste periode was, en wat de verwachtingen zijn voor de toekomst. Op deze manier bleek het mogelijk voor een aantal twijfelgevallen direct een Wlz aan te vragen.

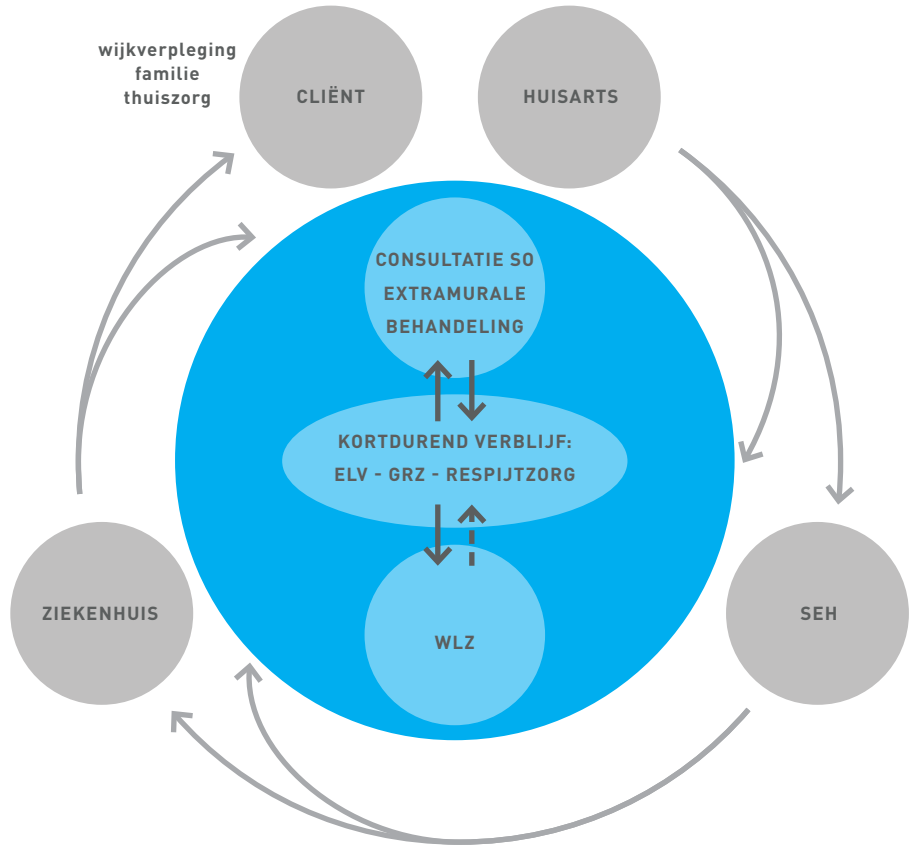
In dit onderzoek heeft deze interventie plaatsgevonden als de situatie thuis niet meer gaat. Een geriatrisch assessment kan ook eerder wordt ingezet, om de thuissituatie te begeleiden. In de driehoek van de cliënt en de familie, de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts kan dan *advance care planning* plaatsvinden. Deze samenwerking in de thuissituatie kan voor een deel acute situaties voorkomen. Er is met een geriatrisch assessment meer mogelijk in het voortraject, waardoor een overbelaste thuissituatie en daardoor een acute situatie vroegtijdig onderkend en zelfs voorkomen kunnen worden door vroegtijdig bij te sturen qua zorg en begeleiding.

Een tweede voordeel is dat als er toch een acute situatie ontstaat, er meer informatie vanuit het hele systeem beschikbaar is, die een juiste afweging makkelijker maakt. De juiste kennis is dan aanwezig op dat moment zodat er een betere triage kan plaatsvinden. Een betere triage draagt bij aan een meer zuivere inzet van het ELV, waardoor de cliënten ook betere begeleiding en zorg ontvangen. De module ouderenzorg binnen de huisartspraktijken, de consultatiemogelijkheid van de SO, de subsidieregeling extramurale behandeling[18], en de inzet van de casemanagers zijn bouwstenen om deze ontwikkeling over de verschillende zorgdomeinen te versterken en te komen tot integrale ouderenzorg.

De interventie op de SEH is complexer. De SEH is een goed geoliede machine, waar snel en protocollair wordt gewerkt. Als er iemand is, waarbij geen medisch specialistische zorg nodig is, en waarbij terugkeer naar huis niet mogelijk is, dan kan de interventie plaatsvinden zoals in de situatie bij de huisarts. Er ligt echter een grotere uitdaging om die groep cliënten die binnenkomt met 'algehele malaise' vroegtijdig te onderkennen. Deze groep belandt vaak in het ziekenhuis zonder duidelijke focus. Om verantwoord af te zien van aanvullende diagnostiek, is een goede onderlinge afstemming noodzakelijk. Wanneer is ziekenhuisopname echt direct noodzakelijk, en welke zorg kan in het verpleeghuis goed geleverd worden? Ons data-onderzoek geeft hier geen antwoord op. Meer onderzoek is nodig naar de verschillende doelgroepen binnen het ELV en welke medische specialistische zorg in de periode tussen de klinische opname en uitstroom naar het ELV is geleverd. Welke zorg moet dan echt voorbehouden blijven aan de ziekenhuizen en welke zorg kan eventueel ook in de verpleeghuizen? Dit moet onderwerp van gesprek worden, tussen de medische professionals is hierover nog geen consensus. Dit vraagt om een ontwikkeling waarin de SEH, de geriaters en de specialisten ouderengeneeskunde gezamenlijk tot nieuwe werkprocessen en richtlijnen komen over zowel diagnostiek als behandeling en herstel. De eventuele inzet van de specialist ouderengeneeskunde op de SEH en de samenhangende werkprocessen moeten zich verder uitkristalliseren. Op dit moment is er geen financiering voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de acute zorgketen. De SEH moet het vertrouwen hebben dat deze patiënt in het verpleeghuis de juiste zorg ontvangt, en goed weten welke medische zorg daar geleverd kan worden. De klinische geriatrie kan hierin mogelijk een brugfunctie vormen, zodat dit bijdraagt aan de substitutie van zorg vanuit de ziekenhuizen.

18 Inzet bredere deskundigheid voor ouderen in de thuissituatie wordt verbeterd, 22-11-2017, https://www.actiz.nl/nieuws/ouderenzorg/2017/11/inzet-bredere-deskundigheid-voor-ouderen-in-de-thuissituatie-wordt-verbeterd

Figuur 4.
Doorontwikkeling van integrale ouderenzorg naar de acute ouderenzorg keten biedt ruimte voor substitutie



Op ieder moment in de keten kan de afweging gemaakt worden om de specialist ouderengeneeskunde in te schakelen voor deze zeer kwetsbare groep. Dat kan in de thuissituatie, vanaf de huisarts(enpost), vanaf de SEH en vanuit het ziekenhuis. Zeker in de acute zorgketen, zal altijd eerst de medische spoed beoordeeld moeten worden. Indien die er niet direct is, is het wenselijk dat er laagdrempelig kan worden doorverwezen naar de verpleeghuisprofessionals. De verpleeghuisprofessionals hebben de kennis van de verschillende zorgvormen en kunnen dan de rol van spelverdeler op zich nemen. Dit bevordert een juist en snel triageproces. Deze rol van spelverdeler vraagt om aanpassingen binnen de verpleeghuizen en van het systeem. Binnen de verpleeghuizen komt door de extramuralisering meer dynamiek, en dat vraagt meer flexibiliteit van de VVT-aanbieders.

Van oudsher komt de grootste doelgroep om te wonen binnen een verpleeghuis. Dat gaat veranderen, de groep die tijdelijk in een verpleeghuis verblijft, zal toenemen. Dit betekent dat de druk op snelle opnamemogelijkheid zal toenemen, en dat er meer flexibiliteit in de bedden moet komen. Zeker als we de verschillende zorgvormen zoveel mogelijk dichtbij de cliënt willen leveren, dus ELV nabij de eigen woonomgeving. Dit vraagt intern om andere werkprocessen, en het vraagt andere competenties van het personeel. Het sturen op terugkeer naar huis is op GRZ-afdelingen al bekender dan in de traditionele verpleeghuissetting. Dit leidt bij sommige organisaties tot meer centralisatie van de ELV-bedden, het voordeel is dan dat de werkprocessen meer worden ingericht op terugkeer naar huis. Een nadeel is dat dit kortdurende verblijf dan mogelijk verder plaatsvindt van de eigen sociale omgeving van de cliënt. Een andere mogelijkheid is de inzet van een casemanager of verpleegkundige ouderenzorg met expertise van extramurale zorg voor de begeleiding van ELV-cliënten. Deze professional kan dan sturen op terugkeer naar huis, waardoor mogelijk de ligduur in het ELV verkort kan worden en waar bij de uitstroom naar huis een goede continuïteit van zorg geboden wordt. Deze flexibilisering is nodig om de rol als spelverdeler goed te kunnen vervullen.

De regelgeving qua aanvragen en indicatiestellen is complex, en de huidige financiële knelpunten en de productieplafonds maken dat de verpleeghuizen bij aanmelding zoveel mogelijk helder willen hebben welke vervolgzorg het betreft. Dit blokkeert de laagdrempelige overname van cliënten vanuit de acute zorgketen. Het spanningsveld dat er momenteel is tussen de inzet van behandeling (voor herstel of diagnostiek) en het sturen op ligduur laten we hier verder buiten beschouwing. Het ELV-registratieonderzoek dat ActiZ nu uitvoert, als onderdeel van het NZA-kostenonderzoek, zal hier meer inzicht in geven. De rol als spelverdeler kan door een interventie ter plekke, thuis, op de HAP/SEH of in het ziekenhuis bepaald worden of terugkeer naar huis met eventueel extra thuiszorg en extramurale behandeling mogelijk is, zo niet dan volgt een opname, waarbij de verpleeghuisdisciplines zelf de indicatie kunnen aanvragen/stellen voor de verschillende zorgvormen. Een simpeler systeem bevordert een snelle overdracht en de juiste zorg op de juiste plek.

Dit leidt tot het volgende model. Om de groep kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag zolang mogelijk in de thuissituatie te ondersteunen, is het nodig dat de verpleeghuisdisciplines steeds meer extramuraal gaan werken. De mogelijkheden hiertoe nemen vanuit de overheid ook steeds meer toe. De casemanagers, de inzet van de SO en de toenemende mogelijkheden voor extramurale behandeling zijn hiervoor belangrijke bouwstenen. De huisarts en de specialist oudergeneeskunde werken samen om de cliënt en zijn systeem te begeleiden, waarbij de kwaliteit van leven voorop staat. Wanneer er veranderingen in de situatie zijn, worden deze vroegtijdig onderkend. Door de toename van deze groep kwetsbare ouderen doet deze groep ook een groter beroep op de acute zorgketen. Dit betekent dat vanuit de verpleeghuisdiscipline ook de samenwerking met het ziekenhuis en de SEH nodig is. Waar een paar jaar terug de ouderenzorg zich nog voornamelijk afspeelde tussen

de muren van het verpleeghuis, dienen de verpleeghuisdisciplines zich steeds meer als professionals tussen de verschillende zorgdomeinen te profileren. Wanneer er geen medisch specialistisch zorg noodzakelijk is, kan de cliënt door de SEH en het ziekenhuis laagdrempelig worden doorverwezen naar de verpleeghuisdisciplines. De verpleeghuizen nemen deze cliënt laagdrempelig over en bepalen vervolgens welke vervolgzorg noodzakelijk is. Indien dit een permanente opname is, neemt het verpleeghuis de zorg over. Wanneer het een tijdelijke opname betreft, dan is ELV hier een mooi product voor, maar zullen ook de andere vormen van kortdurend verblijf worden overwogen. Het gaat erom dat de juiste vervolgzorg doelmatig wordt ingezet. Vanuit het kortdurend verblijf zal de cliënt begeleid worden naar de thuissituatie en terugverwijzen naar de huisarts.

Zo ontstaat een cyclisch model waarin door de juiste regie intensieve en minder intensieve begeleiding elkaar afwisselen. Door middel van extramurale ondersteuning, kan de cliënt ook thuis begeleid worden op indicatie van de huisarts. Op deze manier wordt de samenwerking door een integrale aanpak over de keten heen versterkt. Er kan gemakkelijk meer zorg worden ingezet wanneer nodig en de zorg kan worden afgebouwd als het kan. Op deze manier kan worden voorkomen dat de triage een belemmering vormt in de keten, en wordt de expertise van de verpleeghuisprofessionals optimaal benut voor verwijzing van de cliënt, 'in één keer goed'.

Verkennend onderzoek in de praktijk, acht interviews

De juiste zorg op de juiste plek

Voor het project 'In een keer goed!' ging Vilans op zoek naar goede voorbeelden van interventies of samenwerking om oudere cliënten niet onnodig te verplaatsen in de laatste fase van hun leven. Acht professionals hebben hun visie en dilemma's gedeeld op deze praktijksituaties. We zijn hun zeer erkentelijk dat ze dit hebben gedaan.

De praktijk rond ouderen die langer thuis wonen is nog lang niet uitgekristalliseerd. We hopen hiermee de discussie te voeden tot betere samenwerking.

Japanse notenboom, Utrecht. Foto: Bert Maes

Specialist ouderengeneeskunde Amnon Weinberg:

‘Maak de onvermijdelijke neergang in een veel vroeger stadium bespreekbaar’

De vraag of veel ELV-bedden nodig zijn, hangt nauw samen met de voorbereidende stappen die worden gezet voordat zich een acute situatie voordoet bij een kwetsbare oudere in de thuissituatie. Advance care planning kan in verreweg de meeste gevallen voorkomen dat onverwachte noodoplossingen moeten worden gezocht. Rivas Zorggroep heeft hier inmiddels ruime ervaring mee en ziet het als de blauwdruk voor hoe de ouderenzorg in Nederland het best kan worden vormgegeven.

In een nascholing die specialist ouderengeneeskunde Amnon Weinberg eerder verzorgde, gaf hij de casus van een 84-jarige vrouw. Ze heeft een slechte nierfunctie, hartfalen en dementie. Ook is sprake van depressie. Op een gegeven moment komt ze ten val, waarbij ze een mogelijke heupfractuur oploopt. ‘Het type casuïstiek dat iedereen die met ouderengeneeskunde te maken heeft zal herkennen’, zegt hij. ‘De vraag is natuurlijk of de huisarts zo iemand wel of niet moet insturen naar het ziekenhuis. We weten wat er gebeurt als dit wel wordt gedaan. De vrouw wordt geopereerd, ze raakt delirant, en dan? Het is beter om haar niet in te sturen, maar – liefst thuis – rustig te begeleiden naar het einde van haar leven. Veel andere cases zijn subtieler maar net zo lastig. Een 82-jarige man met beginnende dementie, een eerste hartfalen, COPD en palliatieve behandeling voor oncologie. Allemaal dingen waarbij je nog kunt proberen om de situatie te optimaliseren, maar je weet gewoon dat je het op termijn gaat verliezen.’

Eerder het gesprek aangaan

Het is duidelijk welk punt Weinberg met deze voorbeelden wil maken: het is zaak veel vroeger het gesprek aan te gaan over het einde van het leven. ‘De behoefte is er bij mensen’, zegt hij, ‘maar die is latent. Bij de meeste mensen moet die aangeboord worden door erover te beginnen. Behandelaars zijn niet snel geneigd om dat te doen, want die staan in de behandelmodus. Er valt altijd nog wel iets te doen, is de overheersende gedachte. Er is een coalitie van hoop die professionals ervan weerhoudt om daar voorbij te kijken. Niemand weet ook wat het goede moment is. Sommige mensen melden zich op eigen initiatief voor zo’n gesprek bij de huisarts, maar die wil er ook niet altijd over praten.’

Goede afstemming

Het tijdig aangaan van het gesprek is een kernonderdeel van *advance care planning*.[19] ‘Er zijn ook ondersteunende hulpmiddelen voor’, zegt Weinberg. ‘Heel mooi is bijvoorbeeld het initiatief Nagaan Zorgwens Ouderen van de KAM-partners, een deelproject in een groot transitieproject van VGZ en Rivas met huisartsen. In juli 2015 werd gestart binnen de eerste en tweede lijn om de zorgwensen rondom het levenseinde te bespreken met ouderen. Landelijk heeft de KNMG een update gemaakt van de brochures Tijdig spreken over het levenseinde. Er is inmiddels zelfs een e-book van gemaakt, dat beschikbaar is voor de arts en de patiënt. Een prachtige aanleiding om het gesprek te beginnen. Je zou willen dat patiënten het actief oppikken, maar dat ook artsen en verpleegkundigen erop worden gewezen. De onvermijdelijke neergang bespreekbaar maken geeft kracht en leidt tot betere zorg. Dat gesprek gaat niet alleen over reanimatie en euthanasie, het gaat om veel meer. Neem die 82-jarige man over wie ik het net had. Die komt na opname in dat ziekenhuis voor het eerste hartfalen weer thuis en het leven gaat verder. De huisarts krijgt weken later een ontslagbrief. Ga dan eens praten: “Wat betekent dit voor u? wat is nog belangrijk voor u in de toekomst?”. Praat ook met de familie, en kom erop terug. Met goede afstemming kan verderop in het proces ook de verpleegkundige van de thuiszorg een rol spelen. Anders gaat het toch weer plotseling mis op vrijdagmiddag vijf uur.’

> ‘De behoefte aan ELV-bedden is door ACP veel kleiner dan die voordien was.’

Opname voorkomen

In de bovenvermelde casus staat dementie voorop. Een belangrijke rol is weggelegd voor de dementieverpleegkundige, stelt Weinberg. Die kan goede afspraken maken met de huisarts, specialist ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundige en thuiszorg. ‘Bij de vrouw uit die casus is sprake van heel veel risico’s, die allemaal te maken hebben met mobiliteit’, zegt hij. ‘De hamvraag in ACP is: hoe kun je voorkomen dat zo iemand in het ziekenhuis belandt. Het risico is dat ze daar overlijdt en anders is in ieder geval de kans heel groot dat ze nooit meer naar huis kan en dus in een verpleeghuis wordt opgenomen. Nergens wordt zo veel gevallen als daar. En ineens is zo iemand volkomen afhankelijk, zonder dat ooit is nagedacht over de vraag hoe die persoon over die afhankelijkheid denkt. En dan meldt de familie zich met: “Hij wil eigenlijk al een hele tijd niet meer leven”. Dan is er ook een rol voor de zorgverleners om de familie op één lijn te krijgen als dit niet het geval blijkt te zijn.’

Verenigde Staten

Met ACP worden eerder in het proces stappen gezet in de communicatie, zodat al eerder kan worden overwogen hoe aan het einde van het leven moet worden gehandeld. Het is een jaar of vijf geleden vanuit de Verenigde Staten – waar het is ontwikkeld voor de palliatieve oncologische zorg – overgewaaid naar Nederland. ‘Ik ben daar blij mee’, zegt Weinberg, ‘Het is geen medisch, maar een maatschappelijk thema. Dat is wat het zo waardevol maakt.’

19 Advance care planning’ (ACP) is een proces waarbij de patiënt met zijn behandelend arts zijn wensen, doelen en voorkeuren voor zorg rond het levenseinde bespreekt en eventueel vastlegt, vooruitlopend op het moment dat de patiënt zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen.

Consultfunctie specialist ouderengeneeskunde

Weinberg kwam in 1999 op een schakelafdeling van het ziekenhuis van Rivas Zorggroep. 'Een verkeerde-bedafdeling', noemt hij het. 'Er moest een project komen voor zorg op maat, zoveel mogelijk thuis. Wij zeiden toen als specialisten ouderengeneeskunde meteen: wij komen veel te laat in beeld. Dus zijn we de consultfunctie in het ziekenhuis gaan doen voor geriatrie, palliatie en nazorg. Ook zijn we ons gaan richten op thuiswonende ouderen. Aanvankelijk lieten we ouderen naar het ziekenhuis komen, maar dat werkte niet. Dus zijn we ze als specialisten ouderengeneeskunde en geriatrieverpleegkundigen thuis gaan opzoeken en hebben we het Geriatrisch Onderzoek en Advies Centrum opgezet voor screening van kwetsbare ouderen thuis op ziekte- en zorgdiagnostiek. Dit heeft zich ontwikkeld tot een zeer belangrijke schakel in de ketenzorg voor ouderen. De huisarts kan altijd naar ons verwijzen, ook in acute situaties. Wij kunnen paramedici inschakelen en adviseren over ziekenhuisverwijzingen. En belandt een patiënt in het ziekenhuis, dan kennen wij die al vanuit de thuissituatie. Daarbij werken we nauw samen met onze collega klinisch geriaters en andere ziekenhuiscollega's. Zo hebben we nooit meer het probleem van een overvolle SEH. We hebben de situatie al in kaart, of we brengen die heel snel in kaart samen met de geriatrieverpleegkundige, die zo nodig in afstemming met ons regionale plaatsingsbureau ook de kortdurende 24/7 opvang regelt met de familie.'

'Het is geen medisch, maar een maatschappelijk thema. Dat is wat het zo waardevol maakt.'

Plan vooraf

De kern is dat er vooraf al een plan is. 'Wij organiseren passend casemanagement', zegt Weinberg. 'Dan doet die acute situatie zich voor en dan weet je al of er voldoende draagkracht is bij de familie om het thuis op te lossen. Werkt dat niet, dan hebben we capaciteit achter de hand, want omdat Rivas Zorggroep alle zorg in één organisatie heeft, hebben we die bedden in eigen beheer.'

ELV blijft beperkt nodig

De behoefte aan ELV-bedden is door ACP veel kleiner dan die voordien was. 'Natuurlijk blijft ELV wel nodig', zegt Weinberg. 'Er zijn altijd situaties waarin iemand nog niet toe is aan de definitieve stap van een Wlz-indicatie. Je kunt iemand niet alle hoop ontnemen. En soms doen zich ook nog verrassend mooie dingen voor. Maar in de praktijk is die indicatie toch veelal op enig moment wel aan de orde.'

Nek uitsteken

Kan deze vanuit Rivas Zorggroep opgezette aanpak landelijk werken? Ja, maar dat kost tijd en visie, zegt Weinberg, 'de kern is bereidheid tot samenwerking. Feit is wel dat hier in de regio al een jarenlange cultuur van samenwerking bestaat. De ziekenhuisspecialisten, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde zijn collega's en voelen dat ook zo. Ze zien de noodzaak van samenwerken in de keten. Bovendien is

hier sprake van managementparticipatie van de specialisten ouderengeneeskunde, we zijn als medische staf in duaal management in alle managementlagen vertegenwoordigd en zijn daardoor overal bij betrokken. Dat is een meerwaarde die landelijk nog niet overal benut wordt. In de vele notities die ik zie verschijnen over ouderenzorg constateer ik nogal eens dat onvoldoende is nagedacht over de rol van de specialist ouderenzorg. Ik mis ook nog de durf bij het ministerie van VWS om een pilot te doen in een regio waarbij alle schotten worden weggenomen met bijvoorbeeld een proef met populatiebekostiging. En ik mis een zorgverzekeraar die zijn nek durft uit te steken. Ook zijn veel huisartspraktijken nog niet ingericht op ouderenzorg. Bij de medisch specialisten zie ik gelukkig wel een ontwikkeling. In hun visie voor 2025 staat verwoord dat zij veel meer aanwezig willen zijn in het netwerk ouderenzorg. Dat is je nek uitsteken.'

Ziet Weinberg in de aanpak van Rivas Zorggroep met ACP een blauwdruk? 'Zou je het anders weten?' reageert hij. 'Als cliënt wil je gekend worden en wil je dat wordt voorgesorteerd op de onvermijdelijke situatie waarin het mis gaat. Wat we hier doen is echt niet nieuw hoor, in Scandinavië zie je het ook al. Kijk ik naar de situatie over vijf jaar, dan zie ik een ziekenhuis als specialistisch interventiecentrum en verder lokale gezondheidsvoorzieningen met integratie eerste en tweede lijn waar ook bedden zijn. De huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde zitten dan in de medische en verpleegkundige as bij elkaar. Mijn statement is: Ouderenzorg is palliatieve zorg is ACP. Als je die lijn niet volgt, blijf je overvolle SEH's houden en veel ELV-bedden nodig hebben. Vanzelfsprekend moet je bij de ELV naar de hele keten kijken. Ook in de verpleeghuizen moeten de zaken goed op orde zijn wat betreft geriatrische revalidatie en crisiscapaciteit. Ook dagopvang is belangrijk, om iemands psychische en lichamelijke conditie zoveel mogelijk op peil te houden als het thuis niet meer zo goed gaat. Waar ik minder mogelijkheden in zie, is respijtzorg en de inzet van huisartsbedden. Je zit dan toch al heel dicht tegen die Wlz-indicatie aan. Neem dus liever in een vroeger stadium de stappen die nodig zijn om er goed op voorbereid te zijn als het zover is.'

'Allemaal dingen waarbij je nog kunt proberen om de situatie te optimaliseren, maar je weet gewoon dat je het op termijn gaat verliezen.'

Programmamanager Jocelyn Daris en
specialist ouderengeneeskunde Anna de Bruijn:

‘Het aantal ELV-bedden zal op korte termijn nog gaan groeien’

Het aantal ELV-bedden zal voorlopig niet meer dalen, verwachten Anna de Bruijn en Jocelyn Daris van Cordaan. ELV is nu “de nieuwe manier” om terugkeer naar huis na een acute situatie of doorstroming naar een verpleeghuis te regelen, stellen ze. Wel gaat de specialist ouderengeneeskunde een steeds grotere rol spelen om crisissituaties te voorkomen.

Waarom is eerstelijnsverblijf met een laag volume gestart? Dat is begrijpelijk voor wie de geschiedenis kent, stelt Jocelyn Daris, programmamanager kwaliteit, strategie en innovatie bij Cordaan. ‘Wie al wat langer meedraait in de ouderenzorg, kent nog de KDO-bedden’, zegt ze, ‘de bedden voor kortdurende opvang dus. De capaciteit voor die bedden is in de loop der jaren afgebouwd toen ook mensen met een ZZP één, twee of drie nog naar een verzorgingshuis konden. Je had toen dus minder acute opnames uit de thuissituatie. Toen het besluit werd genomen om de ouderenzorg anders in te richten – de verzorgingshuiscapaciteit af te bouwen en nog alleen mensen met hogere ZZP’en tot verpleeghuiszorg toe te laten – ontstond een gat. In de aanloop naar die verpleeghuisopname begonnen zich meer crisissituaties voor te doen, waardoor meer ELV-bedden nodig waren dan aanvankelijk was voorzien. De eerste inkoop bij Cordaan was tien bedden. Ik schat dat we eind 2017 op 85 bedden zitten.’

Wachtlijst

Dit heeft deels te maken met het striktere beleid voor een verpleeghuisindicatie. Maar er is nog een reden, stelt Daris. ‘Mensen met verpleeghuisindicatie willen zich ook niet op een wachtlijst voor het verpleeghuis laten plaatsen, omdat ze dan een eigen bijdrage moeten betalen als ze in aanmerking komen voor Wlz thuis’, zegt ze. ‘Dus ontstaan vaker onverwachte situaties waarin ineens een keuze moet worden gemaakt. En dan is ELV het nieuwe product.’

Veel instroom hoogcomplexe problemen

Cordaan wil graag aansluiten op de behoefte van ouderen om te blijven wonen in hun vertrouwde omgeving en hun sociaal netwerk intact te laten. Het heeft daarom verspreid over Amsterdam op de verschillende locaties van zijn verpleeg- en verzorgingshuizen ELV-bedden die een tijdelijke oplossing bieden voor situaties waarin het thuis even niet meer gaat. Daarvan wordt ook zeker gebruik gemaakt. Specialist ouderengeneeskunde Anna de Bruijn vertelt: ‘Laagcomplexe medische behandeling

Beuk, Amsterdam. Foto: Frank Warendorf

wordt in principe door de huisarts geboden. We proberen die werkwijze te behouden, maar we zien veel instroom van mensen met hoogcomplexe problemen. Ook dan mag de patiënt beslissen de huisarts te houden, maar van die optie wordt nauwelijks gebruik gemaakt omdat de huisarts het te complex of te ver weg vindt. De problematiek van deze patiënten kan inderdaad ook enorm ingewikkeld zijn. Het gaat vaak om een combinatie van meerdere gezondheidsproblemen tegelijk en de patiënt is niet zelden recent meermalen opgenomen geweest met wijzigingen in medicatie, waardoor de relevante informatie over de patiënt lang niet altijd compleet is. Vooral de indicatiestelling en de regelgeving zijn een woud voor de huisarts. Daarom gebruikt het cliëntservicebureau van Cordaan (CSB) een indicatieformulier (opgesteld in SIGRA-verband) en bieden wij ook ondersteuning aan de huisarts bij het stellen van een indicatie.'

Intern gebruiken wij ook een stroomschema waarin de mandatering voor opname door het CSB is vormgegeven en dat biedt alle informatie die nodig is voor directe opname van een patiënt. 'Informatie ten behoeve van de opname is niet altijd compleet', zegt Daris. 'Daarom is het belangrijk dat de specialisten ouderengeneeskunde alle informatie krijgen over waar de instroom niet goed gaat, om te helpen het stroomschema te verbeteren.' De Bruijn vult aan: 'Daarnaast is ons er natuurlijk veel aan gelegen om crises te voorkomen. Hiervoor is het belangrijk dat de huisarts dicht bij de patiënt staat en ook overlegt met de wijkverpleegkundige. Laat het niet op vrijdag om vijf uur 's middags op een crisis aankomen. Als het geen crisis betreft kunnen we prima binnen 24 of 48 uur een goede plek aanbieden en iedereen, ook de specialist ouderengeneeskunde, goed informeren. Vaak blijkt de mantelzorger het dan ook nog wel even te kunnen opbrengen. De huisartsenkoepels staan open voor deze aanpak, maar staan in de praktijk nu toch nog vaak voor een voldongen feit.'

'Vooral de indicatiestelling en de regelgeving zijn een woud voor de huisarts.'

Stroomschema

De Bruijn herkent dit. 'Ik zit in diverse werkgroepen en daar wordt vaak aangekaart hoe de huisartsen tegen crises aanlopen', zegt ze. 'De huisartsen kennen het stroomschema van de SIGRA (https://www.sigra.nl/beslisboom-vervolgzorg) wel, maar ze hebben bij een patiënt in een crisissituatie niet de rust en de ruimte om te weten wat ze moeten doen. Gemiddeld heeft een huisarts anderhalf tot twee ELV-patiënten per jaar. Sommige huisartsen doen een kaderopleiding voor ouderen, maar zeker als huisarts in een jonge buurt kom je er nauwelijks mee in aanraking. Dan moet je het allemaal maar weten met die complexe regelgeving. Een centraal telefoonnummer zou hun zeker helpen. We zijn daar voor Amsterdam-Noord ook mee bezig en hopen het voor het einde van dit jaar gezamenlijk voor elkaar te hebben.'

Consulten in de eerste lijn

Een goede ontwikkeling is dat de specialisten ouderengeneeskunde steeds meer consulten in de eerste lijn doen nu ouderen ook bij toenemende kwetsbaarheid langer

thuis blijven wonen. Zij bezoeken de patiënt thuis. 'Maar feit is dat er heel veel mensen en dus patiënten en huisartsen in Amsterdam zijn en dat er een chronisch tekort aan specialisten ouderengeneeskunde is', zegt De Bruijn. 'Zelf werk ik wel vaak in de eerste lijn en ik vind dat een prachtige aanvulling op mijn werk. Het gaat meestal om patiënten met dementie. Je kunt er heel veel betekenen: medicatie afbouwen, valrisico verminderen, kwaliteit van leven verbeteren. Bovendien kan ik met de mantelzorger praten. Mijn belangrijkste vraag is dan: "Hoe lang hou je het nog vol?". Ik leg uit dat dementie een dodelijke ziekte is, dat weten veel mensen niet. Ik schets dan ook het traject dat ontstaat als zich een crisissituatie voordoet en hoe dit voorkomen kan worden. Daar kunnen patiënt en mantelzorgers dan verder over nadenken samen met de wijkzorg en de huisarts. En ik bied altijd aan nog een keer terug te komen.'

'De eerste inkoop bij Cordaan was tien bedden. Ik schat dat we eind 2017 op 85 bedden zitten.'

Te veel huisartsen weten de specialisten ouderengeneeskunde echter nog niet te vinden, stelt De Bruijn. 'Het idee dat vroeger bestond dat we hun patiënten zouden afpakken is in ieder geval wel verdwenen', zegt ze. 'Ik merk dat veel huisartsen met wie ik wél in contact kom, opgelucht zijn als ze horen dat ik bij mensen langs wil gaan.'

Samenwerking met ziekenhuizen

Crisissituaties voorkomen betekent ook voorkomen dat patiënten onterecht op een afdeling spoedeisende hulp van het ziekenhuis terechtkomen. 'Deze mensen komen wel binnen met een medische indicatie', zegt Daris, 'maar bij de vraag of ze moeten worden opgenomen of terug kunnen naar huis spelen vaak ook sociale aspecten een rol. ELV kan dan een betere tussenoplossing zijn dan opname. Daarom werken we aan de ontwikkeling van het buurtziekenhuis samen met het AMC, bedoeld om kwetsbare ouderen die wél medisch specialistische zorg nodig hebben in een meer gepaste omgeving de noodzakelijke zorg te verlenen. Met veel meer aandacht voor goed eten en bewegen en anticiperen op de terugkeer naar huis. De mogelijkheden van de mantelzorger zullen we daarbij actief betrekken.'

Spoedeisende hulp

Ook is Cordaan samen met Evean betrokken bij een project in het OLVG-ziekenhuis waarbij wijkverpleegkundigen worden ingezet op de afdeling spoedeisende hulp. Daris: 'Zij bieden de artsen en verpleegkundigen op de SEH ondersteuning als die niet zeker weten of een patiënt wel of niet verantwoord terug kan keren naar huis. Er is ook een meetweek gehouden om een beeld te krijgen van de patiënten die overdag en in de avond en nacht bij de spoedeisende hulp worden aangemeld. Hetzelfde gaan we ook doen op de huisartsenposten, de uitkomsten daarvan zullen eind dit jaar beschikbaar zijn. Wat we nu al weten, is dat het op de spoedeisende hulp voor een deel gaat om verwijzingen die voorkomen hadden kunnen worden als in de weken voor de presentatie gerichte preventieve acties waren ondernomen.'

Toenemende rol voor advance care planning

Daris stelt dat in de huidige situatie, waarin thuiswonende kwetsbare ouderen in een acute situatie belanden, ruim de helft kan terugkeren naar huis en de andere helft toch nog onverwacht overlijdt of een Wlz-indicatie krijgt omdat naar huis gaan niet meer verantwoord mogelijk is. 'Daarom bieden we ook in zoveel van onze verpleeghuizen ELV-bedden, enerzijds om die terugkeer naar huis te faciliteren en anderzijds om ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk mensen bij een Wlz-indicatie kunnen doorstromen in hetzelfde huis. Dat is een relatief kleine stap vergeleken met op korte termijn weer moeten verhuizen naar een ander huis.' Belandt een kwetsbare oudere in het ziekenhuis dan is daar via het digitale portaal Point een actueel overzicht voorhanden van onder andere beschikbare ELV-bedden. Voor de huisartsen is dit nog niet inzichtelijk. Op dit moment biedt in Amsterdam alleen Amsta op één locatie 24/7 acute opvang. Andere verpleeghuizen zijn nog niet zover, maar bieden wel al acute opvang op bijvoorbeeld de zaterdagochtend of creëren andere mogelijkheden buiten kantoortijden. In SIGRA-verband wordt wel gezocht naar opties voor 24/7 opname in meerdere verpleeghuizen. Zeer waarschijnlijk zal in gezamenlijkheid en op grond van een pilot in Noord (in samenwerking met het BovenIJ-ziekenhuis, Cordaan, Evean en Amstelring en de huisartsen daar) een verdere uitrol van deze mogelijkheid in Amsterdam worden geregeld in 2018. Ook zal vanuit het Ben Sajet Centrum (academische leerwerkplaats innovatie langdurige zorg) onderzoek worden gestart naar de verschillende leveringsvormen van ELV en de mogelijke doorontwikkeling hiervan. (www.bensajetcentrum.nl/)

'Maar feit is dat er heel veel mensen en dus patiënten en huisartsen in Amsterdam zijn en dat er een chronisch tekort aan specialisten ouderengeneeskunde is.'

Het aantal ELV-bedden zal op korte termijn nog gaan groeien, denkt Daris, en pas in de loop van 2018 gaan stabiliseren. 'Ik zie het aantal ELV-bedden niet meer afnemen', zegt ze, 'want dit is nu de nieuwe manier om voor een opname in het verpleeghuis in aanmerking te komen.' De Bruijn ziet het ook zo. 'We hebben nog steeds te maken met een toenemende vergrijzing', zegt ze. 'Deze mensen blijven langer thuis wonen en de zorg die zij nodig hebben is soms te zwaar voor de thuiszorg. Wel zijn we als specialisten ouderengeneeskunde steeds meer in beeld, en kunnen we dus een rol spelen om crisissituaties te voorkomen en een rustiger Wlz-opname te regelen. Die planning zal een steeds grotere rol gaan spelen. Ook bespreken we wensen rondom het levenseinde: advance care planning. Vaak is goed te voorspellen of de gezondheid en zelfredzaamheid gaandeweg verder achteruit zullen gaan. Het is waardevol als de specialist ouderengeneeskunde het punt aan de orde stelt "Wat moeten we doen als u plotseling een hartaanval krijgt?". Als iemand dan zegt: "Dan hoeft het niet meer", dan kun je dit doorgeven aan de huisarts zodat, als het zover is, geen onnodige toeters en bellen worden ingezet en iemand rustig thuis kan sterven of in en verpleeghuis met een ELV palliatief indicatie.'

Olifantsiep, Amsterdam. Foto: Hanna Hirsch

Specialist ouderengeneeskunde Jochem Klijnman:

‘Zonder verzorgingshuizen kunnen mensen tussen wal en schip vallen’

In de Amsterdamse regio Buitenveldert bestaat het innovatieproject Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde, gericht op het verbeteren van de zorg voor kwetsbare ouderen. De inzetbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn speelt hierin een belangrijke rol en eerstelijnsverblijf is een werkbare tussenoplossing als de grenzen van verantwoord thuis blijven wonen in zicht komen. Maar het verzorgingshuis wordt node gemist.

‘Veel specialisten ouderengeneeskunde vinden het juist heerlijk om naar buiten te gaan.’

Jochem Klijnman werkt als specialist ouderengeneeskunde zowel intra- als extramuraal. Geconfronteerd met de opmerking dat deze combinatie nu vaker voorkomt dan in het verleden maar toch nog geen gemeengoed is, zegt hij: ‘Maar dat verandert wel. Het hangt natuurlijk van de persoon af, voor de naamsverandering heetten wij verpleeghuisartsen. Maar veel specialisten ouderengeneeskunde vinden het juist heerlijk om naar buiten te gaan. Hier in de regio Buitenveldert hebben we de luxe dat de samenwerkende huisartspraktijken de zorg voor kwetsbare ouderen wilden verbeteren en daartoe eenmaal per maand multidisciplinair overleg gingen opzetten met betrokkenheid van specialisten ouderengeneeskunde. Hiermee was in één keer het contact met de huisartsen gelegd. In andere regio’s moeten specialisten ouderengeneeskunde zichzelf verkopen, waarbij ze huisartsen treffen die sceptisch zijn onder het motto “Ik zorg zelf wel voor mijn oude patiënten”. Op de vraag waarom de huisartsen hier in de regio wel open stonden voor ons kan ik niet precies de vinger leggen. Wel zitten we hier natuurlijk vlakbij het VU medisch centrum en beschikken we dus over het universitair netwerk ouderenzorg. En er kwam een paar jaar geleden financiering voor de huisartsen om met inzet van praktijkondersteuners die ouderenzorg inhoudelijk vorm te geven. Op universitair niveau ontstond bovendien de fusie tussen huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde, met de wens ook in de praktijk tot nauwere samenwerking te komen.’

Ideale combinatie

Zo ontstond in februari 2015 het innovatieproject Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde ofwel UPO, waarin behalve die twee afdelingen ook Verenso, Amstelring en huisartspraktijken samenwerken, met als doel de zorg voor kwetsbare ouderen beter te maken. Toen UPO startte was Klijnman al consulent voor twee huisartspraktijken in de Universitaire Huisartsenpraktijk VUmc. Klijnman hoefde niet lang na te denken toen hij werd gevraagd voor UPO. “Ik hoefde alleen maar mijn neus in de boter te laten vallen”, zei hij in 2016 in een interview voor Huisartsenmagazine VUmc. Het is een ideale combinatie, vindt hij. Hij kan intramuraal blijven werken om zijn intramurale kennis op peil te houden, en hij is interessant voor de huisartsen omdat hij specifieke kennis heeft over ouderenzorg én bedden kan bieden voor mensen die deze tijdelijk nodig hebben.

Geen prettige plek

‘Het uiteindelijke doel van UPO is natuurlijk de zorg thuis voor de meest complexe en kwetsbare ouderen te verbeteren, zodat het mogelijk wordt ze verantwoord thuis te houden’, zegt hij. ‘We willen door proactief te werken crises en ziekenhuisopnamen voorkomen. De zorg thuis voor deze groep mensen wordt complexer en dus is de expertise nodig die wij als specialisten ouderengeneeskunde kunnen bieden als alternatief voor de tweede lijn. Het ziekenhuis is geen prettige plek voor ouderen. En vaak werken medisch specialisten niet goed samen, waardoor ouderen met een hele set aan behandelaars te maken krijgen. Je kunt de problemen die hieraan ten grondslag liggen vaak thuis oplossen, als je er de benodigde aandacht en expertise voor hebt. Veel huisartspraktijken hebben honderd of meer 75-plussers in hun patiëntenbestand, maar daarvan zijn er niet zoveel écht kwetsbaar. Die kennen ze en kunnen ze samen met de POH-ouderen goed in de gaten houden, maar ieder heeft zijn specifieke kennis en als zo’n oudere op het randje van een Wlz-indicatie staat is iets anders nodig dan de reactieve inzet die de huisarts gewoon is te bieden. Je moet dan het functioneren van zo’n oudere in kaart brengen en ondersteuning in de kwetsbaarheid bieden. En dat past in de kern van ons vak: kijken naar opties voor behoud van zelfredzaamheid en kwaliteit van leven. Daarin kun je heel veel bereiken, door medicatie aan te passen bijvoorbeeld en paramedici in te zetten. Binnen UPO ben ik medebehandelaar en kan ik intensief met paramedici zoals fysio- en ergotherapeuten of diëtisten samenwerken. Thuiszorg kan natuurlijk ook ingezet worden om mensen te ondersteunen in dingen die ze niet meer verantwoord zelf kunnen, douchen bijvoorbeeld. Tegelijkertijd moeten we realistisch zijn: we kunnen ook veel dingen niet omdat mensen grote delen van de dag alleen thuis zijn. Vaak zijn ze cognitief aangedaan, kunnen ze risico’s niet goed inschatten en worden dus een gevaar voor zichzelf.’

‘Het is triest dat het verzorgingshuis verdwijnt, terwijl de behoefte eraan juist toeneemt.’

Klein en laagdrempelig

Het feit dat in de regio een half dozijn thuiszorgorganisaties actief zijn, is een complicerende factor in het overleg met de huisartsen. Klijnman: ‘Blijkt op basis van een huisbezoek dat extra inzet noodzakelijk is, dan verwijs ik graag naar paramedici en thuiszorgorganisaties die al bekend zijn in de huisartspraktijk, zodat het bestaande netwerk intact blijft. De regio is zo groot, je moet het klein en laagdrempelig houden.

Maar als de situatie erom vraagt, wijk ik wel van die regel af. Zie ik dat sprake is van de ziekte van Parkinson bijvoorbeeld, dan schakel ik ParkinsonNet in.'

Opgenomen ter observatie

Is de situatie thuis op enig moment niet meer verantwoord vol te houden, dan is opname in een observatiebed op de transferafdeling van VUmc mogelijk. 'En als onzeker is of iemand weer naar huis kan, dan kan ik die hier in de Vreugdehof opnemen', zegt Klijnman. 'Beide vallen binnen eerstelijnsverblijf. Neem bijvoorbeeld de vrouw met pijnklachten, bij wie al eerder een PEG-sonde was geplaatst in verband met een eusophaguscarcinoom. Ze kreeg vier keer per dag thuiszorg, maar werd in korte tijd ineens heel gedesoriënteerd. Een antipsychoticum hielp niet, ze dwaalde door haar woning en deed 's nachts een appel op de thuiszorg en op haar familie. We hebben haar toen opgenomen ter observatie, een psycholoog erbij betrokken en haar uiteindelijk verwezen naar de neuroloog wegens het – naar bleek terechte – vermoeden van een beroerte. Geplande ELV dus. En daarin kunnen we verlenging aanvragen als het niet binnen tien weken tot een uitkomst komt.'

Tussen wal en schip

Het probleem is alleen, stelt Klijnman, dat in een aantal gevallen mensen toch tussen wal en schip vallen omdat ze te slecht zijn om terug te keren naar huis maar nog te goed voor opname in een verpleeghuis. 'Een setting met relatieve zelfstandigheid maar wel zorg en hulp nabij – het verzorgingshuis dus – is dan precies wat nodig is', zegt hij. 'Het is triest dat dit nu verdwijnt terwijl de behoefte eraan juist toeneemt. Langer thuis blijven wonen kan alleen als er thuis voldoende zorg is. Nu zegt de thuiszorg, als we iemand terug willen laten gaan naar huis, nog weleens: "Nee, de zorgvraag is te complex". Dan vragen we gedwongen een Wlz-indicatie aan. Maar we hebben ook weleens meegemaakt dat mensen hier een half jaar zaten met een te lage indicatie. Uiteindelijk kunnen we zo iemand dan plaatsen in een van de verzorgingshuizen die er nog wel zijn, maar dat is dan in Amsterdam-Zuidoost of zo, waar iemand niet wil wonen en geen netwerk heeft. Helaas moeten we daar dan toch zakelijk in zijn, maar we doen dan iets wat we niet willen. We willen voor mensen zorgen en liefst niet aan geld denken. Maar na een aantal bezuinigingsronden worden we wel gedwongen om zakelijker te worden. Dit geldt ook voor de ELV. We krijgen daar hetzelfde geld voor als voor Wlz. Daarin is voorzien in anderhalf uur behandeling per week. We moeten die mensen opnemen, in multidisciplinair overleg in kaart brengen, intensief overleggen met het thuisfront, dat kost allemaal tijd. Daarom zijn we niet zo blij met die ELV en hebben we het aantal beschikbare ELV-plaatsen noodgedwongen beperkt.'

'Die financiering moet er wel komen, dan kun je mensen ook echt iets bieden.'

Duitse grens

Maar dan is er ook nog de ongeplande ELV. 'Op dit moment valt de toestroom daarin wel mee', zegt Klijnman. 'Dat komt vooral door de revalidatieafdeling hier die een

hoge turnover heeft en dus lege bedden. Die houden we ook vrij want we weten dat we de noodlocatie zijn voor onze regio. En we bieden ook chronische somatische zorg dus we plaatsen mensen ook intern door. Alleen psychogeriatrie is wel een probleem, daarin lopen we over en datzelfde geldt in de hele stad. Mensen moeten nu buiten de stad worden opgenomen, zelfs tot de Duitse grens aan toe. En inmiddels horen we ook geluiden dat de huisartsen de ELV-aanvragen niet meer kwijt kunnen. Gelukkig komt er één centraal nummer dat huisartsen kunnen bellen als een ELV-aanvraag nodig is, dat zal het makkelijker maken voor ze.'

Inschatting

Dat de ELV-plaatsingen in Vreugdehof tamelijk "zuiver" zijn – geen mensen die eigenlijk direct voor een Wlz-indicatie in aanmerking komen of bij wie feitelijk sprake is van respijtzorg – heeft alles te maken met het feit dat Vreugdehof uitsluitend ELV hoogcomplex biedt. 'Ik kan me voorstellen dat je vooral een schemergebied krijgt als je ook ELV laagcomplex doet', zegt Klijnman. 'Overdag doet zorgbemiddeling de triage en in de avond en nacht de verpleegkundige met de dienstdoende specialist ouderengeneeskunde. Als ik dat ben en ik hoor dat iemand zelfstandig naar toilet kan en door het huis loopt, zeg ik: "Nee, te licht". Aan de andere kant van het spectrum komt het wel voor dat iemand eigenlijk naar het ziekenhuis moet en dat dit verkeerd wordt ingeschat. Als iemand in korte tijd verward raakt en niet meer wil eten, is er vaak iets aan de hand, maar kun je een inschattingsfout maken over wat precies. Dan kan bijvoorbeeld sprake zijn van terminale nierinsufficiëntie. De grens tussen ELV en Wlz is voor ons niet zo lastig. Als we iemand hier krijgen kunnen we snel genoeg inschatten of hij wel of niet terug kan naar huis. En als dat niet zo is, hebben we met het CIZ de afspraak dat we een versnelde Wlz-indicatie kunnen krijgen of dat die met terugwerkende kracht werkt.'

'Het ziekenhuis is geen prettige plek voor ouderen.'

Voor de toekomst ziet Klijnman de ELV groeien. 'Maar dan moet er wel iets gebeuren aan de vergoeding', zegt hij. 'Het zou enorm schelen als we gewoon kunnen declareren wat we doen. Tijdelijke zorg in een verpleeghuis is duur en dat wordt onderschat met die anderhalf uur behandeling die wij nu in ELV mogen bieden. Die financiering moet er wel komen, dan kun je mensen ook echt iets bieden. Nu komen mensen die hier via ELV binnenkomen soms op een chronische afdeling terecht terwijl hun zorgvraag daar eigenlijk nog te licht voor is.'

Manager zorgondersteuning Ton Roelofs en
transferverpleegkundige Karin Westerhof:

‘Alle ELV-instroom via één centraal nummer’

Een ziekenhuisopname van een kwetsbare oudere voorkomen als die niet medisch noodzakelijk is, vereist samenwerking. In de regio Zwolle is hiervoor een centraal telefoonnummer in het leven geroepen. De huisarts of huisartsenpost of de afdeling spoedeisende hulp van het ziekenhuis kan dit nummer 24/7 bellen als eerstelijns-verblijf (ELV) de beste optie voor de cliënt lijkt te zijn. Dan wordt zo snel mogelijk een ELV-bed op de locatie van voorkeur van de cliënt geregeld.

Afdelingen spoedeisende hulp vol ouderen? De SEH van ziekenhuis Isala in Zwolle kan er net zo over meepraten als ieder ander ziekenhuis in ons land, stelt leiding-gevende transferverpleegkundige Karin Westerhof. ‘En daarbij gaat het in een aantal gevallen ook om onterechte verwijzing naar de SEH’, zegt ze. Ton Roelofs, manager zorgondersteuning, voegt hieraan toe: ‘Het is eigenlijk zaak om zoveel mogelijk te voorkomen dat een kwetsbare oudere onnodig op een afdeling SEH belandt. Maar het is tegelijkertijd ook begrijpelijk dat het in een aantal gevallen toch gebeurt, want het gaat om complexe cliënten met veelal meerdere zorgvragen tegelijk waarvoor ze ook meerdere geneesmiddelen gebruiken, ze zijn steeds ouder en ze wonen steeds langer thuis. Opname in een verpleeghuis wordt steeds langer uitgesteld. Deze cliënten komen veel zieker binnen in het ziekenhuis dan in het verleden.’

‘Plaatsing in de avond, al is de bezetting dan beperkter dan overdag, is zeker wel te regelen.’

Doorstroomproblemen

Westerhof zegt dat ze problemen voorzag toen bekend werd dat het eerstelijnsverblijf (ELV) vanaf 1 januari 2017 een aanspraak in de Zorgverzekeringswet zou worden. Ze zegt: ‘Je zag overal in het land dat de verpleeg- en verzorgingshuizen onvoldoende signaleerden welke gevolgen die verandering in wetgeving zou gaan hebben. Je kon dus voorspellen dat doorstroomproblemen zouden gaan ontstaan.’ Ze was niet de enige die dit probleem zag aankomen. ‘Voor die kwetsbare ouderen die op de SEH terechtkomen bestaat soms geen medische reden om ze aansluitend in een zieken-huisbed op te nemen’, zegt Roelofs. ‘Dan proberen we eerstelijnsverblijf te regelen, zulke mensen moeten niet het zorgproces in het ziekenhuis in gaan. Natuurlijk kan de huisarts ook zelf meteen een ELV-plek proberen te regelen als hij ziet dat dit nodig is. Maar we zagen dus dat langs verschillende stromen werd gezocht naar

Walnoot, Zwolle. Foto: Frank Warendorf

ELV-plekken en dat de roep om die plekken steeds groter werd. Het was Bart van Pagée van VVT-organisatie IJsselheem die voorstelde om dit proces te stroomlijnen. Hij bracht in 2016 alle partijen in de regio – huisartsen, ziekenhuis, verpleeghuizen – bij elkaar om hierover tot afspraken te komen.' Een interessante terzijde hierbij is dat Van Pagée daarbij ook voorstelde data te genereren over de acute zorgvraag rond kwetsbare ouderen. Roelofs: 'Je kunt je afvragen of het echt zo'n "vrijdagmiddag vijf voor vijf"-verhaal is als in de media nogal eens wordt gesteld. De problematiek komt gedurende de hele week op de SEH voor.'

Centraal telefoonnummer

Na die uitnodiging tot gesprek van Van Pagée ging het snel. Al op 24 april was voor de ELV-instroom één centraal telefoonnummer beschikbaar voor de huisartsen en de afdelingen SEH, 24 uur per dag. Komt tijdens kantoortijd een cliënt binnen op de SEH die niet in het ziekenhuis hoeft te worden opgenomen, dan neemt het transferbureau het werk over van de arts. 'De transferverpleegkundige is dan gemandateerd om namens de arts de triage te doen', zegt Westerhof.

Correcte indicatie

Het enige wat de huisarts hoeft te doen, is de afweging ELV maken en vervolgens het ELV-telefoonnummer bellen om contact op te nemen met de instelling van voorkeur. Bij die instelling vindt eveneens een triage plaats. Westerhof: 'Dit is belangrijk want we zien dat niet altijd de correcte ELV-indicatie – hoog- of laagcomplex dus – wordt gegeven. Grensgevallen zijn er altijd. Het probleem zit vooral op het grensgebied tussen ELV en geriatrische revalidatiezorg, want die twee lijken op elkaar. Bestaat op de SEH twijfel over de juiste indicatie, dan wordt de internist ouderengeneeskunde erbij gehaald voor een geriatrisch assessment. Zonder dat assessment heeft de cliënt immers geen recht op geriatrische revalidatiezorg vanuit de SEH. Blijkt pas achteraf dat de indicatiestelling niet correct is geweest, dan kan dit binnen twee dagen worden gecorrigeerd.' Als de huisarts de instelling van voorkeur heeft gebeld, dan wordt daar niet alleen de tweede triage verricht, maar wordt ook gekeken of er op dat moment ruimte is. Is dat niet het geval, dan gaat die instelling op zoek naar een andere plek waar wel ruimte is.

'Het zijn allemaal losse steentjes en we moeten beter bouwen aan samenhang om crises te voorkomen.'

Avond, nacht en weekend

Speelt het proces zich af buiten kantooruren, dan belt de huisarts ook het ELV-telefoonnummer. Dit is dan bij elke deelnemende instelling doorgeschakeld naar het hoofd van de avond-, nacht- en weekenddienst (ANW). Die zorgt dan voor de ELV-plaatsing, ook in de ANW-uren, in de instelling van voorkeur of als daar geen ruimte is op een plaats waar die ruimte op dat moment er wel is.

Dit hoeft, ook bij de beperkte bezetting waarvan in de nacht in een verpleeghuis sprake is, geen probleem te zijn, vertelt ANW-hoofd Carla van den Berg van de

locatie Myosotis van IJsselheem. Dit is een van de huizen waar een vraag voor een ELV-plaatsing kan binnenkomen. 'Het is bij ons tot nu toe in de nacht nog niet voorgekomen dat we zo'n plaatsing moesten regelen', zegt ze, 'maar in de avond met regelmaat wel en ook dan is de bezetting al beperkter dan overdag. Toch is het dan zeker wel te regelen. Wat we dan doen is de opname in eerste instantie zo goed mogelijk regelen en aansluitend de volgende ochtend het uitgebreide opnamegesprek voeren.'

Snelle uitbreiding

De samenwerkingsafspraak op basis van het centrale telefoonnummer gold in eerste instantie voor de instellingen IJsselheem, Zonnehuisgroep IJssel Vecht, Driezorg, Het Zand en Zorgtroep Oude Nieuwe Land. Op 1 juli kwamen daar Viattence, Het Baken, WZU, RAZ en Noorderboog bij.

Belangrijk in het vervolgtraject is het digitaal cliëntenplatform OZO Verbindzorg. Via dit platform kunnen zorgprofessionals niet-spoedeisende vragen stellen, met als doel een beeld te krijgen van de gezondheidssituatie van cliënten en door tijdig bijsturen bijvoorbeeld ziekenhuisopname te kunnen voorkomen. Iedereen met toestemming van de cliënt heeft inzicht in de voortgang van de zorg en kan daaraan bijdragen. 'Wij staan hier als ziekenhuis positief tegenover', zegt Roelofs, 'en willen er voor bepaalde cliëntgroepen zoals kwetsbare ouderen graag mee gaan werken, maar het staat nog in de kinderschoenen. We denken dat dit platform ons kan gaan helpen om informatie uit te wisselen met de direct betrokkenen in de zorgomgeving van de cliënt. Zeker als zowel de huisarts als de wijkverpleegkundige, de ambulance en in voorkomende gevallen ook de SEH erin kunnen kijken. Dat is nog geen feit, maar het is wel een doelstelling.'

'Iedereen probeert het proces te optimaliseren maar ook de couleur locale te behouden '

Graag een landelijke aanpak

Het blijft druk met kwetsbare ouderen op de SEH, zegt Westerhof. 'Maar ze worden wel direct naar de juiste plek doorgeleid en worden niet ten onrechte in het ziekenhuis opgenomen. We hebben nog geen cijfers die laten zien of de toestroom naar de SEH minder wordt. De aangesloten verpleeg- en verzorgingshuizen zijn wel al data aan het verzamelen over waar de cliënten vandaan komen die in de ANW-uren instromen in de ELV.'

Het systeem wordt inmiddels ook onder dezelfde condities opgezet in Meppel, maar wel met gebruikmaking van een ander telefoonnummer. 'Iedere regio pakt het anders aan', zegt Westerhof. 'Deventer Ziekenhuis gaat nu ook met een vergelijkbare opzet starten, maar gaat slechts tot tien uur 's avonds bemiddelen, vanwege de aanname dat daarna niet meer zoveel cliënten worden aangeboden.' Er zijn op verschillende plaatsen in het land allerlei initiatieven, erkent Roelofs. 'Iedereen probeert het

proces te optimaliseren maar ook de couleur locale te behouden. Dat is natuurlijk ook prima, het gaat erom dat mensen met een niet-medische indicatie zoveel mogelijk direct de weg vinden naar een ELV-bed en het is minder belangrijk hoe precies dat wordt georganiseerd. Maar er is natuurlijk wel een voorliggend verhaal. Het zou een goede zaak zijn als de signalering van de kwetsbaarheid van ouderen veel meer in de thuissituatie in beeld werd gebracht. Dat dit nu niet optimaal gebeurt, betekent geenszins dat de huisarts of de wijkverpleegkundige hun werk niet goed regelen, we hebben gewoon te maken met een maatschappelijke ontwikkeling waarop we moeten inspelen. Daar zit de winst. OZO kan daarbij helpen. Preventie vanuit de huisartsenpraktijk ook. Het zijn allemaal losse steentjes en we moeten beter bouwen aan samenhang om crises te voorkomen. Voor cliënten met een medische indicatie moeten we vanzelfsprekend als ziekenhuis goede zorg blijven leveren, maar als de medische indicatie is afgerond, moeten we ook kunnen waarborgen dat de cliënt op efficiënte wijze verder kan worden geleid in de zorgketen.'

Amerikaanse eik, Assen. Foto: Wim Brinkerink

Huisarts Theodoor Sikkema:

‘Vaak volstaat één telefoontje om een ELV-bed snel te regelen’

In de regio Assen is de beschikbaarheid van bedden voor eerstelijnsverblijf soms een bottleneck, maar doorgaans is zo’n plek snel genoeg geregeld voor mensen voor wie dit nodig is. Wel bestaat discussie over de vraag wie de verantwoordelijkheid moet dragen: de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde. Voor een oplossing moet de scheiding tussen hoogcomplex en laagcomplex worden losgelaten, vindt huisarts Theodoor Sikkema.

‘Maar los van de politiek ben ik er een groot voorstander van als mensen gewoon hun eigen leven blijven leiden.’

Wat voor patiënten heeft huisarts Theodoor Sikkema in zijn huisartspraktijk in Assen? ‘Alles van nul tot 99’, zegt hij. ‘Maar de patiënten in onze praktijk zijn gemiddeld twee jaar ouder dan in de gemiddelde huisartspraktijk en het percentage zeventigplussers is ook wat hoger. Die mensen ken ik goed, maar ik kan niet zeggen dat ik ze allemaal goed in beeld heb want dat zou echt een grotere tijdsinvestering vergen. Wel hebben we in de praktijk praktijkondersteuners die ook ouderenzorg doen en die een sociale kaart hebben gemaakt van de zwakkere ouderen. Deels in ieder geval, want je loopt wat dat betreft altijd een beetje achter de feiten aan.’

Voorstander

Over het overheidsbeleid dat erop gericht is ouderen ook bij toenemende kwetsbaarheid thuis te laten blijven wonen is Sikkema zeer te spreken. ‘Het was natuurlijk geen inhoudelijke keuze van de overheid om dit beleid te gaan voeren’, zegt hij, ‘het was een bezuinigingsmaatregel. Maar los van de politiek ben ik er een groot voorstander van als mensen gewoon hun eigen leven blijven leiden. Voor sommige zorgvragen is een klinische setting onontkoombaar, maar die is wel heel hospitaliserend. Bijna alles wordt van je overgenomen. Als er nu een klinische setting was waarin nadrukkelijk werk werd gemaakt van behoud van eigen regie zou ik dat niet slecht vinden, maar dat was het verzorgingshuis ook al niet. Het eten werd er op tafel gezet, terwijl ook ouderen heel goed in staat zijn om zelf een aardappel te schillen. Maar mensen lieten zich dit ook aanleunen natuurlijk. Het is goed dat dit nu is afgebouwd.’

Goede samenwerking

Net als elders in het land ziet Sikkema ook in Assen de gevolgen van dit beleid. Hij vertelt: ‘Een deel van die ouderen is nog heel vitaal, maar je ziet zeker wel

een toename van het aantal ouderen bij wie de zorgbehoefte steeds groter wordt. Natuurlijk kom je dan ook situaties tegen waarbij je je afvraagt of nog wel sprake is van verantwoorde zorg. Gelukkig weten de huisartsen, thuiszorg en vaak ook maatschappelijk werk elkaar goed te vinden, we weten elkaars kwaliteiten te benutten. In de contacten die we hebben over de kwetsbare ouderen in ons werkgebied komen ook de niet-medische vragen aan bod, zoals eenzaamheid. Dat is trouwens ook een probleem waarmee we in de huisartspraktijk wel geconfronteerd worden. Het is ook een onderdeel van de sociale screening van de POH’er die ouderenzorg in het pakket heeft: Hoe is uw sociale netwerk? Voelt u zich veilig? Is eenzaamheid inderdaad aan de orde, dan pakken we dat probleem niet binnen de huisartspraktijk aan, daarvoor staat het te ver van de medische inhoud af. Maar we schakelen dan wel maatschappelijk werk, Humanitas of vrijwilligers in, tenminste wanneer de patiënt ook voelt voor dergelijke ondersteuning.’

Kwetsbaarheid neemt toe

Sikkema zegt niet te kunnen stellen dat die eenzaamheid de laatste jaren een groter probleem is geworden. ‘Dat probleem was al groot en ik denk niet dat dit zit in het thuis wonen bij toenemende kwetsbaarheid’, zegt hij. ‘Het zit veel meer in de persoonlijke leefstijl van mensen en in de manier waarop wij onze samenleving inrichten. De kwetsbaarheid neemt toe, niet de eenzaamheid. Als iemand niet meer zelfstandig met zijn rollator naar de winkel kan maar zijn boodschappen moet laten thuisbezorgen, dan is het vooral de kwetsbaarheid die wordt benadrukt.’

Crisissituaties

Sikkema kan ook niet zeggen dat het aantal crisissituaties rond kwetsbare ouderen in de thuissituatie is toegenomen. ‘Dat had je altijd al’, zegt hij. ‘De grootste kwetsbaarheid zit bij de dementerende in de thuissituatie met wie het heel lang nog wel gaat, totdat er ineens iets gebeurt waardoor dat niet meer zo is. Dat komt tegenwoordig wel vaker voor want het aantal ouderen neemt toe. Maar het was altijd al een lastige groep, die we ook tien jaar geleden al met kunst- en vliegwerk veiligheid in de thuissituatie boden tot dat het echt niet meer ging. Het aantal mensen die dit betreft stijgt wel, maar ik heb geen cijfers die het beeld staven dat het aantal crises toeneemt. Als je als huisarts met zo’n crisis wordt geconfronteerd denk je niet: heb ik dit nu vaker dan tien jaar geleden? Dan ga je gewoon zoeken naar een oplossing.’

‘De samenwerking is constructief, we zijn er gezamenlijk voor verantwoordelijk dat er een oplossing komt.’

Bottleneck

In de regio Assen bestaan voor zulke situaties afspraken met de thuiszorgaanbieders, die ook eerstelijnsverblijf bieden. ‘Het aantal beschikbare plekken is een bottleneck maar de afspraken zijn goed’, zegt Sikkema. ‘Vaak is één telefoontje genoeg om een ELV-plaats binnen een uur voor elkaar te brengen. Is er geen plaats bij de eerste

aanbieder die wordt gebeld, dan belt die meestal de tweede. De aanbieders zien elkaar niet als concurrenten. De samenwerking is constructief, we zijn er gezamenlijk voor verantwoordelijk dat er een oplossing komt. De mate waarin dit wel of niet heel snel lukt, fluctueert soms. We hebben het een tijdje heel moeilijk gehad omdat in Groningen alle ELV-bedden vol lagen en patiënten dus werden doorgestuurd naar hier. Maar het heeft ook geen zin om ELV-bedden beschikbaar te houden voor patiënten die er niet zijn. Dan krijg je voor je het weet toch weer een concurrentieverhaal.'

Liefst niet naar de SEH

Sikkema verwijst liefst geen ouderen naar de spoedeisende hulp van het ziekenhuis als daar geen medische noodzaak toe bestaat en dit enigszins te voorkomen is. 'Ze worden daar alleen maar zieker', zegt hij. 'Je werkt als huisarts natuurlijk vaak vanuit een situatie van onmacht als het om een acute situatie gaat. Dan moet je afwegingen maken. En dan snap ik wel dat er huisartsen zijn die kiezen voor die SEH-verwijzing, maar ik ben daar zelf dus heel terughoudend in. Het is wat anders als sprake is van een medische situatie die je als huisarts niet goed kunt inschatten. Dan vraag ik wel of de SEH even wil meekijken, omdat bijvoorbeeld sprake is van een metaboolprobleem. Maar dan heb ik dus een duidelijk medische vraag.'

Convenant

Vanuit het ziekenhuis kunnen patiënten ook na een kortdurende opname naar een ELV-plek worden doorgestuurd. 'We zagen wel aankomen dat de beschikbaarheid van ELV-bedden hierin een knelpunt kon worden', zegt Sikkema. 'Dus is een convenant tot stand gekomen tussen het Wilhelmina Ziekenhuis Assen, de huisartsen en de verpleeghuizen om dit goed te regelen. In dit convenant is de verantwoordelijkheid van de verschillende partijen vastgelegd – waarbij de eerste aanmelder de regievoerder is – en is ook de medicatieoverdracht beschreven. Op basis van deze afspraken gaat het meestal goed. Wel moeten sommige zorgaanbieders nog aansluiten, daarover zijn we in gesprek.'

Verantwoordelijkheidsverdeling

In de convenantafspraken zijn de partners er nog niet helemaal uit wat de rol van de huisarts in ELV is. 'Dat is ingewikkeld', zegt Sikkema. 'ELV heeft niets met geneeskunde te maken, maar met zorgbehoefte, en de verdeling tussen hoog- en laagcomplex vind ik kunstmatig. Het grootste deel zit er net tussenin. Formeel is de specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk als het hoogcomplex is en de huisarts als het laagcomplex is. Maar je moet dat echt per situatie bekijken. Het verpleeghuis wil die verantwoordelijkheid liefst bij de huisarts laten. Dat is echter iets waar niet alle honderd huisartsen in deze regio hetzelfde over denken. De oplossing is volgens mij de verantwoordelijkheidsvraag los te trekken van het financiële plaatje. Als het echt complex wordt, is het naar mijn idee de specialist ouderengeneeskunde die er bovenop moet zitten. Niet alleen vanuit het medische perspectief maar ook uit het oogpunt van overleg en overdracht. ELV is kortdurend, dus die patiënt komt weer terug bij zijn huisarts. Gelukkig is hier goed geregeld dat wij in zulke gevallen ook direct bericht krijgen als zo iemand weer terug naar huis gaat, inclusief het medische verslag.'

'Eenzaamheid zit veel meer in de persoonlijke leefstijl van mensen en in de manier waarop wij onze samenleving inrichten.'

In de Assense regio kan de specialist ouderengeneeskunde ook consulterend worden ingeschakeld. 'Dat was buiten het convenant om al geregeld', zegt Sikkema, 'maar we maken er niet veel gebruik van, soms bij cognitieve problemen.' En advance care planning, de specialist ouderenzorg vroegtijdig betrekken om de kwetsbaarheid van de thuiswonende oudere in kaart te brengen? Sikkema proeft de term even op de tong en zegt dan: 'De relatie tussen de term en de inhoud die ermee wordt gesuggereerd, onderschrijf ik niet. We moeten buiten jargon blijven – grote woorden, weinig inhoud – maar wel goede inhoud bieden. Kwetsbaarheid in kaart brengen doen we als eerste lijn zelf, en is gericht op advance care planning, zonder die term te gebruiken. Daar schakelen we de specialist ouderengeneeskunde bij in, indien aangewezen. Dus: de inhoud gebeurt, en daar sta ik achter, waarbij meer sprake is van eerstelijns zorg dan van inzet van de specialist ouderengeneeskunde. En de terminologie: nee.'

'ELV heeft niets met geneeskunde te maken, maar met zorgbehoefte, en de verdeling tussen hoog- en laagcomplex vind ik kunstmatig.'

Mammoetboomstam, Hilversum. Foto: Frank Warendorf

Specialisten ouderengeneeskunde Ellen Vreeburg en Bregje Smit:

‘Het Gooi ontwikkelt beleid om tot realistische inzet van ELV te komen’

De zorgaanbieders in de regio het Gooi hebben een convenant gesloten om de juiste zorg op de juiste plek voor kwetsbare ouderen te bevorderen. Hierbij staat de juiste organisatie van het eerstelijnsverblijf (ELV) centraal. In het proces is een belangrijke rol weggelegd voor de consultatiefunctie van de specialist ouderengeneeskunde, hoewel de financiering hiervoor nog een knelpunt is.

Het Gooi, het werkgebied van zorgaanbieder Vivium, is een zeer vergrijsde regio. ‘De voorspellingen zijn dat dit zelfs nog zal toenemen’, zegt specialist ouderengeneeskunde Ellen Vreeburg. ‘In ander onderzoek is ook gekeken naar de kwetsbaarheid van de ouderen en ook daarin scoort deze regio hoog. Wat dat betreft is de ontwikkeling een beetje vergelijkbaar met die in Limburg. Met als kenmerkend verschil dat je hier in het Gooi echt een tweedeling ziet tussen hoger opgeleiden en mensen uit een lagere sociaaleconomische klasse. Verder zijn er vrij veel alleenstaande ouderen. En gelet op het feit dat de levensverwachting voor vrouwen hoger is dan voor mannen, ligt het voor de hand dat vrouwen hierbij in de meerderheid zijn.’

Mensen met geld

Haar collega Bregje Smit vult aan: ‘Wat deze regio ook bijzonder maakt, is dat er veel mensen met geld wonen. Mensen dus die in staat zijn om zorg in te kopen, en die dit ook blijven doen als het thuis eigenlijk al niet meer gaat. Deze mensen willen vaak niet tussen anderen in de dagbesteding terechtkomen of naar het verpleeghuis. Met als gevolg dat ook veel sprake is van eenzaamheid onder ouderen.’

Advanced care planning

Vreeburg en Smit werken allebei voor Vivium. Smit als specialist ouderengeneeskunde op de locatie Stichtse Hof, maar ook als kaderarts in de eerste lijn en zij doet veel consulten bij huisartsen. Vreeburg is specialist ouderengeneeskunde en kaderarts geriatrische revalidatie bij Naarderheem. Ze is ook voorzitter van de Raad van Toezicht bij Verenso. Beiden zijn nauw betrokken bij de ontwikkeling van beleid voor de zorg van thuiswonende kwetsbare ouderen in de regio. Van de ontwikkeling dat die ouderen ook bij toenemende kwetsbaarheid zelfstandig thuis blijven wonen, zijn beiden in de kern voorstander. ‘Maar er ligt wel heel veel nadruk op het gegeven dat dit het beste is voor deze mensen’, zegt Smit, ‘je moet echt naar het individu kijken.’ Op dit moment, vult Vreeburg aan, schiet de medische ondersteuning vanuit

het specialisme ouderengeneeskunde thuis nog tekort. 'Daarover is nog te weinig nagedacht. Er is wel ELV, maar deze mensen hebben ook als ze weer naar huis gaan soms medische behandeling nodig vanuit onze expertise, of hadden hier wellicht baat bij gehad voor opname zodat deze ook voorkomen had kunnen worden. Het is dus belangrijk dat de specialist ouderengeneeskunde hiervoor een betaaltitel krijgt en dat die expertise ook daadwerkelijk wordt ingeroepen. Veel huisartsen zien de waarde daarvan wel maar zeker niet allemaal. Dit terwijl advanced care planning enorm belangrijk is, want vaak is de kwaliteit van leven van de patiënt met een paar kleine ingrepen echt te verbeteren.'

Assessment

Smit zegt het te betreuren dat de specialist ouderengeneeskunde nu in ons land nog niet regulier wordt ingezet voor assessment in het ELV-laagcomplex. 'Daar is dus geen geld voor', zegt ze, 'maar het zijn wel juist de mensen bij wie je een analyse zou willen doen. Je zou samen met de huisarts een behandelplan willen opstellen. Dit kan echter niet omdat wij vanuit de subsidieregeling geen consulten mogen doen voor deze patiëntencategorie. Dat moet echt anders.' Vooral omdat het juist in die advanced care planning nogal eens mis gaat, geeft Smit aan. 'De huisarts neemt minder de regie dan de specialist ouderengeneeskunde. Hij is sneller geneigd diverse disciplines in te schakelen, die vervolgens langs elkaar heen werken. Wij zijn juist gewend de zorg in samenhang te regelen, behandeldoelen op te stellen en ook te controleren of die worden gehaald.' Vreeburg: 'Die regievoering lijkt simpel, maar het is veel meer nodig dan een verwijzing naar de fysiotherapeut. Het gaat ook over levensvragen, over spiritualiteit en nadenken over het sterven. Aandacht voor die zaken zit in ons vak, en met de ontwikkeling naar ook bij toenemende kwetsbaarheid thuis blijven wonen is het belangrijk hier ook in de eerste lijn invulling aan te geven. We kunnen daarmee heel veel waarde toevoegen, en zo voorkomen dat mensen veel andere zorg gaan consumeren.'

'Veel mensen in deze regio hebben geld en zijn dus in staat om zorg in te kopen, en blijven dit ook doen als het thuis eigenlijk al niet meer gaat.'

Afspraken over doorstroming

Vreeburg was de eerste die – toen de geriatrische revalidatiezorg naar de Zorgverzekeringswet ging – opmerkte dat dit om goede afspraken vroeg met ziekenhuis Tergooi over de doorstroming van patiënten. Hierbij werd ook meteen gekeken naar de rol van de Spoedeisende Hulp (SEH) in het ziekenhuis. En in het verlengde daarvan was het logisch om vervolgens ook tot samenwerkingsafspraken te komen tussen het ziekenhuis, de huisartsen en de specialisten ouderengeneeskunde over ELV. 'Van domeinstrijd was daarbij geen sprake', zegt Smit, 'en dat komt omdat we er erg op hebben ingezet om uit discussies over belangen te blijven.' Vreeburg vult aan: 'We zijn, vanuit het medisch perspectief, echt rondom de patiënt gaan staan.

Elders in het land zien we wel dat organisaties zeggen: "We hebben tien ELV-bedden dus meld maar aan". Of dat huisartsen vinden dat zij degenen moeten zijn die de ELV-verwijzing doen. Dan gaat het soms fout omdat een verkeerde afweging wordt gemaakt over de zorg die de patiënt nodig heeft. De huisarts komt deze specifieke problematiek van kwetsbare ouderen natuurlijk ook maar een paar keer per maand tegen, terwijl het voor specialisten ouderengeneeskunde dagelijks werk is. Inzet van deze professional kan dan ook ELV voorkomen.'

Kans verkleinen

Een voorbeeld illustreert dit. Een vrouw, 92 jaar met een visusbeperking en COPD, komt ten val en loopt een bekkenfractuur op die haar een mobiliteitsprobleem bezorgt. Vreeburg: 'Je kunt erop wachten dat zoiets gebeurt. Is zo iemand al in een vroeger stadium in beeld bij de specialist ouderengeneeskunde, dan kan die kijken of het valrisico kan worden verkleind door medicatie af te bouwen en het huis wat veiliger in te richten, Daarmee verklein je ook de kans dat ELV nodig wordt.'

'Het ziekenhuis is echt een last resort, zo hebben we het ook opgenomen in de werkafspraken.'

Goede werkafspraken

Het is in de regio gelukt om tot werkafspraken te komen waarbij kwetsbare ouderen die zorg nodig hebben die direct op de goede plek krijgen. Vreeburg: 'Komt een oudere op de SEH en blijkt geen ziekenhuisopname nodig te zijn, dan wordt meteen de specialist ouderengeneeskunde geraadpleegd om te bepalen of de patiënt naar de GRZ of ELV moet of met thuiszorg toch naar huis kan. Is een bed nodig, dan is op www.verwijshulp.nl de actuele informatie voorhanden over waar een bed beschikbaar is op dat moment. De vervolgstap die nu moet worden gezet, is dat instellingen zich erop moeten gaan instellen om ouderen op te nemen in avond, nacht of weekend. In de nacht iemand opnemen in een verpleeg- of verzorgingshuis blijft echter kwetsbaar. De bezetting is dan heel beperkt en met zo'n opname is toch al snel een uur gemoeid, daarin blijven we dus terughoudend. Dan kan dus toch de beslissing worden genomen om de patiënt een nacht in het ziekenhuis te laten blijven of met hulp van familie naar huis te laten gaan. Maar het ziekenhuis is echt een last resort, zo hebben we het ook opgenomen in de werkafspraken. We hebben afgesproken om per kwartaal te monitoren hoe vaak dit gebeurt.'

Triage

De eerste cijfers over de nu gehanteerde werkwijze laten zien dat voor hoogcomplexe ELV de opnameduur even lang is al voor GRZ: 36 dagen. 'Dat is echt heel kort', zegt Smit. De uitstroom naar huis was in 2016 55 procent en is in 2017 gegroeid naar 65 procent. 'Dit betekent dat we iets goed doen in de triage', zegt Vreeburg. 'We denken te kunnen groeien naar tachtig procent. Wel vraagt dit goede communicatie met de huisartsen, want als het niet de bedoeling is dat de patiënt naar huis terugkeert, moet geen ELV worden aangevraagd maar een Wlz-indicatie.'

Huisartsen zien de meerwaarde

ELV voorkomen zal niet altijd haalbaar zijn, stelt Vreeburg nuchter vast. 'Maar je kunt het met gericht beleid wel uitstellen en zorgen dat het minder vaak voorkomt, of minder vaak ontaardt in een situatie die je 's nachts met spoed moet regelen', vult ze hierop aan. 'Voor ons zou die inzet bij de kwetsbare ouderen thuis een kans zijn om te laten zien wat we als specialisten ouderengeneeskunde waard zijn voor de huisartsen.' Het aantal huisartsen dat de waarde van die rol ziet, groeit, vult Smit aan. 'De huisartsen die onze consultfunctie al eens hebben ingeroepen, zijn blij verrast door de inbreng die we kunnen bieden', zegt ze. 'Hun eerste gedachte is soms: wat kunnen jullie wat wij zelf niet kunnen? Maar al snel zien ze dat ze hierbij niet stilgestaan hebben bij het feit dat wij een heel andere benadering hebben. We kijken niet alleen ziektegericht, maar juist ook functioneel, naar de vraag dus hoe iemand zelfredzaam kan blijven. Nu zijn er veel huisartsen in de regio met wie we regelmatig in contact zijn om de situatie van kwetsbare ouderen te bespreken. Zou dat vaste contact er niet zijn, dan komen ze vaak pas bij ons uit als ze al met de handen in het haar zitten. Dan ben je beperkt in je mogelijkheden om nog constructief te handelen.'

'Wij zijn juist gewend de zorg in samenhang te regelen, behandeldoelen op te stellen en ook te controleren of die worden gehaald.'

Zoals Vreeburg al opmerkte, ontbreekt het nog aan een betaaltitel voor de inzet van de specialisten ouderengeneeskunde om samen met huisartsen en ziekenhuis te beslissen wat de beste plek is in geval van een spoedopname, 24 uur per dag. 'We doen dit nu omdat we vinden dat het ons werk is', zegt ze. 'Maar hier ligt wel een taak voor de overheid om die consultatiefunctie te erkennen. Het advies hiertoe gaat nu naar de nieuwe minister van VWS en we hopen dat die snel tot wetgeving en een goede tariefstelling zal komen. Dan is het vervolgens aan de zorgverzekeraars om er voldoende op in te kopen. Die vinden het nu nog moeilijk om de waarde van zo'n consult in te schatten. Maar ik denk dat de voorbeelden die wij nu hier in de regio al laten zien een mooie blauwdruk vormen om te laten zien dat we niet teveel ELV inzetten. Iemand die driehoog woont en een nieuwe knie nodig heeft bijvoorbeeld, hoort niet van ELV gebruik te kunnen maken. Dat is planbare zorg en dus hotelzorg waarvoor de patiënt zelf moet betalen. Daarin zijn we echt wel strenger geworden. Mensen stellen dat niet altijd op prijs, maar het is gewoon de maatschappelijke realiteit.'

Vleugelnoot, Breda. Foto: Frank Warendorf

Bestuurder Jan Verbaal en regiomanager Armand Lagrouw:

‘We leveren een actieve bijdrage om te zorgen dat de emmer niet overloopt’

De pilot met Het Aanmeldportaal in de Bredase regio – bedoeld om kwetsbare ouderen in acute situaties direct de juiste zorg op de juiste plek te bieden – is succesvol gebleken en is inmiddels dan ook flink verbreed. Ook worden onderzoekslijnen uitgezet, waarin het bewijzen van de kosteneffectiviteit van de gekozen aanpak en advance care planning belangrijke rollen spelen.

Jan Verbaal, bestuurder van Stichting Elisabeth, windt er geen doekjes om: ‘We hadden Het Aanmeldportaal nooit van de grond gekregen als we meteen met dertig partijen aan tafel waren gegaan. We zijn bewust klein begonnen.’ Hij herinnert zich nog wat een manager tegen hem zei toen hij vijf jaar geleden zijn functie aanvaardde: “Om vijf uur gaan we een kwetsbare oudere uit huis halen”. Die situatie van in spoed moeten handelen kende hij nog van zijn eerdere werk in de jeugdzorg. Hij verdiepte zich na die opmerking in hoe de spoedzorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie was geregeld: de huisartsen bleken niet te weten wat ze met die mensen moesten doen in een acute situatie en stuurden ze dus naar de afdeling Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis. Maar de behandelaars daar hadden geen verstand van de sociale indicaties waar het – na de acute medische zorg – bij die ouderen vaak vooral om gaat, en de ouderenzorg was afwezig in het verhaal. Verbaal bedacht een plan voor een ketenaanpak om dit probleem het hoofd te bieden. De zorgverzekeraars vonden het mooi maar wilden er aanvankelijk geen geld in steken, en dus ging hij zelf maar met dit plan aan de slag. Het ei voor wat Het Aanmeldportaal zou worden, was gelegd.

> ‘Financieel komen we niet uit als we ervoor zorgen dat iemand zo snel mogelijk weer naar huis kan.’

Juiste zorg op juiste plaats

Het Aanmeldportaal is een centraal aanmeldpunt voor huisartsen, huisartsenposten en spoedeisendehulpartsen, bedoeld om te voorkomen dat kwetsbare ouderen onnodig in het ziekenhuis worden opgenomen, maar er juist voor te zorgen dat ze direct de juiste zorg op de juiste plaats ontvangen op basis van een onafhankelijke triage. Bij de opzet waren in eerste instantie Surplus Zorg, Avoord en Stichting Elisabeth betrokken, in samenwerking met huisartsen (drie huisartsen en de huisartsenkring, samen negentig procent van de huisartsen in de regio) en het Amphia Ziekenhuis.

Snelle verbreding

‘Inmiddels zijn we anderhalf jaar verder en zijn alle VVT-instellingen – Riethorst, Volckaert, Thebe, Avoord en Surplus – in de regio met een behandeldienst op Het Aanmeldportaal aangesloten’, zegt Armand Lagrouw, regiomanager van Surplus Zorg.’ Dat is snel gegaan, vinden beiden. In het eerste jaar zijn 213 plaatsingsverzoeken binnengekomen. Bij 46 verzoeken is een oplossing thuis gevonden en bij de andere 167 heeft het verzoek geleid tot een intramurale plaatsing. ‘In eerste instantie waren we vooral benieuwd wat de huisartsen en patiënten ervan vonden en of we het goed konden organiseren’, zegt Verbaal. ‘Daarom noemde ik het aanvankelijk ook positief aanmodderen. Maar het was aanmodderen met succes, we oogstten er lof mee bij huisartsen en patiënten.’

Opschalen bij het ziekenhuis

De financiële kant van de zaak was in de pilotfase nog wel een probleem. Met de aanpak van Het Aanmeldportaal lukte het om in een half jaar tijd tonnen aan ziekenhuiskosten te besparen. Maar de enige reactie hierop van de zorgverzekeraars aan de drie andere deelnemende zorgaanbieders was: “Ga dat maar ophalen bij het ziekenhuis”. Dat was niet de boodschap die de partijen wilden horen, want het ziekenhuis zette dat geld natuurlijk in voor andere – ook noodzakelijke – zorg. Gelukkig is die situatie inmiddels wel veranderd. Na afronding van de pilot bleek dat de opzet toch wel degelijk goed werd ontvangen bij de zorgkantoren, CZ heeft deze ketensamenwerking voor kwetsbare ouderen in acute situaties inmiddels opgenomen in zijn inkoopdocument.

En nu de verdiepingsslag

Daarom is nu het moment aangebroken voor een verdiepingsslag, stelt Lagrouw. ‘Soms worden ook mensen met psychosomatische klachten aangemeld. Die kunnen we dan wel doorleiden naar een bed, maar die zijn op een somatische afdeling niet altijd op de juiste plaats. Daar zijn we dus nu op verschillende plaatsen extra bedden voor aan het reserveren. Ook zijn we bezig om het inzicht in de beschikbaarheid van bedden te verbeteren. We zijn hiervoor een digitaal systeem aan het opzetten, dat het eenvoudiger maakt om echt geredeneerd vanuit de specifieke behoefte van de patiënt de juiste plaatsing te regelen. Juist in die professionele interventie – die er altijd tussen zit – zit de meerwaarde van Het Aanmeldportaal. Verder willen we onderzoeken hoe we kunnen voorkomen dat mensen bij Het Aanmeldportaal terecht komen, iets waarin advance care planning vanzelfsprekend een grote rol speelt. Je kunt dan preventief actief zijn en krijgt een verwijsstroom die veel beter te reguleren is omdat je beter kunt anticiperen op verslechtering van de situatie. Dit vraagt wel om goede afspraken in de keten om het elkaar makkelijk te kunnen maken. Hierbij moet je bijvoorbeeld rekening houden met het feit dat een ziekenhuis zijn eigen dynamiek heeft.

> ‘We hadden Het Aanmeldportaal nooit van de grond gekregen als we meteen met dertig partijen aan tafel waren gegaan.’

Met de kerstperiode en in de zomer gaan afdelingen dicht of is de bezetting in ieder geval veel beperkter. Toch moet dan achtervang voor de huisarts geregeld zijn, iets waarin onder andere de thuiszorg een rol kan spelen. Wat dat betreft is het spijtig dat de overheid die 2,1 miljard euro alleen in verpleeghuiszorg investeert, dat geld had in ieder geval voor een deel naar versterking van de thuiszorg gemoeten.'

De financiële component

Een andere onderzoeksdoelstelling van de partijen die bij Het Aanmeldportaal betrokken zijn, is weten waar patiënten uiteindelijk naartoe gaan nadat ze bij Het Aanmeldportaal zijn binnengekomen: gaan ze naar de Wlz, gaan ze weer naar huis of gaan ze steeds door de draaideur?

Essentiële onderzoeksvragen, want de gekozen aanpak moet ook bewijzen financieel gezond te zijn. Niet voor niets wijst Lagrouw erop dat de zorgkantoren de doorontwikkeling van Het Aanmeldportaal vooralsnog financieel mogelijk maken, maar dat nog geen structurele financiering is geregeld. Verbaal legt uit wat op dit moment nog een probleem is met betrekking tot die financiering: 'ELV is een gemiddelde prijs voor de opvang van een patiënt voor maximaal drie maanden. De grootste intensiteit aan activiteiten zit aan het begin van het proces. Met als gevolg dat we financieel niet uitkomen als we ervoor zorgen dat iemand zo snel mogelijk weer naar huis kan. Het is dus aantrekkelijker om iemand drie maanden te houden. Daar moeten we echt nog een oplossing voor zoeken.' Lagrouw vult aan: 'Dit geeft aan hoe belangrijk het is dat we onszelf onderzoeksvragen stellen en dat we onderzoek gedegen aanpakken. We moeten er immers in slagen ook de zorgverzekeraars en zorgkantoren te binden aan de beslissingen die we op basis van onze onderzoeksuitkomsten nemen.'

'Kun jij je moeder voor vannacht meenemen zodat we morgen thuiszorg kunnen regelen?'

Geen plaatsingsbureau

De betrokken partijen zitten nu met ELV bijna aan het afgesproken plafond. 'Het is dus echt zaak de stroom in te dammen', zegt Lanting. 'Tegelijkertijd moeten we wel voorkomen dat de stroom vastloopt. Daarom is het ook goed dat we bij Het Aanmeldportaal werken met vooraf gestelde criteria. Het moet geen plaatsingsbureau worden voor de huisartsen. De eerste optie die wordt onderzocht is of het thuis kan worden opgelost. Is de zoon erbij? Geef die dan eens aan de lijn. "Kun jij je moeder voor vannacht meenemen zodat we morgen thuiszorg kunnen regelen?" In veel gevallen blijkt dat dan wel te kunnen.' Zo moet het ook, vult Verbaal aan. 'Een paar weken geleden zeiden we nog tegen elkaar dat we te veel mensen van een plek voorzien die eigenlijk naar geriatrische revalidatiezorg moeten of voor wie een Wlz-indicatie aan de orde is. We moeten daar heel scherp op zijn. Al hebben we ook dan niet de illusie dat we de definitieve oplossing kunnen bieden voor de grote stroom kwetsbare ouderen waarmee dit land steeds meer te maken krijgt. Maar we kunnen wel een actieve bijdrage leveren om te zorgen dat de emmer niet overloopt.' Alle

triages worden de volgende dag besproken om te controleren of de juiste inschatting is gemaakt. 'Je leert van iedere casus', zegt Verbaal. 'En de evaluatie helpt ook om te beseffen dat het onmogelijk is iedere acute situatie onmiddellijk in zijn volle diepte te doorgronden. Je legt een noodverband, maar daarin wil je wel voortdurend blijven verbeteren. Het is ook een intervisiemoment om van elkaar te leren: "Wat doe jij als...". Dat helpt ook om het de volgende keer weer scherper te doen.'

Aan de voorkant zaken goed regelen

In het ziekenhuis zit het probleem nu inmiddels niet meer in de overvolle afdeling Spoedeisende Hulp, maar in de gewone opnames. 'We zijn daarover ook in gesprek met de zorgverzekeraar', zegt Verbaal, 'over de vraag hoe dwingend we mogen zijn als de patiënt zegt: "Ik blijf hier liggen tot er een bed vrij voor me vrij is in Oosterhout". Dit moeten we echt met elkaar bespreken. Natuurlijk kan een ziekenhuis een patiënt niet weigeren als die eenmaal in een bed ligt. Je kunt niet zeggen: "Hier is uw koffer en morgen weg", maar wat kun je dan wel doen? De pavlovreactie is capaciteit uitbreiden, maar het is terecht dat we dit in Nederland niet willen. Je moet juist aan de voorkant dingen goed regelen. Vandaar dat de VVT-aanbieders, de revalidatie-aanbieders en het ziekenhuis nu spreken over de inrichting van een transmuraal centrum. Dit is onderdeel van de transmurale keten waarin de ELV en de geriatrische revalidatiezorg – maar wellicht ook meer ziekenhuisverplaatste zorg en medisch specialistische revalidatie – in de stad Breda wordt gebundeld.

'De pavlovreactie is capaciteit uitbreiden, maar het is terecht dat we dit in Nederland niet willen.'

Belangrijker is echter het regelen van de transmurale keten. In het regeerakkoord wordt gesproken over "zorg op de juiste plek" en dat is exact wat wij beogen. Het gaat immers om het regelen van de transmurale keten en het beschikbaar hebben van voldoende open capaciteit om kwetsbare ouderen snel en efficiënt op de juiste plek te kunnen helpen. Het Aanmeldportaal vormt hierbinnen een cruciaal onderdeel. Het is de bedoeling dat eind dit jaar de intentieovereenkomst wordt opgevolgd door een samenwerkingsovereenkomst. Verder willen we nu de nadruk gaan leggen op de advance care planning waarover we het eerder in het gesprek al hadden, en op versterking van de inzet van de mantelzorgers en vrijwilligers. Iedereen die bij het proces betrokken is, is erop getraind om primair te kijken wat in de thuissituatie kan worden opgelost. Daarom willen we ook inzetten op versterking van de samenwerking met de wijkverpleegkundigen.'

Manager Behandeldienst Klaas van Dijk:

‘We ervaren problemen en werken dan ook graag mee aan oplossingen’

Als aanbieder van eerstelijnsverblijf wil deze zorgaanbieder er zijn voor iedereen en dus niet aan de voordeur hoeven schiften. Maar dat is moeilijk vol te houden als zich aan de ene kant patiënten aandienen voor wie respijtzorg meer aan de orde is en aan de andere kant patiënten die zwaardere zorg nodig hebben dan op dit moment financieel mogelijk is om binnen de ELV te bieden. Een doorbraak in de discussie met de ketenpartners is nodig.

De zorgaanbieder biedt op meerdere van zijn locaties bedden voor eerstelijnsverblijf aan. ‘De druk op deze bedden is voortdurend groot’, zegt manager behandeldienst. ‘De regio vergrijst en de ziekenhuizen slibben dicht met thuiswonende kwetsbare ouderen met wie het om wat voor reden dan ook thuis ineens niet meer gaat. Het gevolg is dat we op die ELV-bedden enerzijds mensen terecht zien komen van wie de vraag feitelijk bijna grenst aan respijtzorg en anderzijds mensen bij wie sprake is van een steeds zwaardere behandelcomponent of voor wie diagnostiek nodig is om bijvoorbeeld te bepalen of wel of niet sprake is van dementie.’

‘Dan bieden we dus meer dan waarvoor de behandelcomponent ons financieel de ruimte geeft.’

‘Zorg zoals een huisarts pleegt te doen’

Vooral die laatste groep groeit hard en dat plaatst de zorgaanbieder voor problemen, want die behandelcomponent is voor de financiering van de ELV nauwelijks meegenomen. Van Dijk legt uit: ‘Het hoort immers te gaan om “zorg zoals een huisarts pleegt te doen” en dat kun je toch vooral interpreteren als: vrij reactief. Het gaat er primair om die mensen een bed, rust en hulp om te herstellen te bieden. Daar kan af en toe een specialist ouderengeneeskunde bij komen, maar die voelt zich niet comfortabel bij de behoorlijk zware zorgvraag waarover het in de praktijk steeds vaker gaat. De vraag is dan: wat kunnen wij deze mensen bieden voor de beperkte gelden die daartegenover staan. Het gaat hierbij vooral om mensen die niet meer in het ziekenhuis thuishoren maar die ook nog niet aan geriatrische revalidatiezorg (GRZ) toe zijn. Mensen tegen wie je gelet op de huidige financiële structuur feitelijk zou moeten zeggen: we leveren een kamer en een verpleegkundige en een bel voor de dokter. Maar dat doe je natuurlijk niet, want je ziet dat het om mensen gaat die bijvoorbeeld

Juttepeer, Den Haag. Foto: Wim Brinkerink

ook de zorg van een fysio- of ergotherapeut nodig hebben om te voorkomen dat hun spiermassa te ver geslonken is als ze eenmaal wél aan die GRZ toe zijn. De meeste behandelaars zien dat als een voorschot op de GRZ, maar het suggereert financiële marges die er gewoon niet zijn. Dan bieden we dus meer dan waarvoor de behandelcomponent ons financieel de ruimte geeft.'

Medisch stabiel

Hiermee is duidelijk waarom Klaas van Dijk meteen aan het begin van het gesprek al zei 'wel problemen te ervaren' maar ook mee te willen werken aan oplossingen. 'Ik begrijp dat het ziekenhuis bedden vrij wil maken voor patiënten die strikt medische zorg nodig hebben', zegt hij, 'maar het werpt wel de vraag op wanneer een patiënt precies medisch stabiel is en dus uit het ziekenhuis mag worden ontslagen. Daar kijken medisch specialisten in het ziekenhuis soms anders naar dan een specialist ouderengeneeskunde. We zien hier regelmatig mensen bij wie die vraag naar de inschatting van de laatste toch echt wel aan de orde is. Neem als voorbeeld de 84-jarige man met nierfalen. Medisch specialistisch uitbehandeld maar wel buitengewoon kwetsbaar. Dan moeten wij de diëtist erbij betrekken om de voedingstoestand van die man op peil te brengen zodat hij kan aansterken, en de fysiotherapeut om te voorkomen dat hij voor die tijd decubitus ontwikkelt. Kun je dan stellen dat zo'n patiënt medisch stabiel is? Dat staat op zijn minst open voor discussie. Het is een heel lastig begrip en ik ben dan ook blij dat we hierover nu in gesprek zijn met de medische vakgroep hier in huis en onze ketenpartners in de ziekenhuizen. We willen immers het maximale kunnen bieden. Aan de voordeur schiften is het laatste wat we willen, we willen er voor iedereen zijn.'

'Ik verwacht veel van de grotere betrokkenheid van specialisten ouderenzorg in de eerste lijn.'

Crisisbedden

Wat dit extra moeilijk maakt, is het gegeven dat bij binnenkomst van een patiënt nog niet altijd duidelijk is of die wel of niet weer naar huis kan en wat die feitelijk precies mankeert. Is sprake van dementie of van een delier, of van beide wellicht? 'In het antwoord op die vraag moeten we soms op de screeningsunit heel veel energie steken', zegt Van Dijk. 'De specialist ouderengeneeskunde mag in theorie zelf de diagnose stellen, maar betrekt in de praktijk toch vaak de psycholoog en andere disciplines erbij. Ook dit weer zonder dat er een betaaltitel voor is. Hetzelfde geldt voor het beschikbaar stellen van extra crisisbedden, waarom we regelmatig worden gevraagd. Je moet daar mensen voor vrijmaken en je moet er de capaciteit voor hebben. Daar zit een enorme lacune.'

Afstemming hard nodig

Een onoplosbare legpuzzel, zo schijnt het. Of biedt betere afstemming tussen de betrokken partijen in de keten de sleutel? 'We zullen hoe dan ook op een of andere manier tot afstemming moeten komen. Niet alleen over dat begrip medisch stabiel,

maar ook over inclusiecriteria voor ELV en voor eenheid in taal. Neem bijvoorbeeld 'kortetermijngeheugen', voor een neuropsycholoog is dat iets anders dan voor een specialist ouderengeneeskunde of een neuroloog. Iedere professional heeft zijn eigen terminologie, er zijn echt wel interpretatieverschillen.'

Regionaal platform

Toch staat er duidelijk druk op het voeren van die gesprekken, erkent Van Dijk. Bij de ziekenhuizen vanwege verkeerde-bedproblematiek en bij de zorgaanbieder vanwege de bedbezetting voor de ELV. 'Maar feitelijk zouden we het natuurlijk over de inhoud moeten hebben', zegt hij, alleen als we elkaar daarop vinden, kunnen we die individuele problemen oplossen. Het is dan ook goed dat in de regio een regionaal platform is ontstaan, dat er juist voor bedoeld is om de betrokken partijen op basis van de inhoud bij elkaar aan tafel te krijgen. Daarin worden ook wel stappen gezet, maar het gaat nog heel traag allemaal. Totdat we hierin écht vorderingen maken blijven we geconfronteerd worden met patiënten die te slecht zijn voor GRZ en eigenlijk ook voor ELV omdat ze te dicht bij een Wlz-indicatie zitten. En op het moment van opname is die status nog onduidelijk, want dan is er nog geen medisch dossier en de overdracht verloopt vaak met vertraging omdat systemen niet gekoppeld zijn, zodat dubbel werk wordt gedaan.'

'De huisartsen mogen echt een steviger rol krijgen in de ELV-discussie.'

Opschuiven naar de voorkant

In deze regio in de Randstad is binnen dit regionale platform ook de regionale brancheorganisatie voor de VVT-organisaties actief, die de gezamenlijke belangen behartigt van verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. Een van de activiteiten van deze regionale brancheorganisatie is onderzoeken hoe crisisopnames kunnen worden voorkomen door opnameplekken voor ELV te realiseren. 'In de regio wordt druk gezocht naar uitbreiding daarvan', zegt Van Dijk, 'terwijl je dat in feite niet wilt, want je wilt juist aan de voorkant kunnen bepalen wie precies die ELV-patiënt zou moeten zijn. Met een paar huisartsengroepen bestaat een goede overlegstructuur, maar de discussie over ELV is daar nog maar beperkt gevoerd. Van Dijk zegt dat hij graag een grotere betrokkenheid van de specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn zou zien. 'We hebben nu één kaderarts eerste lijn en daar komt mogelijk een tweede bij', zegt hij. 'Natuurlijk schuift het wel de kant op van grotere betrokkenheid van specialisten ouderenzorg in de eerste lijn. Ik verwacht daar veel van, het kan helpen de discussie met de huisarts op gang te brengen. Omgekeerd zien we ook dat meer huisartsen zich specialiseren in ouderenzorg. De twee lijnen bewegen dus naar elkaar toe. In het oosten van het land zien we al mooie initiatieven van huisartsen die ook in de instellingen aanwezig zijn om een rol te spelen in ELV-laagcomplex. In ons deel van het land kan die samenwerking nog veel beter. De huisartsen mogen echt een steviger rol krijgen in de ELV-discussie, over afbakening van de verantwoordelijkheden bijvoorbeeld. Maar ook over de vraag hoe medicatiefouten kunnen worden voorkomen. Daarbij zou het helpen als we als aanbieder van ELV gekoppeld zijn aan

alle apotheken in de regio. Maar het is ook denkbaar dat we zeggen: zo lang u bij ons verblijft gaat u naar een apotheek die wij aanwijzen. ’

Groei van ELV

Als die samenwerking op alle fronten tot stand komt – met de ziekenhuizen én met de huisartsen dus – zal dan het aantal ELV-bedden omlaag kunnen gaan? ‘Nee, als alles goed geregeld is dan zal dat aantal juist omhoog gaan’, zegt Van Dijk. ‘Het aantal Wlz-indicaties zal immers dalen, het wordt steeds moeilijker om toegang tot een verpleeghuis te krijgen en verpleeghuizen gaan steeds meer specialistische zorg leveren. Dit betekent dat ELV juist een focusgebied moet zijn dat de komende jaren gaat groeien. Maar dan wel als high care faciliteit en niet als de mengelmoes die het nu is. Ik zie dit vooral als de wenselijke koers voor de somatiek, maar deels ook wel voor de psychogeriatrie. Het is een goede zaak mensen zo lang mogelijk thuis te laten blijven wonen als dit verantwoord kan, maar we moeten ook niet bang zijn om de stap naar ELV of Wlz te zetten.’

In dit interview zijn de medewerkers en zorgaanbieder geanonimiseerd vanwege privacy.

Dikke Eik, Laren. Foto: Simen Brunia.

Geraadpleegde bronnen

- NZa (2017) Beleidsregel eerstelijnsverblijf BR/REG-18162
  Sigra (2017). Krakende ketens in de zorg voor kwetsbare ouderen
- NZa (2017). Marktscan Acute Zorg september 2017
- NZa (2017). Beleidsregel eerstelijnsverblijf BR/REG-18118
- LHV en ActiZ (2017). Verwijskader en medische zorg in eerstelijnsverblijf
  CIZ (2016) Eerstelijnsverblijf: Gebruik subsidieregeling 2015- Een onderzoek naar de kenmerken en doorstroom van de cliëntpopulatie met een besluit voor ELV-zorg in de periode januari-juni 2015.
- Significant (2016). Eerstelijnsverblijf (ELV) Essentiële schakel in keten van zorg voor kwetsbare ouderen.
- Verenso (2016). Afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf 2.0
- ActiZ (2016). Rapportage ActiZ onderzoek Eerstelijnsverblijf (ELV) 2016
- NZa (2016). Beleidsregel Marcobeheersinstrument geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf BR/REG-17165
- CIZ (2015). Eerstelijnsverblijf Gebruik subsidieregeling 2015.
- NZa (2015) Consultatiedocument Prestaties Eerstelijnsverblijf
- ActiZ (2015). Subsidieregeling eerstelijnsverblijf: wijzigingen per 2016
- Bureau HHM (2014). Kortdurende (herstel)zorg: Doelgroepen, omvang en oplossingsrichtingen.

Meelezers

- Mevr. drs. K.I. Lieber, Raad van Bestuur Zinzia Zorggroep,
- Mevr. drs. A. Oude Veldhuis, manager Expertise- & Behandelcentrum Zinzia Zorggroep
- Drs. H. Velmans-Hardeveld, Attent Zorg en Behandeling
- Drs. Mw. DGWJ Creemers, Dhr. J Verhaagen (MA), Mw. D Hofman,
- Mw. E.G.W Dominicus, Rijnstate
- MSc N. Zonneveld, Vilans

Geïnterviewden

- Amnon Weinberg, specialist ouderengeneeskunde bij Rivas Zorggroep in regio Zuid-Holland
- Jocelyn Daris, programmamanager kwaliteit, strategie en innovatie en Anna de Bruijn, specialist ouderengeneeskunde bij Cordaan in Amsterdam
- Jochem Klijnman werkt als specialist ouderengeneeskunde bij Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde
- Ton Roelofs, manager zorgondersteuning en Karin Westerhof, leidinggevende transferverpleegkundige bij SEH in ziekenhuis Isala in Zwolle
- Theodoor Sikkema, huisarts in huisartspraktijk in Assen
- Ellen Vreeburg en Bregje Smit, specialisten ouderengeneeskunde bij Vivium in regio het Gooi
- Jan Verbaal, bestuurder van Stichting Elisabeth en Armand Lagrouw, regio-manager van Surplus Zorg bij Het Aanmeldportaal in de regio Breda
- Klaas van Dijk, manager behandeldienst in de Randstad (een geanonimiseerde casus i.v.m. privacy)

Vilans

Vilans, kenniscentrum voor langdurende zorg, ontwikkelt vernieuwende en praktijkgerichte kennis en versnelt de processen die nodig zijn om die kennis succesvol door te voeren. Dat doen we samen met verpleegkundigen, verzorgenden, huisartsen, specialisten, bestuurders, beleidsmakers, managers en patiëntenorganisaties. En in samenwerking met andere kenniscentra en onderzoeksinstituten. Zo houden we de zorg aan ouderen, gehandicapten en chronisch zieken efficiënt, betaalbaar en van goede kwaliteit.

Meer informatie vindt u op
www.vilans.nl