

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
T.a.v. mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Zwolle, 15 mei 2017

Betreft: Voortgang verschillende regionale overleggen en acties ROAZ Zwolle

Geachte mevrouw Schippers,

In reactie op uw verzoek over de voortgang "aanpak acute zorgketen" ontvangt u hierbij bericht vanuit het ROAZ-regio Zwolle. In uw schrijven van 5 oktober jl. gaf u aan in mei 2017 geïnformeerd te willen worden over de stand van zaken van de verschillende regionale overleggen en de acties die de regio's in dit kader in gang hebben gezet.

Problematiek acute zorg algemeen

Oorzaken

Het Netwerk Acute Zorg voert namens het ROAZ een kwantitatief onderzoek uit om inzicht te creëren in de ervaren problematiek in de acute zorgketen. Ontwikkelingen in de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten worden onderzocht. De resultaten van het onderzoek, en dus mogelijke nieuwe oorzaken van de problematiek in de acute zorg, worden in augustus verwacht. De resultaten zullen aannames en verwachtingen van ketenpartners bevestigen of ontkrachten.

De stand van zaken betreffende incidentele opnamestops is ongewijzigd sinds december. Er zijn instroombeperkingen op de SEH en ziekenhuizen kondigen algemene en afdelingsgerichte stops af wanneer afdelingen vol liggen. Dit treft met name de kleinere algemene ziekenhuizen in de regio. Niet alleen teveel aanbod van patiënten, maar ook onderhoud aan medisch technische apparatuur (bijvoorbeeld CT-scan) veroorzaken stops.

Oplossingen

In de regionale overleggen tussen SEH-, IC-, CCU-hoofden worden capaciteitsknelpunten gesignaleerd en aangepakt. Het uitwisselen van ervaringen en best practices draagt bij aan kwaliteitsverbetering. De managers acute as van de ziekenhuizen in de regio willen tot een samenwerkingsconvenant komen rond het opleiden van moeilijk vervulbare functies in de zorg waaronder gespecialiseerd verpleegkundigen voor de SEH en IC. Wat de totstandkoming en naleving van het convenant bemoeilijkt zijn de financiële consequenties voor de ziekenhuizen wanneer er boven formatie wordt opgeleid, ondanks welwillendheid binnen de gehele regio.

Problematiek ouderen in de acute zorg

Oorzaken

De problematiek rondom ouderen uit zich in verschillende fases van de acute zorgketen te weten: in-, door- en uitstroom. De nieuwe oorzaken van de problematiek ten opzichte van december worden genoemd.

Instroom

Door het toenemend aantal thuiswonende ouderen ervaart de huisartsenpost veel zorgvragen van kwetsbare ouderen. Het Nederlands Triage Systeem (NTS) geeft volgens de huisartsen geen goed beeld van de zorgvraag van kwetsbare ouderen. Dit hulpmiddel moet verder ontwikkeld worden om een meerwaarde te zijn in het triageproces van kwetsbare ouderen.

Het inschatten van de (potentiële) kwetsbaarheid van ouderen op lichamelijk, psychisch en sociaal vlak is complex. Hierdoor is het lastig inschatten of iemand ondersteuning nodig heeft of zelf de regie over het leven kan voeren. Dit wordt versterkt door de afwezigheid van wijkverpleging bij multidisciplinaire overleggen in de eerstelijns zorg door schotten in de financiering.

Doorstroom

De lang ervaren wachttijden in de acute zorgketen, zowel HAP als SEH, hangen mogelijk samen met de complexiteit van de zorgvraag en de capaciteit zoals de beschikbaarheid van artsen en middelen.

De huisartsen(posten) zien belemmeringen in de doorstroom doordat zij ervaren dat een aanzienlijk deel van de consulten visites betreft. Dit aantal stijgt volgens de huisartsen. Daarnaast is de overdracht van medische gegevens van de huisarts naar de huisartsenposten en SEH een knelpunt.

De capaciteit in de klinieken wordt beperkt bij spoedopnames tijdens een epidemie zoals een griepgolf.

Het ontbreken van kennis over vervolgzorg op de SEH door de afwezigheid van transfer- en/of wijkverpleegkundigen kan de oorzaak zijn van een beperkte doorstroom.

Uitstroom

De samenwerking rondom de uitstroom uit de acute zorgketen is voor verbetering vatbaar.

Huisartsen(posten), ziekenhuizen en de VVT-instellingen zien als oorzaak voor de matige samenwerking de gebrekkige communicatie. Ketenpartners noemen als voorbeelden medicatieverificatie bij opname en ontslag en onduidelijkheid over het aanbod en de capaciteit van VVT-instellingen (met name in de avond-, nacht- en weekenduren).

Sturen op, indien nodig, optimale vervolgzorg na opname in het ziekenhuis in plaats van op ligduur zal het aantal "draaideurpatiënten" verlagen, zo verwachten ketenpartners.

Overige

Het ontbreken van samenhang in digitale systemen belemmert de overdracht van medische gegevens tussen zorgverleners, waardoor niet altijd adequaat gereageerd kan worden op zorgvragen. Ook ontbreken sluitende afspraken over de overdracht van medische gegevens.

De schotten in de financiering vanuit de Wlz, Zvw en de WMO belemmeren de ketenregie voor kwetsbare ouderen in de acute zorg.

Oplossingen

Op regionaal niveau is in februari jl. de themagroep kwetsbare ouderen in de acute zorgketen gestart. De themagroep is een initiatief vanuit het ROAZ en bestaat uit een afvaardiging van ziekenhuizen, ambulancediensten, huisartsen(posten), verzorging-, verpleging- en thuiszorginstellingen, gemeenten en zorgverzekeraars.

Het doel van de themagroep is om partners uit de acute zorgketen te verbinden en tot een regionale aanpak van de problematiek te komen en waar nodig witte vlekken uit te wissen. Tijdens de bijeenkomsten van de themagroep zijn de knelpunten in de in-, door- en uitstroom van kwetsbare ouderen in de acute zorgketen in kaart gebracht. Daaropvolgend is een stroomschema van de pre-acute fase naar de uitstroomfase ontwikkeld. Hierin is opgenomen het “stroomschema vervolgzorg” (inzet thuiszorg 24/7, plaatsing naar Eerstelijnsverblijf (ELV)- en WLz-crisisbedden) evenals een duidelijke rolverdeling. Het resultaat is een uniforme regionale werkwijze waar ketenpartners invulling aan geven.

Gaandeweg dit proces hebben de verschillende werkvelden met elkaar kennis gemaakt wat resulteert in inzicht in elkaars werkveld en het spreken van dezelfde taal. De themagroep werkt verbindend door het delen van ervaringen over de problematiek en best practices oplossingen. De themagroepsleden denken en werken vanuit mogelijkheden, er worden kleine stappen gezet die leiden tot oplossingen op regionaal niveau. De terugkoppeling van de themagroep vindt plaats in het ROAZ.

Rond de ziekenhuizen in de regio ontstaan netwerken met zorgaanbieders die gezamenlijk aan oplossingen van de problematiek werken.

Er zijn verscheidende initiatieven door ketenpartners opgezet ter voorbereiding op de toestroom van ouderen.

- *Regionaal Programma Ouderenzorg.* Het programma Regionale Ouderenzorg streeft ernaar om voor kwetsbare ouderen (75+) een integraal zorgconcept in de eerste lijn (intra- en extramuraal) mogelijk te maken. De regio richt zich op zowel de inhoud van de zorg als de benodigde organisatie hiervan.
- *Wijknetwerken ten behoeve van de zorg aan de kwetsbare ouderen met complexe problematiek.* In de regio wordt rondom huisartsenpraktijken gewerkt met het zogenaamde vlindermodel, waarin de kwetsbare ouder centraal staat, de POH/wijkverpleegkundige de spil is en er ook verbindingen liggen tussen cure, care, wonen en welzijn. Dat betekent dat de zorg multidisciplinair van aard is.
- In Zwolle is gestart met het *project datadelen* rondom ouderen. Dit geeft inzicht in welke patiënten welk type zorg nodig hebben. Door datadelen in de domeinen care, cure, wonen en welzijn wordt de kwaliteit van zorg en ondersteuning meetbaar verbeterd. Directe herkenning van kwetsbaarheid kan opnames voorkomen of bij opname is direct de juiste zorgvraag bekend voor ziekenhuis en thuiszorg.
- *Screening kwetsbaarheid.* Vroegtijdig ouderen signaleren die kwetsbaar zijn op lichamelijk, geestelijk of sociaal gebied. Wanneer er inderdaad sprake is van kwetsbaarheid op één van deze gebieden, dan worden er acties ondernomen die er op gericht zijn die kwetsbaarheid te verminderen.
- *Screening op dementie, eenzaamheid en polyfarmacie* heeft als doel dat ouderen langer op een prettige wijze zelfstandig thuis kunnen blijven wonen en acute opnames te voorkomen.

Initiatieven ter vermindering van de toenemende drukte binnen de acute zorg door ouderen zijn:

- *Procedures acute overplaatsing naar VVT-instellingen.* Ziekenhuizen in de regio hebben met omliggende VVT-instellingen afspraken gemaakt over de opname van patiënten vanuit de acute zorg. Daarbij wordt gewerkt met één centraal contactpunt indien vervolgzorg nodig is. Daarbij is er (real-time) inzicht in de beschikbaarheid van ELV laag en ELV hoog, Wlz-crisisbedden en palliatieve bedden in de subregio.
- *Wijk- en transferverpleegkundige op SEH.* Dit ondersteunt in de begeleiding van kwetsbare ouderen die na een bezoek aan de SEH weer naar huis gaan.
- *Transmurale zorgbrug,* de wijkverpleegkundige komt in het ziekenhuis voor een eerste kennismaking en een “warme overdracht”. Patiënt, mantelzorger, afdelingsverpleegkundige en wijkverpleegkundige zijn hierbij aanwezig.
- *Regionale samenwerkingsafspraken HAP+ Ouderenzorg.* Doel is de zorg voor de patiënt met een acute zorgvraag zo te organiseren dat deze zorgvraag optimaal wordt beantwoord. De regionale samenwerkingsafspraken tussen huisartsenpost en zorgorganisaties maken deel uit van de 7x24 uur-samenwerkingsafspraken.
- *Chance@home.* Vorm van ziekenhuis verplaatste zorg gericht op patiënten met cardiale aandoeningen.
- *Crisisprotocol GGZ en V&V.* Indien sprake is van (acute)psychiatrie problematiek.

De status van eerder benoemde problematiek

In december is geschreven over de beperkte acute opvang door VVT. Door deze beperkte acute opvang ontstaat er een capaciteitsprobleem in ziekenhuizen, omdat patiënten onnodig worden opgenomen of niet kunnen uitstromen naar de VVT. Dit belemmert de bereikbaarheid, doelmatigheid en efficiëntie van de zorg.

De problematiek in de VVT met betrekking tot beperkte acute opvang uit zich in:

- Beperkte ELV-capaciteit die wordt ervaren door de ketenpartners. Vraag en aanbod van ELV-bedden lijkt niet in balans. Dit wordt veroorzaakt door:
 - o Het oneigenlijk gebruik van ELV-bedden.
 - Door het ontbreken van inzicht in de Wlz-indicatie van patiënten door huisartsen/SEH-artsen.
 - Door de slechte doorstroom van ELV naar WLz vanwege wachtlijsten in de WLz.
 - Zesweeks termijn voor aanvraag WLz-indicatie.
 - ELV wordt gebruikt als vooropname voor de Wlz. Men constateert dat mensen niet meer terug kunnen naar huis en opname in de WLz volgt.
 - Het ontbreken van een WLz-indicatie.
 - o Beperkte budgetplafonds. Het ROAZ hoort hier andere geluiden dan Zorgverzekeraars Nederland heeft laten horen.
 - Er is ingekocht op basis van de productie 2016. De zorginkoop voorziet niet in de behoefte. Inkopen op basis van voorgaande periodes is bijzonder, omdat het om een prestatie/product gaat welke behoorlijk kan fluctueren. Organisaties die in 2016 geen ELV leverden kunnen maar beperkt inkopen door het budgetplafond.
 - Er is in veel gevallen ingekocht voor het eerste deel van 2017, voor de tweede helft van 2017 moet opnieuw worden onderhandeld met de zorgverzekeraar.
 - Door beperkte inkoop is in februari het plafond al bereikt en het afgesproken budgetplafond is in de 3^e week van april met meer dan 500% overschreden.
 - o Onduidelijkheid m.b.t. de indicatiestelling bij huisarts en ziekenhuis. Voor de indicatie van ELV is de arts regisseur, echter ervaart de arts deze rol niet altijd zo.
 - o Onvoldoende fysieke bedden capaciteit in VV-instellingen.
 - o Onvoldoende personele bezetting in verband met de zware zorg in ELV.

- Financiering van ELV- en Wlz-crisisbedden.
 - o 41 dagen termijn.
 - Zorgverzekeraars hanteren 41 dagen bij de inkoop van ELV. Bij opname in de ELV wordt na 2-3 weken bepaald of de patiënt naar huis kan. Zo niet dan wordt er een Wlz-aanvraag gedaan. Voor deze aanvraag staat formeel 6 weken (42 dagen). Vaak wordt de aanvraagdatum wel als startdatum afgegeven, maar zo niet dan wordt de 41 dagen termijn overschreden.
 - Zorgverzekeraars hanteren de 41 dagen termijn, maar bij de indicatiestelling voor ELV wordt een indicatie afgegeven welke 3 maanden geldig is en mogelijk met 3 maanden te verlengen is.
 - o Tarief ELV wordt als niet toereikend ervaren door zorgaanbieders. Vooral hetgeen dat onder de prestatie geleverd dient te worden. Er onduidelijkheid over wat er wel of niet onder het tarief valt. Ook de declaratie is niet eenvoudig, zoals medicatie die bij verblijf onder de ziektekostenverzekeraar valt maar moeilijk te declareren is.
 - o Zorgverzekeraars maken zelf aanvullende en verschillende eisen voor levering van ELV.
- Inzet 24/7 vervolgzorg is niet altijd mogelijk.
- Ontbreken van inzicht in de capaciteit ondanks genoemde initiatieven uit de regio. Kleinschalig is er soms inzicht in de capaciteit, op regionaal niveau ontbreekt dit gewenste inzicht.
- De diversiteit in thuiszorgorganisaties zorgt voor onduidelijkheid over welke zorg door welke organisatie geleverd kan worden.
- De prestaties sluiten niet aan bij de behoefte; in sommige situaties zoeken huisartsen tijdelijke plekken voor 5 tot 10 dagen.

De hoge vraag naar ELV-bedden resulteert erin dat VV-instellingen GRZ- of Wlz-bedden inzetten om aan de vraag van de ELV te kunnen voldoen.

ELV wordt net als overige producten uit de zorgverzekeringswet via iedere zorgverzekeraar afzonderlijk ingekocht. Dit is arbeidsintensief voor zorginstellingen door de verschillende inkooptrajecten, verschillende voorwaarden en verschillende producten en productcodes te hanteren. Door het verschil in verzekeraars en werkwijzen vraagt registratie extra inzet wat betreft de inrichting van systemen.

Doordat niet elke woonplaats eigen ELV-bedden heeft, dient de medische zorg overgedragen te worden aan een niet eigen arts.

De hoge eigen bijdragen in de Wlz en de gedachte die leeft dat er onder de zorgverzekeringswet (wijkverpleging) meer uren zorg ingezet kunnen worden tegen een lagere eigen bijdrage heeft als effect dat patiënten geen Wlz-indicatie wensen. Deze wens wordt zoveel mogelijk nagestreefd, echter thuiszorgorganisaties mogen vanuit doelmatigheidsdoelstellingen gemiddeld niet meer dan 16-18 uur per week zorg leveren per cliënt. Dit resulteert vervolgens in onhoudbare situaties.

In december vermelden wij dat door verschillen in sub-regio's, van platteland tot grootstedelijk, de ROAZ leden het als een uitdaging zien om tot regionale verbinding te komen. Tot op heden lijken de problemen voor de kleine ziekenhuizen groter dan bij de grote ziekenhuizen in de regio. Het hierboven genoemde kwantitatieve onderzoek zal hier meer inzicht in geven. Ook voor VVT-instellingen vraagt een plattelandsgedebied anders werken dan in steden. Daarbij neemt de vergrijzing en ontgroening in de omliggende dorpen sneller toe.

Overige

De zorgverzekeraar heeft het voornemen om vanaf mei 2017 actief betrokken te zijn bij de themagroep. Het bleek, ondanks de rol die de minister heeft weggelegd voor de zorgverzekeraars, lastig om de grootste zorgverzekeraar uit de regio bij de themagroep aan tafel te krijgen.

Het ROAZ ziet gemotiveerde zorgaanbieders werken aan oplossingen voor de problematiek. Het zijn projecten die veel tijd en geld kosten alvorens ze hun meerwaarde laten zien. De zorgaanbieders komen zelf ook met aanbevelingen, zoals meer inzet thuisdiagnostiek en e-health, advanced care planning en ontschotting van de acute zorgketen.

Naar aanleiding van de bijeenkomsten met de themagroep en vertegenwoordigers vragen wij u om extra aandacht te geven aan onderstaande onderwerpen:

- Het ontwikkelen van een digitale tool die zorgvragers en -aanbieders helpen om de juiste vervolgzorg te initiëren en inzicht kan geven in de beschikbare capaciteit;
- Financiering om multidisciplinaire aanpak in de eerste lijn uit te werken (multidisciplinair overleg tussen huisartsen, thuiszorg en paramedici);
- Passende financieringsvormen voor WLz-crisisbedden en ELV-bedden;
- Patiëntvolgende bekostiging;
- Voldoende beschikbaarheid van palliatieve zorg in de thuissituatie.

Met vriendelijke groet,

Mw. dr. H.H. Kuper
Lid Raad van Bestuur Isala
Voorzitter ROAZ regio Zwolle