

# **VERSLAG WERKSESSIE DRENTSE ALLIANTIE ZORG VOOR OUDEREN (9-4-2019)**

**Thema: 'tijdelijke bedden' / tijdelijk verblijf**

**Locatie: Fluitenberg**

## **1. Welkom en opening, door Jaap te Velde**

Er zijn verschillende 'tijdelijke bedden'. Ze verschillen wat betreft zorgzwaarte (en bijbehorende deskundigheid), (beoogde) ligduur, wettelijk kader (Wmo, Zvw of Wlz) en financiering. Deze werksessie staat in het teken van de ontwikkeling van één gemeenschappelijk provinciaal kader voor alle soorten tijdelijke bedden. Met inzet van alle betrokken partijen hopen we de huidige knelpunten te kunnen oplossen.

Belangrijke knelpunten zijn:

- te weinig (inzicht in de) bedden capaciteit;
- 'creatieve' of onvolledige triage (waardoor patiënten op een niet of minder passend bed terecht komen);
- domeindiscussies tussen verschillende zorgvormen (bijv. ELV wordt ingezet omdat de drempel naar Wlz te hoog is);
- financiële knelpunten (bijv. vergoeding voor complexe ELV niet kostendekkend).

## **2. Demografische ontwikkelingen in Drenthe, door Martin Bakker**

Het aantal ouderen in Drenthe zal de komende jaren toenemen. Drenthe is nu al meer vergrijsd dan Nederland en dat zal de komende decennia zo blijven. Ouderen blijven langer zelfstandig wonen, ook als ze alleen (zijn komen te) staan. Door demografische ontwikkelingen neemt het potentieel aan mantelzorgers af. Gezien dit alles ligt het voor de hand dat de vraag naar tijdelijke bedden zal toenemen.

## **3. Inzet Zilveren Kruis, door Timon van den Heuvel (inkoper)**

Zilveren Kruis gaat per 2020 de coördinatiefunctie tijdelijk verblijf inkopen. Meer informatie over de inkoop (waaronder de tijdsplanning) is te vinden op de volgende locatie:

<https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/wijkverpleging/Paginas/downloads.aspx>.

Er is nog enige onzekerheid over de exacte uitvoering van dit beleid, vanwege het ontbreken van een betaaltitel en een paar andere praktische zaken.

## **4. Transferpunt Salland, door Karen Janssen**

In Salland (220.000 inwoners) is de toegang tot alle tijdelijke bedden belegd bij het Regionaal Transferpunt van het Deventer ziekenhuis. Hiervoor is extra formatie gerealiseerd voor transferverpleegkundigen, in totaal 0,8 fte. Belangrijke winstpunten zijn dat patiënten uiteindelijk minder vaak op een tijdelijk bed terechtkomen (want betere oplossing mogelijk) en dat huisartsen zijn ontlast van een voor hen lastige taak.

## 5. Klustafels, in 3 groepen

### A Klustafel Capaciteit, spreiding en coördinatie, o.l.v. Frens Luning

Feedback van de deelnemers aan de hand van stellingen:

1. *In Drenthe is genoeg informatie beschikbaar voor capaciteitsplanning van tijdelijke bedden of oplossingen thuis.*
  - Nu niet voldoende info beschikbaar voor inzicht en overzicht capaciteit tijdelijke bedden. Zo is de info is versnipperd over 4 regio's en zijn de bedden niet gelabeld.
  - Nodig is: functioneel inzicht met een duidelijk/selectief doel:
    - a) Wat is de behoefte per soort tijdelijk verblijf?
    - b) Hoe vaak 0-capaciteit in de regio?
    - c) Hoe vaak "verkeerd bed" als uitkomst?

Tip: Houd registratiesysteem dynamisch om administratieve belasting bewaken: aanpassen als blijkt dat belasting en opbrengst niet (meer) in balans zijn.
  - Zorg in Drenthe voor uniforme/centrale registratie-afspraken.
  
2. *De huidige ontwikkeling rond tijdelijke bedden gaat ten koste van de voorzieningen in de dorpen.*
  - Is een ongewenste ontwikkeling.
  - Dringend gewenst is: Zorg dichtbij en Juiste Zorg op de Juiste Plaats.  
Concreet: Zorg, zo mogelijk, binnen 15 minuten reisafstand met oog op beschikbaarheid eigen huisarts en behoud netwerk en informele zorg patiënt.  
Max. reisafstand geldt zowel voor laag- als hoog-complex.
  - Voorwaarden zorginkoop werken belemmerend voor fijnmazige spreiding van Eerstelijns Verblijf (ELV).
  - Medewerkers: beperkte beschikbaarheid van expertise (bijvoorbeeld Specialist Ouderengeneeskunde, SO) creatief oplossen door flexibele consultfunctie SO, meer inzet wijkverpleegkundige en informele zorg. Hierdoor mogelijk huisarts (langer) hoofdbehandelaar.
  - Materiaal: meer spreiding hulpmiddelendepots thuiszorg.
  - Financiën: tarieven voor ELV laag- en hoog complex worden als te laag ervaren. Hierdoor weinig ruimte voor (extra) inzet personeel of creatieve benadering van hulpvraag.
  
3. *Het Regionale Transferpunt/Coördinatiepunt Tijdelijk Verblijf is de oplossing om alle tijdelijke bedden inclusief respijtzorg te regelen.*

Dit is nodig om een regionaal Transferpunt/Coördinatiepunt tijdelijk verblijf te laten functioneren:

  - Toewerken naar een coördinatiepunt is een middel.
  - Doel: De juiste zorg zo dichtbij mogelijk organiseren.
  - Materiaal/ICT: gebruik van Point (registratie bedden) en VIP (uitwisseling patiëntinformatie).
  - Financiën/middelen: één coördinator, één term ('tijdelijk verblijf'), één financieringsstroom.
  - Methoden: gezamenlijke scholing; NB privacy!
  - Concrete rol voor de wijkverpleegkundige in het geheel.
  - NB aandacht voor: voorliggende voorzieningen, transferpunt, uitstroom (welzijn!).

## **B Klustafel Het best passende bed in elke situatie, o.l.v. Marian Feitsma**

Hoofdvraag aan deze klustafel: *Wat is nodig om ervoor te zorgen dat iedereen het 'tijdelijke bed' en de zorg krijgt die het best bij zijn zorgvraag passen?*

Door de deelnemers aan de klustafel ervaren knelpunten rond 'het juiste tijdelijke bed':

- *De hoge drempel bij de toegang tot de langdurige zorg.*  
Het is enorm moeilijk een indicatie voor de Wlz te krijgen. Ook als in de praktijk blijkt dat iemand 24-uurs toezicht nodig heeft oordeelt het CIZ vaak dat Wlz nog niet aan de orde is. Dit leidt ertoe dat ouderen veel te lang op een tijdelijk bed verblijven: naar huis gaan is geen optie, maar ze kunnen ook niet naar een verpleeghuis. De patiënt en de familie zitten hierdoor te lang in een tijdelijke, onzekere situatie. Er is geen nieuwe instroom mogelijk op de betreffende bedden. De kosten komen terecht bij de gemeente of de zorgverzekeraar, terwijl deze eigenlijk op de Wlz zouden moeten drukken.
- *De versnippering in het aanbod, de indicering en financiering rond tijdelijke bedden.*  
Dit belemmert dat iedereen de zorg krijgt die het best bij zijn zorgvraag past. Een stap in de goede richting zou zijn als de wijkverpleegkundige respijtzorg zou mogen indiceren. Respijtzorg zou veel vaker preventief ingezet moeten worden, ter voorkoming van overbelasting.
- *Ouderen en hun mantelzorgers hebben te weinig zicht op de mogelijkheden in de zorg (zeker als het om tijdelijke bedden gaat) om zelf goede keuzes te kunnen maken.*  
Aan de ene kant ligt dit aan ouderen zelf: sommigen zijn niet geneigd zelf regie te voeren en vinden het gemakkelijk als alles voor hen geregeld wordt. Aan de andere kant is de informatievoorziening aan ouderen niet optimaal. Veel ouderen weten bijvoorbeeld niet dat veel zorg ook thuis geboden kan worden.

Wat er volgens de deelnemers moet gebeuren om de huidige knelpunten op te lossen:

- *De werkwijze van Deventer/Salland in Drenthe toepassen.*  
Deze werkwijze pakt voor alle betrokkenen (ouderen, huisartsen, VVT-instellingen, financiers) positief uit. Regel de triage centraal. Zorg voor een betrouwbaar en compleet overzicht van de beschikbare capaciteit, ook van respijt-, crisis Wlz- en GGz-bedden.
- *De capaciteit aan tijdelijke bedden beter afstemmen op wat ouderen en mantelzorgers belangrijk vinden. De zorgvraag is het uitgangspunt.*  
Ouderen moeten in principe 'dichtbij, in eigen wijk' terecht kunnen en daar de zorg krijgen die ze nodig hebben. Niet het type bed is leidend, maar de zorgvraag. Zet de zorgvrager centraal. Lever zorg op maat. Breng waar mogelijk de zorg naar de mensen toe, in plaats van de mensen naar de zorg. Handel indicaties voor respijtzorg snel(ler) af. Stop met het onderscheid in typen bedden en de organisatiebelangen die daarmee samenhangen.
- *Stimuleer ouderen zelf de regie te houden over hun eigen leven.*  
Vereenvoudig de regelgeving, zodat deze begrijpelijk is voor de burger. Bied ouderen de informatie die ze nodig hebben om (zorg)keuzes te kunnen maken. Besteed meer aandacht aan de onafhankelijke cliëntondersteuning. Zet als gemeente en zorgpartijen meer in op preventie, gebruik van techniek/domotica en optimalisering van informele zorg.
- *De schotten in de zorg opheffen.*

Trek als gemeenten en zorgverzekeraar(s) samen op in de financiering. Betaal de tijdelijke bedden uit een gezamenlijk budget. Maak een integraal PGB mogelijk (voor Wmo-, Zvw- en Wlz-zorg). Realiseer één ingang voor alle zorgvragen, waar alle info beschikbaar is. Spreek elkaar, ken elkaar, vertrouw elkaar als zorgpartijen.

### **C Klustafels Triage**

De triage is aan twee klustafels besproken. *Resultaten klustafel triage I, o.l.v. Jaap te Velde:*

Randvoorwaarden voor optimaal werkproces voor tijdelijk opvang:

- Cliënt en mantelzorg hebben geen last van allerlei verschillende opties voor tijdelijk verblijf. Voor hen is het uitgangspunt: Juiste zorg op de juiste plek.
- Optimaal inzet van de menskracht.
- Ontzorg de huisarts.
- Capaciteit in Drenthe is realtime inzichtelijk. Geen tekort aan tijdelijke opvangmogelijkheden.

#### *1. Wat is er nodig voor een optimale triage en consultatie op het gebied van menselijke inzet?*

- Triage door de huisarts voor de ELV, Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ), palliatieve zorg, Wlz- en respijtzorg uniform in beslisboom en stroomschema uitzetten voor heel Drenthe. Hierin de inzet van specialist ouderengeneeskunde (SO) en wijkverpleging voor advies en consultatie opnemen.
- Voor de capaciteit menskracht is een regionaal afstemming nodig. Over de muren heen van de eigen instelling. Per rooster aangeven wie heeft “consultatieve dienst” om ingezet te kunnen worden voor huisarts, tranferpunt en huisartsenpost. Onderzoeken of Drenthe één of twee Regionale Transferpunten nodig heeft om effectief en efficiënt de deskundigheid aan te bieden voor triage en plaatsing vanuit de eerstelijns.
- Wijkverpleegkundige met expertise in ouderenzorg voor advies en consultatie inzetten voor oplossingen thuis. Ook bij ELV laagcomplex een wijkverpleegkundige plan laten maken voor terugkeer naar huis.
- Triage ook integraal organiseren en gehandicaptenzorg en GGZ-ouderenzorg toevoegen aan netwerk en opzet voor tijdelijk verblijf.
- Regionaal Transferpunt heeft een backoffice met sociaal domein over inzet van oplossingen thuis en vroegtijdig opstarten Wlz-indicaties.
- SO altijd inzetten voor beoordeling naar ELV hoogcomplex.
- Medewerkers trainingen aanbieden voor triage, consultatie en advies.

#### *2. Wat is er nodig voor een optimale triage en consultatie op het gebied van procedures?*

Deze tafel ziet veel in de procedures en werkwijze van het voorbeeld regio Salland. Een goed middel om de doelstelling van effectieve inzet van ondersteuning en tijdelijk verblijf voor de eerstelijns goed in te regelen en te ondersteunen.

- Procedures voor triage vastleggen in een uniform werkproces voor Drenthe. Houdt het simpel en flexibel. Gaat vaak om maatwerk.
- Laagdrempelig Regionaal Transferpunt kunnen raadplegen over aanvraag Wlz, oplossing van problemen rond ‘schotten’, stroomlijning communicatie naar cliënt en mantelzorg, monitoring van plaatsing en bezetting in Drenthe.

- Regionaal Transferpunt heeft lijntjes naar het sociaal domein. Kent regionaal de mogelijkheden voor support uit welzijnswerk / Wmo loket.

*Resultaten klustafel triage II, o.l.v. Martin Bakker :*

Dit willen we realiseren:

- Eén loket waar ieder naartoe kan bellen, zoals 112. Moet niet uitmaken welk type probleem iemand heeft. De intake/triage wordt vanuit één loket aangeboden en er wordt een vaste werkwijze gehanteerd.
- Structurele financiering voor intake/triage, over de organisaties/domeinen heen.
- Inzicht in de capaciteit vanuit één systeem
- Directe beschikbaarheid (bij triage) van het patiëntdossier, met alle benodigde informatie uit VIP-life.
- Beschikbaarheid van een centrale plek waar verschillende bedden ondergebracht kunnen worden.

Belangrijke voorwaarden zijn:

- Organisaties moeten vertrouwen (kunnen) hebben in de kunde van de triagist.
- Er zijn voldoende en structurele middelen beschikbaar (voor o.m. bijscholing triagisten en ICT) om de kwaliteit te kunnen garanderen.
- Er is een provinciaal punt op voor intake/triage. (Als er een goed werkend triagesysteem is, maakt de schaalgrootte niet uit).
- Alle partijen zijn aangesloten zijn op VIP.
- Er zijn observatiebedden en 'stoelen voor een dag' beschikbaar.
- Er is een centrale telefonische consultatiefunctie voor vragen over intake/triage; het is mogelijk om een SO, casemanager dementie, revalidatiearts of psychiater te raadplegen.
- Triage vindt volgens een vaste werkwijze plaats en met gestandaardiseerde instrumenten.

## **6. Slot**

De werksessie is voorbereid door

- Jaap te Velde, HZD
- Martin Bakker, Trendbureau Drenthe
- Frens Luning, Proscop
- Marian Feitsma, Trendbureau Drenthe

In samenwerking met:

- Timon van den Heuvel, Zilveren Kruis
- Rita Overdiep, gemeente Assen
- Frank van der Linden, Tangenborgh