

Regioplan kortdurend verblijf

ELV en andere vormen van tijdelijke zorg 24/7
Regio Eemland

1-9-2017

Deelnemende ketenpartners:

Ziekenhuis

- Meander MC

VVT-Zorgorganisaties

- Koperhorst
- Lyvore
- Beweging 3.0
- Amaris
- Pieters & Blokland
- De Haven

Huisartsen

- Huisartsen Eemland BV

Inhoud

1.	Inleiding.....	2
2.	Doelstelling en uitgangspunten.....	2
	2.1 Doelstelling.....	2
	2.2 Uitgangspunten	2
3.	Betrokken partijen	3
4.	Vormen kortdurend verblijf	4
5.	Werkwijze indiceren en opname voor de verschillende vormen kortdurend verblijf	4
	5.1 Indicatiestelling en verwijzing	4
	5.2 Aanmelding en triage: coördinatiepunt kortdurend verblijf.....	5
	5.3 Opname kortdurend verblijf bij de zorgaanbieder.	6
	5.4 Doorstroom na kortdurend verblijf.....	6
6.	Informatieoverdracht	6
7.	Voorwaarden en uitwerking	6
	Bijlagen	8
	1.....Beschikbare vormen van tijdelijk verblijf	8
	2.....Afwegingsinstrument; Gegevens set Toegang Eerstelijns Verblijf voor Huisartsen	12
	3..... Werkwijze indiceren Eerstelijns Verblijf	18
	4..... Verwijshulp	20
	5.....Werkwijze informatieoverdracht	21

1. Inleiding

Ouderen die nog thuis wonen kunnen tijdelijk verblijven op een locatie met wonen en zorg bijvoorbeeld om te herstellen na een ziekenhuisopname, indien zorg thuis voor een korte periode ontoereikend en opname in ziekenhuis niet noodzakelijk is of ter ontlasting van de mantelzorger.

In het organiseren van het kortdurend verblijf ervaart de keten binnen de regio de volgende knelpunten;

- De diagnose/triage voor kortdurend verblijf is niet altijd passend en/of volledig
- Er is onduidelijkheid over beschikbaarheid van de (juiste) plaatsen voor kortdurende zorg als ELV, overbruggingszorg, respijtzorg en geriatrische revalidatie
- Cliënten blijven wegens plaatsgebrek te lang thuis, in het Ziekenhuis/SEH of worden, noodgedwongen, opgenomen in het ziekenhuis
- De uitstroom vanuit kortdurend verblijf naar huis (WMO-huisaanpassingen en adequate thuiszorg) of verpleeghuis (WLZ-wachttijsten) stagneert.

Om bovengenoemde knelpunten op te lossen willen de betrokken partijen in Regio Eemland met elkaar een sterke keten vormen met een eenduidig beleid, praktische afspraken en passende voorzieningen. Gezien de samenhang tussen de verschillende vormen van opvang en zorg beperken we ons niet tot ELV, maar nemen alle vormen van tijdelijk verblijf 24/7 mee in dit plan.

De vormen van kortdurend verblijf zijn;

- Respijtzorg; Kortdurend verblijf in het gemeentelijk domein (WMO)
- Eerstelijnsverblijf; Tijdelijke opname van cliënten met een indicatie eerstelijns verblijf (ELV) (Zvw)
- Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) (Zvw)
- Crisisopname (WLZ)
- Logeeropvang; Tijdelijke opname cliënten met een WLZ-indicatie
- Particulier Kortdurend verblijf (Hotelzorg)

2. Doelstelling en uitgangspunten

2.1 Doelstelling

Huisartsen (posten), Ziekenhuis en VVT-zorgorganisaties vormen een netwerk met als doel passende oplossingen te vinden voor individuele zorgvragen van kwetsbare ouderen; 'de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek'.

2.2 Uitgangspunten

- Patiënten ervaren 24/7 zorg op maat. Ziekenhuis, huisartsen en VVT-zorgorganisaties werken 7x24 uur samen in een netwerk.

- Partijen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor deze zorg. Onnodige ziekenhuisopnamen (opname uit nood, en niet om medische redenen) worden zo veel mogelijk voorkomen, doordat huisartsenzorg en VVT-zorgorganisaties goede afspraken maken over preventief, anticiperend beleid.
- Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde kunnen elkaar tijdens ANW-uren consulteren zodat de patiënt de beste passende zorg krijgt.
- Er is goed zicht op de mogelijkheden en beschikbaarheid van alle vormen van zorg en de indicaties voor deze zorg. De juiste indicatie voor de juiste plek met een systeem dat up-to-date inzicht verschaft.
- Huisartsen zijn toegerust voor een juiste indicatiestelling.
- Er zijn geen productieschotten tussen de diverse zorgverzekeraars voor de ELV. Er is voldoende thuis- en WLZ- zorg beschikbaar ten behoeve van de uitstroom en voorkomen van instroom kortdurend verblijf.
- De verantwoordelijkheid voor behandeling is eenduidig belegd. De huisarts stemt met zorgaanbieder/SO af wie de hoofdbehandelaar wordt gedurende ELV.

3. Betrokken partijen

Bij het regioplan zijn de volgende organisaties betrokken;

Ziekenhuis

- Meander MC

VVT-Zorgorganisaties

- Koperhorst
- Lyvore
- Beweging 3.0
- Amaris
- Pieters & Blokland
- De Haven

Huisartsen

- Huisartsen Eemland BV

Zorgverzekeraar

- Zilveren Kruis

In het najaar van 2017 wordt gewerkt aan uitbreiding van deze keten met organisaties in Barneveld e.o.: huisartsen, Zorggroep Ena, Nebo-plus en Norschoten.

4. Vormen kortdurend verblijf

Het Regioplan Eemland richt zich niet alleen op het Eerstelijnsverblijf maar bundelt alle vormen van kortdurend verblijf, te onderscheiden naar:

- Respijtzorg; Kortdurend verblijf in het gemeentelijk domein (Wmo)
- Eerstelijnsverblijf; Tijdelijke opname van cliënten met een indicatie voor eerstelijns verblijf (ELV) (Zvw)
- Crisisopname (WLZ)
- Logeeropvang; Tijdelijke opname van cliënten met een Wlz-indicatie.
- Particulier Kortdurend Verblijf (Hotelzorg)

Doelen van het kortdurend verblijf zijn veelal:

- Crisis voorkomen dan wel bestrijden
- (Tijdelijk) ontlasten van mantelzorgers
- Zorgdiagnostiek: 1) wat heeft een cliënt nodig om weer naar de woonsituatie te gaan voorafgaand aan het kortdurend verblijf en 2) wat is daarbij al dan niet haalbaar?

Ook de geriatrie revalidatiezorg (GRZ), onderdeel van de zorgverzekeringswet, is een vorm van kortdurend verblijf. Deze zorg heeft een uitdrukkelijke revalidatiedoelstelling (gekoppeld aan ziektediagnostiek) en valt daarmee buiten het begrip van “kortdurend verblijf” in deze notitie. In sommige gevallen is de ELV-indicatie wel nauw verbonden met revalidatie. In deze notitie wordt GRZ dan ook verder buiten beschouwing gelaten.

In bijlage 1 zijn de verschillende vormen met bijbehorende leveringsvorm en financiering uitgewerkt.

5. Werkwijze indiceren en opname voor de verschillende vormen kortdurend verblijf

5.1 Indicatiestelling en verwijzing

Voor de afweging van passende zorg is het van belang de juiste professionals te betrekken. De doelgroep voor eerstelijns verblijf heeft vaak al een zorghistorie, waarbij diverse professionals zijn betrokken. Denk aan de huisarts, transferverpleegkundige, wijkverpleegkundige of specialist ouderengeneeskunde (SO). De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de afweging (en daarmee de indicatiestelling) van ELV is afhankelijk van de situatie van de patiënt.

De indicatie voor kortdurend verblijf kan gesteld worden door de huisarts of de medisch specialist. De huisarts en de specialist kunnen hiertoe medewerkers van coördinatiepunt kortdurend verblijf (zie onder) mandateren. Als de cliënt al thuiszorg ontvangt dan wordt bij het stellen van de indicatie de wijkverpleegkundige van de cliënt betrokken.

Het is belangrijk om zorgvuldig om te gaan met het beperkte aantal ELV plaatsen in de regio en kritisch te bekijken welke plek geschikt is voor de patiënt. Om hierbij te helpen is het landelijke [afwegingsinstrument](#) ontwikkeld, zie bijlage 2. In de gestelde indicatie is de onderbouwing van dit afwegingsinstrument meegenomen.

Zie voor werkwijze indicatiestelling bijlage 3

Verwijshulp

Voor het inzicht in de beschikbare bedden wordt gebruik gemaakt van Verwijshulp. Alle betrokken organisaties van regio Gooi & Vechtstreek en Eemland dragen er zorg voor dat op Verwijshulp dagelijks het actuele aanbod aan beschikbare bedden inzichtelijk is.

Zie bijlage 4.

5.2 Aanmelding en triage: coördinatiepunt kortdurend verblijf

Voor het bieden van de juiste zorg op de juiste plek is triage noodzakelijk.

Een zorgvuldige triage, die voorkomt dat cliënten meermalen moeten verhuizen, zal in de regel binnen 24 uur kunnen plaats vinden maar vergt in complexe gevallen meer tijd. Een uitloop met nogmaals 24 uur is dan mogelijk. Bij de triage zal ook meteen oog zijn voor de juiste doorstroom na de tijdelijke opname.

Het coördinatiepunt kortdurend verblijf wordt ingericht bij het Meander MC en werkt op dezelfde wijze als bureau Nazorg voor de Geriatrische Revalidatie.

Het coördinatiepunt heeft te allen tijde overzicht over de beschikbare plaatsen via Verwijshulp. Na aanmelding bij het bureau door een huisarts of specialist stelt het coördinatiepunt als gevolmachtigde een indicatie en bijbehorende plek kortdurend verblijf vast.

De medewerkers van het coördinatiepunt kunnen ruggenspraak houden met specialist ouderengeneeskunde, geriater en/of wijkverpleegkundige als er vragen zijn over de indicatie en de juiste plek. Dit zal voornamelijk gebeuren bij een complexe casus waarbij het soort plek en de benodigde zorg niet helemaal duidelijk is. Het coördinatiepunt draagt zorg voor terugkoppeling naar betrokken huisarts via Zorgmail.

Het coördinatiepunt zal zo spoedig mogelijk haar bereikbaarheid uitbreiden naar 24/7. Het punt start met ELV, maar het streven is dat alle vormen van kortdurend verblijf via het coördinatiepunt lopen.

Het heeft de nadrukkelijke voorkeur dat aanmelding voor ELV via het coördinatiepunt loopt om daarmee de kans op directe plaatsing op de juiste plek te vergroten en om te voorkomen dat de cliënt lang moet wachten of op een verkeerde plek terecht komt. De huisarts kan echter ook rechtstreeks een aanmelding voor ELV bij een zorgaanbieder doen.

5.3 Opname kortdurend verblijf bij de zorgaanbieder.

Na opname ligt de regie en eindverantwoordelijkheid bij de organisatie waar de patiënt opgenomen is. De eindverantwoordelijkheid voor de *behandeling* dient eenduidig te worden vastgelegd, aangezien deze in een deel van de gevallen bij de huisarts ligt. Indien voor de betrokken huisarts de reisafstand dit problematisch maakt, wordt door de huisartsen een oplossing gezocht in het aanwijzen van enkele huisartsen die deze patiënten kunnen bedienen.

5.4 Doorstroom na kortdurend verblijf

De doorstroom na ELV-opname zal veelal bestaan uit verwijzen terug en overdracht naar huis en huisarts of doorstroom naar de Wlz (indicatie ClZ). Voor verwijzing terug naar huis kunnen huisaanpassingen (WMO) en adequate thuiszorg nodig zijn. Bij een Wlz-indicatie kan de doorstroom stagneren vanwege wachtlijsten voor intramurale opname.¹

6. Informatieoverdracht

Medische, verpleegkundige en verzorg-technische informatie is beschikbaar voor alle professionals die zorg bieden aan de cliënt. Regionaal is afgesproken welke informatie relevant is voor wie en in welke situatie. De informatie wordt geregistreerd en kan veilig digitaal uitgewisseld worden via bijvoorbeeld ZorgMail. Het Meander MC gebruikt daartoe Point voor onder meer de planning van uitstroom van GRZ-patiënten.

Deze informatie komt met de patiënt mee naar de locatie waar deze gaat verblijven en/of wordt zo snel mogelijk digitaal of per fax verstuurd.

De werkwijze van informatieoverdracht is opgenomen in bijlage 5.

7. Voorwaarden en uitwerking

Te formuleren voorwaarden en uitwerking met de zorgverzekeraar is nodig voor :

- Geen plafond voor aanbieders ELV
- Financiering triageteam: bv door de indicatie ELV in te laten gaan vanaf het moment dat de triage start.
- Monitoring per kwartaal naar de behoefte en de cliëntenstroom ELV binnen de regio:
 - o Omvang en oorzaak van instroom,
 - o Gemiddelde verblijfsduur
 - o Omvang en plaats van uitstroom
 - o Verblijf op “verkeerde bed”

¹ In de regio vindt hier op verschillende momenten op uitvoerend en bestuurlijk overleg over. Het Zilveren Kruis is voor de beide bijeenkomsten uitgenodigd. Doel van de bijeenkomst: hoe kunnen we samen knelpunten hanteerbaar maken zodat crisis bij de cliënt voorkomen kan worden en de cliënt optimaal, dus op de juiste plaats, geholpen kan worden.

Is getekend, Amersfoort, 25 september 2017

Meander MC

H.M. Distelbloem

Huisartsen Eemland BV

M. van Leeuwen

De Koperhorst

I.W.M. Vriens

Beweging 3.0

A.W. Ouwehand

Lyvore

E.B. Beaujon

Amaris

J. den Ouden

Pieters en Bloklands Gasthuis

P.B. Pluijter

Zorg- en Wooncentrum De Haven

P. Sneep

Bijlage 1

Beschikbare vormen van tijdelijk verblijf

Respijtzorg; Kortdurend verblijf Wmo	
Doel	Mantelzorg een korte periode 'overnemen' zodat de partner of andere naaste op adem kan komen (bijvoorbeeld door vakantie of weekendje weg) en de zorg (langer) kan volhouden. Dit wordt ook wel respijtzorg genoemd.
Aard ondersteuning	Het gaat om tijdelijk verblijf in een zorginstelling. De gemeente koopt hier alleen het verblijf in. Wat er verder eventueel nodig is (wijkverpleging of ophoging hiervan, dag invulling) valt buiten deze inkoop. Bekeken moet dan worden hoe hierin voorzien kan worden. • Voor de dag invulling kan de cliënt meedoen in de Dag begeleiding of Dag ondersteuning die aanwezig is bij de zorgaanbieder. Daarvoor is in die gevallen geen toewijzing nodig. • Voor de wijkverpleging wordt gebruik gemaakt van de wijkverpleging van de aanbieder waar de cliënt verblijft. • In principe is huisartsenzorg bij WMO tijdelijk verblijf niet aan de orde. Vanwege de kwetsbaarheid van de doelgroep kan er noodzaak zijn voor (telefonisch) consult. De huisarts van de patiënt is dan de behandelend arts en draagt eventueel zorg over aan de SO van de locatie waar cliënt verblijft. Hier moeten duidelijke afspraken over gemaakt worden.
Wettelijke grondslag	Wmo.
Toewijzing/duur	Financiering van respijtzorg is als volgt geregeld; • Vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Dit is mogelijk als de zorgvrager zelf ondersteuning krijgt vanuit de Wmo. In dat geval wordt de respijtzorg aangevraagd bij de gemeente. Hiervoor geldt een vermogens- en inkomensafhankelijke eigen bijdrage. • Als de zorgvrager zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) krijgt via een persoonsgebonden budget (pgb), kan vanuit datzelfde budget ook respijtzorg ingekocht worden voor maximaal 156 etmalen per jaar (gemiddeld 2 etmalen per week). Er kan naast de ZZP-indicatie nog een aparte indicatie voor respijt worden aangevraagd. Het zorgkantoor moet voor de aangevraagde pgb-logeeropvang de zorgbeschrijving en het zorgcontract goedkeuren. • Door de zorgverzekeraar. Sommige zorgverzekeraars vergoeden respijtzorg geheel of gedeeltelijk vanuit de aanvullende verzekering.

	• Vanuit het persoonsgebonden budget (PGB).
Kortdurend eerstelijnsverblijf	
Doel	• Tijdelijke opvang wanneer een oudere vanwege medische en zorg redenen niet thuis kan wonen, maar na het verblijf wel weer terug gaat naar huis. • Voorkomen van onnodige (dure)(langere) ziekenhuisopname. • Palliatieve zorg.
Aard ondersteuning	Door het voortdurend nodige verpleegkundige toezicht of de speciale apparatuur is verzorging/verpleging voor korte tijd in een zorginstelling nodig. De huisarts blijft verantwoordelijk voor de medische zorg, maar kan hierover afspraken maken met de SOG verbonden aan de locatie waar het eerstelijnsverblijf wordt geleverd.
Wettelijke grondslag	Zvw.
Toewijzing/duur	• Aanvraag huisarts of medisch specialist volgens Afweginginstrument ELV. • Maximaal drie maanden: eventueel uitsplitsen in de 2-8-8 weken. 2 weken observatie 8 weken behandeling met eventueel nog 8 weken verlenging. Voor een indicatie van palliatieve terminale zorg geldt een indicatieduur van 3 jaar. • Op het moment dat de cliënt een Wlz-indicatie heeft, is de kortdurend eerstelijnsverblijf regeling niet van toepassing, maar de Regeling Logeeropvang Wlz. <u>Wlz indicatie voor patiënten in ELV</u> Patiënten die met een ELV-indicatie verblijven kunnen, indien zij niet meer naar huis kunnen, een Wlz-indicatie aanvragen. De ingangsdatum van het indicatiebesluit kan dan vóór de datum van het indicatiebesluit liggen, als er sprake is van een aanvraag voor Wlz-zorg aansluitend aan geriatrische revalidatie (GRZ) en aansluitend aan eerstelijns verblijf. Vanuit GRZ het ELV is een spoedaanvraagprocedure mogelijk voor een Wlz-indicatie, hiervoor geldt een wettelijke afhandeltermijn van twee weken (in plaats van de wettelijke termijn van zes weken).

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ)	
Doel	Multidisciplinaire geriatrische revalidatiebehandeling met als doel terugkeer naar huis.
Aard ondersteuning	Integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multi morbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. De zorg gaat bij aanvang gepaard met verblijf.
Wettelijke grondslag	Zvw.
Toewijzing/duur	Of ZVW DBC Wlz - ZZP 9b De duur van de geriatrische revalidatie, bedraagt maximaal 17 of 19 weken. <u>Afweging GRZ of ELV</u> <i>Zowel geriatrische revalidatiezorg als eerstelijns verblijf is kortdurend verblijf met als doel dat voor de patiënt terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.</i> <i>Het Zorginstituut Nederland geeft in haar duiding aan dat het eerstelijns verblijf en GRZ als een continuüm van zorgvormen gezien kan worden, namelijk van eenvoudige, niet-intensieve herstel- of reactiverende trajecten tot intensieve complexe revalidatiezorg. Het onderscheid tussen beide zorgvormen heeft betrekking op GRZ, als:</i> <i>1. Haalbare revalidatiedoelen (binnen de hiervoor gestelde termijn) aanwezig zijn; en</i> <i>2. De zorg binnen één week aansluit op verblijf in verband met geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden.</i>

Crisisregeling Wlz	
Doel	Oplossing voor veranderingen in de gezondheidssituatie of thuissituatie van cliënt waardoor er acuut (binnen 24 uur) een opname nodig is om onaanvaardbare gezondheidsrisico's of ander gevaar voor cliënt/omgeving te voorkomen en die ertoe leiden dat cliënt een Wlz-indicatie krijgt gezien de omvang van de benodigde zorg aansluitend op de crisisopname.
Aard ondersteuning	Opname zorginstelling met 24-uurs toezicht en beschikbare zorg/ondersteuning/behandeling.
Wettelijke grondslag	Wlz.
Toewijzing/duur	• Voordat tot opname wordt overgegaan, beoordeelt de zorgaanbieder eerst of naar verwachting een Wlz-indicatie nodig is. Zo niet, dan behoort de zorg aan de cliënt tot het eerstelijnsverblijf. • Cliënten hebben nog geen Wlz-indicatie. Zorgaanbieder vraagt binnen 3 werkdagen na opname een Wlz-indicatie bij het CIZ aan. • Maximaal twee weken, met in uitzonderingssituaties verlenging met twee weken (of korter indien Wlz-indicatie een eerdere ingangsdatum heeft). • Indien het CIZ oordeelt dat cliënt <u>niet</u> in aanmerking komt voor een Wlz-indicatie, is de zorg geleverd vanuit het principe dat thuis tijdelijk geen adequate zorg mogelijk was. Het verblijf tijdens deze crisisperiode komt in dat geval (voorlopig) ten laste van de Wmo. • N.B. Deze regeling is niet van toepassing als de cliënt in het ziekenhuis verblijft en hij/zij op grond van een Wlz-indicatie in het ziekenhuis moet wachten op een permanent beschikbare plaats in een zorginstelling.

Logeeropvang Wlz	
Doel	Mantelzorger ontlasten van Wlz-cliënten die hun zorg thuis (in de vorm van VPT of MPT) ontvangen.
Aard ondersteuning	Verblijfszorg voor cliënten met een Wlz-indicatie die de zorg normaliter thuis geleverd krijgen.
Wettelijke grondslag	Wlz.
Toewijzing/duur	Maximaal twee etmalen per week op basis van bestaande Wlz-indicatie. Opsparen van de etmalen is mogelijk, zodat mantelzorger ook op vakantie (van maximaal 104 etmalen per jaar) kan gaan.

Particulier kortdurend verblijf	
Doel	Naar eigen keuze cliënt/mantelzorger, zij betalen immers het verblijf zelf.
Aard ondersteuning	Zorg met verblijf voor alle cliënten met een (geplande) zorgbehoefte, die daarvan gebruik willen maken.
Wettelijke grondslag	Geen, cliënten betalen zelf de kosten voor verblijf.
Toewijzing/duur	Zorgaanbieder van verblijf maakt afspraken met eventuele reguliere zorgaanbieders over de vergoeding voor zorg. De meeste zorgverzekeraars kennen in (een aantal van) hun aanvullende pakketten een vergoeding voor de verblijfscomponent (meestal een maximumbedrag per dag en een maximumaantal dagen). Verzekerden moeten dit wel voorafgaand aan het verblijf aanvragen bij hun verzekeraar. Zorgaanbieders van verblijf kunnen dat aanvragen soms ook ondersteunen/overnemen.

Bijlage 2

Afwegingsinstrument; Gegevens set Toegang Eerstelijns Verblijf voor Huisartsen

Toelichting

Voor de gegevensset toegang Eerstelijns Verblijf op basis van het afwegingsinstrument is gekeken naar het stroomdiagram dat Significant (afwegingsinstrument 2.0) i.s.m. met betrokken partijen opgesteld heeft (bijlage 2).

Dat stroomdiagram is omgezet naar een vraag/antwoord lijst (bijlage 2c) waaruit het van per patiënt toepassing zijnde type Kortdurend Verblijf naar voren komt: \

1. hetzij onder de Zvw als ELV hoog-complex of ELV Laag-complex of;
2. hetzij onder de Wlz als Logeeropvang of Crisisbed

Daaruit is de criteriaset samengesteld, waarbij het vereiste is dat alle rubrieken 1-4 van toepassing zijn. Rubrieken 5 en 6 zijn bepalend voor het type indicatie in de conclusie.

De criteriaset en conclusie wordt een geheel als deze gecombineerd worden met patiëntgegevens (identificatie en anamnesegegevens), verwijzer/behandelaar-gegevens. (bijlage 2a)

Bronvermelding: gegevensset Afweging Transferverpleegkundige Eerstelijns Verblijf incl. ELV PAL 18 nov. 2016

Bijlage 2a: Gegevensset Afweging ELV Huisarts

Afweging Eerstelijns Verblijf: Huisarts			
Verzender			
Datum			
Naam huisarts			
AGB Code			
Adres			
Telefoonnummer			
Patiëntgegevens			
Achternaam (volledig)			
Voorletter/Voornaam			
Burger Service Nummer			
Geboortedatum			
Telefoonnummer 1			
Email			
Adres			
Woonsituatie			
Verzekeraar/ Policynummer			
Apotheek + Telnr.			
Contactpersonen Patiënt			
Achternaam (volledig)		Voornaam	
Relatie tot patiënt		Telnr. 1	
Tel.nr 2		email	
Huidige ingezette zorg			
Naam thuiszorgorganisatie			
AGB-code			
Contactpersoon			
Telefoonnummer en email			
Naam ketenzorg			
Situatie Patiënt			

Gewenste Opnamedatum ELV	
Gewenste Einddatum ELV	
Voorgeschiedenis	
Opname-diagnose	
Behandeling	
Medebehandelaars	
Hoofdbehandelaar tijdens ELV	☐ Huisarts ☐ Specialist Ouderen Geneeskundige

Criteria en conclusie: Afweging en Toegang Eerstelijns Verblijf: Huisarts	
1. (para) Medische en/of verpleegkundige zorg na opname is noodzakelijk wegens:	☐ Medische Behandeling ☐ Hoog risico op medische behandeling ☐ Diagnostiek/Observatie ☐ Verpleegkundige handelingen ☐ Planbaar ☐ Onplanbaar ☐ ADL-ondersteuning ☐ Planbaar ☐ Onplanbaar
2. (para) Medische en/of verpleegkundige) zorg is thuis niet mogelijk wegens:	☐ Situatie thuis is niet veilig en verantwoord ☐ Valgevaar ☐ Dwaalgevaar ☐ Anders: vrije tekst
3. Zorgbehoefte is naar verwachting	☒ Permanent ☒ Nog onduidelijk
4. Er is onvoldoende sprake van haalbare revalidatiedoelen wegens tekort aan:	☐ Trainbaarheid ☐ Leerbaarheid ☐ Belastbaarheid ☐ Motivatie ☐ Anders: vrije tekst
5. (Elkaar beïnvloedende) meervoudige problematiek is	☒ Wel aanwezig ☒ Niet aanwezig ☒ Niet van toepassing
6. Wlz-indicatie is	☒ Wel aanwezig, namelijk; ☒ Niet aanwezig
7. Patiënt heeft volgens behandelend arts een levensverwachting van minder dan 3 maanden.	☒ Ja ☒ Nee ☒ Niet van toepassing
Conclusie van de afweging:	☐ Opname Wlz Logeeropvang/Crisisbed ☐ Opname Zvw ELV Laag-Complex ☐ Opname Zvw ELV Hoog-complex ☐ Opname Zvw ELV PAL

Bijlage 2b

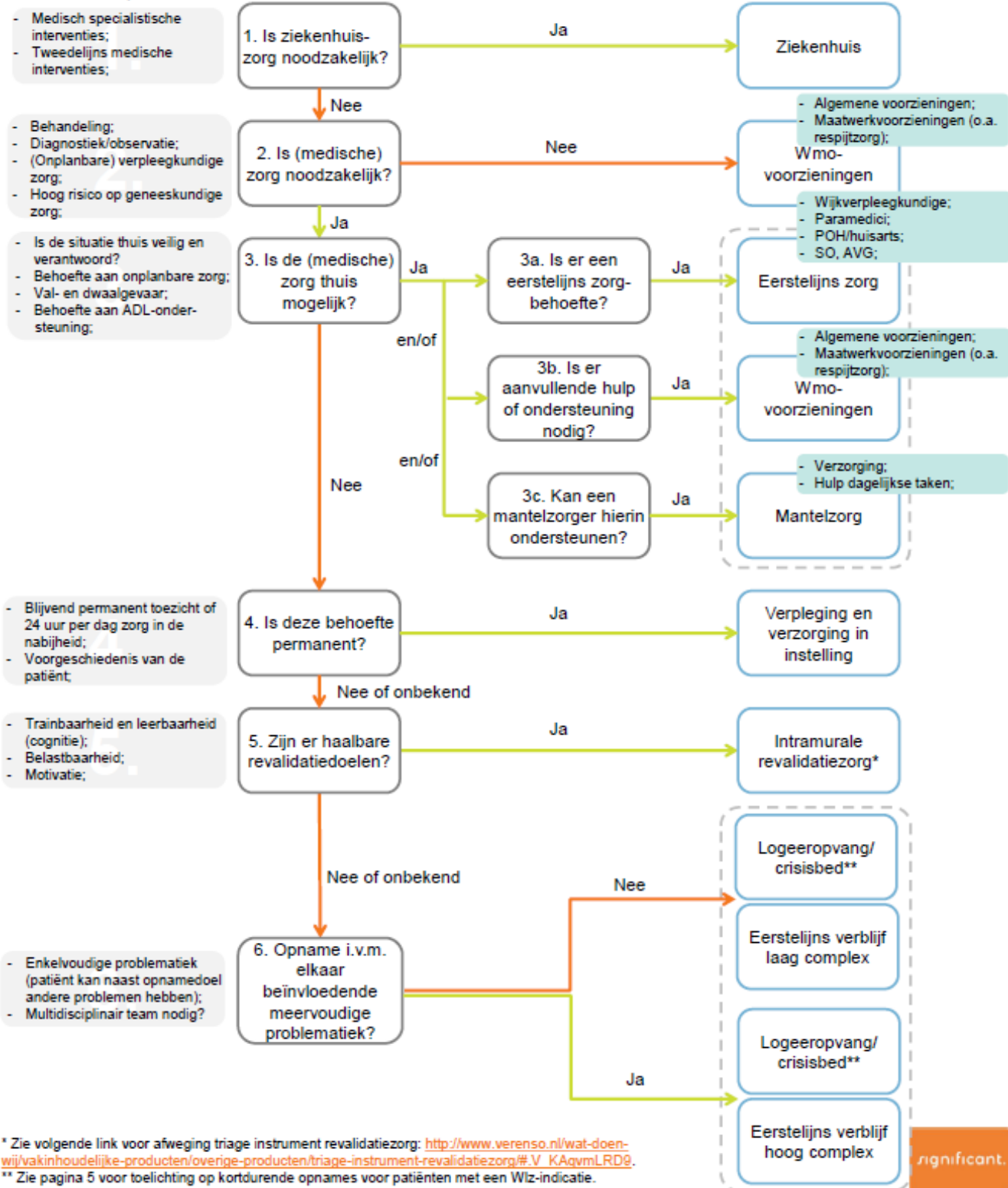
Afwegingsinstrument kortdurend verblijf

Achterliggende afweging -

Opsommingen ter gedachtevorming en derhalve niet uitputtend

Vragen

Passende zorg



* Zie volgende link voor afweging triage instrument revalidatiezorg: http://www.verenso.nl/wat-doen-wij/vakinhoudelijke-producten/overige-producten/triage-instrument-revalidatiezorg/#.V_KAqvmLRD8.

** Zie pagina 5 voor toelichting op kortdurende opnames voor patiënten met een Wlz-indicatie.

Bijlage 2c: vraag/antwoordlijst

Vraag/antwoord: Afweging Eerstelijns Verblijf in vraagstelling		
1. (medische/verpleegkundige) zorg na opname is noodzakelijk?	☐ Ja, wegens → ☐ Medische Behandeling ☐ Hoog risico op medische behandeling ☐ Diagnostiek/Observatie ☐ Verpleegkundige handelingen ☐ Planbaar ☐ Onplanbaar ☐ ADL-ondersteuning ☐ Planbaar ☐ Onplanbaar	Vervolg Vraag 2
	☐ Nee, →	Patiënt is evt. verwezen naar gemeente voor WMO-voorzieningen (algemeen of maatwerk o.a. respijtzorg)
2. (Medische/verpleegkundige) zorg is thuis mogelijk?	☐ Ja, want → ☐ Situatie thuis is veilig en verantwoord ☐ Geen valgevaar ☐ geen dwaalgevaar	Vervolg ☐ Patiënt verwezen naar 1 ^e lijn; wegens noodzakelijke zorg van ☐ Huisarts ☐ Wijkverpleging ☐ 1^e lijns paramedici ☐ Patiënt is verwezen naar gemeente voor WMO-voorzieningen aanvullend op 1 ^e lijns zorg ☐ Mantelzorg ondersteunt
	☐ Nee, want → ☐ Situatie thuis is niet veilig en verantwoord ☐ Valgevaar ☐ Dwaalgevaar ☐ Anders: vrije tekst	Vraag 3
3. Zorgbehoefte is naar verwachting permanent?	☐ Ja, wegens → ☐ Noodzaak permanent toezicht ☐ 24 u zorg in nabijheid ☐ Voorgeschiedenis patiënt	Vervolg Indicatie Wlz/ Opname in Verpleeghuis
	☐ Nee ☐ Onbekend →	Vraag 4
4. Er zijn haalbare revalidatiedoelen ?	☐ Ja →	Vervolg Triage GRZ/ Opname in Verpleeghuis GRZ
	☐ Nee, onbekend of niet van toepassing →	Vraag 5
5. Patiënt heeft volgens behandelend arts een levensverwachting van minder dan 3 maanden	☐ Ja →	Opname ELV PAL
	☐ Nee →	Vraag 6
6. Er is sprake van (elkaar beïnvloedende) meervoudige problematiek?	☐ Nee →	Vervolg ☐ Patiënt heeft Wlz-indicatie Opname Logeeropvang/Crisisbed ☐ Patiënt heeft geen Wlz-indicatie Opname ELV Laag-complex
	☐ Ja →	Vervolg ☐ Patiënt heeft Wlz-indicatie Opname Logeeropvang/Crisisbed ☐ Patiënt heeft geen Wlz-indicatie Opname ELV Hoog-complex

Handtekening Huisarts:

Datum:

Werkwijze indiceren Eerstelijns Verblijf

Voor onderstaande werkwijze moeten het format indicatievaststelling en het overdrachtsformulier nog ontwikkeld worden.

In de gestelde indicatie is de onderbouwing van het afwegingsinstrument meegenomen. **De indicatie moet binnen 24 uur zijn toegestuurd aan de ELV-aanbieder.**

Vanuit huis	Huisartsen (HA), samen met andere zorgverleners, signaleren in veel gevallen als eerste dat de situatie van de patiënt zodanig is dat deze niet thuis kan blijven. Als de patiënt thuis verblijft is de huisarts verantwoordelijk voor het stellen van de indicatie. Het vinden van het 'juiste bed' gebeurt op basis van het Afweginginstrument, zie bijlage 2. Er wordt aangeraden om bij het stellen v.d. indicatie ondersteuning te vragen van de clientadviseurs v.d. VVT-instellingen (of de SO) ter bevordering van het toekennen van het juiste bed aan de juiste patiënt. <u>Werkwijze</u>: 1. HA voert triage/afweging ELV uit 2. HA maakt formulier "indicatievaststelling" aan 3. HA zoekt via Verwijshulp naar een beschikbare zorgaanbieder voor ELV. Hij kan zoeken op het soort bed (laag/hoog complex, PTZ-crisis) en de regio/postcodegebied. 4. HA belt de zorgaanbieder met beschikbaar bed en krijgt akkoord voor opname 5. HA maakt formulier "Overdracht ELV" (nog ontwikkelen) aan 6. HA licht met behulp van ZorgMail de zorgaanbieder in en stuurt daarbij de indicatievaststelling en overdracht ELV (incl. bijlagen)' en slaat deze documenten op in het patiëntendossier. 7. De huisarts stemt met zorgaanbieder/SO af wie de hoofdbehandelaar wordt gedurende ELV (huisarts/SO) NB. Informatieoverdracht wordt verder beschreven in bijlage 5; werkwijze informatieoverdracht.
Na opname ziekenhuis	Indien een patiënt na opname wordt ontslagen uit het ziekenhuis en de medisch specialist, de verpleegkundige en de patiënt van mening zijn dat de patiënt nog niet naar de thuissituatie kan terugkeren, wordt het Bureau Nazorg van MMC ingeschakeld. Bij ontslag uit het ziekenhuis is de medisch specialist verantwoordelijk voor het stellen van de indicatie en het vinden van een bed/juiste voorzieningen voor de patiënt. De verantwoordelijkheid is gedelegeerd naar Bureau Nazorg van het MMC. Werkwijze Bureau Nazorg: 1. Patiënt is in een zodanige conditie dat ontslag uit het ziekenhuis aan de orde is. 2. Bureau Nazorg voert triage/afweging ELV uit. 3. Bureau Nazorg maakt formulier "indicatievaststelling" (nog te ontwikkelen) aan. 4. Bureau Nazorg van MMC zoekt samen met patiënt via Verwijshulp naar een passende locatie voor ELV. 5. Bureau krijgt akkoord van zorgaanbieder van keuze voor opname. 6. Bureau Nazorg maakt formulier "Overdracht ELV" (nog te

	ontwikkelen) aan 7. Bureau Nazorg licht met behulp van ZorgMail de zorgaanbieder in en stuurt daarbij de indicatievaststelling en overdracht ELV (exclusief bijlagen). 8. Zorgaanbieder licht huisarts van betreffende patiënt in dat patiënt bij hen is opgenomen 9. Patiënt gaat met ontslag 10. De huisarts stemt met zorgaanbieder/SO af wie de hoofdbehandelaar wordt gedurende ELV NB. Informatieoverdracht wordt verder beschreven in bijlage 5; werkwijze informatieoverdracht.
Na bezoek SEH (overdag)	De huisarts is verantwoordelijk voor het stellen van de indicatie. Dit gebeurt op basis van advies van de SEH-arts en het Afweginginstrument; zie bijlage 2. – SEH neemt contact op met Bureau nazorg van MMC, zij kunnen assisteren bij het vinden van een ELV bed. SEH neemt zelf contact op met de huisarts. – <u>Voor werkwijze zie 'vanuit huis'.</u>

Consultatie SO bij indicatiestelling

Afhankelijk van de situatie van de cliënt kan een indicatie worden afgegeven voor 'laag complexe zorg' of 'hoog complexe zorg'. Indien degene die de indicatie stelt twijfelt over de inzet van laag dan wel hoog complexe zorg lijkt geïndiceerd dan is vooraf consultatie van een specialist ouderengeneeskunde werkzaam bij de zorgaanbieder van keuze wenselijk.

Bijlage 4

Verwijshulp

Verwijshulp.nl is een website speciaal voor verwijzers en professionals in de gezondheidszorg die op zoek zijn naar een online, actueel overzicht van beschikbare plaatsen in revalidatielocaties, verzorgings- en verpleeghuizen en woongebouwen in de volgende werkgebieden: regio Rotterdam en omstreken, regio Gooi & Vechtstreek en Eemland

De regio Gooi- & Vechtstreek en Eemland is half januari 2017 live gegaan met www.verwijshulp.nl

Zorgaanbieders Amaris, Vivium, Hilverzorg en Inovum hebben gezamenlijk de regionale versie van Verwijshulp ontwikkeld. Daarbij is de opzet van de regio Rotterdam gevolgd maar hebben we wel voor meer eigentijdse en praktische functionaliteiten in het menu gekozen. Als regio komen we regelmatig bij elkaar om de werking, eventuele verdere aanpassingen en toetreding van nieuwe zorgaanbieders te bespreken. Als (tijdelijk) regiobeheerder heb ik nauw contact met de eigenaar van de website, zorgaanbieder Laurens in Rotterdam, en de regio Rotterdam.

In de regio's Gooi- & Vechtstreek en Eemland streven we naar een zo volledig mogelijk aanbod van zo veel mogelijk zorgaanbieders in de ouderenzorg. Verwijshulp is geen commerciële website maar vrij toegankelijk voor iedereen. De website wordt betaald door de zorgaanbieders die meedoen.

Voor nieuwe deelnemers zijn de eenmalige aansluitkosten (gelijk voor iedere nieuwe partij), inclusief hosting en beheerkosten voor het eerste jaar 2600-2850 euro. Daarna zijn de jaarlijkse hosting/beheerkosten afhankelijk van het aantal partijen dat totaal aangesloten is. De inkomsten uit de eenmalige aansluitkosten van nieuwe zorgaanbieders worden afgetrokken van de jaarlijkse gezamenlijke hosting/beheer-kosten, en/of financiering van nieuwe tools of mogelijkheden op Verwijshulp. De jaarlijkse kosten vanaf jaar twee zijn een paar honderd euro per jaar als er weinig/geen aanpassingen zijn in tools of functionaliteiten. In het gezamenlijk overleg met de beide regio's of voor onze eigen regio bepalen we of, en zo ja welke aanpassingen in de website moeten worden gedaan.

Werkwijze informatieoverdracht

Vanuit huis	De huisarts stuurt bij overdracht de relevante informatie via ZorgMail aan de zorgaanbieder. Informatie die wordt overgedragen en wordt aangeleverd door de huisarts: – De indicatievaststelling zie bijlage 2; Gegevens set Toegang Eerstelijns Verblijf voor Huisartsen het is verplicht om de Indicatievaststelling ELV in te vullen, op te slaan in het patiëntendossier en op te sturen naar de zorgaanbieder. Hiermee is de zorgaanbieder verzekerd v.d. indicatie. – Het overdrachtsformulier: incl. daarbij horende bijlagen.
Na opname ziekenhuis	Bij indicatiestelling door de medisch specialist stuurt Bureau nazorg van MMC de beschikbare informatie via ZorgMail met de aanvraag met cliënt mee. Informatie die wordt overgedragen: – De indicatievaststelling; bijlage 2; Gegevens set Toegang Eerstelijns Verblijf voor Huisartsen. Het is verplicht om de Indicatievaststelling ELV in te vullen, op te slaan in het patiëntendossier en op te sturen naar de zorgaanbieder. Hiermee is de zorgaanbieder verzekerd v.d. indicatie. – Het overdrachtsformulier; bijlage 2. De verpleegkundige ontslagbrief gaat met de patiënt mee, de medische overdracht (specialisten brief) volgt later en het medicatieoverzicht wordt per fax toegestuurd richting zorgaanbieder. De zorgaanbieder neemt binnen 24 uur contact op met de huisarts van de cliënt om de desgewenst resterende informatie op te vragen en de huisarts in te lichten dat de patiënt bij hen is opgenomen.
Na bezoek SEH	Huisarts is verantwoordelijk voor overdrachtsprocedure (zie 'vanuit huis').