

VERKENNING WMO SPOEDZORG EINDRAPPORTAGE

KLANT
AUTEUR(S)
KENMERK
DATUM
VERSIE

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Sandra Zwijsen, Anouk van den Eeckhout, Maaïke de Boer
SZ/sb/004023
24 juni 2024
2.0

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	Aanleiding	3
1.2	Doel en scope van het onderzoek	3
1.3	Onderzoeksaanpak	4
1.4	Leeswijzer	5
2	Achtergrond Wmo spoedzorg	6
2.1	De verschillende vormen van tijdelijk verblijf	6
2.2	Wettelijk kader Wmo spoedzorg	7
3	Wmo spoedzorg in de praktijk	9
3.1	Vragenlijst	9
3.2	Belangrijkste bevindingen verdiepende interviews	10
3.3	Verschillende vormen van tijdelijk verblijf uitgevoerd in de praktijk	10
3.4	Inkoop van spoedplekken binnen de Wmo	15
3.5	Duur spoedverblijf onder de Wmo	17
3.6	Handelen van de gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars rondom Wmo spoed	17
4	Beschouwing en conclusie	19
	Bijlage 1. Respondenten	21
	Bijlage 2. Vragenlijst	22

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De zorg voor kwetsbare ouderen vindt steeds vaker en steeds langer plaats in de thuisomgeving. Het zo veel mogelijk verlenen van ouderenzorg in de thuissituatie vermindert de druk op het zorgsysteem, en daarnaast geniet thuis wonen voor de meeste ouderen de voorkeur boven het wonen in een instelling. Tegelijk betekent dit, vanwege de kwetsbaarheid van deze groep, dat er rekening moet worden gehouden met het plotseling ontstaan van een situatie waarin thuis blijven (tijdelijk) niet meer mogelijk is. Het is belangrijk dat het zorgsysteem voorziet in passende oplossingen voor deze situaties waarin spoedzorg nodig is. Immers, door spoedzorg goed te organiseren, kan heropname in een ziekenhuis of verhuizing naar een zorginstelling potentieel worden uitgesteld of voorkomen.

Er zijn verschillende wetten waar vanuit spoedzorg voor ouderen georganiseerd kan worden, namelijk de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz), de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo). Daarnaast zijn er binnen de Zvw en de Wlz verschillende betaaltitels voor al dan niet acuut tijdelijk verblijf, met verschillende criteria. Dat maakt het organiseren van (acuut) tijdelijk verblijf voor kwetsbare ouderen complex¹. In het programma Woning, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) is daarom afgesproken de aanspraken en bekostigingstitels voor tijdelijk verblijf te vereenvoudigen.

Daar waar de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) landelijk toezicht houdt op het gebruik en de bekostiging van spoedzorg vanuit de Zvw en de Wlz, is het toezicht op de Wmo belegd op het niveau van de gemeenten. Hierdoor is er op landelijk niveau minder zicht op het gebruik en de bekostiging van spoedzorg onder de Wmo. Daardoor was het tot op heden niet goed duidelijk of, en in welke mate, het gebruik van spoedzorg vanuit de Wmo een rol speelt binnen de organisatie van tijdelijk verblijf voor kwetsbare ouderen. Dit onderzoek is daarom een verkenning naar het voorkomen, het gebruik en de bekostiging van Wmo spoedzorg, in relatie tot andere vormen van tijdelijk verblijf voor kwetsbare ouderen.

1.2 Doel en scope van het onderzoek

Om beter zicht te krijgen op het voorkomen, het gebruik en de bekostiging van Wmo spoedzorg, heeft VWS aan Significant de volgende vragen gesteld:

De verschillende vormen van tijdelijk verblijf

- a. Wat is in de praktijk het onderscheid tussen de verschillende vormen van tijdelijk verblijf zoals Wmo logeerszorg, Wmo spoedzorg, ELV, Wlz logeerszorg en Wlz crisis?
- b. Wat is in de praktijk de aanleiding van opname en de zorgvraag van cliënten die opgenomen worden op een ELV-laag complex bed, cliënten die opgenomen worden in een Wmo logeerbed en cliënten die opgenomen worden in een Wmo spoedbed?
- c. Hoe vaak wordt een Wmo bed (Wmo logeerszorg en Wmo spoed) ingezet in het land t.o.v. andere vormen van tijdelijk verblijf en varieert dit tussen gemeenten?
- d. Wat is de variatie in bezetting Wmo spoed en Wmo logeerszorg gelet op de opnametijd, beschikbare bedden en gemiddelde ligduur (eventuele fluctuaties/piekmomenten)?
- e. Inzicht in de uitkomsten van regionale coördinatiefuncties voor inzet Wmo spoed of het eerstelijnsverblijf;
- f. In hoeverre worden cliënten die eigenlijk op een Wmo spoedbed (niet zijnde planbare zorg) horen doorverwezen naar een ander bed zoals een Wmo logeerbed of het ELV;

¹ Rapport: NZA. 2020. Advies verbetering bekostiging spoedzorg eerstelijnsverblijf en langdurige zorg

-
- g. Welke belemmeringen bestaan er voor de zorgaanbieder om een tijdelijke plek/respijtbed aan te bieden vanuit de Wmo?

Inkoop van de spoedplekken binnen de Wmo

- a. Wat is de rol van gemeenten bij het beschikbaar stellen van spoedzorglogeerplekken onder de uitvoering van de Wmo, naast de logeerplekken als vorm van respijtzorg?
- b. Wat is de omvang van de ingekochte Wmo spoedplekken door gemeenten (contractering) en hoe verhoudt deze zich tot de omvang van het aantal plekken ingekocht vanuit Zvw/Wlz?
- c. Worden er afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar over het beschikbaar houden van een bed t.b.v. Wmo spoed?

Duur spoedverblijf onder de Wmo

- a. Is er zicht op de duur van het verblijf onder de Wmo?
- b. Welke factoren verklaren hoe lang een cliënt in de Wmo spoedzorg verblijft? Is er informatie over de uitstroom van cliënten vanuit de Wmo spoed?
- c. Welke impact heeft beschikbaarheid van wijkverpleging op respijtzorg nu en in de toekomst?

Handelen van de gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars rondom Wmo spoed

- a. Welke werkwijze hanteren gemeenten wanneer de ingekochte spoedplaatsen bij de aanbieder voor logeerszorg bezet zijn en er wel met spoed een plek nodig is?
- b. Wat is het effect van het beschikbaar hebben van Wmo spoed op zorgaanbieders en zorgverzekeraars?

Het onderzoek richt zich specifiek op de doelgroep kwetsbare thuiswonende ouderen, omdat de verkenning plaatsvindt in het kader van het WOZO-programma vereenvoudigen van de bekostiging van tijdelijk verblijf voor deze doelgroep. De onderzoeksvragen worden dus voor deze doelgroep beantwoord, en niet voor bijvoorbeeld mensen met een zorgvraag in het bredere sociale domein of de ggz.

1.3 Onderzoeksaanpak

Voor deze verkenning maakten we gebruik van mixed-methods onderzoek, waarbij we deskresearch, kwalitatieve interviews en kwantitatief vragenlijstonderzoek combineerden. Figuur 1 geeft een overzicht van de verschillende onderzoeksactiviteiten. De eerste fase van het onderzoek bestond uit het uitvoeren van deskresearch en een documentenstudie om de verschillende vormen van tijdelijk verblijf (Wmo spoedzorg, Wmo logeerszorg, geriatrische revalidatiezorg, ELV, Wlz logeerszorg en Wlz crisisopvang) in kaart te brengen. Aanvullend hebben wij - op basis van het deskresearch, de documentenstudie, ons eigen netwerk en het netwerk van de opdrachtgever - negen (digitale) gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers vanuit zorgkantoren, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en een regionale coördinatiepunt (bijlage 1). Deze gesprekken hadden een verkennend karakter en hebben geresulteerd in een beter beeld van het aanbod, de organisatie(structuur) en de betrokken partijen van elk van de verschillende vormen van tijdelijk verblijf.

Vervolgens hebben we op basis van de onderzoeksvragen, de inzichten uit de deskresearch en de verkennende gesprekken een vragenlijst opgesteld. Deze vragenlijst is getoetst door de opdrachtgever. De vragenlijst is uitgezet door Actiz, VNG en Zorginstituut Nederland onder hun leden. Daarnaast is de vragenlijst opgestuurd naar een deel van de regionale coördinatiepunten. De complete vragenlijst is weergegeven in bijlage 2. De vragenlijst is door 113 respondenten ingevuld. Nadat onvolledige of dubbele respons was verwijderd hielden we 75 ingevulde vragenlijsten over voor analyse.

In de vragenlijst hebben we de respondenten gevraagd of wij hen mochten benaderen voor een verdiepend interview. Deze interviews hebben we met zes respondenten gehouden (zie bijlage 1). Deze interviews hebben we gebruikt om casuïstiek waarin Wmo spoedzorg werd ingezet uit te diepen, om zo een volledig beeld te krijgen van waar en wanneer Wmo spoedzorg wordt ingezet. Door middel van een analysekader hebben we de uitkomsten van de gesprekken geanalyseerd en de rode draden opgehaald.



Figuur 1. Overzicht onderzoeksactiviteiten

1.4 Leeswijzer

Dit rapport beschrijft de bevindingen van de verkenning van Wmo spoedzorg. In hoofdstuk 2 gaan we dieper in op het concept Wmo spoedzorg, op wat het is en waar het vandaan komt. In hoofdstuk 3 beschrijven we aan de hand van de onderzoeksvragen het beeld van Wmo spoedzorg in de praktijk. In hoofdstuk 4 geven we onze beschouwing en conclusie.

2 Achtergrond Wmo spoedzorg

Dit hoofdstuk start met een beschrijving van de verschillende vormen van tijdelijk verblijf voor kwetsbare ouderen (thuis) vanuit de Wlz, Zvw en Wmo. Vervolgens gaan we dieper in op het concept 'Wmo spoedzorg', waarbij we uitgebreid stil staan bij het wettelijk kader voor tijdelijk verblijf vanuit de Wmo. De informatie uit dit hoofdstuk vormt de achtergrond waartegen de onderzoeksresultaten uit hoofdstuk 3 gelezen dienen te worden.

2.1 De verschillende vormen van tijdelijk verblijf

Voor de verschillende vormen van acuut en tijdelijk verblijf vanuit de Zvw en Wlz heeft de NZa verschillende betaaltitels toegewezen. Via deze betaaltitels declareren zorgorganisaties de zorg voor hun cliënten. De Zvw en Wlz voorzien in tijdelijk verblijf voor cliënten waarbij toezicht of (medische) zorg noodzakelijk is. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de verschillen de vormen van tijdelijk verblijf vanuit de Wlz en Zvw.

Vorm	Wettelijke basis	Omschrijving ^{2,3,4}
Eerstelijnsverblijf - laag en hoog complex (ELV)	Zvw	Eerstelijnsverblijf is het verblijf met medische noodzaak, onder de verantwoordelijkheid van een huisarts, een specialist ouderengeneeskunde (SO) of een arts verstandelijk gehandicapten (AVG). Het gaat niet om medisch-specialistische zorg. Het eerstelijnsverblijf is bedoeld voor kortdurende geneeskundige zorg. Bij ELV laag-complex is er sprake van enkelvoudige problematiek en blijft de medische eindverantwoordelijkheid bij de huisarts. Dit is bijvoorbeeld het geval als de medische zorg thuis niet meer goed te organiseren is of als iemand wordt ontslagen uit een instelling waar iemand medische zorg krijgt, maar de huisarts het nog niet veilig vindt als deze persoon terug naar huis gaat. Bij ELV-hoog-complex is er sprake van multi-morbiditeit met als medisch eindverantwoordelijke een specialist ouderengeneeskunde (SO) of arts verstandelijke gehandicapten (AVG).
Geriatrische revalidatiezorg	Zvw	Geriatrische revalidatiezorg is bedoeld voor kwetsbare ouderen. Het doel van tijdelijk verblijf is gericht op actief werken aan herstel (revalidatie) om zo goed mogelijk terug te keren naar de thuissituatie.
Wlz crisiszorg	Wlz	Wlz crisiszorg is voor iemand die een Wlz indicatie heeft (of die binnen korte termijn zal krijgen) en die nog thuis woont en in een zodanige situatie verkeert dat hij of zij onmiddellijk zorg nodig heeft en niet meer verantwoord thuis kan blijven wonen. Acute opname in een Wlz-instelling is binnen 24 uur of 48 uur noodzakelijk.
Wlz logeeropvang	Wlz	Logeeropvang is kortdurend verblijf voor mensen met een volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of een persoonsgebonden budget (pgb). Het doel van logeeropvang is ontlasting van de mantelzorg. Het betreft altijd planbare zorg.

Tabel 1. Overzicht vormen van (acuut) tijdelijk verblijf vanuit de Wlz en Zvw

Tijdelijk verblijf vanuit de Wmo is belegd bij de gemeenten en hiervoor zijn, in tegenstelling tot de Zvw en Wlz, geen betaaltitels vastgesteld. Gemeenten hebben beleidsvrijheid om de vorm van tijdelijk verblijf en daarbij behorende

² Zorginstituut, <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/verblijf-zvw>

³ LHV, Afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/05/Afwegingsinstrument-ELV.pdf>

⁴ NZA: Advies verbetering bekostiging spoedzorg eerstelijnsverblijf en langdurige zorg, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_758153_22/

tarieven zelf te bepalen. Er zijn twee verschillende vormen van tijdelijk verblijf te onderscheiden: Wmo logeerszorg en Wmo spoedzorg. Een belangrijk verschil tussen deze twee vormen is dat Wmo spoedzorg - in tegenstelling tot Wmo logeerszorg - niet planbaar is. In de praktijk worden er verschillende benamingen gebruikt voor planbare en niet-planbare vormen van tijdelijk verblijf onder de Wmo, waaronder respijtzorg, acute respijtzorg, herstellzorg en overbruggingszorg.

2.2 Wettelijk kader Wmo spoedzorg

Deze verkenning richt zich specifiek op spoedzorg vanuit de Wmo, voor kwetsbare ouderen. We gaan hier daarom dieper in op het begrip Wmo spoedzorg. Onder spoedzorg (ook wel crisisopvang) wordt zorg aangaande maatschappelijke crisissituaties verstaan waarbij er binnen 24 tot 48 uur moet worden gehandeld op de hulpvraag van een cliënt. Het gaat om situaties waarin iemand uit de huiselijke setting moet worden gehaald als gevolg van een onverwachte en voor de cliënt ingrijpende gebeurtenis.⁵

In de Wmo⁶ is in artikel 1.2.1c vastgelegd dat iedere inwoner van Nederland, indien noodzakelijk, recht heeft op opvang door de gemeente als diegene de thuissituatie (noodgedwongen) moet verlaten en niet in staat is zich op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg of met hulp van andere personen uit zijn sociale netwerk te handhaven in de samenleving. De wet geeft geen limitatieve opsomming van wat hieronder valt.

In niet-spoedeisende gevallen heeft de gemeente een aantal weken de tijd om het verzoek tot opvang te onderzoeken en te organiseren. Echter, voor spoedeisende gevallen staat in artikel 2.3.3. beschreven dat het college onverwijld moet overgaan tot verstrekking van een tijdelijke maatwerkvoorziening, in afwachting van de uitkomst van het onderzoek. De memorie van toelichting⁷ stelt daarbij "de noodzaak om een tijdelijke maatwerkvoorziening te verstrekken, zal slechts in bijzondere gevallen aanwezig zijn. Indien de betrokkene in een situatie verkeert waarin uitstel van een maatregel niet mogelijk is, dient het college daarnaar te handelen en de betrokkene in afwachting van de uitkomst van het onderzoek en de aanvraag tegemoet te komen."

In de wet en in de memorie van toelichting wordt met name verwezen naar veiligheidsrisico's als gevolg van huiselijk geweld. Bij huiselijk geweld moet de gemeenten opvangplaatsen beschikbaar hebben waarbij betrokkenen onmiddellijk terecht kunnen. De meeste gemeentes geven vorm aan dit wetsartikel door de inzet van maatschappelijke opvang zoals de vrouwenopvang, daklozenopvang en tussenvoorzieningen. De wet benoemt geen andere situaties waarin zich een spoedeisend belang kan voordoen, maar de reikwijdte van de wet gaat wel breder.

Op de website 'Regelhulp' van het ministerie van VWS wordt Wmo spoedzorg verder toegelicht.⁸ Op deze website staat beschreven dat in een 'maatschappelijke' crisissituatie de gemeente moet zorgen voor tijdelijk onderdak en/of begeleiding. Voorbeelden die hier worden gegeven zijn:

- a. Mensen die hun huis ontvluchten vanwege huiselijk geweld;
- b. Ouderen die na een ziekenhuisopname om praktische redenen nog niet naar huis kunnen, bijvoorbeeld als de woning eerst aangepast moet worden. De opvang is dan niet om gezondheidsredenen nodig;
- c. Als de aangewezen mantelzorger plotseling niet meer beschikbaar is;
- d. Iemand met autisme of met een verstandelijke beperking raakt volledig van slag door een ingrijpende gebeurtenis in zijn leven, en kan tijdelijk niet thuis blijven wonen.

⁵ VNG, informatiekaart spoedzorg (2015)

⁶ Overheid, Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015, artikel 1.2.1c en artikel 2.3.3.

⁷ Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015); Memorie van toelichting

⁸ Ministerie van VWS, regelhulp, spoedzorg en spoedopvang

Belangrijke aantekening is dat spoedzorg iets anders is dan respijtzorg, Respijtzorg is planbaar en zet in op de ondersteuning van mantelzorgers, bijvoorbeeld door het bieden van kortdurend verblijf. Spoedzorg is onplanbaar en vereist dat de zorg binnen 24-48 uur wordt ingezet.

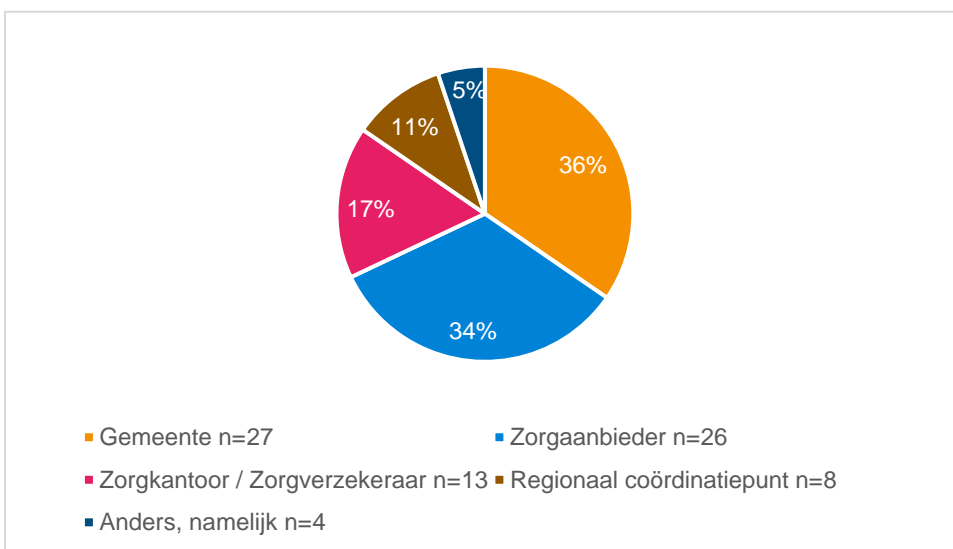
3 Wmo spoedzorg in de praktijk

In het vorige hoofdstuk hebben we vastgesteld wat Wmo spoedzorg is, en binnen welke kaders het valt. In dit hoofdstuk geven we de achtergrondgegevens van de respondenten uit de vragenlijst weer en beschrijven we de belangrijkste inzichten vanuit de verdiepende interviews. Vervolgens zullen we aan de hand van de onderzoeksvragen weergeven hoe Wmo spoedzorg in de praktijk is ingericht. We baseren onze bevindingen op de uitkomst uit de vragenlijst en de verdiepende interviews.

3.1 Vragenlijst

De vragenlijst is uitgezet in de periode 10 april tot 8 mei 2024 en verspreid via verschillende organisaties⁹. Deze organisaties hebben via een bericht in hun nieuwsbrief en/of platform hun achterban opgeroepen om de vragenlijst in te vullen. Een aantal regionale coördinatiepunten is direct door de onderzoekers benaderd. In totaal hebben 113 respondenten de vragenlijst ingevuld. Enkele respondenten zijn vroegtijdig gestopt met de vragenlijst. Na opschoning zijn 75 respondenten overgebleven. Hoewel de bevindingen vanuit de vragenlijst dus zeker geen representatieve uitkomsten zijn voor heel Nederland, geven de antwoorden in combinatie met de interviews wel een goede indicatie over de inzet van Wmo spoedzorg in de praktijk.

Het merendeel van de respondenten vertegenwoordigt een gemeente (37%; n=27) of zorgaanbieder (34%; n=26). Vier respondenten hebben de vragenlijst vanuit de regionale coördinatiepunten ingevuld. Van de respondenten vanuit de zorgaanbieders werkt het overgrote deel in de intramurale ouderenzorg (54%) of een combinatie van intramurale zorg, extramurale zorg en wijkverpleging (38%). Van de gemeenten vertegenwoordigt 41% een gemeente met minder dan 50.000 inwoners, 41% een gemeente met meer dan 100.000 inwoners en 19% een gemeente tussen de 50.000 tot 100.00 inwoners. Bij sommige vragen konden respondenten meerdere antwoorden geven, waardoor het totaal aantal reacties optelt tot meer dan het aantal respondenten.



Figuur 2: Verdeling van respondenten over de verschillende perspectieven

⁹ Actiz, VNG, Zorgverzekeraars Nederland en diverse regionale coördinatiepunten

3.2 Belangrijkste bevindingen verdiepende interviews

Uit zowel de vragenlijst als de verdiepende interviews blijkt dat het gebruik van Wmo spoedzorg voor kwetsbare ouderen in de praktijk weinig voorkomt, en niet structureel wordt ingekocht door gemeenten. Respondenten geven aan zich hypothetische situaties voor te kunnen stellen waarin Wmo spoedzorg zou kunnen worden ingezet, maar kunnen veelal geen recente praktijkvoorbeelden noemen. Respondenten geven aan dat er wat betreft tijdelijk verblijf voor kwetsbare ouderen vaak een samenwerking is tussen één of meer zorgorganisaties, een zorgkantoor of zorgverzekeraar en een ziekenhuis. Doordat de gemeente geen samenwerkingspartner is, denkt men in spoedsituaties ook niet aan de (uitvoeringsinstantie van) de gemeente en de Wmo. Daarbij komt dat er voor de respondenten nauwelijks situaties te bedenken zijn waarbij een kwetsbare oudere wel met spoed verblijfszorg nodig heeft, maar geen recht heeft op zorg die vanuit een ELV vergoed wordt. Ook maken de tarieven, die voor de Wmo lager zijn dan voor de Zvw en Wlz, en het feit dat er gewoonlijk geen vergoeding is bij leegstand, dat het voor organisaties onaantrekkelijk is om structureel bedden vrij te maken voor Wmo spoedzorg. De enkele keer dat Wmo spoedzorg wel structureel wordt aangeboden komt dit voort uit een pilot gericht op regionale samenwerking, of een logeershuis waarbij er (ook) afspraken zijn gemaakt met de gemeente over logeerszorg vanuit de Wmo. In het laatste geval vallen Wmo spoedsituaties dan onder dezelfde regeling als de logeerszorg.

3.3 Verschillende vormen van tijdelijk verblijf uitgevoerd in de praktijk

Onderzoeksvraag a: Wat is in de praktijk het onderscheid tussen de verschillende vormen van tijdelijk verblijf zoals Wmo logeerszorg, Wmo spoedzorg, ELV, Wlz logeerszorg en Wlz crisis?

In paragraaf 2.1 en 2.2 is duidelijk een onderscheid te lezen tussen de verschillende vormen van tijdelijk verblijf. In de praktijk blijkt echter dat het precieze onderscheid niet altijd makkelijk te maken is. Respondenten onderscheiden de verschillende vormen van tijdelijk verblijf in relatie tot Wmo spoedzorg als volgt:

Wmo logeerszorg onderscheidt zich ten opzichte van Wmo spoedzorg doordat het planbare tijdelijke respijtzorg betreft, daar waar Wmo spoedzorg zich kenmerkt door het onplanbare karakter. Dit onderscheid tussen planbaar en onplanbaar levert in de praktijk geen problemen op, al geven respondenten aan dat de Wmo logeerszorg er precies hetzelfde uitziet als Wmo spoedzorg en onder dezelfde voorwaarden geleverd wordt.

Wlz logeerszorg onderscheidt zich ten opzichte van Wmo spoedzorg doordat het planbare tijdelijke respijtzorg betreft voor mensen met een Wlz indicatie die thuis wonen, terwijl Wmo spoedzorg onplanbare zorg is voor mensen zonder Wlz indicatie. Doordat van meet af aan duidelijk is of iemand een Wlz indicatie heeft of niet, is dit onderscheid in de praktijk duidelijk.

Een **Wlz crisisopvang** onderscheidt zich van Wmo spoedzorg doordat de cliënt 24 uur toezicht nodig heeft en aanspraak maakt of in de toekomst zal maken op Wlz zorg. In de praktijk is echter niet altijd duidelijk of iemand in de toekomst aanspraak maakt of wil maken op Wlz zorg. De ervaring van respondenten is dat wanneer iemand een Wlz indicatie heeft, het niet mogelijk is om daarna weer een indicatie voor zorg buiten de Wlz te krijgen, terwijl dat soms wel wenselijk is. In interviews wordt in dit verband veel gesproken over zogenoemde 'uitgestelde Wlz zorg'. Hierbij heeft een persoon een zorgvraag die binnen de Wlz valt, maar neemt de mantelzorger samen met zorgverleners vanuit de Zvw en/of Wmo de zorg op zich. Wanneer de mantelzorger plotseling tijdelijk uitvalt, is het mogelijk dat iemand alsnog met spoed een Wlz indicatie krijgt. Dit is echter niet altijd wenselijk, want wanneer de mantelzorger weer in staat is om te zorgen, is teruggaan naar de oude indicatie niet mogelijk. Een mogelijke oplossing voor dergelijke situaties is dan een combinatie van tijdelijk verblijf vanuit de Wmo, aangevuld met zorg vanuit de Zvw.

"Je ziet in de praktijk dat er een aanvraag voor de Wlz indicatie lang uitgesteld blijft. De mantelzorger blijft heel lang veel doen. Als die mantelzorger dan wegvalt, moet je met spoed een Wlz indicatie aanvragen"

ELV onderscheidt zich van Wmo spoedzorg doordat er (medische) zorg noodzakelijk is, terwijl Wmo spoedzorg kan worden ingezet zonder dat (medische) zorg noodzakelijk is. ELV kan worden opgesplitst in ELV-laag en ELV-hoog. Met name het onderscheid tussen ELV-laag en verblijf vanuit de Wmo wordt in de praktijk als een grijs gebied ervaren. Vaak valt bij kwetsbare ouderen te beredeneren dat er wel degelijk een bepaalde vorm van zorg noodzakelijk is waarmee iemand in aanmerking komt voor vergoeding vanuit een ELV. Tegelijk kan beredeneerd worden dat die zorg dan wel noodzakelijk is, maar dat die zorg in theorie ook thuis kan plaatsvinden. Het gaat hier dan bijvoorbeeld om verblijf na een onverwachte ziekenhuisopname. Soms zijn er (tijdelijke) woningaanpassingen nodig waardoor de zorg nu nog niet thuis gegeven kan worden. Dan is de noodzaak tot zorg onbetwist, maar is het wel de vraag of het verblijf vanuit de Zvw of de Wmo vergoed zou moeten worden.

Onderzoeksvraag b: Wat is in de praktijk de aanleiding van opname en de zorgvraag van cliënten die opgenomen worden op een ELV-laag complexe bed, cliënten die opgenomen worden in een Wmo logeerbed en cliënten die opgenomen worden in een Wmo spoedbed?

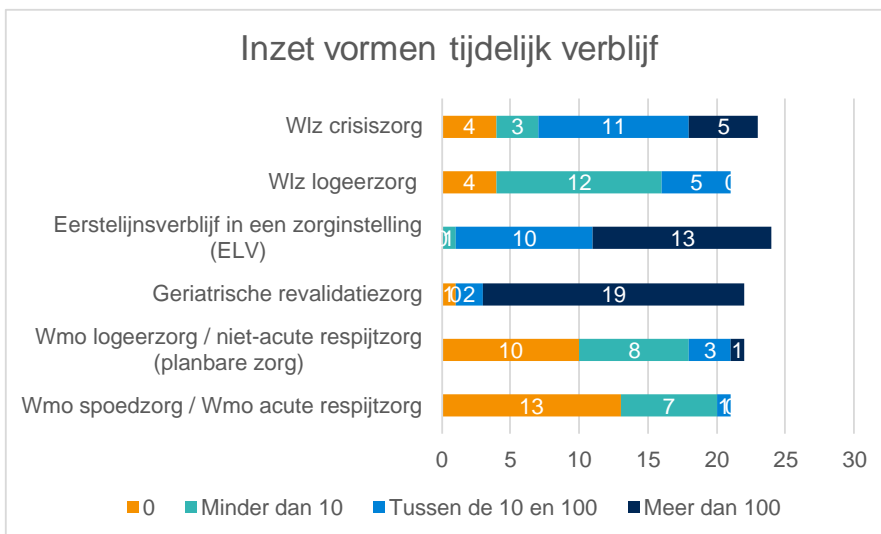
In de verdiepende gesprekken met zorgaanbieders en gemeenten hebben wij gevraagd naar mogelijke redenen voor tijdelijke opname op een ELV-laag complex bed, Wmo logeerbed en een Wmo spoedbed.

Een Wmo logeerbed wordt vooral ingezet om de mantelzorger en/of familie rondom de cliënt te ontlasten. Het betreft een vorm van respijtzorg en is altijd planbare tijdelijke opvang. De cliënt verblijft dan tijdelijk in een logeerhuis, zorghotel of verpleeghuis. Een ELV-laag complex bed wordt ingezet voor cliënten met enkelvoudige zorgvragen, maar wel met noodzaak van verblijf. Dit gaat bijvoorbeeld om herstel (zonder revalidatiedoelen) na een verblijf in het ziekenhuis. Meerdere respondenten geven aan het een grijs gebied te vinden welke zorg nu wel of niet onder de betaaltitel ELV-laag complex valt en er worden veel overeenkomsten gezien met Wmo spoedzorg.

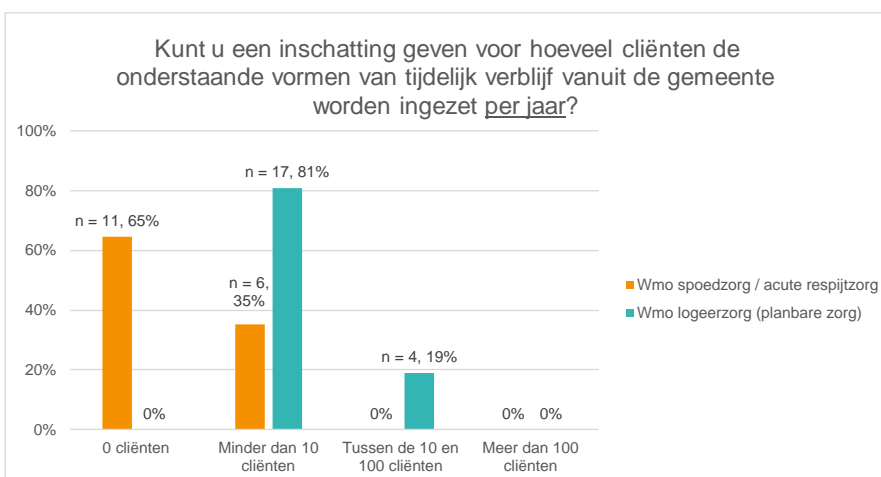
Respondenten geven enkele (hypothetische) voorbeelden van redenen om vanuit de Wmo spoed verblijf te organiseren. Dit kan bijvoorbeeld zijn omdat er woningaanpassingen nodig zijn voordat de cliënt weer naar huis kan keren uit het ziekenhuis, onverwachte uitval van een mantelzorger, of een crisissituatie die is ontstaan door bijvoorbeeld brand. Verschillende respondenten noemen voor dit soort situaties ook de mogelijkheid om het verblijf vanuit de Wmo te vergoeden, en de zorg vanuit de Zvw. Dit is bijvoorbeeld de constructie die verschillende logeerhuizen hanteren.

Onderzoeksvraag c: Hoe vaak wordt een Wmo bed (Wmo logeertzorg en Wmo spoed) ingezet t.o.v. andere vormen van tijdelijk verblijf en varieert dit tussen gemeenten?

In de vragenlijst hebben wij aan zorgaanbieders (n=26) gevraagd of zij een inschatting kunnen geven voor hoeveel cliënten de verschillende vormen van tijdelijk verblijf worden ingezet per jaar. Uit de resultaten blijken ELV en geriatrische revalidatiezorg de twee vormen van tijdelijk verblijf te zijn die het meest worden ingezet (figuur 3). Op de vraag hoe vaak tijdelijk verblijf vanuit de Wmo wordt ingezet geeft 62% van de zorgaanbieders aan dit nooit te doen voor Wmo spoedzorg en 33% geeft aan minder dan 10 cliënten per jaar op te vangen op een Wmo spoedbed. Uit de verdiepende interviews bleek er voor respondenten vanuit zorgaanbieders die invulden dat zij vaker dan 10 keer per jaar Wmo spoedzorg bieden, begripsverwarring te zijn over het verschil tussen Wmo spoedzorg en andere vormen van zorg vanuit de Wmo. De inzet van tijdelijk verblijf voor een Wmo logeertzorg ligt iets hoger, waarbij 14% van de respondenten aangeeft tussen de 10 en 100 cliënten op te vangen per jaar.



Figuur 3. Inschatting aantal cliënten voor de verschillende vormen van tijdelijk verblijf per jaar



Figuur 4. Inschatting aantal cliënten voor Wmo spoedzorg/Wmo logeertzorg

Ook aan de gemeenten (N= 27) is gevraagd of zij een inschatting kunnen geven voor hoeveel kwetsbare ouderen zij Wmo spoedzorg en Wmo logeertzorg inzetten per jaar (figuur 4). Uit de cijfers blijkt dat Wmo spoedzorg zeer beperkt wordt ingezet: 65% van de gemeenten geeft aan voor géén cliënten Wmo spoedzorg te organiseren en 35% van de gemeenten geeft aan dat dit zeer beperkt voorkomt (0 tot 10 cliënten per jaar). In vergelijking met Wmo spoedzorg komt Wmo logeertzorg vaker voor, waarbij 19% van de gemeenten tussen de 10 en 100 cliënten per jaar van Wmo logeertzorg voorziet. Echter blijkt het overgrote deel van de gemeenten (81%) ook deze vorm van tijdelijk verblijf maar minimaal (minder dan 10 cliënten) in te zetten.

Uit de verdiepende interviews blijkt dat er verschillen zijn tussen gemeenten. Sommigen gemeenten participeren in een pilot of regionaal samenwerkingsverband, waarbij op regionaal niveau een aantal bedden wordt vrijgemaakt voor onder meer tijdelijk verblijf vanuit de Wmo (zie ook paragraaf 3.4). Bij kleinere gemeenten die niet participeren in een samenwerkingsverband is het niet haalbaar om structureel Wmo bedden te organiseren, omdat de doelgroep te klein is. Schaalvergroting door middel van een regionale samenwerking is dan nodig.

Onderzoeksvraag d: Wat is de variatie in bezetting Wmo spoed en Wmo logeerszorg gelet op de opnametijd, beschikbare bedden en gemiddelde ligduur (eventuele fluctuaties/peikmomenten)?

Uit de vorige onderzoeksvraag blijkt dat Wmo spoedzorg zeer beperkt wordt ingezet. Informatie over de opnametijd, beschikbare bedden en gemiddelde ligduur is dan ook niet beschikbaar. Eén van de respondenten (zorgaanbieder) geeft aan met de gemeente te hebben afgesproken dat tijdelijk verblijf vanuit de Wmo (of dat nu met of zonder spoed is) maximaal vier weken mag duren. Wanneer deze vier weken overschreden worden, wordt de zorg omgezet in ELV-laag. Ook verschillende logeershuizen geven aan dat er onder de Wmo meestal maximaal vier weken kan worden verbleven, al onderhandelen zij soms andere voorwaarden bij gemeenten.

Onderzoeksvraag e: Inzichten in de uitkomsten van regionale coördinatiefuncties voor inzet Wmo spoed of het eerstelijnsverblijf

Regionale coördinatiepunten coördineren kortdurende ouderenzorg als een cliënt tijdelijk niet zelfstandig thuis kan wonen. Zij ondersteunen organisaties in de spoedketen bij triage en geven inzicht in de beschikbare capaciteit van tijdelijke zorg voor ouderen in de regio. Ze werken met een centraal systeem dat overzicht houdt op het aantal beschikbare bedden. Aangesloten zorgaanbieders geven via dit systeem dagelijks het aantal beschikbare bedden door. Bij aanmelding van een cliënt voor tijdelijk opvang vindt er door het regionaal coördinatiepunt triage plaats en wordt de cliënt doorverwezen naar een tijdelijk bed.

Actiz heeft samen met Zorgverzekeraars Nederland een landelijk overzicht gemaakt van de regionale coördinatiefuncties¹⁰. Hieruit blijkt dat er in totaal 31 regionale coördinatiepunten zijn, verspreid over het land. Alle regionale coördinatiepunten geven aan tijdelijk verblijf voor ELV te coördineren. Kijkend naar Wmo respijtzorg en/of Wmo spoed geven 13 regionale coördinatiepunten aan dit te coördineren in de regio. Dit beeld past bij de bevindingen uit een eerder onderzoek van Significant¹¹, waarbij aan zorgaanbieders die tijdelijk verblijf via "één ingang" coördineren werd gevraagd naar de verschillende zorgvormen die zij organiseren. Een belemmering voor het coördineren van Wmo spoedzorg is volgens respondenten de geringe vraag naar deze vorm, de lage financiering en het gegeven dat weinig zorgaanbieders Wmo spoedzorg structureel aanbieden, zie ook de beantwoording van eerdere onderzoeksvragen.

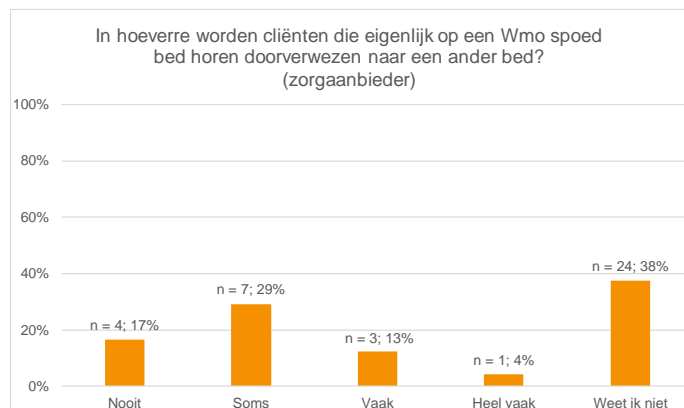
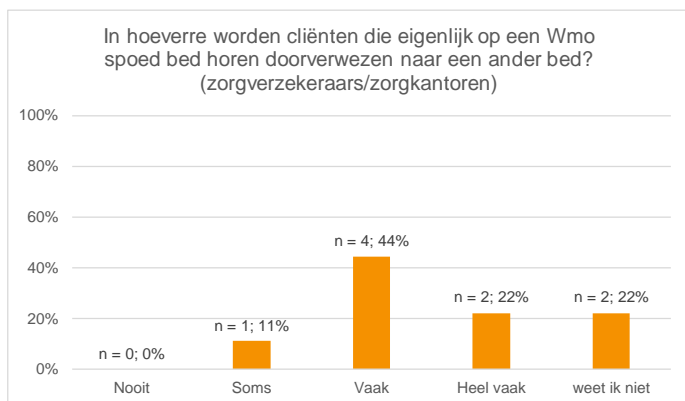
De respondent die wij spraken vanuit zijn functie bij een regionaal coördinatiepunt dat ook Wmo spoedzorg coördineert, benadrukte dat dit slechts zeer beperkt voorkomt, en dat het coördinatiepunt dit slechts binnen één gemeente doet. Dit komt doordat die gemeente een overeenkomst heeft met een zorgaanbieder voor Wmo logeerszorg. Als zo'n plek toevallig vrij is op het moment dat er Wmo spoedzorg geregeld moet worden, dan kan die persoon op de beschikbare plek verblijven.

Onderzoeksvraag f: In hoeverre worden cliënten die eigenlijk op een Wmo spoedbed (niet zijnde planbare zorg) horen, doorverwezen naar een ander bed zoals een Wmo logeerbed of het ELV?

In de enquête hebben wij aan zorgaanbieders en vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en zorgkantoren gevraagd in hoeverre zij inschatten dat cliënten die eigenlijk op een Wmo spoedbed horen worden doorverwezen naar een ander bed. Bijna 70% van de vertegenwoordigers van zorgkantoren en zorgverzekeraars geeft aan dat cliënten behorende op een Wmo spoedbed vaak of heel vaak worden doorverwezen naar een ander bed (figuur 5). De zorgaanbieders zijn hier minder uitgesproken over. Een derde van de zorgaanbieders (29%) geeft aan dat dit soms voorkomt en 17% geeft aan dat het vaak of heel vaak voorkomt dat een cliënt op een Wmo spoed wordt doorverwezen naar een ander bed. 40% geeft aan hier geen zicht op te hebben (figuur 6).

¹⁰ Infographic regionale coördinatiefuncties (Actiz, geraadpleegd januari 2024).

¹¹ Rapport: M. Battink, I. Kalisvaart. 2019. Ongepland (tijdelijk) verblijf voor kwetsbare ouderen via één ingang. Inventarisatie van initiatieven.



Figuur 5 en 6. Cliënten op Wmo spoed bed doorverwezen naar ander bed

Ook uit de interviews blijkt dat wanneer men twijfelt of een cliënt onder de Wmo of onder de Zvw zou moeten verblijven, men eerder voor de Zvw kiest vanuit pragmatisch oogpunt. In de meeste gevallen betreft dit dan een doorverwijzing naar een ELV-laag complex bed, omdat het verschil tussen ELV-laag en Wmo spoedzorg in de praktijk het kleinst is.

Respondenten geven daarnaast aan dat spoed en verblijf vanuit de Wmo niet goed samengaan. Met name wanneer er geen contracten zijn tussen zorgaanbieder en gemeente. In geval van een crisissituatie moet binnen 24-48 uur opvang geregeld worden, wat niet haalbaar is als hier geen bestaande structuur voor is. Om toch direct tijdelijk verblijf te kunnen bieden aan de cliënt wordt aanspraak gedaan op een ELV-laag complex bed. Veelal is zowel verblijf vanuit de Wmo als verblijf op een ELV-laag complex bed goed te verantwoorden, zo blijkt uit de gesprekken met verschillende respondenten. Verschillende respondenten geven daarbij aan dat met de onder paragraaf 3.3 beschreven constructie, waarbij het verblijf vanuit de Wmo en de zorg vanuit de Zvw (wijkverpleging) wordt vergoed, dezelfde zorg met verblijf gerealiseerd kan worden als met een ELV-laag. Het is afhankelijk van de bestaande structuur voor welke constructie gekozen wordt.

“Omdat er geen goede afspraken zijn met gemeenten komen cliënten al snel in de ELV, terwijl ze eigenlijk bij de Wmo horen. Vermoeden is dat de zorgverzekeraars dit (kleine groepje mensen) voor lief nemen”

Onderzoeksvraag g: Welke belemmeringen bestaan er voor de zorgaanbieder om een tijdelijke plek/respijtbed aan te bieden vanuit de Wmo?

Voor zorgaanbieders brengt het beschikbaar houden van een Wmo spoedbed uitdagingen met zich mee om verschillende redenen. De grootste belemmering is dat een situatie waarbij Wmo spoed speelt zo zeldzaam is, dat hier nauwelijks beleid op te maken valt. Een andere belemmering die door de zorgaanbieders die wij spraken wordt ervaren is dat het tarief dat door gemeenten geboden wordt voor het aanbieden van een Wmo bed niet toereikend is. Daarnaast ontvangt de zorgaanbieder geen vergoeding voor het beschikbaar houden van het Wmo bed. Voor zorgaanbieders is er geen financiële prikkel om Wmo spoed mee te nemen in hun zorgaanbod.

“Als een bed niet bezet is zijn er geen inkomsten. Wmo levert minder inkomsten op. Dan zou je hetzelfde tarief moeten hebben als een Wlz bed, maar daar wordt de gemeente niet blij van”.

Ook het organiseren van niet-acuut tijdelijk verblijf vanuit de Wmo is voor zorgaanbieders financieel minder aantrekkelijk, wanneer zij ook andere vormen van tijdelijk verblijf aanbieden. Het is voor hen niet efficiënt en doelmatig om een bed vrij te houden omdat daar binnenkort een gepland verblijf vanuit de Wmo op komt, terwijl er tegelijk een cliënt met een Zvw of Wlz met spoed geplaatst moet worden. Tegelijk is het voor doeltreffende logeerszorg die de

mantelzorgers echt ontlast essentieel dat deze zorg goed planbaar is en niet op het laatste moment kan worden afgezegd.

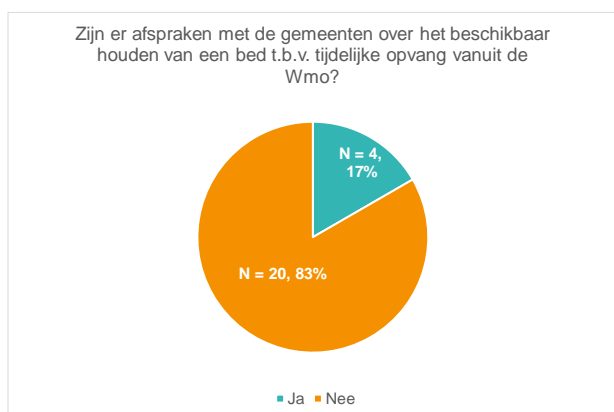
Voor Wmo respijtzorg lijken de logeerhuizen daarom beter uitgerust dan de traditionele zorginstellingen. Zij bieden planbaar tijdelijk verblijf aan met zorg, maar zonder behandeling. Doordat zij zich specifiek richten op tijdelijk verblijf zonder behandeling, kunnen zij hun bedrijfsvoering aanpassen op de beschikbare tarieven, en hun zorg goed inplannen omdat het verblijf niet afhankelijk is van revalidatiedoelen of mate van herstel.

3.4 Inkoop van spoedplekken binnen de Wmo

Onderzoeksvraag a: Wat is de rol van gemeenten bij het beschikbaar stellen van spoedzorglokeerplekken onder de uitvoering van de Wmo, naast de logeerplekken als vorm van respijtzorg?

Vanuit de wet hebben gemeenten de rol en verplichting om binnen 24-48 uur tijdelijk verblijf te organiseren (zie paragraaf 2.2). De wijze waarop gemeenten betrokken zijn en de manier waarop Wmo spoedzorg voor kwetsbare ouderen wordt georganiseerd blijkt in de praktijk zeer verschillend te zijn. Uit de gesprekken met zorgaanbieders horen wij terug dat cliënten en hun zorgverleners in de regel direct aankloppen bij zorgaanbieders om tijdelijk verblijf te organiseren. Wij horen in de interviews terug dat cliënten en zorgverleners niet snel geneigd zijn om contact op te nemen met het Wmo loket of wijkteam van de gemeente wanneer zij met spoed zorg met verblijf nodig hebben. Met name omdat men de overtuiging heeft dat de Wmo en direct met spoed handelen in geval van crisis niet samengaan. De processen bij Wmo loketten zijn daar niet op ingericht, aldus respondenten.

Ook uit de vragenlijst blijkt de rol van gemeenten bij het beschikbaar stellen van spoedzorglokeerplekken onder de uitvoering van de Wmo beperkt. Uit de vragenlijst blijkt dat 92% van de 27 respondenten vanuit de gemeenten geen contracten hebben afgesloten met zorgaanbieders voor het beschikbaar houden van bedden voor Wmo spoedzorg (figuur 7). Ook het merendeel van de respondenten vanuit zorgaanbieders (83%) geeft aan geen afspraken te hebben met gemeenten over het beschikbaar houden van een bed t.b.v. spoedopvang vanuit de Wmo (figuur 8).



Figuur 7. Afspraken tussen zorgaanbieders en gemeenten



Figuur 8. Contracten met zorgaanbieders

Toch is er ook een aantal voorbeelden waarbij middels een samenwerking tussen de gemeenten en zorgorganisaties het tijdelijk verblijf vanuit zowel de Wlz, de Zvw en de Wmo gecoördineerd wordt. Vaak betreft dit een pilot waarbij vanuit de gedachte van domeinoverstijgend samenwerken geredeneerd wordt vanuit de hulpvraag in plaats van vanuit de financiering. Een voorbeeld hiervan is een pilot vanuit de regionale projectgroep Respijtzorg in Zuid Holland Noord, waarin gemeenten, zorgaanbieders, zorgkantoor, zorgverzekeraar en samenwerkingsverband Transmurales samen werken aan betere respijtzorg. Ook in regio Brabant hebben vier grote zorgorganisaties (Avoord, Mijzo, Surplus en Thebe) de handen ineen geslagen om samen met 10 gemeenten middels een pilot logeerszorg beter neer te zetten. De

logeerzorgbedden worden door een regionaal coördinatiepunt meegenomen in het totale aanbod van tijdelijke verblijfsplaatsen. Er zijn daarnaast diverse gemeentes die bij wijze van pilot samenwerken met zorgorganisaties om de ketenzorg voor kwetsbare ouderen beter vorm te geven. Men werkt binnen de pilots veelal met plekken voor tijdelijk verblijf die niet op voorhand geormerkt zijn voor een bepaalde financiering, waardoor deze plekken ook beschikbaar zijn voor Wmo respijtzorg en Wmo spoedzorg. Respondenten geven aan dat wanneer gemeenten in zo'n samenwerkingsverband meewerken, er vaak gemakkelijker afspraken te maken zijn over verhoogde tarieven en inkoop van Wmo verblijf.

Onderzoeksvraag b: Wat is de omvang van de ingekochte Wmo spoedplekken door gemeenten (contractering) en hoe verhoudt deze zich tot de omvang van het aantal plekken ingekocht vanuit Zvw/Wlz?

Uit de gesprekken met gemeenten en zorgaanbieders en uit de resultaten van de vragenlijst blijkt dat gemeenten niet structureel opvangplekken voor Wmo-spoed of Wmo logeertzorg inkopen, zie ook paragraaf 3.3.

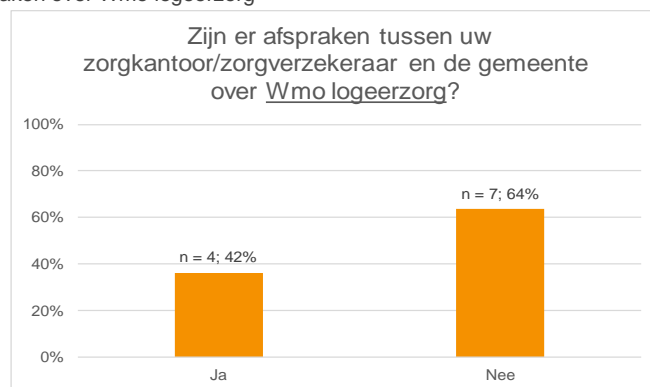
Hoe de inkoop van Wmo spoedzorg en logeertzorg zich verhoudt tot de inkoop van andere vormen van tijdelijk verblijf is niet kwantitatief te schetsen, omdat Wmo spoedzorg meestal niet expliciet wordt ingekocht. Soms wordt Wmo spoedzorg geleverd onder dezelfde constructie als Wmo logeertzorg, maar hierover worden niet structureel cijfers bijgehouden. Ook over het tijdelijk verblijf vanuit Zvw en Wlz zijn actuele cijfers lastig te achterhalen. Doordat veel zorgaanbieders gecontracteerd zijn voor alle vormen van kortdurende zorg, kunnen zij de bedden flexibel inzetten. Daardoor is het zicht op de 'plekken' gedurende het jaar beperkt bij de zorginkopende partijen. Pas na afloop van het jaar kan de rekensom gemaakt worden over hoeveel plekken er daadwerkelijk ingezet zijn voor de verschillende vormen van zorg. Die informatie is echter onderdeel van de contractuele relatie tussen inkopende en verkopende partij, dus niet zomaar openbaar. Ondanks dat kan gesteld worden dat Wmo spoedzorg een zeer beperkte rol speelt in de inzet van tijdelijk verblijf, gezien alle eerdere resultaten waaruit blijkt dat het nauwelijks wordt ingezet in het kader van spoedopvang binnen de ouderenzorg.

Onderzoeksvraag c: Worden er afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar over het beschikbaar houden van een bed t.b.v. Wmo spoed?

Het merendeel van de zorgkantoren en zorgverzekeraars die de vragenlijst invulde geeft aan geen afspraken te hebben met gemeenten over Wmo spoedzorg (67%) en Wmo logeertzorg (64%) (figuur 9 en 10). De zorgkantoren en/of zorgverzekeraars die aangeven wel afspraken te hebben, vertellen dat er samen met de gemeenten bedden worden ingekocht voor respijtzorg of dat er samenwerkingsafspraken zijn voor gecombineerde zorglocaties, waarbij ook tijdelijk verblijf onder de Wmo mogelijk is. Dit betreffen de eerder genoemde regionale samenwerkingsverbanden en pilots. Daarbij wordt wel vermeld dat de afspraken verschillen per gemeente en per samenwerkingsverband en dat ze onvoldoende bekend zijn bij de verzekeraar.

Figuur 9. Afspraken over Wmo spoedzorg

Figuur 10. Afspraken over Wmo logeertzorg



3.5 Duur spoedverblijf onder de Wmo

Onderzoeksvraag a: Is er zicht op de duur van het verblijf onder de Wmo?

Uit de eerdere beantwoording van de onderzoeksvragen blijkt dat Wmo spoedzorg zeer beperkt wordt ingezet. Er is dan ook geen algemeen beeld te schetsen van de duur van spoedverblijf onder de Wmo, behalve dat de maximum verblijfsduur bij logeerhuizen meestal vier weken is.

Onderzoeksvraag b: Welke factoren verklaren hoe lang een cliënt in de Wmo spoedzorg verblijft? Is er informatie over de uitstroom van cliënten vanuit de Wmo spoed?

Uit de eerdere beantwoording van de onderzoeksvragen blijkt dat Wmo spoedzorg zeer beperkt wordt ingezet. Er is dan ook geen algemeen beeld te schetsen over de factoren die de duur van Wmo spoedverblijf verklaren of van de uitstroom van cliënten.

Onderzoeksvraag c: Welke impact heeft beschikbaarheid van wijkverpleging op respijtzorg nu en in de toekomst?

In interviews noemen respondenten de beschikbaarheid van wijkverpleging niet als factor voor het inzetten van respijtzorg of spoedzorg. Desgevraagd geeft één van de respondenten aan dat er wel tekorten aan wijkverpleegkundigen zijn, maar niet van dien aard dat cliënten daardoor tijdelijk niet meer thuis kunnen verblijven. Er ontstaat wel geregeld 'spoed' wanneer een cliënt niet bij de voorkeursaanbieder terecht kan voor thuiszorg, maar dit wordt met behulp van servicecentra en coördinatiepunten dan alsnog binnen de thuissituatie opgelost.

3.6 Handelen van de gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars rondom Wmo spoed

Onderzoeksvraag a: Welke werkwijze hanteren gemeenten wanneer de ingekochte spoedplaatsen bij de aanbieder voor logeerszorg bezet zijn en er wel met spoed een plek nodig is?

Zoals uit de eerder beschreven bevindingen blijkt, is er geen sprake van structurele inkoop van Wmo spoedplekken. Daarnaast impliceert de vraag dat gemeenten de regie hebben of nemen in een geval waarbij met spoed een plek voor tijdelijk verblijf moet worden gezocht voor een kwetsbare oudere. In de praktijk kloppen mensen in zo'n situatie niet aan bij de gemeente of het Wmo loket, maar een zorgaanbieder of een coördinatiepunt, waar vanuit de zorg georganiseerd wordt. We hebben in interviews met respondenten gezocht naar mogelijke voorbeelden waarbij de hulpvraag logischerwijs bij de gemeente terecht zou komen, en niet bij een zorgaanbieder. Respondenten konden hier geen voorbeelden van noemen, behalve hypothetische situaties waarbij een huis tijdelijk niet bewoonbaar is door bijvoorbeeld brand of andere schade. Respondenten geven aan dat zij het dan nog logisch zouden vinden dat de regie bij een coördinatiepunt of een bureau voor zorgbemiddeling zou liggen, en niet bij de gemeente. In situaties waarin Wmo spoedzorg wordt ingezet coördineert de gemeente dus niet, maar er zijn in sommige gemeentes wel afspraken over vergoeding van het verblijf vanuit de Wmo, zie ook paragraaf 3.3 en 3.4.

Onderzoeksvraag b: Wat is het effect van het beschikbaar hebben van Wmo spoed op zorgaanbieders en zorgverzekeraar?

Ondanks dat Wmo spoed nauwelijks structureel beschikbaar is, hebben we wel enkele voorbeelden gevonden waarbij zorgaanbieders de mogelijkheid boden voor Wmo spoedzorg, mocht dat nodig zijn. Dit betreft regionale samenwerkingsverbanden waarbij zorgorganisaties hun tijdelijke plekken clusteren in één aanbod, en logeerhuizen. Vanwege de zeer beperkte vraag naar Wmo spoedzorg is het effect van de beschikbaarheid evengoed beperkt. Wel merken we dat logeerhuizen een al bestaande constructie hebben waarbij het verblijf vanuit de Wmo vergoed wordt, en eventueel aanvullende zorg vanuit de Zvw. Hierdoor kunnen gevallen van Wmo spoed ook gemakkelijker worden opgevangen, omdat er niet met spoed ook nog een financiële constructie hoeft te worden opgetuigd.

4 Beschouwing en conclusie

Met deze verkenning wilden we meer zicht krijgen op het voorkomen, het gebruik en de bekostiging van Wmo spoedzorg in relatie tot tijdelijke verblijf voor kwetsbare ouderen. Goed zicht op de bestaande structuren voor tijdelijk verblijf binnen de ouderenzorg is belangrijk bij het toekomstbestendig maken van de zorg. Immers, het streven is om steeds langer thuis te blijven wonen. Steeds meer zorg die eerder een verblijf in een instelling vereiste, wordt nu al in de thuissituatie geleverd. Een goed werkend systeem waarbij mensen tijdelijk kunnen verblijven om vervolgens weer terug naar huis te kunnen, draagt uiteindelijk bij aan het langer thuis kunnen blijven wonen.

We zijn deze verkenning begonnen met het uitzoeken van de oorsprong en achtergrond van het concept Wmo spoedzorg. Daarbij stelden we vast dat voor zorg met verblijf vanuit de Wmo, anders dan in de Zvw en Wlz, geen betaaltitels bestaan. **Wmo spoedzorg is dan ook geen betaaltitel**, maar een fenomeen dat voortkomt uit de wet zelf. De wet verplicht gemeenten om in geval van een spoedsituatie opvang te organiseren voor iemand die de thuissituatie (noodgedwongen) moet verlaten en niet in staat is zich op eigen kracht opvang te organiseren. Iedere gemeente richt deze opvang naar eigen inzicht in, en er bestaan daardoor ook verschillende termen voor deze spoedopvang waarmee hetzelfde bedoeld wordt. Hoewel Wmo spoedzorg kan worden ingezet voor alle inwoners van een gemeente, beperkt dit onderzoek zich tot de inzet van Wmo spoedzorg voor kwetsbare ouderen.

In de wet wordt omschreven dat het voorkomen van de noodzaak om onverwijld een tijdelijke maatwerkvoorziening te treffen (dus om Wmo spoedzorg in te zetten) **slechts in bijzondere situaties van toepassing** zal zijn. In de praktijk blijkt dit inderdaad het geval. We hebben negen verkennende gesprekken gevoerd, 75 vragenlijsten geanalyseerd en zes verdiepende interviews gehouden, waarbij we slechts enkele (veelal hypothetische) voorbeelden hebben kunnen ophalen waarbij Wmo spoedzorg een rol speelde.

Een veel gehoorde reden dat Wmo spoedzorg niet of nauwelijks gebruikt wordt, is dat andere, meer gangbare financieringsopties kunnen worden ingezet. Zo ervaren betrokkenen een grijs gebied tussen **ELV-laag en Wmo spoedzorg**, waarbij beide financieringsvormen goed verantwoord kunnen worden bij vergelijkbare situaties. Respondenten geven aan dat een ELV laag er in de praktijk hetzelfde uitziet als de constructie waarbij het verblijf vanuit de Wmo vergoed wordt, en de zorg vanuit de Zvw wijkverpleging. Wanneer er dan geen structurele samenwerking is tussen de gemeente en zorgorganisaties, ligt het voor de hand om voor een cliënt een ELV aan te vragen bij de zorgverzekeraar. Omgekeerd zien we dat bij logeerhuizen, die geen ELV bieden en wel contracten met de gemeente hebben, in zo'n geval voor Wmo spoedzorg gekozen wordt.

Verskillende respondenten doen de oproep om de cliënt en diens **hulpvraag, en niet de financieringsvorm, leidend te laten zijn** bij het organiseren van tijdelijk verblijf voor kwetsbare ouderen. Succesvolle voorbeelden hiervan die worden genoemd zijn regionale samenwerkingsverbanden waarbij zorgorganisaties, ziekenhuizen en gemeenten de handen ineen slaan om vanuit de gedachte 'de juiste zorg op de juiste plek' het geplande en acute tijdelijk verblijf te coördineren. Door de schaalgrootte van deze samenwerkingsverbanden worden de baten en lasten van verblijf onder hogere en lagere tarieven verdisconteerd over de verschillende zorgorganisaties. Dit laatste is een belangrijke voorwaarde, omdat verblijf vanuit de Wmo een (veel) lager tarief kent dan verblijf onder de Zvw of Wlz.

Deze verkenning vond plaats in het kader van het vereenvoudigen van de bekostiging van tijdelijk verblijf voor kwetsbare ouderen, één van de speerpunten van het WOZO. De bovenstaande oproep om de hulpvraag en niet de financiering leidend te laten sluit hier bij aan. Ook het eerdere rapport van Significant over tijdelijk verblijf voor kwetsbare ouderen¹² beschreef dat de financiering vanuit verschillende stelsels in de praktijk knelpunten oplevert rond de grenzen

¹² Rapport: M. Battink, I. Kalisvaart. 2019. Ongepland (tijdelijk) verblijf voor kwetsbare ouderen via één ingang. Inventarisatie van initiatieven.

van de stelsels. Verschillende respondenten geven aan dat het bij een vereenvoudiging logisch zou zijn om ook de hulpvragen waarbij nu Wmo spoedzorg overwogen wordt, over te hevelen naar de Zvw. Dit omdat verder alle vormen van zorg al vanuit Zvw (of Wlz) bekostigd worden, en hier de bestaande structuren al voor zijn ingericht. Tegelijk zien we mooie voorbeelden, bij de logeerhuizen, waarbij gemeenten een samenwerking aangaan met een zorgaanbieder om passende zorg voor een cliënt te bieden, vaak om zo de mantelzorger tijdelijk te ontzien. Hierbij wordt juist gebruikgemaakt van de mogelijkheden die de Wmo biedt, en pakken gemeenten hun rol om de zelfredzaamheid en het welzijn van hun inwoners te bevorderen. Daarbij wordt de financiering vaak opgesplitst in de kosten voor het verblijf, die vanuit de gemeente vergoed worden, en de kosten voor de zorg, die vanuit de Zvw vergoed worden.

Het zoeken naar werkbare en doeltreffende manieren om acuut en gepland tijdelijk verblijf voor kwetsbare ouderen vorm te geven is met het oog op het toekomstbestendig maken van de (ouderen)zorg cruciaal. Het goed inrichten en uitbreiden van mogelijkheden voor logeeropvang, waarbij ook ongeplande opvang mogelijk is, wordt door verschillende respondenten benoemd als een tot nog toe onvoldoende bewandeld pad. Daarbij benadrukken verschillende respondenten dat logeeropvang echt een ander karakter heeft en een in andere setting zou moeten plaatsvinden dan reguliere verpleeghuiszorg. Het goed opzetten van een logeeropvang waarbij de nadruk ligt op het verblijf in plaats van de zorg kost betrokken moeite, aldus de respondenten. Zij ervaren nog veel schotten in financiering, voorwaarden en domeinen waardoor logeeropvang op dit moment slechts een kleine rol speelt in de keten van tijdelijk verblijf. De enkele voorbeelden die wij vonden waarbij over de schotten van domeinen en financiering heen werd samengewerkt werden als succesvol ervaren en geven een doorkijk naar de mogelijkheden om 'de juiste zorg op de juiste plek' handen en voeten te geven.

Bijlage 1. Respondenten

Verkennde gesprekken

Organisatie	Functie	Datum gesproken
Actiz	Beleidsadviseur	6 maart 2024
NZa	Beleidsmedewerker kortdurende zorg - ELV & beleidsmedewerker en projectleider kortdurende zorg	7 maart 2024
Zorginstituut Nederland	Eerstelijns team & Adviseur team GGZ en sociaal domein	7 maart 2024
Regionaal coördinatie punt Zwolle	Project- en programmaleider	13 maart 2024
Zorgverzekeraars Nederland	Beleidsmedewerker ELV ouderen en dementie zorg	19 maart 2024
VNG	Beleidsmedewerker	27 maart 2024
GGZ Nederland	Strategisch Adviseur	11 april 2024
Zorg en Zekerheid	Senior Zorginkoper	12 april 2024
Valente	Senior Beleidsmedewerker	1 mei 2024

Verdiepende gesprekken

Organisatie	Functie	Datum gesproken	Reden
Het Buitenhuis	Projectleider	2 mei 2024	Krijgt vaak vragen over acute logeerszorg.
Thebe zorg	Zorgadministratie	2 mei 2024	Biedt Wmo spoedzorg aan (0-10 bedden).
Gemeente Katwijk	Beleidsregisseur Wmo	13 mei 2024	Geeft in de enquête aan Wmo spoedzorg vanuit de gemeente te organiseren.
Zilveren Kruis	Beleidsadviseur Wlz V&V	16 mei 2024	Heeft afspraken met de gemeente over Wmo spoed. Het betreft samenwerkingsafspraken over gecombineerde locaties (lokaal).
Surplus	Manager KSC (klantenservicecentrum)	23 mei 2024	Biedt Wmo spoedzorg aan (0-10 bedden).
Regionaal Coördinatiepunt regio Utrecht	Kwartiermaker/Hoofd zorgbemiddeling	7 juni 2024	Coördineert (onder meer) Wmo spoedzorg voor de regio

Bijlage 2. Vragenlijst

Inleiding

Wij, Significant Public, voeren in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een verkenning uit naar spoedopvang georganiseerd vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (hierna: Wmo).

Op dit moment voorzien verschillende wetten in opvang in acute situaties (Wlz, Zvw en Wmo). Bij het organiseren van zorg in een acute situatie is het soms een uitdaging om direct te bepalen welke wet voorliggend is en bij welke partij (zorgkantoor, zorgverzekeraar, gemeente) de kosten van tijdelijk verblijf gedeclareerd moeten worden. De achtergrond van deze verkenning is het voornemen van VWS om de bekostiging van tijdelijke zorg met verblijf te vereenvoudigen. Daarvoor is het van belang om te weten óf en hoe Wmo spoedzorg binnen de ouderenzorg gebruikt wordt. **Deze vragenlijst is daarom bedoeld voor iedereen die te maken heeft met acute ouderenzorg, ongeacht of je bekend bent met opvang vanuit de Wmo**

Het invullen van de vragenlijst kost 10 minuten van uw tijd. Voor vragen over deze verkenning of deze vragenlijst kunt u contact opnemen met Anouk van den Eeckhout via anouk.eeckhout@significant.nl. Wij willen u vragen om de vragenlijst uiterlijk **8 mei** a.s. in te vullen.

Alvast hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!

Algemene vragen

1. Waar bent u werkzaam?
 - Zorgaanbieder → naar vraag 2
 - Gemeente → naar vraag 4
 - Zorgkantoor/ Zorgverzekeraar → naar vraag 7
 - Regionaal coördinatiepunt → naar vraag 9
 - Anders, namelijk [open] → naar vraag 40

[vragen voor zorgaanbieders]

2. Wat is uw functie? [open vraag]
3. Voor welke doelgroep bent u werkzaam? → naar vraag 11 [meerdere antwoorden mogelijk]
 - Intramurale ouderenzorg
 - Extramurale ouderenzorg
 - Wijkverpleging
 - Gehandicaptenzorg
 - Anders, namelijk [toelichting]

[vragen voor gemeente]

4. Wat is uw functie? [open vraag]
5. Welke gemeente vertegenwoordigt u? [open vraag]
6. Wat is de grootte van uw gemeente? → naar vraag 21
 - G4

- Meer dan 100.000 inwoners
- 50.000 tot 100.000 inwoners
- Minder dan 50.000 inwoners

[vragen voor zorgverzekeraars/zorgkantoren]

7. Wat is uw functie? [open vraag]
8. Welke zorgverzekeraar/zorgkantoor vertegenwoordigt u? [open vraag]

[vragen voor regionale coördinatiefuncties]

9. Wat is uw functie? [open vraag]
10. Voor welke regio bent u werkzaam? [open vraag] → Door naar vraag 28

Introductie

In deze verkenning doen we onderzoek naar Wmo spoedzorg. Er is sprake van spoedzorg vanuit de Wmo wanneer een cliënt zelfstandig woont, plotseling opvang nodig heeft en de situatie acuut of binnen één of twee dagen onhoudbaar zal zijn. Er is geen sprake van medische zorg, want dan zou het verblijf vanuit de Wlz of de Zvw geregeld moeten worden. De gemeente moet in deze gevallen direct een tijdelijke voorziening regelen, zonder te wachten op de uitkomst van eventueel onderzoek.

Voorbeelden van spoedopvang vanuit de Wmo zijn:

- De mantelzorger is plotseling niet meer beschikbaar (ook wel 'acute respijtzorg' genoemd), en er is geen grond voor verblijf vanuit de Zvw of Wlz;
- Ouderen die na een ziekenhuisopname om praktische redenen nog niet naar huis kunnen, bijvoorbeeld als de woning eerst aangepast moet worden. De opvang is dan niet om gezondheidsredenen (bijvoorbeeld revalidatie) nodig.

[vragen voor zorgaanbieders]

11. Welke vormen van tijdelijk verblijf biedt uw organisatie aan? Aankruisen wat van toepassing is (meerdere antwoorden mogelijk)
 - Wmo spoedzorg / Wmo acute respijtzorg
 - Wmo logeerszorg / niet-acute respijtzorg
 - Geriatrische revalidatiezorg
 - Eerstelijnsverblijf in een zorginstelling (ELV)
 - Wlz logeerszorg
 - Wlz crisiszorg
 - Anders, namelijk
12. Kunt u een inschatting geven voor hoeveel cliënten de onderstaande vormen van tijdelijk verblijf worden ingezet per jaar?
 - Wmo spoedzorg / Wmo acute respijtzorg [0/minder dan 10/tussen de 10 en 100/meer dan 100]
 - Wmo logeerszorg (planbare zorg) [[0/minder dan 10/tussen de 10 en 100/meer dan 100]
 - Geriatrische revalidatiezorg [[0/minder dan 10/tussen de 10 en 100/meer dan 100]
 - Eerstelijnsverblijf in een zorginstelling (ELV) [0/minder dan 10/tussen de 10 en 100/meer dan 100]
 - Wlz logeerszorg [0/minder dan 10/tussen de 10 en 100/meer dan 100]

- Wlz crisiszorg [0/minder dan 10/tussen de 10 en 100/meer dan 100]

Er is sprake van spoedzorg vanuit de Wmo wanneer een cliënt zelfstandig woont, plotseling opvang nodig heeft en de situatie acuut of binnen één of twee dagen onhoudbaar zal zijn. Er is geen sprake van medische zorg, want dan zou het verblijf vanuit de Wlz of de Zvw geregeld moeten worden. De gemeente moet in deze gevallen direct een tijdelijke voorziening regelen, zonder te wachten op de uitkomst van eventueel onderzoek.

Voorbeelden van spoedopvang vanuit de Wmo zijn:

- De mantelzorger is plotseling niet meer beschikbaar (ook wel 'acute respijtzorg' genoemd), en er is geen grond voor verblijf vanuit de Zvw of Wlz;
- Ouderen die na een ziekenhuisopname om praktische redenen nog niet naar huis kunnen, bijvoorbeeld als de woning eerst aangepast moet worden. De opvang is dan niet om gezondheidsredenen (bijvoorbeeld revalidatie) nodig.

Wanneer u de definitie van Wmo spoedzorg in ogenschouw neemt, hoe vaak worden cliënten die eigenlijk op een Wmo spoed bed (niet zijnde planbare zorg) horen doorverwezen naar een ander bed zoals een Wmo logeerbed of het ELV? [nooit/soms/vaak/heel vaak]

13. Zijn er afspraken met de gemeenten over het beschikbaar houden van een bed t.b.v. tijdelijke opvang vanuit de Wmo? [ja/nee] [ruimte voor toelichting] ja → vraag 16, nee → vraag 15

Indien nee, de volgende vraag:

14. Waarom biedt uw organisatie geen Wmo Spoedzorg aan? [open vraag] -> daarna vragenlijst sluiten

Indien ja, de volgende vragen:

15. Hoeveel bedden zijn beschikbaar voor Wmo spoed binnen uw organisatie [aantal]?
16. Hoeveel bedden zijn beschikbaar voor Wmo logeertzorg binnen uw organisatie [aantal]/
17. Kunt u aangeven wat de gemiddelde ligduur is voor een Wmo bed binnen uw instelling?
- Wmo spoedzorg [open vraag]
 - Wmo logeertzorg [open vraag]
 - Er is binnen onze organisatie geen gebruik gemaakt van een Wmo bed

Naar vragenlijst afsluiten

[vragen voor gemeenten]

18. Welke vormen van tijdelijk verblijf wordt er vanuit uw gemeenten georganiseerd? [meerdere opties mogelijk]
- Wmo spoedzorg / acute respijtzorg
 - Wmo logeertzorg
 - Anders, namelijk [toelichting]
 - Geen → vraag 21

Alleen bij ja

19. Kunt u een inschatting geven voor hoeveel cliënten de onderstaande vormen van tijdelijk verblijf worden ingezet per jaar?

- Wmo spoedzorg / acute respijtzorg [0/minder dan 10/tussen de 10 en 100/meer dan 100]
 - Wmo logeertzorg (planbare zorg) [0/minder dan 10/tussen de 10 en 100/meer dan 100]
 - Anders, namelijk [...]
20. Heeft uw gemeente contracten afgesloten met zorgaanbieders voor het beschikbaar houden van bedden voor spoedzorg/acute respijtzorg [ja/nee] -> bij nee naar vraag 23
21. Wat is de omvang van de ingekochte Wmo spoedplekken door gemeenten (contractering) in aantal bedden [open vraag]?
22. Heeft uw gemeente contracten afgesloten met zorgaanbieders voor het beschikbaar houden van bedden voor Wmo logeertzorg/niet-acute respijtzorg [ja/nee] → bij nee naar vraag naar vraag 25
23. Wat is de omvang van de ingekochte Wmo logeertzorgplekken door gemeenten (contractering) in aantal bedden [open vraag]
24. Worden er afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar over het beschikbaar houden van een bed t.b.v. Wmo spoed? [ja/nee/toelichting]

[vragen voor de regionale coördinatiefuncties]

25. Bij welk vorm van tijdelijk verblijf is uw coördinatiepunt betrokken? Aankruisen wat van toepassing is (meerdere antwoorden mogelijk)
- Wmo spoedzorg / Wmo acute respijtzorg
 - Wmo logeertzorg / niet-acute respijtzorg
 - Geriatrische revalidatiezorg
 - Eerstelijnsverblijf in een zorginstelling (ELV)
 - Wlz logeertzorg
 - Wlz crisiszorg
 - Anders, namelijk

Er is sprake van spoedzorg vanuit de Wmo wanneer een cliënt zelfstandig woont, plotseling opvang nodig heeft en de situatie acuut of binnen één of twee dagen onhoudbaar zal zijn. Er is geen sprake van medische zorg, want dan zou het verblijf vanuit de Wlz of de Zvw geregeld moeten worden. De gemeente moet in deze gevallen direct een tijdelijke voorziening regelen, zonder te wachten op de uitkomst van eventueel onderzoek.

Voorbeelden van spoedopvang vanuit de Wmo zijn:

- De mantelzorger is plotseling niet meer beschikbaar (ook wel 'acute respijtzorg' genoemd), en er is geen grond voor verblijf vanuit de Zvw of Wlz;
- Ouderen die na een ziekenhuisopname om praktische redenen nog niet naar huis kunnen, bijvoorbeeld als de woning eerst aangepast moet worden. De opvang is dan niet om gezondheidsredenen (bijvoorbeeld revalidatie) nodig.

26. Wanneer u de definitie van Wmo spoedzorg in ogenschouw neemt, kunt u een inschatting voor hoeveel cliënten de onderstaande vormen van tijdelijk verblijf worden georganiseerd per jaar in uw regio?
- Wmo spoedzorg / acute respijtzorg [0/minder dan 10/tussen de 10 en 100/meer dan 100] → naar vraag 28

-
- Wmo logeertzorg (planbare zorg) / niet-acute respijtzorg [0/minder dan 10/tussen de 10 en 100/meer dan 100] → naar vraag 298
 - Wij hebben het afgelopen jaar geen verblijf vanuit de Wmo georganiseerd → naar vraag 29
27. Binnen welk tijdsbestek wordt een Wmo spoed aanvraag afgehandeld door het coördinatiepunt?
- < 24 uur
 - 24 tot 48 uur
 - > 48 uur
28. Kunt u toelichten waarom dit niet gebeurt? [open vraag] → naar vraag 30
29. Wanneer u de definitie van Wmo spoedzorg in ogenschouw neemt, hoe vaak worden cliënten die eigenlijk op een Wmo spoed bed (niet zijnde planbare zorg) horen doorverwezen naar een ander bed zoals een Wmo logeerbed of het ELV? [nooit/soms/vaak/heel vaak]
30. Zijn er afspraken met de gemeenten en de zorgaanbieders over het aantal bedden dat beschikbaar dient te zijn tbv de Wmo? [ja/nee] [ruimte voor toelichting]

[vragen voor zorgverzekeraars/zorgkantoren]

31. Zijn er afspraken tussen uw zorgkantoor/zorgverzekeraar en gemeenten over Wmo spoedzorg [ja/nee] → bij ja naar 32
32. Zo ja, welke afspraken [open vraag]
33. Zijn er afspraken tussen uw zorgkantoor/zorgverzekeraar en de zorgaanbieder over Wmo logeertzorg [ja/nee]
34. Zo ja, welke afspraken [open vraag]

Er is sprake van spoedopvang vanuit de Wmo wanneer een cliënt zelfstandig woont, plotseling opvang nodig heeft en de situatie acuut of binnen één of twee dagen onhoudbaar zal zijn. Er is geen sprake van medische zorg, want dan zou het verblijf vanuit de Wlz of de Zvw geregeld moeten worden. De gemeente moet in deze gevallen direct een tijdelijke voorziening regelen, zonder te wachten op de uitkomst van eventueel onderzoek.

Voorbeelden van spoedopvang vanuit de Wmo zijn:

- De mantelzorger is plotseling niet meer beschikbaar (ook wel 'acute respijtzorg' genoemd), en er is geen grond voor verblijf vanuit de Zvw of Wlz;
- Ouderen die na een ziekenhuisopname om praktische redenen nog niet naar huis kunnen, bijvoorbeeld als de woning eerst aangepast moet worden. De opvang is dan niet om gezondheidsredenen (bijvoorbeeld revalidatie) nodig.

35. Wanneer u bovenstaande definitie leest, in hoeverre worden cliënten die eigenlijk op een Wmo spoed bed (niet zijnde planbare zorg) horen doorverwezen naar een ander bed zoals een ELV, Wlz logeertzorg, Wlz crisiszorg of GRZ? [nooit/soms/vaak/heel vaak]

Afsluiting

36. Mogen wij contact met u opnemen voor een verdiepend gesprek? [ja/nee]

37. Naam en mailadres [open vraag]

38. Afsluiting, bedankt voor het invullen etc.

[vragen voor anders, namelijk (in de introductie)]

39. Op welke wijze bent u bekend met Wmo spoedzorg?

40. Mogen wij u benaderen voor een verdiepend interview?

41. Naam en mailadres [open vraag]

42. Afsluiting, bedankt voor het invullen etc.