

Memo

significant.

Aan Werkgroep Doorontwikkeling afwegingsinstrument eerstelijns verblijf 2.0

Afzender Rosa Remmerswaal, Lieke van de Camp, Irene Lapajian

Datum Barneveld, oktober 2016

Betreft Afronding Doorontwikkeling afwegingsinstrument eerstelijns verblijf 2.0

Significant
Thorbeckelaan 91
3771 ED Barneveld
+31 342 40 52 40

KvK 3908 1506
info@significant.nl
www.significant.nl

Per 1 januari 2017 valt het eerstelijns verblijf onder de zorgverzekeringswet. Om een passende afweging te maken of verzekerden aanspraak maken op deze voorziening, is in diverse bijeenkomsten het afwegingsinstrument doorontwikkeld. Uit de bijeenkomsten volgde dat een inhoudelijke afweging voor kortdurend verblijf in de praktijk soms lastig is. Deel 1 van dit memo beschrijft de bijvangst van de groepsbijeenkomsten. Van vier onderwerpen schetsen we de gezamenlijk vastgestelde probleemstelling en geven we per onderwerp de besproken oplossingsrichtingen. Er zijn verantwoordelijkheden belegd, initiatiefnemers aangewezen en er is opgehaald wat nodig is en op welke termijn om ermee aan de slag te gaan. Sommige oplossingsrichtingen zijn een voorwaarde om het afwegingsinstrument goed te implementeren. Deel 2 van dit memo gaat verder in op de implementatie van het afwegingsinstrument en de doorontwikkeling van eerstelijnsverblijf (dit betreft zowel de doorontwikkeling van het afwegingsinstrument 2.0 als de werking van eerstelijns verblijf in de Zvw).

Deel 1 - bijvangst

1. Afbakening eerstelijns verblijf en GRZ

Zowel eerstelijns verblijf als geriatrische revalidatiezorg is kortdurend verblijf met als doel terugkeer naar de thuissituatie. Het onderscheid tussen beide zorgvormen heeft betrekking op GRZ, als:

1. Haalbare revalidatiedoelen aanwezig zijn;
2. De zorg binnen één week aansluit op verblijf in verband met geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Op papier is het onderscheid helder. In de praktijk levert het echter afbakeningsvraagstukken op. Zoals ook in de duiding door het Zorginstituut Nederland¹ staat aangegeven, kan eerstelijns verblijf en GRZ als een continuüm van zorgvormen worden gezien, namelijk van eenvoudige, niet-intensieve herstel- of reacterende trajecten tot intensieve complexe revalidatiezorg.

Doordat het onderscheid in de praktijk niet helder is ontstaan twee knelpunten. Ten eerste is het door de afbakening niet mogelijk patiënten vanuit eerstelijns verblijf door te laten stromen naar geriatrische revalidatiezorg. Dat zou bijvoorbeeld van toepassing zijn wanneer een patiënt op termijn kan revalideren, maar waarbij dit de eerste weken na een medisch specialistisch verblijf niet mogelijk is (bijvoorbeeld in het geval van

¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/publicaties/rapporten-en-standpunten/2016/1603-het-eerstelijnsverblijf-binnen-de-zorgverzekeringswet/Het+eerstelijnsverblijf+binnen+de+Zorgverzekeringswet.pdf>.

gipsverband). In deze gevallen zou deze mogelijkheid wel beter recht doen aan passende (en zinnige) zorgverlening. Ten tweede is bij de instroom het onderscheid tussen de twee zorgvormen lastig te maken, omdat de twee zorgvormen in de praktijk soms nauwelijks van elkaar verschillen. Dat kan leiden tot regionale verschillen, veroorzaakt door andere inschattingen van verwijzers en de afhankelijkheid van beschikbare plekken.

Oplossingsrichting

Er ontstaan minder schotten indien flexibeler kan worden omgegaan met het criterium, dat bij GRZ de zorg binnen één week moet aansluiten op verblijf in verband met geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Door dit criterium te verruimen met zorg, zoals die beoogd is te bieden in een eerstelijns verblijf, is een overgang wel mogelijk. Hiervoor moet worden nagegaan of alle beroepsgroepen deze verruiming onderschrijven en kunnen richtlijnen worden aangepast. Eventueel kan deze werkwijze worden getoetst in een proeftuin. De richtlijnen van beroepsgroepen liggen ten grondslag aan de wettekst. Als de richtlijnen worden aangepast, kan het artikel 2.12 Bzv gewijzigd worden.

Veldpartijen geven aan, dat voor deze doorontwikkeling extra inzicht nodig is in de verschillende patiëntengroepen en welke voorwaarden nodig zijn om dit continuüm van zorg te leveren. De beroepsverenigingen gebruiken voor de aanpassing van richtlijnen indien mogelijk informatie vanuit een (tijdelijke) monitor of door in proeftuinen of voorbeelden in het land kwalitatieve informatie op te halen.

Initiatiefnemers en tijdspad

De beroepsverenigingen LHV/NHG, NVKG en Verenso krijgen van het ministerie van VWS de vraag de richtlijnen hierop aan te passen. V&VN wordt tijdens de doorontwikkeling actief betrokken om vanuit de uitvoeringspraktijk input te leveren. Tijdens het proces zelf worden indien nodig andere branchepartijen en verzekeraars betrokken door middel van een consultatieronde.

Het aanpassen van de richtlijnen kost enige tijd. Voorafgaand aan een aanpassing brengt het ZIN een advies uit. Dit neemt ongeveer zes maanden in beslag. Als de wijzigingen van het Besluit zorgverzekering rond maart bekend wordt gemaakt, kunnen de wijzigingen vervolgens in werking treden op 1 januari 2018.

2. Kortdurende opnames voor patiënten met een Wlz-indicatie

Het is onduidelijk of patiënten met een Wlz-indicatie kortdurend opgenomen kunnen worden in een voorziening, zoals eerstelijns verblijf. Zorgverzekeraars geven hier verschillende signalen over af en zorgaanbieders gaan verschillend met deze situatie om. In de praktijk kan dit ertoe leiden dat er niet tijdig passende zorg geleverd kan worden.

Het is niet bekend in welke mate deze situaties zich voordoen. Het streven is om voor elke patiënt die een kortdurende opname nodig heeft eerst de passende zorg te organiseren en vervolgens de juiste financieringsvorm te gebruiken.

Oplossingsrichting

Navraag bij onder andere het ministerie van VWS en het Zorginstituut leert dat het onderscheid duidelijk is op papier en het knelpunt bij de vertaling naar de praktijk ligt. De regelgeving is als volgt:

In de financiering is rekening gehouden met de situatie dat patiënten met een Wlz-indicatie een kortdurende opname behoeven, in de Wlz wordt dit de logeeropvang genoemd. Hiervoor gelden de volgende afspraken: Patiënten met een Wlz-indicatie die niet in een instelling verblijven (maar hun indicatie verzilverd hebben in hun eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis (VPT), een modulair-pakket-thuis (MPT)) kan een behoefte ontstaan aan 'kortdurend medisch noodzakelijk verblijf'. Bij deze patiënten is volgens het Zorginstituut Nederland een tijdelijke wijziging van leveringsvorm aan de orde, waardoor zij in de logeeropvang van de Wlz kunnen verblijven. Dit geldt ook voor cliënten met niet-verzilverde hoge Wlz-indicaties. Patiënten met een Wlz-indicatie die thuis wonen met een pgb kunnen het budget besteden aan logeeropvang. Patiënten met een niet-verzilverde lage Wlz-indicatie (ZZP 1-3) kunnen wel naar een ELV.

Om de onduidelijkheid weg te nemen maken we in het afwegingsinstrument 2.0 onderscheid tussen de inhoudelijke afweging en de financiële keuzes die moeten worden gemaakt. Hierin leggen we de criteria die ten grondslag liggen aan de financiering in de vorm van logeeropvang in de Wlz of eerstelijns verblijf zo goed mogelijk uit. In principe verandert er niets per 1 januari 2017, dus het veld kan nu al inventariseren of dit onderscheid in de praktijk ook gemaakt wordt. Als dat niet het geval is, is het aan het veld om dit te signaleren en aan te geven wat nodig is om dit onderscheid in het veld te laten werken. Hierdoor ontstaat inzicht of nadere afspraken nodig zijn over de financiering, bijvoorbeeld met het CIZ.

Vanuit de inhoudelijke zorgvraag van de patiënt moet het nodige kortdurende verblijf geleverd worden, idealiter wordt achteraf de juiste financiering hieraan gekoppeld. Hierbij moet uitgezocht worden of dit voor aanbieders ook praktisch te organiseren is.

Hiervoor brengen Ineen, LHV, Verenso en ActiZ een landelijke handreiking uit, die de uitvoeringspraktijk helpt de organisatorische kant op te zetten. Dit is onderdeel van de bouwstenen ten behoeve van de lokale zorgkaart (zie punt 4).

3. Onderscheid ELV en respijtzorg

Wanneer een mantelzorger wegvalt, kan een kortdurende behoefte aan verblijf ontstaan. In de praktijk en in het afwegingsinstrument blijft het lastig te onderscheiden of deze zorg gefinancierd wordt vanuit het kader eerstelijns verblijf, langdurige zorg of respijtzorg door gemeenten.

Als de medische situatie stabiel is, is respijtzorg op basis van de Wmo aan de orde. Respijtzorg is een gemeentelijke voorziening die tijdelijk als vervanging voor de eigen omgeving geldt. Bij het wegvallen van de mantelzorger zijn er verschillende overwegingen die tot de conclusie kunnen leiden dat er sprake is van een behoefte aan 'verblijf in verband met geneeskundige zorg'. Bij de keuze tussen respijtzorg en eerstelijns verblijf gaat het uiteindelijk om de vraag of er een behoefte is aan geneeskundige zorg.

Professionals geven aan dat het in de praktijk niet eenvoudig is onderscheid te maken tussen respijtzorg en eerstelijns verblijf, op basis van de vraag of sprake is van geneeskundige zorg. Daarnaast geven verwijzers aan dat de voorzieningen in de Wmo nog onvoldoende aanwezig zijn in de regio, of bekend zijn bij verwijzers. Dit legt mogelijk extra druk op het beschikbare budgettaire kader, waarvoor de zorgverzekeraars risicodragend zijn.

Oplossingsrichting

In de regelgeving is het onderscheid tussen ELV en respijtzorg duidelijk, maar praktisch is het mogelijk onduidelijk. Indien er op inhoudelijke gronden behoefte is aan een nadere duiding van het onderscheid, wordt betrokkenen gevraagd dit te signaleren. De uitvoeringspraktijk heeft daarnaast een signalerende functie als bepaalde vormen van respijtzorg niet of onvoldoende aanwezig zijn. Dit kan leiden tot onwenselijke verkeerde-bedden-problematiek. Dit brengt zowel financiële, als zorginhoudelijke consequenties met zich mee. Inhoudelijk bestaat er bijvoorbeeld een groter risico als een kwetsbare patiënt wordt opgenomen, omdat hier sneller een delier ontstaat. Het is daarom van belang dat de passende zorg en ondersteuning voorhanden is.

Er moet meer inzicht komen in de inkoop van respijtzorg van gemeenten en de inzet daarvan. Op lokaal niveau is duidelijkheid nodig waar de respijtzorg geleverd wordt, zodat zorgverleners in de eerste lijn (waaronder huisartsen) adequaat kunnen verwijzen. Tevens dienen de knelpunten gemonitord te worden. Hierbij is ook aandacht voor casuïstiek op het moment van afweging gewenst. Mogelijk biedt de samenwerkingsagenda van ZN en de VNG hier een platform voor met de input van huisartsen en verpleging. Op de lange termijn kan gekeken worden naar alternatieven voor financiering, zoals een benchmark waarbij zorgverzekeraars en gemeenten samen kortdurend verblijf inkopen en naar verhouding financieren.

4. Lokale zorgkaart

Regionaal goed functionerende ketens dragen bij aan de positionering van ELV en het afstemmen van de benodigde capaciteit en financiële middelen op de behoefte. Om goed te kunnen verwijzen is het noodzakelijk een goed beeld te hebben van de verschillende voorzieningen en de beschikbaarheid van deze voorzieningen in een regio. Als verwijzers de voorzieningen niet goed in beeld hebben, is de kans groot dat patiënten onnodig op de SEH of in het ziekenhuis terechtkomen, waardoor ze in sommige gevallen onnodig dure zorg ontvangen. Daarbij is inzicht in de verschillende schakels in de keten eveneens essentieel. Daarnaast kan het bij de verwijzing ook behulpzaam zijn inzicht te hebben in hoe de verschillende voorzieningen bekostigd zijn.

Oplossingsrichting

Regionale afspraken maken over de hele (brede) keten, voor de kwetsbare ouderen waarin het eerstelijns verblijf een rol speelt. Om deze regionale afspraken te maken wordt een document opgesteld met daarin de noodzakelijke bouwstenen voor deze afspraken en best practices uit het land. De handreiking met daarin de bouwstenen dient zo veel mogelijk recht te doen aan de uitvoeringspraktijk en niet zo zeer de wet- en regelgeving. Met de bouwstenen kunnen regio's direct aan de slag met de implementatie. In de bijeenkomsten en in het 'Voorstel voor landelijk vastgestelde bouwstenen voor regionale implementatie ELV' van de LHV (zie bijlage) zijn de volgende mogelijke bouwstenen genoemd:

Memo

significant.

- Regiefunctie: inzichtelijkheid in rollen op regioniveau;
- Transmurale regionale afspraken over samenwerking in de zorgketen;
- Regionale sociale kaart;
- Afstemming over minimale aanwezigheid zorgvoorzieningen;
- Voldoende bedden dichtbij;
- Geen wachtlijst;
- Afstemming tussen verzekeraars bij inkoop;
- 24-7 opname-mogelijkheid;
- Inzichtelijkheid in beschikbare bedden;
- Inzicht in financiering van zorg;
- Geen extra verwijscriteria;
- Switchmogelijkheden;
- Monitoring.

Significant
Thorbeckelaan 91
3771 ED Barneveld
+31 342 40 52 40

KvK 3908 1506
info@significant.nl
www.significant.nl

Branchepartijen vullen de lijst met bouwstenen verder aan en geven zicht op best practices in het land. Vervolgens bekijkt het praktijkteam van het ministerie welke slag nodig is om tot een praktisch handvat te komen. In een nader te plannen directeurenoverleg ELV stemmen zij met de branchepartijen af hoe deze handreiking het beste in gezamenlijkheid verder ingevuld kan worden.

De praktijkteams van het ministerie van VWS kunnen de handreikingen met belangrijke elementen, kennis en expertise en best practices verspreiden via de website www.denieuwepraktijk.nl.

Deel 2 - implementatie

Implementatie afwegingsinstrument 2.0

Significant rond het afwegingsinstrument 2.0 in september 2016 af. Het afwegingsinstrument 2.0 vervangt de versie van Verenso die is ontwikkeld voor de overheveling naar de Zvw. Om het gezamenlijke doorontwikkeltraject te benadrukken nemen we de logo's van betrokken brancheorganisaties op in het document.

Het veld is vervolgens verantwoordelijk voor de verspreiding en implementatie van het afwegingsinstrument 2.0. Daarnaast wordt het document (indien mogelijk) gepubliceerd bij het Zorginstituut Nederland, zodat er een herleidbare digitale bron is.

Doorontwikkeling ELV

1. Doorontwikkeling afwegingsinstrument

Het afwegingsinstrument 2.0 is een eerste aanzet om de afweging voor kortdurend verblijf binnen de Zvw inzichtelijk te maken. Per 1 januari 2017 worden huisartsen en verwijzers vanuit het ziekenhuis verantwoordelijk voor de verwijzing naar verschillende vormen van kortdurend verblijf. Door het gebruik van het afwegingsinstrument 2.0 wordt het voor de professionals inzichtelijk waar het afwegingsinstrument 2.0 doorontwikkeling behoeft. Verdere doorontwikkeling van het instrument (een versie 2.1 of 3.0) is gekoppeld aan de ontwikkeling van de richtlijnen en daarmee een verantwoordelijkheid van alle betrokken partijen.

In het directeurenoverleg ELV wordt vastgesteld wie het initiatief neemt tot doorontwikkeling van het instrument.

2. Werkt ELV in de Zvw zoals beoogd

Het ministerie van VWS wil gedurende de eerste tijd naar de overgang van eerstelijns verblijf naar de Zvw graag bewaken of de voorziening in de Zvw werkt zoals beoogd. Hiervoor vraagt zij enkele zorgaanbieders een signalerende functie op zich te nemen en eventuele verbeterpunten richting het ministerie aan te dragen. Vanuit het ministerie wordt deze taak bij buddy's belegd, zodat directe communicatielijnen aanwezig zijn. Om de signalerende functie goed in te richten organiseert het ministerie van VWS voorafgaand aan de overgang een voorbereidende bijeenkomst. In deze bijeenkomst worden onder andere de volgende inhoudelijke punten besproken:

- a. Welke inhoudelijke punten zijn van belang om ELV in de praktijk goed te laten werken?
- b. Hoe kan de signaleringsfunctie goed ingericht worden?

Een aantal partijen heeft aangegeven de signalerende functie op zich te willen nemen. In het directeurenoverleg ELV stemmen partijen af welke initiatieven betrokken en gemonitord worden.

Bijlage - Voorstel voor landelijk vastgestelde bouwstenen voor regionale implementatie ELV (afzender LHV)

- Algemeen:
 - Behoefte aan digitaal verwijsinstrument om besluitvorming huisartsen te ondersteunen, bijvoorbeeld in het HIS;
 - Vaststelling dat geen extra verwijscriteria nodig zijn: als huisarts indiceert dat laag, hoog of palliatief ELV bed nodig is, dan is dit voldoende;
 - Op het moment dat een bed nodig is, dient dit geregeld te worden; geen wachttijden of gezeul met patiënten.
- Wat moet er minimaal in het regionale zorglandschap aanwezig zijn? Verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij zorgverzekeraar samen met ELV-aanbieder:
 - Regionale sociale kaart nodig met overzicht welke zorgaanbieder welk ELV-bed biedt op welke locatie, plus contactgegevens. Bij voorkeur één regionaal telefoonnummer/loket voor huisarts met consulatiefunctie SO voor indicatie (indien nodig);
 - Transmurale regionale afspraken: welke arts (HA, SO, AVG) is verantwoordelijk op welk moment? Per ELV instelling afspreken of regionaal per laag, hoog complex of palliatief bed. Belangrijk criteria is inhoud van zorg en afstandsgrenzen tot huisarts. Inzet juiste zorgprofessional moet geregeld zijn;
 - Overzicht bedden capaciteit;
 - 7/24 uur opname mogelijkheid;
 - Goede afstemming vraag-aanbod; dat wil zeggen: beschikbaarheid van voldoende bedden dichtbij en geen wachtlijst. Onplanbare en spoedbedden vereisen een overcapaciteit;
 - Geen verhuis van patiënten, bij op-/afschaling (hoog-laag) moet op dezelfde locatie een bed worden geregeld;
 - Afstemming tussen verzekeraars bij inkoop. Hoe gaan we ervoor zorgen dat de patiënt niet tussen wal en schip valt, dat wil zeggen: zorgverzekeraar van betreffende patiënt heeft bijvoorbeeld geen contractuele afspreken met betreffende ELV.
- Duidelijke eisen stellen aan ELV aanbieders (zowel voor aanbieders laag, hoog en palliatief bed).
 - Sociale kaart voor huisartsen met procedure van aanmelden (onder andere overdracht van gegevens), één telefoonnummer, duidelijkheid over toegang (wat moet huisarts doen), welke bedden levert ELV-aanbieder op welke locatie;
 - Duidelijkheid voor huisarts wie bij welk bed hoofdbehandelaar is en wanneer overdracht naar SO/AVG;
 - 7/24 uren beschikbaarheid (ook onplanbaar) van SO, AVG. Bij hoog complexe bedden is SO bij voorkeur verantwoordelijke voor medische zorg;
 - Duidelijkheid over wijze waarop de verpleegkundige/verzorgende inzet (wijkverpleging/verzorging of vanuit ELV-aanbieder) en paramedische zorg georganiseerd is;
 - Terugverwijsafspraken gemaakt over:
 - Overdracht naar huisarts (indien van toepassing) en wijkverpleging na opname voor ELV;
 - Toegang tot de WLz indien dit noodzakelijk is voor de patiënt. Dit betekent afspraken met WLz-aanbieder(s) over de doorstroom;
 - Opleidingsniveau van medewerkers in ELV moet passend zijn voor doelgroep die zij verzorgen, verplegen;
 - Bij op-/afschaling: aanbieden van laag en hoog complexe bedden op één locatie.
 - Opname mogelijkheid 7/24, in ieder geval regionaal geregeld;
 - Zichtbaarheid op aantal beschikbare bedden, in ieder geval regionaal geregeld.

Bij voorkeur:

- Eén regionaal nummer/loket voor huisartsen;
- Indicatie en financiering wordt achter de voordeur geregeld;
- Huisarts heeft niet te maken met WMO-, WLZ- en ZvW-financiering, maar indiceert of een eerstelijns bed noodzakelijk is (laag, hoog of palliatief).

Zie verder ook de aanbevelingen pagina 26-27 in het Afwegingsinstrument van Verenso, dec 2015.