

significant.

Eerstelijns Verblijf (ELV)

Essentiële schakel in keten van zorg voor kwetsbare ouderen

Significant

Thorbeckelaan 91
3771 ED Barneveld
+31 342 40 52 40

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



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Barneveld, 24 maart 2016

Referentie: RR/wt-bv/15.383

Versie: definitief

Auteur(s): Rosa Remmerswaal, Lieke van de Camp, Paul van Hooff, Patrick Tazelaar

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1. Achtergrond en aanleiding	4
1.1 Ontwikkelingen eerstelijns verblijf	4
1.2 Met systeemdynamica meer inzicht krijgen in eerstelijns verblijf	6
1.3 Leeswijzer	8
2. Duiding van de doelgroep en het gebruik	9
2.1 Huidig gebruik eerstelijns verblijf	9
2.2 Kenmerken van de huidige gebruikers	13
2.3 Afbakening doelgroep onderzoek	14
3. Werking van eerstelijns verblijf	16
3.1 Mechanismen op hoofdlijnen	17
3.2 Het zorglandschap	19
3.3 Behoeftte aan eerstelijns verblijf en de doelgroep	21
3.4 Inrichting triage en invloed triage op instroom	23
3.5 Doorstroom en uitstroom	26
4. Suggesties voor monitor	29
4.1 Monitorelementen zorglandschap	29
4.2 Monitorelementen potentiële doelgroep eerstelijns verblijf	29
4.3 Monitorelementen triage en instroom	30
4.4 Monitorelementen doorstroom en uitstroom	30
5. Beschouwingen en aanbevelingen	31
5.1 Beschouwingen	31
5.2 Aanbevelingen	33
A. Deelnemers expertgroep	1
B. Geraadpleegde bronnen	37

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van het onderzoek naar de in-, door- en uitstroom van patiënten in het eerstelijns verblijf. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voerden wij in de periode januari tot en met maart 2016 een verkenning uit om meer inzicht te krijgen in eerstelijns verblijf. Met als doel om meer grip te krijgen op het zorggebruik. Zoals de titel al laat zien '*Eerstelijns verblijf - Essentiële schakel in keten van zorg voor kwetsbare ouderen*' hebben wij ons in deze verkenning niet laten hinderen in eventuele schotten tussen voorzieningen. De zorg voor de betreffende doelgroep, in dit geval met name kwetsbare ouderen, dient immers centraal te staan.

Het betrekken van de verschillende invalshoeken zou niet gelukt zijn zonder de grote betrokkenheid van de stakeholders rondom het eerstelijns verblijf die hebben deelgenomen aan de expertbijeenkomsten, die ieder vanuit hun eigen rol bijdragen aan de zorgverlening. Wij willen de deelnemers van de expertbijeenkomsten dan ook bedanken voor hun creatieve en constructieve inbreng.

Daarnaast willen wij de verschillende directies van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bedanken voor de hulp en informatieverstrekking om grip te krijgen op het vraagstuk en de plezierige samenwerking tijdens het onderzoek.

Wij hopen dat dit rapport een handvat biedt om op landelijk en regionaal niveau de dialoog aan te gaan tussen verschillende stakeholders in de zorg en het sociaal domein, om hiermee de zorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen in relatie tot het gebruik van het eerstelijns verblijf te verbeteren.

Rosa Remmerswaal (projectleider)

Lieke van de Camp

Paul van Hooff

Patrick Tazelaar

1. Achtergrond en aanleiding

1.1 Ontwikkelingen eerstelijns verblijf

01 Op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) kan iemand zonder blijvende zorgvraag per 1 januari 2015 niet meer kortdurend worden opgenomen in een instelling. Als alternatief is hiervoor het 'eerstelijns verblijf' (afgekort: ELV) in het leven geroepen. Voor 2015 viel de aanspraak op en bekostiging van tijdelijke opnames onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In 2015 en 2016 wordt eerstelijns verblijf mogelijk gemaakt op basis van een subsidieregeling binnen de Wlz¹. Het CIZ oordeelt of een verzekerde in aanmerking komt voor eerstelijns verblijf. Patiënten kunnen gebruikmaken van de subsidieregeling eerstelijns verblijf indien het gaat om een relatief kortdurend, medisch noodzakelijk verblijf, dat in veel gevallen voorafgaat aan terugkeer naar thuis. Daarnaast kan het gaan om palliatieve terminale zorg (bijvoorbeeld in een hospice).

1.1.1 Definitie en doel eerstelijns verblijf

02 Eerstelijns verblijf is gedefinieerd als 'medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, waarbij 24-uurs toezicht of zorg in de nabijheid aanwezig is, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg². Eerstelijns verblijf is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven, maar waarvoor geen opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling of (geriatrische) revalidatiezorg, aangewezen is. Belangrijk is de voorwaarde dat het verblijf medisch noodzakelijk is³.

03 Het doel van eerstelijns verblijf is het analyseren van de aandoening(en) en/of beperking(en) en de gevolgen hiervan, deze opheffen c.q. stabiliseren zodat terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie mogelijk is. Als terugkeer naar huis geen optie blijkt te zijn, wordt vastgesteld welke vervolgzorg passend is voor de patiënt. Onder eerstelijns verblijf valt ook de zogenaamde geïndiceerde preventie⁴. Dit betekent dat eerstelijns verblijf ook verleend kan worden in verband met een hoog risico op behoefte aan zorg (Verenso, 2015). Tot slot is de voorziening ook bedoeld om zorg te leveren in verband met een levensbedreigende ziekte of aandoening met een levensverwachting van enkele maanden.

04 Eerstelijns verblijf is daarmee een belangrijke voorziening voor als het thuis (nog) even niet gaat. Het goed vormgeven van het eerstelijns verblijf draagt mogelijk bij aan de beheersbaarheid van de groei van zorgkosten. Onnodige ziekenhuisopname en opname in de geriatrische revalidatiezorg kan worden

¹ Beleidsregels indicatiestelling voor de Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2016 (CIZ, 2015).

² Wet langdurige zorg - Artikel 11.1.5 sub c.

³ Afwegingsinstrument eerstelijns verblijf (Verenso, 2015).

⁴ Geïndiceerde preventie is erop gericht om het ontstaan van een ziekte te voorkomen bij een individu met een verhoogd risico op de ziekte (Nationaal Kompas Volksgezondheid).

voorkomen, een goede doorstroom uit het ziekenhuis wordt hiermee bevorderd en de mogelijkheid tot kortdurende opname kan mensen in staat stellen langer thuis te blijven wonen⁵.

1.1.2 Subsidieregeling eerstelijns verblijf

05 In afwachting van onderbrenging in de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 2017 wordt eerstelijns verblijf via een subsidieregeling gefinancierd; de subsidieregeling eerstelijns verblijf. In de Wet langdurige zorg (Wlz) is in artikel 11.1.5 opgenomen dat het mogelijk is eerstelijns verblijf te financieren op basis van een door het Zorginstituut uit te voeren subsidieregeling. In het 'Besluit langdurige zorg' is opgenomen dat het CIZ oordeelt of een verzekerde in aanmerking komt voor eerstelijns verblijf. De rol van het CIZ bij het eerstelijns verblijf is een tijdelijke. Na onderbrenging van deze zorg in de Zvw vervalt de rol van het CIZ bij het indiceren van deze zorg. De indicatiestelling door het CIZ wordt in de Zvw vervangen door verwijzing door professionals. Verenso heeft hiervoor een afwegingsinstrument ontwikkeld. De wijze waarop het CIZ de aanvragen voor een indicatie ten behoeve van de financiering van de prestaties onder de Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2016 beoordeelt, staat in de 'Beleidsregels indicatiestelling voor de Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2016' beschreven (CIZ, 2015). De prestaties en bekostiging in de subsidieregeling is afgeleid van de prestaties en tarieven voor de ZZP-systematiek in de AWBZ⁶.

06 Het CIZ maakt onderscheid in drie vormen van prestaties:

- a. ELV basis: De zorg richt zich op een enkelvoudige aandoening. Daarnaast krijgt de patiënt hulp bij het binnenshuis verplaatsen en transfers en hulp bij ten minste wassen, kleden en toiletgang;
- b. ELV intensief: Intensieve zorg als sprake is van meerdere, elkaar beïnvloedende aandoeningen of beperkingen. Hiervoor is overname van zorg nodig bij het binnenshuis verplaatsen en transfers en bij ten minste wassen, kleden en toiletgang. Wegens cognitieve beperkingen (zoals in concentratie, oriëntatie, geheugen of denken) kan er sturing of toezicht nodig zijn;
- c. ELV palliatief terminale zorg: Zorg wanneer een arts heeft verklaard dat sprake is van een levensbedreigende ziekte, waarbij de levensverwachting niet langer dan drie maanden is. Daarbij is beoordeeld dat het onverantwoord is dat de cliënt zonder toezicht alleen thuis is op de momenten dat de (professionele) zorgverlener er niet is.

Figuur 1 geeft voor deze drie prestaties de doelgroep, type zorgvraag en de doelstelling van het eerstelijns verblijf schematisch weer.

⁵ Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 17 juni 2015. Nr. 647239-124137-CZ.

⁶ Eerstelijns verblijf, gebruik subsidieregeling 2015 (CIZ).

	Basis	Intensief	Palliatief
Aandoening	Enkelvoudige aandoening	Meerdere, elkaar beïnvloedende aandoeningen of beperkingen	Levensbedreigende ziekte & levensverwachting < 3mnd
Type zorgvraag	Hulp	Verplaatsen en transfers, wassen, kleden en toiletgang	
	Zorg	Verzekerde geneeskundige zorg	Verzekerde geneeskundige zorg (meer uren)
	Totale overname	Verplaatsen en transfers, wassen, kleden en toiletgang	Verplaatsen en transfers, wassen, kleden en toiletgang
	Toezicht	Vanwege cognitieve beperking	Onverantwoord alleen thuis zonder formele zorgverlener
Doel	Terugkeer naar oorspronkelijke woonsituatie		Verantwoorde zorg in laatste levensfase

Figuur 1. Overzicht drie prestaties in het eerstelijns verblijf

1.1.3 Ontwikkelingen in zorggebruik

07 In 2015 en 2016 zijn Wlz-uitvoerders verantwoordelijk voor de inkoop van eerstelijns verblijf. In 2015 is echter gebleken dat de begrote subsidie van € 96 miljoen niet toereikend was voor de zorgvraag. Mede op basis van actuele declaratiegegevens en prognoses is de subsidieregeling daarom verhoogd naar respectievelijk € 183 miljoen in 2015 en € 180 miljoen in 2016. Er is meer zicht nodig op de patiënten die gebruikmaken van het eerstelijns verblijf om ontwikkelingen rond vraag en gebruik van eerstelijns verblijf structureel te kunnen volgen. Deze behoefte wordt versterkt doordat beoogd is de zorg over te hevelen naar de Zvw per 1 januari 2017.

08 Naar aanleiding van de hiervoor genoemde ontwikkelingen heeft het ministerie van VWS aan Significant gevraagd een onderzoek uit te voeren naar de mechanismen die een rol spelen bij het zorggebruik van het eerstelijns verblijf. Deze rapportage is het eindverslag van dit onderzoek.

1.2 Met systeem dynamica meer inzicht krijgen in eerstelijns verblijf

1.2.1 Doelstelling

09 Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft gevraagd meer inzicht te geven in de werking van de mechanismen op het gebied van de in-, door- en uitstroom van patiënten in het eerstelijns verblijf. De doelstelling van dit project en daarmee ook de voorliggende rapportage is drieledig:

- a. Ten eerste wil het ministerie met inzicht in de werking van eerstelijns verblijf achterhalen wat de drijvende krachten zijn achter het gebruik van eerstelijns verblijf;
- b. Ten tweede wil het ministerie meer grip krijgen op de werking van eerstelijns verblijf, op de te verwachten kosten en baten en inzicht in de wijze waarop het ministerie of andere veldpartijen kunnen sturen binnen het systeem. Door drijvende krachten te gaan monitoren kan het ministerie volgen of het eerstelijns verblijf werkt zoals beoogd. In deze rapportage is op basis van suggesties van experts een voorstel gedaan voor de te monitoren kenmerken⁷;
- c. Tot slot leveren de diagrammen en figuren ook voor andere stakeholders inzichten. Zo kan het onderzoek bijvoorbeeld als handvat dienen om het gesprek in de regio te faciliteren en op deze wijze gezamenlijke kennis te vergroten.

1.2.2 Aanpak en methodiek

10 Om het gewenste inzicht te verschaffen hebben wij samen met het veld een kwalitatief systeem dynamisch model ontwikkeld. Bij Systeemdynamica staat het gedrag en het begrijpen van complexe systemen voorop. Bij Systeemdynamica wordt niet enkel naar lineaire oorzaak-gevolg ketens gekeken. Systeemdynamica maakt de drijvende krachten in de vorm van zogenoemde 'causale loops' inzichtelijk en maakt duidelijk waar versterkende of juist balancerende 'feedback loops' opspelen. Dit wil zeggen dat een verandering in een drijvende kracht in het systeem een beweging in gang zet, wat vervolgens weer leidt tot een toe- of afname van het aspect dat de beweging is gestart.

11 In dit project heeft dat zich vertaald in een model dat een beeld geeft van de in-, door- en uitstroom van patiënten, de herkomst van de patiënten en de (eventuele) vervolgzorg na een opname in het eerstelijns verblijf. Het laat ketens zien van oorzaak en gevolg (causaliteit) die de patiëntenstroom nu en in de toekomst sturen. Het geeft daarmee zicht op de rollen van de betrokken externe partijen en gewenste en ongewenste mechanismen in het systeem. Daarnaast maken we inzichtelijk wat de belangrijkste drijvende krachten zijn achter de ontwikkeling van het zorggebruik in het eerstelijns verblijf.

12 Dit model is ontwikkeld met behulp van bestaande onderzoeken en rapportages en inzichten uit het veld. De geraadpleegde bronnen zijn genoemd in bijlage B. Het veld hebben wij betrokken door middel van drie expertbijeenkomsten, waarbij een afvaardiging van de verschillende relevante stakeholders aanwezig was⁸. Het gaat hierbij om de volgende professionals:

- a. Aanbieders en professionals van ELV;
- b. Ziekenhuizen en medisch specialisten;
- c. Huisartsen en wijkverpleging;
- d. Zorgkantoren en zorgverzekeraars;
- e. Uitvoeringsorganisaties (zoals ZIN, NZa en CIZ);
- f. Ministerie van VWS.

⁷ Onder een monitor verstaan wij een periodiek overzicht dat gebruikt wordt voor het volgen en/of bewaken van de zorgverlening en zorggebruik rondom het eerstelijns verblijf. De monitor elementen kunnen zowel kwalitatief (bijvoorbeeld mate van samenwerking tussen professionals), als kwantitatief (bijvoorbeeld patiënten aantallen) van aard zijn.

⁸ In bijlage A zijn de deelnemers van deze bijeenkomsten weergegeven.

1.3 Leeswijzer

13 In deze rapportage vindt u de bevindingen uit de verkenning naar de patiëntenstromen in het eerstelijns verblijf. In hoofdstuk 2 starten we met een toelichting op de doelgroep en het huidige gebruik van het eerstelijns verblijf. Dit heeft als doel om meer inzicht te krijgen in de aard en omvang van eerstelijns verblijf. De werking van het systeem eerstelijns verblijf hebben wij uitgewerkt in vijf modellen. In hoofdstuk 3 beschrijven wij deze modellen en lichten we toe wat de drijvende mechanismen zijn binnen het model. Op basis van suggesties van de experts beschrijven wij in hoofdstuk 4 de te monitoren elementen die meer grip kunnen geven op de in-, door- en uitstroom van patiënten. In hoofdstuk 5 geven wij een beschouwing van de exercitie en de inhoudelijke uitdagingen die wij zien op het gebied van eerstelijns verblijf. We sluiten af met een advies welke maatregelen het ministerie en het veld kunnen inzetten gegeven het voornemen om eerstelijns verblijf onder de reikwijdte van de Zvw te brengen per 2017.

2. Duiding van de doelgroep en het gebruik

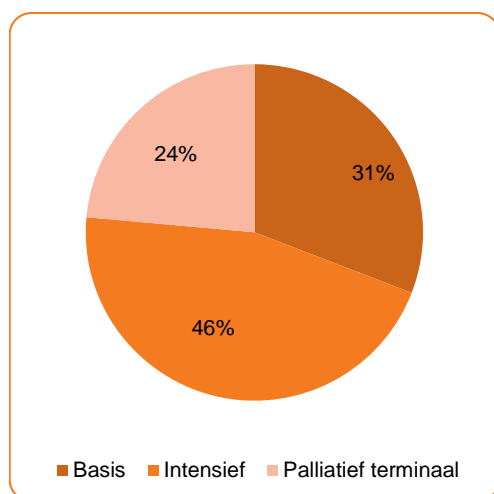
14 Voordat we ingaan op de werking van eerstelijns verblijf en de drijvende krachten omtrent het zorggebruik geven we een schets van de aard en omvang van eerstelijns verblijf. Vervolgens beschrijven wij de kenmerken van de huidige gebruikers van eerstelijns verblijf en gaan we nader in op de doelgroep van dit onderzoek.

15 Om het zorggebruik en de kenmerken van patiënten in kaart te brengen maken wij gebruik van indicatiegegevens van het CIZ, realisatiegegevens van zorgkantoren aangeleverd bij het Zorginstituut, administratiegegevens van het CAK en informatie uit kamerbrieven.

2.1 Huidig gebruik eerstelijns verblijf

2.1.1 Aantal patiënten

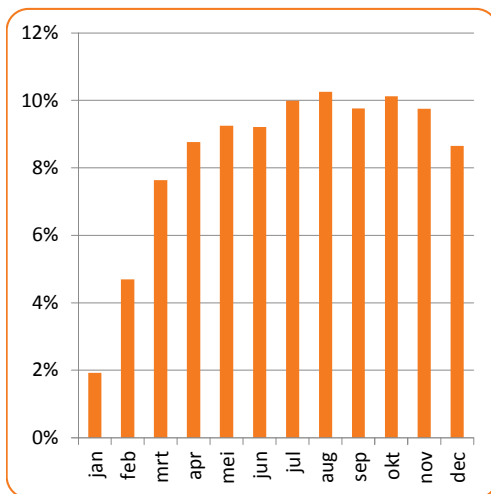
16 Van januari tot en met juni 2015 heeft het CIZ 12.164 positieve ELV-besluiten afgegeven. Het gaat hierbij om 11.731 unieke patiënten⁹. Het grootste deel van de patiënten heeft een indicatie voor eerstelijns verblijf intensief (zie figuur 2).



Figuur 2. Positieve ELV-besluiten (bron: CIZ, 2016)

17 Figuur 3 geeft de realisatiecijfers weer gedurende het jaar. In de eerste drie maanden van het jaar is een ingroei-effect van de subsidieregeling te zien. Zorg voor patiënten die al voor 1 januari 2015 een indicatie hebben gekregen voor een kortdurende opname werd namelijk nog gefinancierd vanuit de Wlz op grond van overgangsrecht. In de maanden april tot en met december 2015 zijn kleine fluctuaties te zien; op basis van deze gegevens is niet te duiden of hier sprake is van seizoenseffecten.

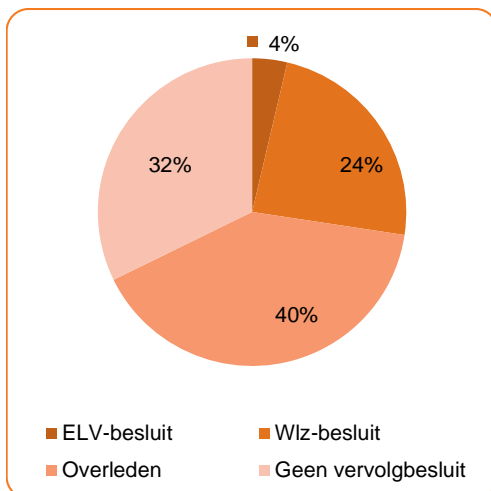
⁹ Eerstelijns verblijf: Gebruik subsidieregeling 2015 - Een onderzoek naar de kenmerken en doorstroom van de cliëntenpopulatie met een besluit voor ELV-zorg in de periode januari-juni 2015 (CIZ, 2016).



Figuur 3. Uitnutting budgettair kader per maand in 2015 (bron: VWS, declaratie monitor februari 2016)

18 Het gebruik van eerstelijns verblijf in 2015 is groter dan verwacht. Dit is mede zichtbaar in het budgettair kader. Zo is het originele kader in juli 2015 verruimd van € 96 miljoen naar € 163 miljoen. In november 2015 zijn eveneens extra middelen, € 20 miljoen, ter beschikking gesteld aan Wlz-uitvoerders voor eerstelijns verblijf. Het subsidiekader voor eerstelijns verblijf in 2015 kwam daarmee uit op € 183 miljoen¹⁰. Het budget voor 2016 bedraagt € 180 miljoen.

2.1.2 Patiënten stromen na het eerstelijns verblijf ook door naar de Wlz



Figuur 4. Doorstroom na het verblijf (bron: CIZ, 2016)

19 Het ministerie van VWS heeft de oorspronkelijke raming voor het budgettaire kader voor eerstelijns verblijf gemaakt op basis van aantallen patiënten die na een opname weer naar huis zijn teruggekeerd (met uitzondering van palliatieve opnamen). In deze raming is geen rekening gehouden met de patiënten die vanuit eerstelijns verblijf zijn doorgestroomd naar langdurig verblijf in een VV-instelling. De veronderstelling bij het maken van de raming was dat er bij aanvang van de verblijfszorg (Wlz of eerstelijns verblijf) duidelijkheid is of

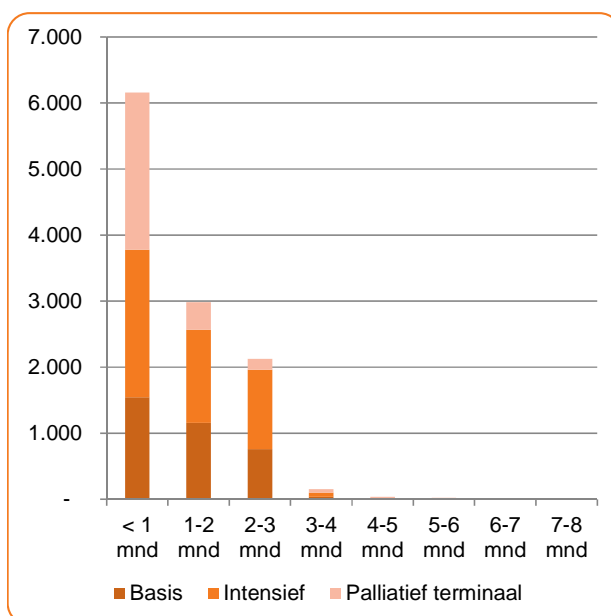
¹⁰ Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 november 2015. Nr. 873699-144439-LZ.

de verblijfszorg blijvend is of niet¹¹. Uit de cijfers van het CIZ volgt echter dat 24% van patiënten met een ELV-besluit in de eerste helft van 2015 is uitgestroomd met een Wlz-indicatie (zie figuur 4). Dit is mogelijk een onderschatting, omdat de gegevens gebaseerd zijn op besluiten (ELV of Wlz) zoals deze op 22 december 2015 bekend waren.

20 Van alle patiënten die in de eerste helft van 2015 een ELV-besluit kregen was 40% op 22 december 2015 overleden. Het is niet bekend of het cohort patiënten dat op 22 december 2015 blijkt te zijn overleden na de ELV-indicatie nog is doorgestroomd naar de Wlz. Bij 32% van de cliënten is er geen sprake van een vervolgbesluit door het CIZ en is de cliënt ook niet overleden. Mogelijk ontvangt deze groep inmiddels geen zorg meer of ontvangen zij zorg vanuit de Zorgverzekeringswet en/of Wet maatschappelijke ondersteuning (CIZ, 2016).

2.1.3 Duur zorgverlening

21 Uit gegevens van zorgkantoren volgt dat de duur van de zorgverlening gemiddeld 40 dagen is voor patiënten met een indicatie 'basis'¹². Voor patiënten met een indicatie 'intensief' is dit gemiddeld 41 dagen. Voor patiënten met een indicatie 'palliatief terminaal' duurt de zorgverlening gemiddeld 23 dagen. De verdeling van de zorgverleningsduur is weergegeven in figuur 5. De feitelijke ligduur is aanzienlijk lager dan de maximale geldigheidsduur van indicaties. Voor de prestaties basis en intensief is de geldigheidsduur van indicaties 3 maanden, voor de prestatie palliatief terminaal is dit maximaal 3 jaar.



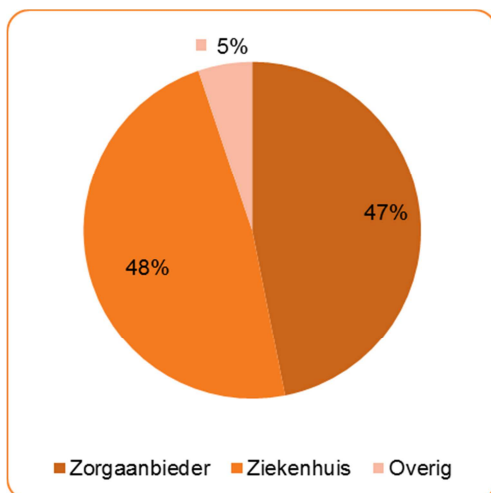
Figuur 5. Duur tussen de start en beëindiging van de hulpverlening (bron: ZIN, 2016)

¹¹ Derde voortgangsrapportage HLZ, 3e kwartaal 2015.

¹² De gegevens zijn gebaseerd op aantallen ELV-indicaties waarvan de zorglevering is gestart en beëindigd in de periode tussen 1 januari en 1 oktober 2015.

2.1.4 Doorverwijzers

22 Een cliënt kan op verschillende manieren worden doorverwezen naar een eerstelijns verblijf. De verdeling van het soort zorgaanvragers¹³ van eerstelijns verblijf is in onderstaand figuur onderverdeeld in de meest voorkomende typen: aanvragen door een zorgaanbieder, een (transferverpleegkundige vanuit het) ziekenhuis en overig. In 95% van de gevallen wordt een eerstelijns verblijf aangevraagd door ziekenhuizen en zorgaanbieders. De categorie 'overig' wordt gevormd door onder andere huisartsen, revalidatiecentra en aanbieders van zorg aan zintuigelijk beperkten. Het kleine aandeel van aanvragen door huisartsen is volgens het CIZ waarschijnlijk te verklaren doordat huisartsen vaak niet zelf rechtstreeks een ELV-aanvraag indienen bij het CIZ. Huisartsen zijn namelijk niet aangesloten op de digitale aanvraagmogelijkheid van zorg in het computersysteem van het CIZ. Als voor huisartsen bekend is waar zij een patiënt kunnen plaatsen maken zij contact met een zorgaanbieder, die vervolgens een aanvraag indient bij het CIZ. Uit ons onderzoek komt naar voren dat voor veel huisartsen vaak niet bekend is waar zij een patiënt kunnen plaatsen. Een regelmatig genoemde oplossing is dan dat zij hun patiënten eerst doorverwijzen naar het ziekenhuis. Hier zijn mogelijk lokale en regionale verschillen van invloed.



Figuur 6. Positieve ELV-besluiten naar type aanvrager (bron: CIZ, 2016)

23 Uit het rapport van het CIZ over het gebruik van de subsidieregeling blijkt verder dat ziekenhuizen vaker de prestaties ELV-basis (59%) en Palliatief terminale ELV-zorg (54%) aanvragen. Zorgaanbieders vragen ELV-intensief in verhouding tot de andere aanvragers het vaakst aan (57%) (CIZ, 2016).

2.1.5 Capaciteit eerstelijns verblijf

24 De zorg in het kader van eerstelijns verblijf vindt plaats in instellingen met zorg die in principe door de huisarts kan worden gegeven. Maar er is bijvoorbeeld speciale apparatuur nodig of voortdurend verpleegkundig toezicht die alleen in een zorginstelling beschikbaar zijn. Op basis van een uitvraag van het zorginstituut volgt dat er 331 gecontracteerde aanbieders eerstelijns verblijf zijn (op basis van gegevens van

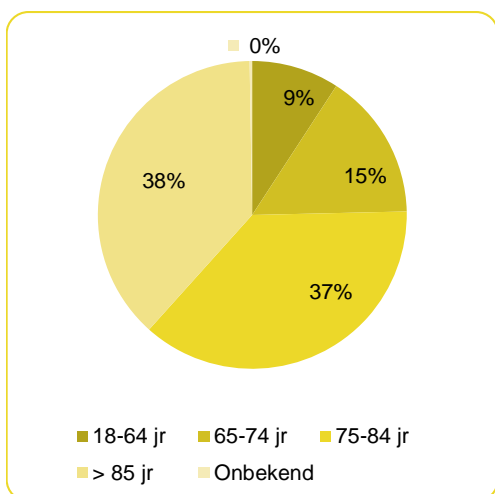
¹³ In de praktijk is het mogelijk dat de 'zorgaanvrager' verschilt van de 'verwijzer', bijvoorbeeld doordat huisartsen niet zijn aangesloten op het aanvraagstelsel van het CIZ.

begin 2016). Het aantal bezette bedden binnen deze aanbieders fluctueert per maand. Op basis van de uitvoeringsinformatie uit de iWlz (bron: Zorginstituut Nederland) zijn er op maandelijkse peildata (in de periode augustus t/m november 2015) 2.800 tot 3.200 patiënten opgenomen.

2.2 Kenmerken van de huidige gebruikers

2.2.1 Leeftijd

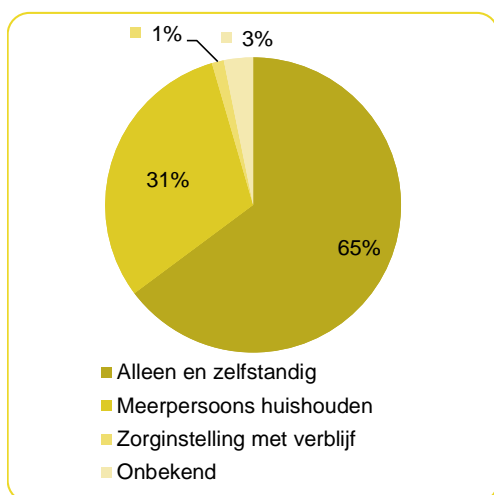
25 Figuur 7 geeft de verdeling weer van de leeftijd van gebruikers van eerstelijns verblijf. De patiënten zijn voornamelijk ouderen, 75% is ouder dan 75 jaar. Hiervan is zelfs 38% ouder dan 85 jaar.



Figuur 7. Leeftijd van gebruikers eerstelijns verblijf (bron: CIZ).

2.2.2 Woonsituatie

26 45% van de gebruikers van eerstelijns verblijf is weduwe of weduwnaar. Daarnaast woonde het grootste deel (65%) van de gebruikers van eerstelijns verblijf voor hun opname alleen en zelfstandig. 31% van gebruikers van eerstelijns verblijf woonde voor de opname in een meerpersoonshuishouden (bijvoorbeeld met partner en/of kinderen). In totaal wordt 96% van de patiënten vanuit huis, al dan niet met tussenkomst van een ziekenhuisopname, opgenomen in een eerstelijns verblijf. Van de overige cliënten is 3% afkomstig uit een zorginstelling met verblijf (bijvoorbeeld in het kader van geriatrische revalidatie zorg). Figuur 8 geeft deze verdeling schematisch weer.



Figuur 8. Woonsituatie van gebruikers van eerstelijns verblijf (bron: CIZ, 2016)

2.3 Afbakening doelgroep onderzoek

27 Het zorggebruik in het eerste half jaar van het eerstelijns verblijf laat zien dat de doelgroep met name bestaat uit kwetsbare ouderen. Kwetsbare ouderen zijn oudere mensen met een verminderde regie (of verlies aan regie) over het eigen leven met een veelzijdige hulp- en zorgbehoefte¹⁴. Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)¹⁵. Niet alle kwetsbare ouderen hebben complexe (zorg)problemen. Kwetsbare ouderen hebben wel allemaal een groot risico op complexe (zorg)problemen¹⁶. Het aantal 65-plussers zal naar schatting toenemen van 2,5 miljoen in 2009 naar 4,5 miljoen in 2040¹⁷. Dat betekent dat het absoluut aantal ouderen met complexe zorgvragen naar verwachting ook toeneemt.

2.3.1 Afbakening van en omvang van de groep kwetsbare ouderen

28 In dit onderzoek bakenen we de doelgroep af tot kwetsbare ouderen, omdat dit de grootste doelgroep is in het eerstelijns verblijf (CIZ, 2016). De hier geschetste groep heeft te maken met een aantal ontwikkelingen in de zorgsector. De trend is om kwetsbare ouderen langer thuis te laten wonen en daarnaast is de toegang tot de Wlz strenger geworden. Zo woonde in 2004 7,2% van de ouderen boven 65 jaar in een instelling, in 2011 was dat 6,5%¹⁸. Hierdoor neemt de omvang van de groep cliënten die mogelijk een beroep doet op deze voorzieningen voor tijdelijke zorg en ondersteuning toe¹⁹.

¹⁴ <http://www.kompleet.nl/kwetsbare-ouderen>.

¹⁵ Campen, C. van (2011). Kwetsbare Ouderen. Sociaal Cultureel Planbureau: Den Haag.

¹⁶ Vilans (2014) Kwetsbare ouderen: handreiking voor professionals & multidisciplinaire teams in de eerste lijn.

¹⁷ Centraal Bureau voor de Statistiek, Kerncijfers van de bevolkingsprognose, 2008-2050.

¹⁸ Alders, P., Costa-Font, J., de Klerk, M., Franka, R. (2015). What is the impact of policy differences on nursing homeutilization? The cases of Germany and the Netherlands. Health Policy.

¹⁹ Actiz (2015). Subsidieregeling eerstelijns verblijf: wijzigingen per 2016. www.actiz.nl/cms/showpage.aspx?id=40834.

29 Daarnaast heeft de demografische ontwikkeling tot gevolg dat de groep ouderen (ouder dan 80 jaar) in omvang toeneemt (zie bevolkingspiramide CBS). Het aantal kwetsbare personen in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder zal volgens het SCP-bevolkingsmodel tussen 2010 en 2030 naar verwachting toenemen van bijna 700.000 tot meer dan 1 miljoen personen. Dat is een geraamde toename met ruim 300.000 kwetsbare ouderen in de komende twintig jaar. Wellicht valt de stijging van het aantal kwetsbare ouderen wat lager uit, omdat er 'dempende' effecten zijn van 'healthy aging'. Het SCP wijst op het toenemende opleidingsniveau van ouderen als reden voor deze matiging (SCP, 2011).

30 Bovenstaande ontwikkelingen zorgen ervoor dat er mogelijk een groter beroep op eerstelijns verblijf zal worden gedaan.

2.3.2 Focus op ELV-basis en intensief

31 De kwalitatieve modellen in het volgende hoofdstuk brengen de in-, door- en uitstroom van patiënten, de herkomst van de patiënten en de (eventuele) vervolgzorg na een opname in het eerstelijns verblijf in kaart.

32 In het onderzoek leggen we de focus op de producten ELV-basis en ELV-intensief. Aangezien het eerstelijns verblijf in het kader van palliatief terminale zorg voor patiënten een laatste voorziening vormt, zijn doorstroom- en uitstroomgegevens niet van toepassing. Voor de producten ELV-basis en ELV-intensief is de behoefte om inzicht in de drijvende krachten achter de doorstroom- en uitstroom van patiënten juist relevant.

3. Werking van eerstelijns verblijf

33 In drie groepsbijeenkomsten (zoals toegelicht in paragraaf 1.2.2) is de werking van het systeem omtrent eerstelijnsverblijf in kaart gebracht. In dit hoofdstuk geven we deze bevindingen in modellen weer. Aan experts is gevraagd welke elementen uit de modellen de drijvende mechanismen vormen bij eerstelijns verblijf en welke variabelen de in-, door- en uitstroom van patiënten in eerstelijns verblijf het meest verklaren. Het systeem hebben we opgesplitst in vijf modellen:

1. Mechanismen eerstelijns verblijf op hoofdlijnen;
2. Het zorglandschap en daarmee alternatieve voorzieningen en zorg;
3. De behoefte aan eerstelijns verblijf vanuit de potentiële doelgroep;
4. Afweging tijdens de triage en instroom;
5. De ligduur die onder andere de doorstroom en uitstroom beïnvloedt.

Voor elk van deze modellen geven we naast een visuele weergave en een korte samenvatting in een tekstblok, een uitgebreide toelichting.

34 De (deel)modellen in dit hoofdstuk zijn als volgt te lezen:

a. De pijlen die tezamen de drijvende mechanismen vormen geven wij op de volgende wijze weer:

- Causale effecten
- ≡ Patiëntenstroom - direct effect op eerstelijns verblijf
- ... Patiëntenstroom - indirect effect op eerstelijns verblijf
- ⊥ Wegens overlijden stopt het zorgtraject
- // Zorgtraject wordt gecontinueerd

Causale effecten verbinden twee variabelen als oorzaak en gevolg. Met een + of een - is aangegeven of oorzaak en gevolg respectievelijk dezelfde richting van verandering hebben (als de oorzaak omhoog/omlaag gaat, dan ook het gevolg) of een tegengestelde richting hebben (als de oorzaak omhoog/omlaag gaat, dan gaat het gevolg omlaag/omhoog). Bijvoorbeeld een passend behandelplan verkleint de ligduur binnen ELV.

De patiëntenstromen geven zicht op de in-, door- en uitstroom van patiënten binnen en tussen voorzieningen. Het verschil tussen patiëntenstromen en causale effecten is dat het eerste de beweging van personen weergeeft en het causale effect de oorzaak weergeeft waarom ze gaan bewegen.

b. Wat betreft de variabelen, hanteren we de volgende kleurstellingen en coderingen:

- i. Patiënt en zorgvraag:
 - Patiëntkenmerken - lichtgeel
 - Zorgbehoefte - geel
 - Thuis - donkergeel
- ii. ELV:
 - Triage - oranje
 - ELV-zorg - donkeroranje
- iii. Andere zorgvormen:
 - Formele zorg thuis - hemelsblauw
 - Ziekenhuis - zeegroen
 - VV of GRZ - zeeblauw

3.1 Mechanismen op hoofdlijnen

35 Figuur 9 geeft op hoofdlijnen de mechanismen weer die invloed hebben op het zorggebruik in het eerstelijns verblijf. Het model is als volgt te lezen: het aantal personen dat is opgenomen in het eerstelijns verblijf is ten eerste afhankelijk van de behoefte aan kortdurend verblijf in het kader van geneeskundige zorg. Deze behoefte is op zijn beurt afhankelijk van de afweging door de patiënten en van de (medische) kenmerken van patiënten.

36 Naast de behoefte aan eerstelijns verblijf is de beschikbaarheid en de triage van invloed op het aantal personen dat gebruikmaakt van eerstelijns verblijf. Uiteraard is een geldige indicatie nodig voordat zorg geleverd kan worden en er moet een fysieke plaats beschikbaar zijn (in de regio). De beschikbaarheid is mede afhankelijk van andere vormen van (regionale) zorg die de zorgvraag (deels) kunnen vervullen. Hierbij kun je denken aan geriatrische revalidatiezorg, wijkverpleging opname in een ziekenhuis. Dit noemen we het zorglandschap.

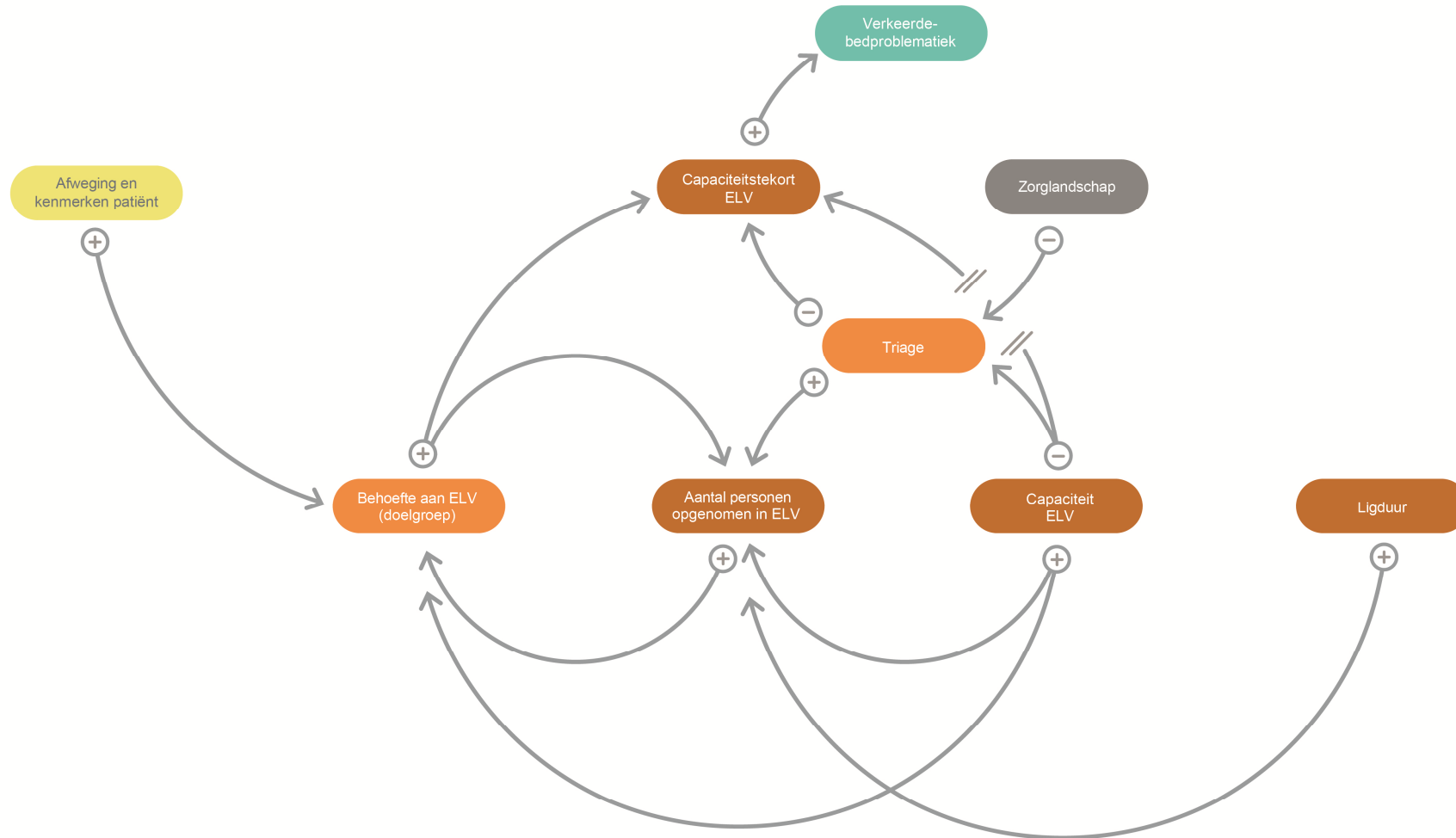
37 Tot slot is de uitstroom en doorstroom naar andere voorzieningen bepalend voor het aantal patiënten dat is opgenomen in het eerstelijns verblijf. Wanneer er een grotere vraag is naar het eerstelijnsverblijf dan het beschikbare aanbod ontstaat er een capaciteitstekort. Hierdoor kunnen wachtlijsten ontstaan en worden patiënten mogelijk in andere voorzieningen opgenomen of verzorgd die niet het meest passend zijn (verkeerde-bedproblematiek).

38 Deze mechanismen zijn samen te vatten in vier facetten die in belangrijke mate het gebruik van eerstelijns verblijf beïnvloeden:

- a. Het zorglandschap en daarmee alternatieve voorzieningen en zorg;
- b. De behoefte aan eerstelijns verblijf vanuit de potentiële doelgroep;
- c. Afweging tijdens de triage en instroom;
- d. De ligduur die onder andere de doorstroom en uitstroom beïnvloedt.

Deze vier facetten lichten we in de volgende paragrafen aan de hand van figuren nader toe.

Figuur 9. Mechanismen eerstelijns verblijf op hoofdlijnen



3.2 Het zorglandschap

39 Figuur 10 geeft op hoofdlijnen het zorglandschap weer van patiënten die potentieel tot de doelgroep van eerstelijns verblijf horen. Het zorglandschap laat zien op welke wijze de patiënten door het systeem kunnen bewegen. Op welke wijze zij door het systeem bewegen is afhankelijk van de drijvende mechanismen die wij in de volgende modellen weergeven.

40 Patiënten kunnen via verschillende wegen instromen in een eerstelijnsvoorziening:

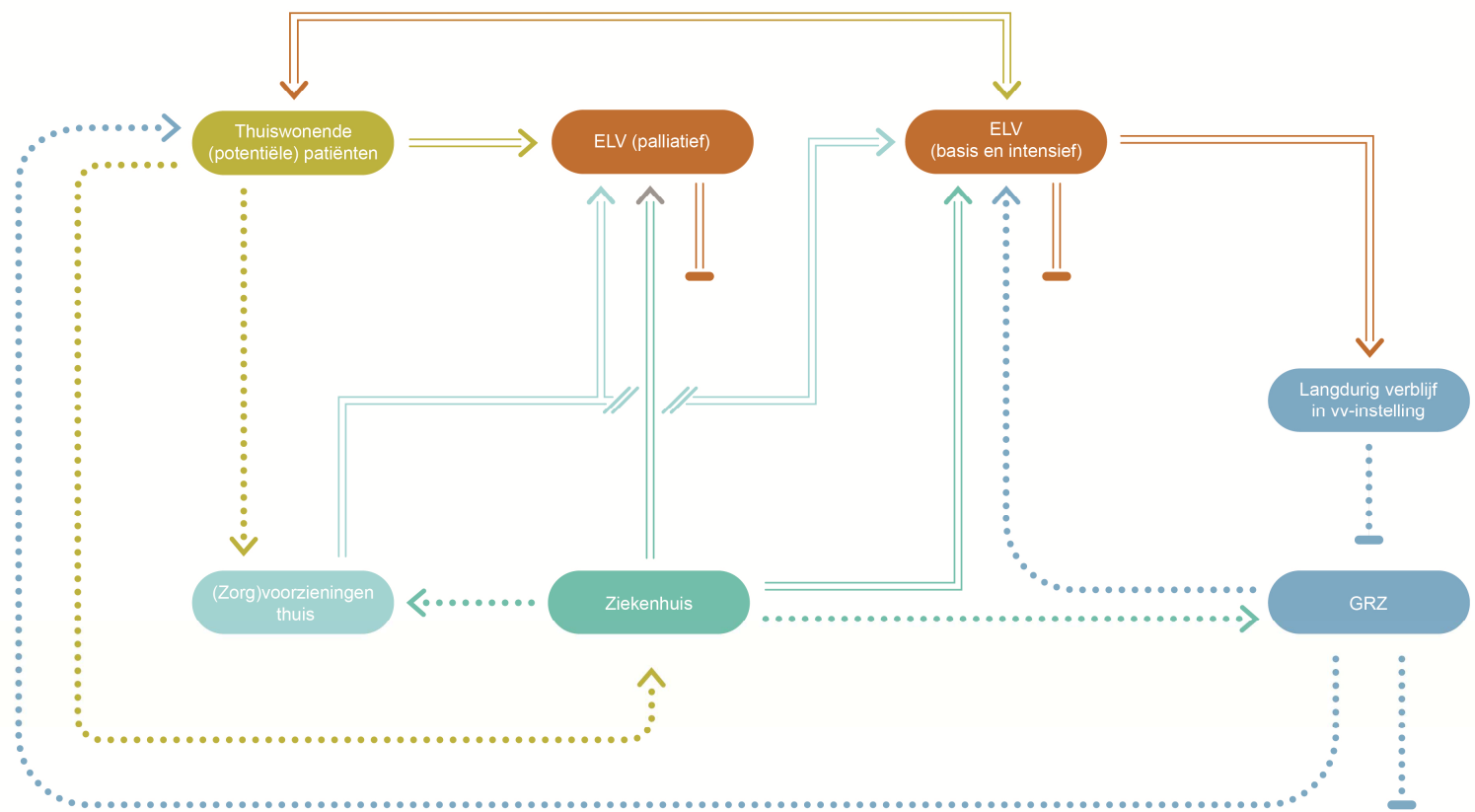
- a. Vanuit de thuissituatie;
- b. Na een opname in het ziekenhuis;
- c. Vanuit de geriatrische revalidatiezorg (GRZ).

41 Vanuit de thuissituatie is de huisarts²⁰ degene die de patiënt doorverwijst naar eerstelijns verblijf. Dit kan een directe verwijzing zijn of kan via het ziekenhuis verlopen. In dat laatste geval verwijst de huisarts de patiënt door naar de spoedeisende hulp (SEH), of geeft een doorverwijzing voor een poliklinische afspraak. Indien de patiënt vervolgens niet opgenomen is in het ziekenhuis, zorgt de huisarts voor de doorverwijzing naar eerstelijns verblijf. Indien de patiënt wel (acuut) in het ziekenhuis is opgenomen, kan het ziekenhuis (veelal door een transferverpleegkundige) de patiënt doorverwijzen naar eerstelijns verblijf. Tot slot stroomt een klein aantal patiënten vanuit de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) door naar een eerstelijns verblijf.

42 Na een opname in een eerstelijns verblijf gaan patiënten terug naar huis (al dan niet met zorg thuis), stromen door naar een (andere) zorginstelling (zoals een VV-instelling) of overlijden tijdens de opname.

²⁰ Onder 'de huisarts' verstaan we de gehele huisartsenvoorziening, zoals de huisartsenpost.

Figuur 10. Zorglandschap eerstelijns verblijf



De stroom van patiënten kan in bovenstaande figuur worden gevolgd. In de verschillende vlakken is weergegeven waar de patiënten verblijven en zorg ontvangen; het zorglandschap. Met de pijlen tussen deze verblijfplaatsen is weergegeven welk pad zij kunnen afleggen. Patiënten stromen in het eerstelijns verblijf in vanuit huis, het ziekenhuis of de geriatrische revalidatiezorg. Patiënten stromen uit terug naar huis, naar langdurig verblijf in de Wlz of overlijden binnen het eerstelijns verblijf.

3.3 Behoeftte aan eerstelijns verblijf en de doelgroep

43 Onderstaand figuur op hoofdlijnen en het tekstblok geven weer op welke wijze de behoefte aan eerstelijns verblijf en de potentiële doelgroep wordt beïnvloed. Figuur 11 op de volgende pagina geeft dit op een gedetailleerde wijze weer.



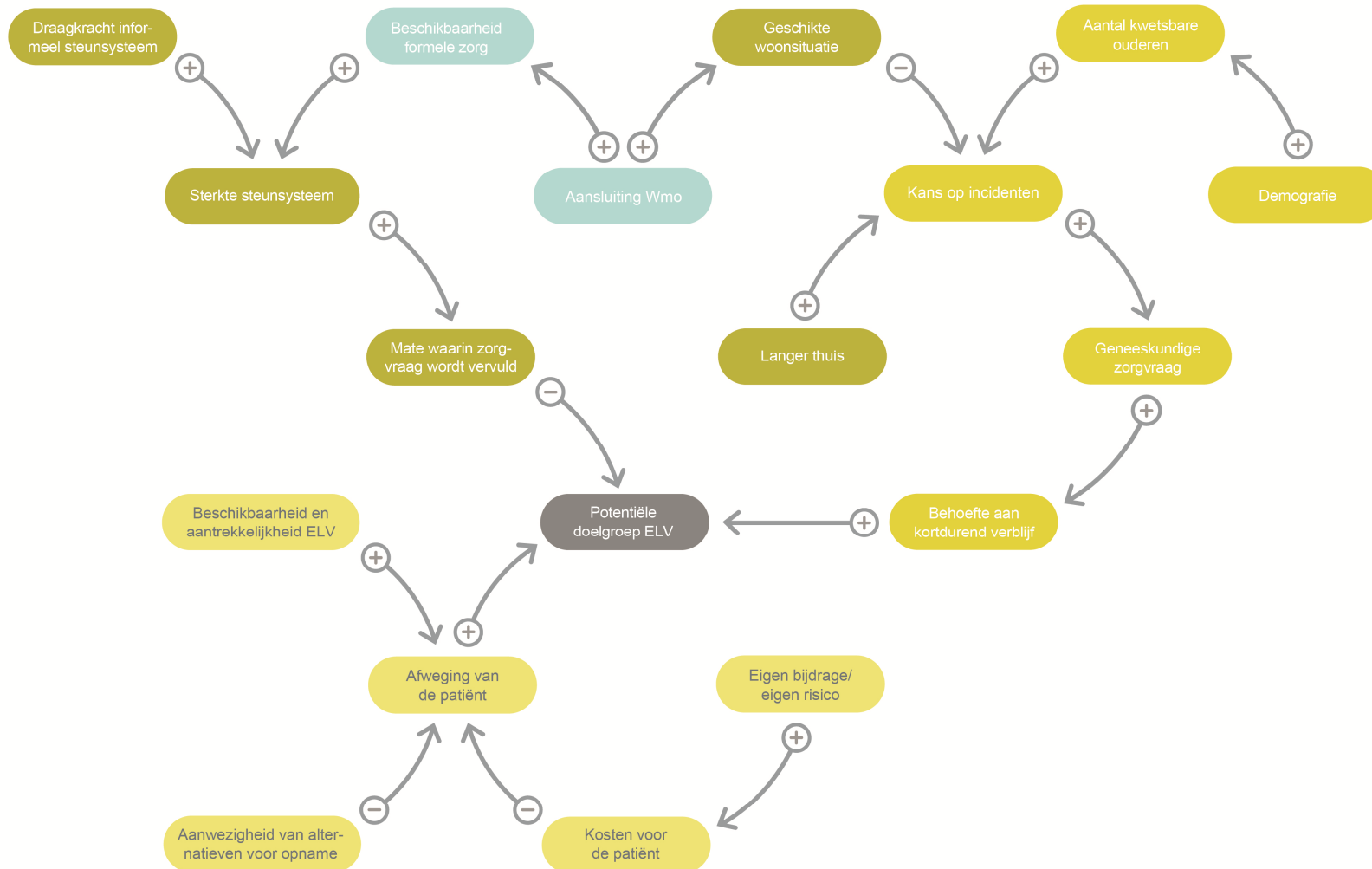
44 In onderstaande paragrafen beschrijven wij op welke wijze de drie mechanismen de opvang van de potentiële doelgroep beïnvloeden.

3.3.1 Kortdurende zorgbehoefte

45 De behoefte aan kortdurend verblijf wordt beïnvloedt door een geneeskundige zorgvraag. Gezien de doelgroep, de kwetsbare ouderen, ontstaat deze vaak na een incident. Onder incidenten verstaan wij zowel valincidenten of incidenten in het (tijdelijk) wegvallen van andere vormen van informele of formele ondersteuning (bijvoorbeeld als een mantelzorgver wegens ziekte tijdelijk zelf niet de zorg op zich kan nemen). De kans op het aantal incidenten wordt vergroot door demografische ontwikkelingen. Er is een toename in het aantal kwetsbare ouderen te zien die vaker thuis wonen (zie hiervoor ook paragraaf 2.3.1).

46 Een belangrijke rol wordt gespeeld door de mate waarin de woningen zijn aangepast, dit met het oog op valincidenten die bij ouderen tot fracturen kunnen leiden die de gezondheidstoestand op langere termijn forse schade kunnen toebrengen. Een minder aantrekkelijke omgeving hangt vaak samen met langdurige vormen van kwetsbaarheid (SCP, 2011). De aanname is dat als Wmo-voorzieningen kunnen voorzien in de vraag van kwetsbare ouderen, deze doelgroep in een meer geschikte woonsituatie kan verblijven.

Figuur 11. Behoeftte aan eerstelijns verblijf en potentiële doelgroep



3.3.2 Sterkte van het steunsysteem

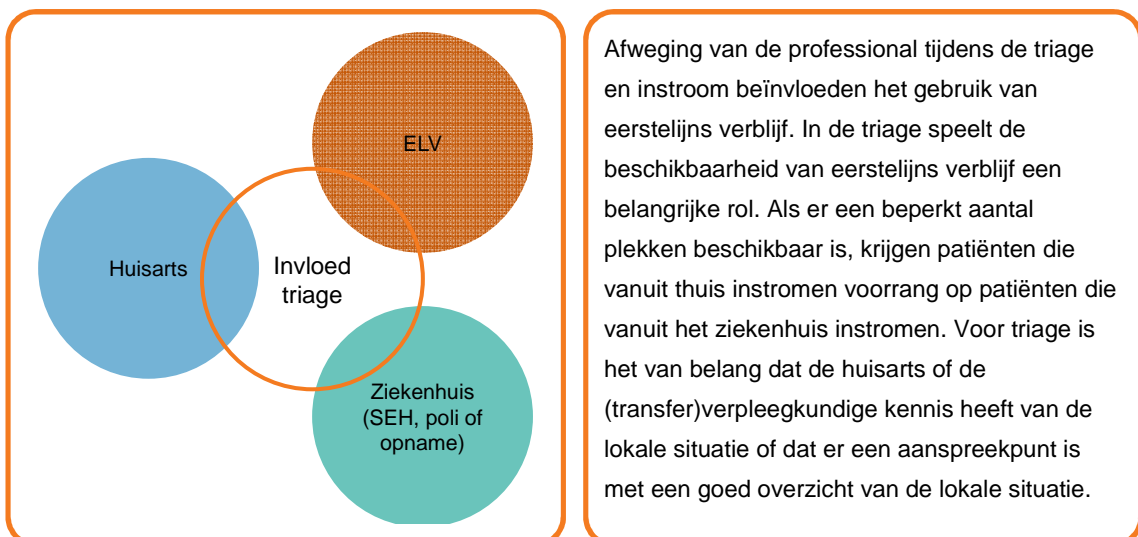
47 De zorgvraag van de kwetsbare ouderen kan al deels worden vervuld door het steunsysteem. Dit kan vervuld worden door de draagkracht van het informele steunsysteem en de beschikbaarheid van formele zorg. De draagkracht van het informele steunsysteem wordt beïnvloed door de beschikbaarheid van familie, buren en kennissen en de mate waarin zij hulp kunnen verlenen. Dit is vaak afhankelijk van de wijze waarop zij ook door de formele zorg, mantelzorgondersteuning of respijtzorg worden ondersteund. Op deze manier wordt voorkomen dat zij overbelast raken. Doordat deze ondersteuning grotendeels onder de Wmo valt zijn hier regionale verschillen in mogelijk.

3.3.3 Wens van de patiënt

48 De financiële, emotionele en logistieke afwegingen van de patiënt (en de familie) spelen een belangrijke rol bij de behoefte aan eerstelijns verblijf. De afwegingen die de patiënt op deze onderwerpen maakt, hebben invloed op de feitelijke aard en de locatie van opname. De patiënt kan in sommige gevallen kiezen voor een vergelijkbare voorziening elders in het zorglandschap of kiezen voor een terugkeer naar huis wanneer de benodigde (in)formele zorg en ondersteuning aan huis geboden kunnen worden. In de afweging van de patiënt speelt de zelfredzaamheid van de patiënt en de aantrekkelijkheid en beschikbaarheid van de voorziening een belangrijke rol.

3.4 Inrichting triage en invloed triage op instroom

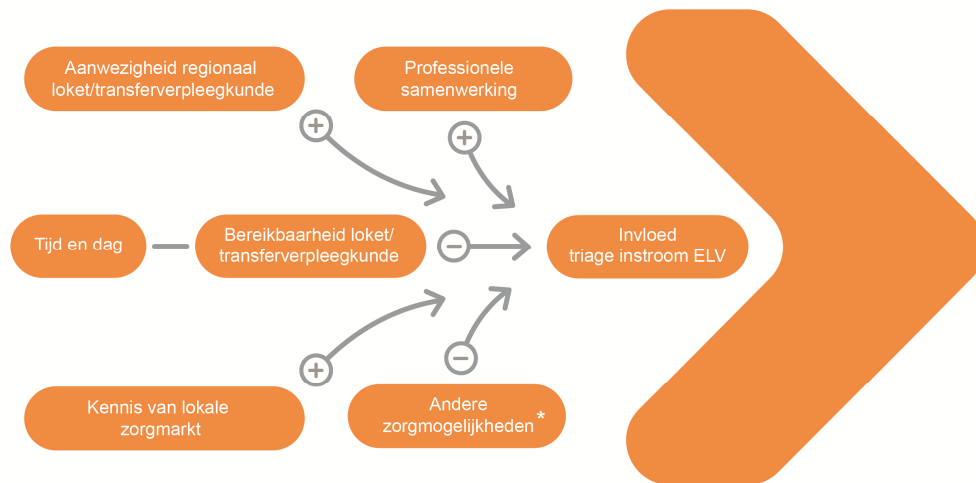
49 Onderstaand figuur en het tekstblok laten zien op welke wijze de triage invloed heeft op de instroom in het eerstelijns verblijf. Figuur 12 op de volgende pagina geeft dit op een gedetailleerde wijze weer.



50 Een cliënt kan op verschillende manieren doorverwezen worden naar een eerstelijns verblijf: direct via de huisarts, (in)direct via de huisarts na een bezoek aan de spoedeisende hulp (eventueel gevolgd door een ziekenhuisopname) of na een bezoek aan de polikliniek (eventueel gevolgd door een ziekhuisopname).

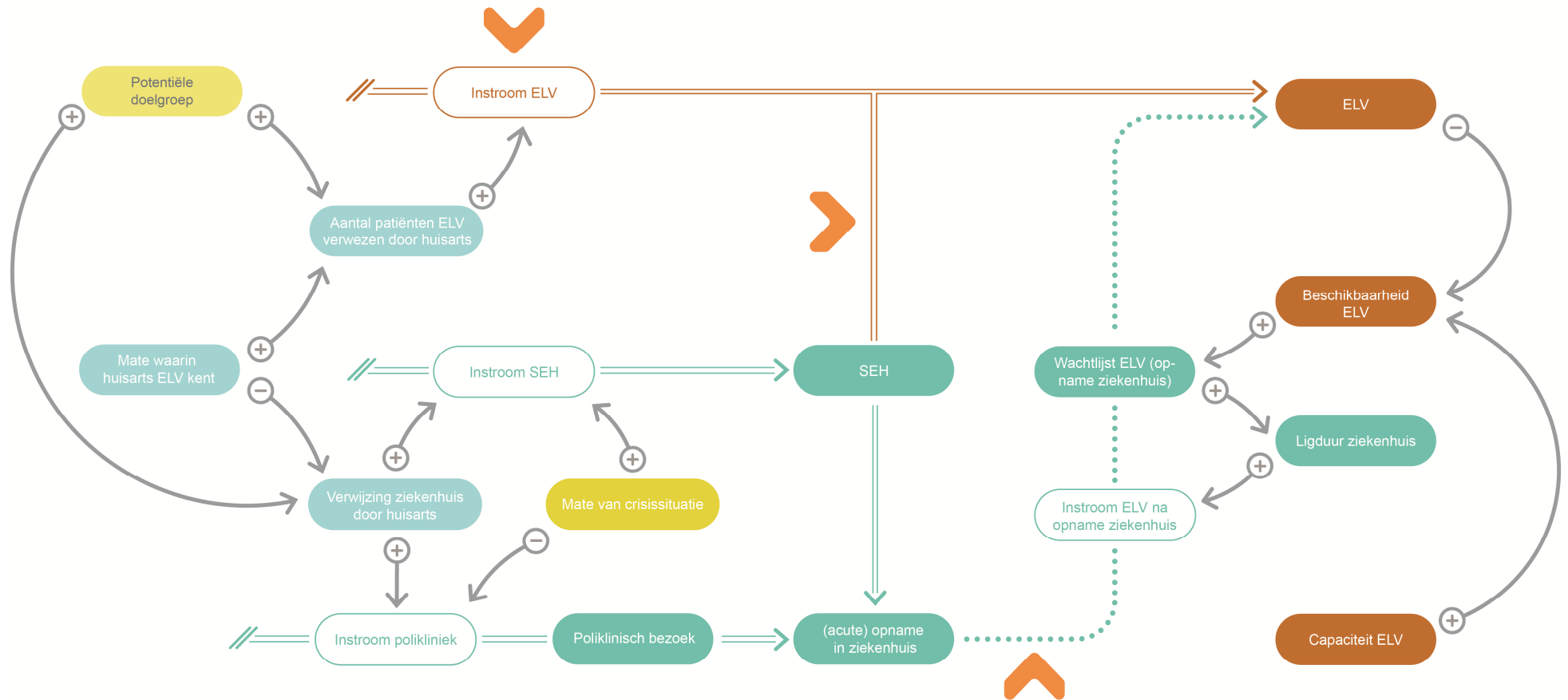
Figuur 13. Triage en instroom

Deel 1: Invloed inrichting triage



* Bijvoorbeeld geriatrische revalidatiezorg, directe instroom in de Wlz, wijkverpleging of opname in het ziekenhuis.

Deel 2: Invloed triage op de instroom



51 Bij de instroom in eerstelijns verblijf vanuit het ziekenhuis speelt de beschikbaarheid van plaats in de voorziening een belangrijke rol. Wanneer op enig moment geen plaatsen beschikbaar zijn, komt het voor dat een patiënt nog enige tijd in het ziekenhuis blijft in afwachting van een plaats in het eerstelijns verblijf. In dat geval spreken we van 'verkeerde-bedproblematiek'. Daarnaast is er vanuit het ziekenhuis de mogelijkheid om patiënten door te verwijzen naar geriatrische revalidatiezorg²¹. Afhankelijk van de kennis van eerstelijns verblijf en de beschikbaarheid van beide zorgvormen kan door de klinische geriater²² de afweging worden gemaakt waar de patiënt naar wordt doorverwezen.

52 Bij een patiënt die vanuit huis opgenomen wordt in een eerstelijns verblijf is er vaak sprake van spoed, hetzij door de medische situatie van de patiënt, dan wel omdat de zorg thuis (tijdelijk) niet aansluit op de behoefte van de patiënt. Wanneer de patiënt vanwege plaatsgebrek niet opgenomen kan worden in een instelling in de buurt of de voorkeursinstelling van de patiënt, wordt er gezocht naar een beschikbare eerstelijns verblijfsvoorziening in de nabije omgeving.

53 Kennis bij de huisarts van de lokale situatie en van het (lokale) zorglandschap zijn van invloed op de instroom in eerstelijns verblijfsvoorzieningen. Dit komt tot uiting in de kwaliteit van de triage. Voor een goede triage is het van belang dat de huisarts of de (transfer)verpleegkundige deze kennis heeft of dat er een centraal aanspreekpunt is met een goed overzicht van de lokale situatie die de huisarts of de transferverpleegkundige kan bijstaan in het triageproces.

3.5 Doorstroom en uitstroom

54 Onderstaand overzicht en tekstblok geven een beknopt beeld van welke elementen de doorstroom en uitstroom vanuit het eerstelijns verblijf beïnvloeden. Figuur 14 op pagina 28 geeft een meer gedetailleerd beeld van de patiëntenstromen vanuit het eerstelijns verblijf (basis en intensief). Naast dat patiënten



De door- en uitstroom uit een eerstelijns verblijf wordt in grote mate beïnvloed door de multidisciplinaire samenwerking tussen verschillende betrokken professionals. Een passend behandelplan waarin de thuissituatie wordt meegenomen draagt bij aan het verkorten van de ligduur en uitstroom naar huis. Het vroegtijdig opstellen van een behandelplan draagt ook bij aan de doorstroom naar intramurale zorg. Een vloeiende door- en uitstroom heeft positieve invloed op de beschikbaarheid van eerstelijns verblijf.

²¹ Definitie: Integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plagen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

²² Of een medisch specialist met klinisch geriatrische kennis.

overlijden in het eerstelijns verblijf, zijn er twee richtingen waar de patiënt naartoe doorstroomt: terug naar huis of instroom in een instelling voor langdurig verblijf in het kader van de Wlz.

55 Er is een aantal mechanismen werkzaam die bepalen in welke richting een patiënt beweegt na het eerstelijns verblijf. Het uitgangspunt is dat patiënten waar mogelijk weer uitstromen naar huis (eventueel met ondersteuning thuis). Wanneer de patiënt medisch gezien een blijvende zorgbehoefte heeft en aangewezen is op zorg met permanent toezicht of 24 uur zorg nabij, zal de patiënt de Wlz instromen. In de andere gevallen is de passende zorg en ondersteuning thuis een beslissende factor. Er worden verschillende onderwerpen afgewogen, onder andere de aanwezigheid van het formele en informele steunsysteem. Het gaat er om of de sterkte en de beschikbaarheid voldoende aansluiten bij de medische situatie van de patiënt. Daarbij geldt dat na een opname in een eerstelijns verblijf bij veel patiënten sprake kan zijn van (tijdelijke) cognitieve problemen die ontstaan zijn tijdens de opname in een eerstelijns verblijf (en/of een voorafgaande ziekenhuisopname).

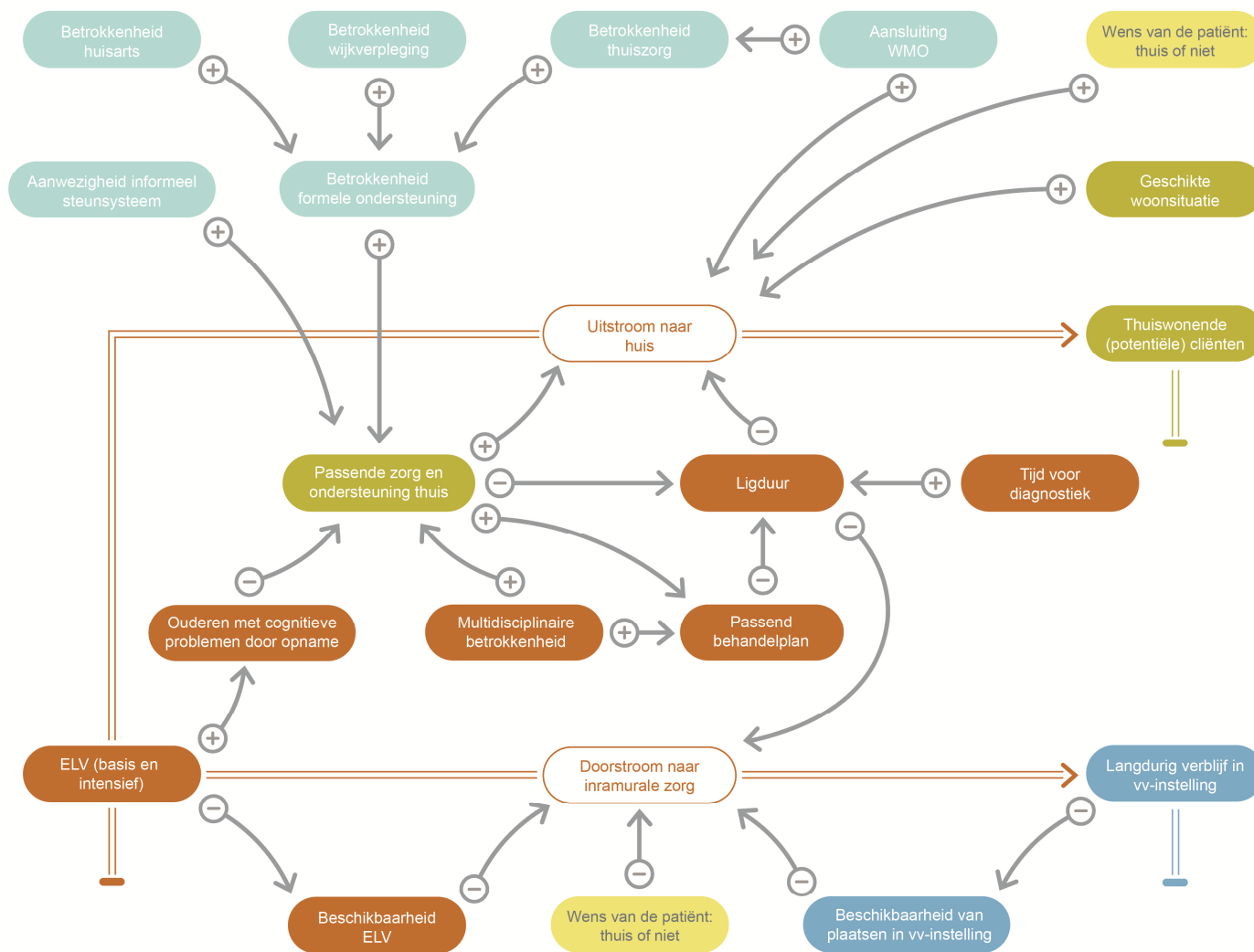
56 Om de passende zorg thuis vorm te geven is multidisciplinaire betrokkenheid een belangrijke voorwaarde. Onder multidisciplinaire betrokkenheid verstaan we de betrokkenheid van professionals buiten de instellingen om, bijvoorbeeld het betrekken van de huisarts of de wijkverpleging. Hierdoor is het mogelijk om zowel zorg thuis optimaal in te richten en voorafgaand aan de opname en tijdens de opname een passend behandelplan op te stellen waardoor de ligduur in de eerstelijns voorziening kan worden bekort.

57 Deze ligduur bepaalt het moment van uitstroom naar huis of naar intramurale zorg in het kader van de Wlz. Voor de uitstroom naar huis is de aansluiting van de Wmo met de (passende) zorg en ondersteuning thuis van belang. Niet alleen als directe invloed, maar ook omdat vanuit de Wmo de betrokkenheid van de thuiszorg en dagbesteding wordt geregeld, die naast huisarts en wijkverpleging samen de formele ondersteuning van de patiënt thuis vormen.

58 De uitstroom vanuit een eerstelijns verblijf wordt daarnaast beïnvloed door de wens van de patiënt. Hierbij spelen financiële, emotionele en logistieke overwegingen van de patiënt (en wellicht van de familie) een rol.

59 Ten slotte spelen er factoren een rol die te maken hebben met de beschikbare capaciteit van de eerstelijns voorziening of van de intramurale instelling. Wanneer er in een intramurale instelling geen plaats is voor de patiënt (uiteraard mede afhankelijk van de zorgvraag) is een doorstroom naar huis of een langer verblijf in het eerstelijns verblijf het meest waarschijnlijk.

Figuur 14. Doorstroom en uitstroom



4. Suggesties voor monitor

⁶⁰ Hoofdstuk 3 geeft inzicht in de drijvende krachten van het systeem rondom het eerstelijns verblijf. Om de ontwikkelingen rond eerstelijns verblijf structureel te kunnen volgen hebben de experts suggesties gegeven om deze drijvende krachten te monitoren. In dit hoofdstuk beschrijven wij per model welke elementen gemonitord zouden moeten worden. Onder de monitor verstaan we een periodiek overzicht die landelijk of regionaal inzicht geeft in de potentiële doelgroep voor het eerstelijns verblijf, het zorggebruik en processen (bijvoorbeeld afspraken op regionaal niveau) die invloed kunnen hebben op een optimaal werkende zorgketen.

4.1 Monitorelementen zorglandschap

⁶¹ Volgens de experts zijn de drijvende krachten in dit systeem de beschikbaarheid en inzicht in (de beschikbaarheid van) het zorglandschap. Dit draagt bij aan een gezonde doorstroom in het systeem en daarmee aan passende zorg. Aangezien de wens bestaat om de zorg zo veel mogelijk dichtbij te organiseren is het van belang dat deze informatie op regionaal niveau toegankelijk is. De volgende elementen dienen gemonitord te worden:

1. Beschikbaarheid eerstelijns verblijf (ook inzicht in potentiële piekbelasting in het jaar);
2. Beschikbaarheid andere vormen van zorg, zoals:
 - i. Huisartsenzorg;
 - ii. Wijkverpleging;
 - iii. Geriatrische revalidatiezorg;
 - iv. Langdurige verblijfszorg in een VV-instelling;
 - v. Respijtzorg;

4.2 Monitorelementen potentiële doelgroep eerstelijns verblijf

Om zowel op de korte termijn, als op de langere termijn voldoende grip te blijven houden op de behoefte van eerstelijns verblijf, identificeerden de experts drie elementen die de drijvende krachten vormen van de potentiële doelgroep. Door deze elementen te monitoren is het mogelijk om vroegtijdig verwachtingen van de doelgroep te expliciteren. De drie elementen zijn:

3. Inzicht in toenemende geneeskundige zorgvraag gebruikers eerstelijns verblijf:
 - i. Welke zorgverlening werd al ingezet (vanuit de verschillende stelsels)?
 - ii. Wat is de zorgvraag voor opname (bijvoorbeeld door middel van een zorgplan)?
 - iii. Heeft de patiënt al een Wlz indicatie?
4. Aantal kwetsbare ouderen in de regio:
 - i. Inzicht in leeftijd;
 - ii. Inzicht in algehele achteruitgang (bijvoorbeeld met behulp van kenmerken geregistreerd door huisartsen ICPC code A05);
 - iii. Woonomstandigheden van ouderen; aandeel dat woont in toekomstbestendige woning.
5. In kaart hebben van het steunsysteem:
 - i. Vroeg signalering: opsporen van eenzaamheid door toepassing van lokale initiatieven (zoals het keukentafelgesprek, 70-/80-jarigen brief, initiatief 'samen oud');

- ii. Preventie: mantelzorg en ondersteuning in de vorm van voorzieningen zoals dagbesteding en maaltijdservice.

4.3 Monitorelementen triage en instroom

62 Voor de instroom en de triage naar eerstelijns verblijf of beter passende voorzieningen zijn volgens de experts drie elementen van belang om zicht op te blijven houden. Namelijk de zorgvraag van de patiënt, de beschikbaarheid van een triageloket en de beschikbaarheid van zorg en het zorglandschap (zoals reeds beschreven in paragraaf 4.1).

- 6. Zorgvraag (en kennis daarvan) van de patiënt:
 - i. Aanwezigheid van samenwerkingsafspraken op regionaal niveau;
 - ii. Beschikbaarheid en volledigheid patiëntendossier van de huisarts bij de huisartsenpost (HAP).
- 7. Beschikbaarheid triageloket:
 - i. Beschikbaarheid 7 dagen per week tussen 8.00 en 23.00 uur;
 - ii. Samenwerkingsafspraken tussen (in elk geval) huisarts, ziekenhuis en aanbieders van eerstelijns verblijf.

4.4 Monitorelementen doorstroom en uitstroom

63 Wanneer patiënten eenmaal gebruikmaken van eerstelijns verblijf is het, in het kader van kwaliteit en doelmatige zorg, van belang dat er wordt bekeken of de zorg nog zinnig is en patiënten uit kunnen stromen. Gezien de wens om zo veel mogelijk mensen thuis te kunnen laten wonen, is de intentie om daar waar mogelijk uit te stromen naar huis (met eventuele ondersteuning thuis), in plaats van naar langdurige Wlz-zorg in een VV-instelling. Om deze doelstelling te bereiken zijn volgens de experts de volgende elementen van belang om te monitoren:

- 8. Wens van de cliënt:
 - i. In hoeverre wordt er aandacht besteed aan het verwachtingsmanagement van de patiënt en zijn naasten om terug te keren naar huis;
 - ii. Bespreken van casuïstiek: wordt er in de regio geleerd van ervaringen uit het verleden?
- 9. Welke zorg wordt geleverd in het eerstelijns verblijf:
 - i. Gemiddelde zorgduur;
 - ii. Inzicht in type zorgverlening (bijvoorbeeld diagnostiek, hulpverlening, nog in zorg in verband met wachtlijst).
- 10. Kwaliteit van eerstelijns verblijf/beschikbaarheid zorgplan:
 - i. Tijdigheid: is het zorgplan binnen 2 weken na opname vastgesteld?
 - ii. Betrokkenheid van maatschappelijk werker (binnen de instelling voor eerstelijns verblijf);
 - iii. Multidisciplinaire betrokkenheid (buiten de instelling om).
- 11. Doorstroommogelijkheden (ook beschikbaarheid en toegankelijkheid andere zorgvormen, zie paragraaf 4.1):
 - i. Behandeling gericht op terugkeer naar huis;
 - ii. Kwaliteit van zorg thuis (waaronder Wmo-voorzieningen);
 - iii. In hoeverre wordt er continuïteit van zorg geleverd;
 - iv. In kaart hebben en betrekken van het steunsysteem.

5. Beschouwingen en aanbevelingen

5.1 Beschouwingen

5.1.1 *Het systeem van eerstelijns verblijf is goed in beeld gebracht*

64 Met behulp van een brede groep aan (zorg)professionals is het gelukt om een goed samenhangend beeld te geven van het 'systeem' van het eerstelijns verblijf. Daarmee is een uitgebreid(er) beeld ontstaan van alle verbanden in het systeem, het gedrag van verschillende professionals en beleidsmakers in het systeem en de onderlinge verbanden.

65 Met deze modelbeschrijving is het mogelijk om nader onderzoek te doen naar het te verwachten gebruik van het ELV en de wijze waarop het gebruik te beïnvloeden is. Tevens vormt de modelbeschrijving een goede basis om te bepalen op welke aspecten nadere monitoring kan plaatsvinden om op regionaal en landelijk niveau de ontwikkelingen rond de vraag naar en gebruik van eerstelijns verblijf structureel te kunnen volgen.

5.1.2 *Eerstelijns verblijf in samenhang zien met verschillende (zorg)domeinen*

66 Tijdens de inventarisatie en het in kaart brengen van het eerstelijns verblijf was een brede scope van stakeholders betrokken (zoals aanbieders en professionals van eerstelijns verblijf, ziekenhuizen en medisch specialisten huisartsen en wijkverpleging). Nog meer dan verwacht liet dit zien dat deze brede scope noodzakelijk is om de in-, door- en uitstroom in kaart te brengen. Eerstelijns verblijf is geen zorgvorm op zich. Doordat de zorg veelal wordt geleverd aan kwetsbare ouderen, gebruiken de patiënten vaak al voordat ze instromen in het eerstelijns verblijf andere vormen van zorg. Ook wanneer zij uitstromen is er vaak nog een zorg- en/of ondersteuningsbehoefte. Om een optimaal werkende keten te laten functioneren is het dan ook van belang om de samenhang met andere vormen van zorg, ook in andere domeinen, te blijven zien.

67 Daarnaast spelen de veranderingen in de zorg een rol bij het goed inrichten van de keten. De veranderingen in de stelsels, de toeleiding en toegang en de beschikbare budgetten leiden ertoe dat er veranderingen optreden die bestaande werkwijzen en bestaande relaties in de hele keten veranderen. Vooralsnog vinden er niet of nauwelijks beleidsmatige of uitvoeringsgerelateerde afwegingen plaats over domeinen heen. Zo kan het bijvoorbeeld de uitstroom uit eerstelijns verblijf helpen als een cliënt dagbesteding heeft waardoor de mantelzorger wordt ontlast in de thuissituatie. Wanneer de gemeente echter veranderingen doorvoert in de dagbesteding en deze minder toegankelijk wordt, of er onvoldoende middelen zijn om woningen passend te maken, heeft dit ook effect op een makkelijke uitstroom uit het eerstelijns verblijf.

68 De brede betrokkenheid tijdens deze inventarisatie is daarnaast mogelijk al een deel van de oplossing om te komen tot een optimaal werkende keten. Het geeft inzicht in elkaars overwegingen tijdens de verschillende fasen van het zorgproces. Hierdoor ontstaat meer kennis en begrip van de afwegingen van elkaar en de positie van de verschillende relevante stakeholders. Voor het goed functioneren van het eerstelijns verblijf in de praktijk is het noodzakelijk om met verschillende stakeholders regionaal zo goed mogelijk afspraken te maken om tot een gebalanceerde keten te komen. Daarbij is het van belang de betrokkenheid van stakeholders niet te beperken tot de zorgprofessionals, maar ook de gemeente als partner hierin een rol te

geven. Zoals hiervoor genoemd hebben gemeentelijke keuzes met betrekking tot voorzieningen zoals huishoudelijke hulp, maaltijdvoorziening en dagbesteding een belangrijk effect op het gebruik van het eerstelijns verblijf.

5.1.3 *De belangen liggen in verschillende domeinen niet gelijk*

69 Doordat het eerstelijns verblijf te maken heeft met veel verschillende stakeholders die van invloed zijn op de in-, door- en uitstroom, is het complex om tot een goed functionerende keten te komen. Uit het onderzoek volgt dat de verschillende schakels in de keten ieder zo hun dynamiek en drijfveren kennen die verschillende belangen nastreven. Zo heeft de transferverpleegkundige uit een ziekenhuis vooral het belang om te zorgen voor het zo snel mogelijk vrijmaken van het ziekenhuisbed en heeft niet per definitie het belang om de beste oplossing te kiezen in het belang van de patiënt of het langetermijneffect. De patiënt heeft in geval van een beslissing om opgenomen te worden in het eerstelijns verblijf soms bedenkingen of dit de beste oplossing is, terwijl als de patiënt er eenmaal is deze de voordelen ervaart waardoor de cliënt liever langer blijft. Voorzieningen die eerstelijns verblijf bieden hebben een belang om patiënten wat langer vast te houden wanneer er capaciteit genoeg is en omgekeerd het belang om (snel) door te sturen naar huis of naar een Wlz-instelling (indien de patiënt voldoet aan de indicatiecriteria) indien de capaciteit vol zit. Ook de prikkels voor de financiers kunnen verschillend zijn. Eerstelijns verblijf wordt momenteel nog vanuit een apart financieel subsidieregime, naast Zvw en Wlz, met een apart plafond en apart inkoopkader door zorgkantoren uitgevoerd. Vanaf 2017 zijn, zoals beoogd niet langer zorgkantoren, maar zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de inkoop van deze zorg.

70 De hiervoor genoemde gedragen komen voort uit verschillende belangen van alle stakeholders in de keten. Dit maakt het per definitie complex om vanuit de uitvoering tot goede regionale afspraken te komen. Het is daarom ook van belang dat er regionaal goede ketenafspraken worden gemaakt.

5.1.4 *Regionale verschillen wel benoemd, maar niet per regio in kaart*

71 De experts die deelnamen aan de verschillende groepsbijeenkomsten kwamen uit verschillende werkgebieden uit het land. Hierdoor ontstond een eerste inzicht in regionale verschillen en regionale initiatieven. Deze verschillen waren deels te verklaren door persoonlijke ervaringen en overtuigingen, zo is bijvoorbeeld de instroom afhankelijk of de verwijzer (zoals de huisarts of het ziekenhuis) het eerstelijns verblijf weet te vinden en of er een triageloket aanwezig is. Daarnaast speelde ook soms de schaalgrootte van een regio een rol. Bijvoorbeeld bij de doorstroom naar huis kan het helpen om de huisarts te betrekken bij het samenstellen van het zorgplan, in stedelijke gebieden wordt dit mogelijk bemoeilijkt doordat het eerstelijns verblijf dan met relatief veel huisartsen contacten moet onderhouden. In meer landelijke gebieden is het soms lastig voor een huisarts om betrokken te blijven, omdat het dichtstbijzijnde eerstelijns verblijf zich soms op grote afstand van de huisartsenpraktijk bevindt.

72 Hoewel er eerste verschillen zijn geduid is er nog geen landelijk dekkend beeld over de regionale verschillen en praktijkvariatie tussen regio's. Hierdoor is nog niet exact bekend wat precies de effecten zijn op de zorgverlening, de wijze waarop de in-, door- en uitstroom van eerstelijns verblijf is georganiseerd en daarmee het zorggebruik in iedere regio. Wel zien we dat er geen 'vast patroon' bestaat voor regionale

verschillen. In iedere regio ziet het zorglandschap er net weer wat anders uit. Deze verschillen zijn ook van belang in de wijze waarop het maken van goede ketenafspraken tot stand moeten komen.

5.2 Aanbevelingen

73 Op basis van de groepsbijeenkomsten, onze beschouwingen en (actuele) ontwikkelingen in de zorg zien wij drie elementen waarmee het ministerie van VWS de grip op het systeem blijvend kan vergroten. De elementen hebben betrekking op het monitoren van de doelgroep en het zorggebruik, het in beeld brengen van toekomstscenario's en het vergroten van kennis van professionals op lokaal niveau.

74 De drie elementen kunnen niet los van elkaar worden gezien. Door ze gelijktijdig op te pakken kunnen de projecten van elkaar leren, elkaars tussenproducten gebruiken en synergie creëren.

5.2.1 *Vergroten kennis professionals op regionaal niveau*

75 Zoals beschreven in de beschouwing is samenwerking binnen het zorglandschap en kennis van het lokale zorglandschap essentieel voor een goed werkende keten. Hierbij dient over de schotten heen gekeken te worden. De zorg voor kwetsbare ouderen heeft zowel betrekking op curatieve zorg (Zvw), langdurige zorg (Wlz) en maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Om een optimale zorgketen te organiseren, waarbij patiënten zo veel mogelijk passende zorg en ondersteuning krijgen adviseren wij dan ook om op regionaal niveau het maken van afspraken over in-, door- en uitstroom uit eerstelijns verblijf te stimuleren. Bij het maken van afspraken kunnen de in dit onderzoek benoemde drijvende krachten als leidraad dienen.

76 Hierbij kan aangesloten worden bij de praktijkteams 'Juiste zorg op de juiste plek'²³. Deze praktijkteams zijn opgericht omdat het van belang is dat professionals in de zorg de weg weten te vinden voor hun patiënten. De veranderingen in de zorg vragen om meer maatwerk en intensieve samenwerking in de regio.

77 De diagrammen in dit rapport kunnen een basis vormen om het gesprek aan te gaan in de regio. Om gezamenlijk te verkennen of systemen herkenbaar zijn en op welke wijze (bijvoorbeeld met welke initiatieven) hiermee in de regio wordt omgegaan. Tevens kan de te ontwikkelen monitor helpen om te identificeren waar knelpunten zitten. Door hierover op regionaal niveau het gesprek aan te gaan, eventueel met behulp van casuïstiek, kan inzicht ontstaan op welke wijze betere doorstroom mogelijk is.

5.2.2 *Regionale ketenafspraken nodig*

78 Zoals in de beschouwing is aangegeven, heeft dit onderzoek duidelijk gemaakt dat vooral regionaal goed functionerende ketens moeten ontstaan om de ELV goed te positioneren en de benodigde capaciteit en financiële middelen hierop af te stemmen. De veranderingen in de zorg en de decentralisaties spelen een grote rol om te komen tot goed af te stemmen ketens.

²³ Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 17 december 2015. Nr. 881753-145213-BPZ.

Op basis van de ervaringen uit dit onderzoek adviseren wij om regionaal afspraken te maken over de hele (brede) keten, voor de kwetsbare ouderen waarin het eerstelijns verblijf een rol speelt. Deze afspraken hebben dan betrekking op de werkwijze bij in-, door- en uitstroom, maar ook over de benodigde capaciteiten van het ELV (en andere zorgvormen). Het helpt hierbij als er duidelijkheid komt op welke wijze iedere stakeholder in het systeem afwegingen maakt (trage) en dat iedere stakeholder een brede verantwoordelijkheid draagt voor een goed werking van de keten gebaseerd op een gedeeld beeld over de functie en het gebruik van het eerstelijns verblijf en de voor- en nazorg of ondersteuningsvormen. Het ministerie van VWS kan hierbij faciliteren door aan te geven waarover partijen het beste afspraken kunnen maken, het delen van kennis en expertise, het delen van best practices en het aansporen van partijen om tot afspraken te komen.

5.2.3 *Gekwantificeerde prognose*

79 Ten tweede adviseren wij de modellen en causale diagrammen te kwantificeren. In de diagrammen zijn door de experts verschillende variabelen aangegeven die zich ontwikkelen gedurende komende jaren. Een voorbeeld is de vergrijzing en het beleid om ouderen langer thuis te laten wonen. Door de kwalitatieve modellen uit deze rapportage te kwantificeren, ontstaat beter inzicht in de verwachting van het zorggebruik in de toekomst. Dit resultaat kan als referentiepunt dienen voor de monitor.

80 De verwachting is dat een deel van de variabelen eenvoudig gekwantificeerd kan worden op basis van bestaande bronnen (zoals indicatiebesluiten van het CIZ, uitnutting geregistreerd door het Zorginstituut en demografische ontwikkelingen zoals bekend bij het CBS). Voor andere kenmerken, zoals de mate van regionale samenwerking, is deze informatie nog niet voorhanden. Hiervoor zullen beredeneerde aannames moeten worden gemaakt of is een aparte inventarisatie nodig. In de toekomst kunnen de modellen geschat worden met informatie uit de monitor. Zo kan een steeds betere inschatting worden gemaakt van de verwachte realisatie.

5.2.4 *Monitor op regionaal en landelijke niveau*

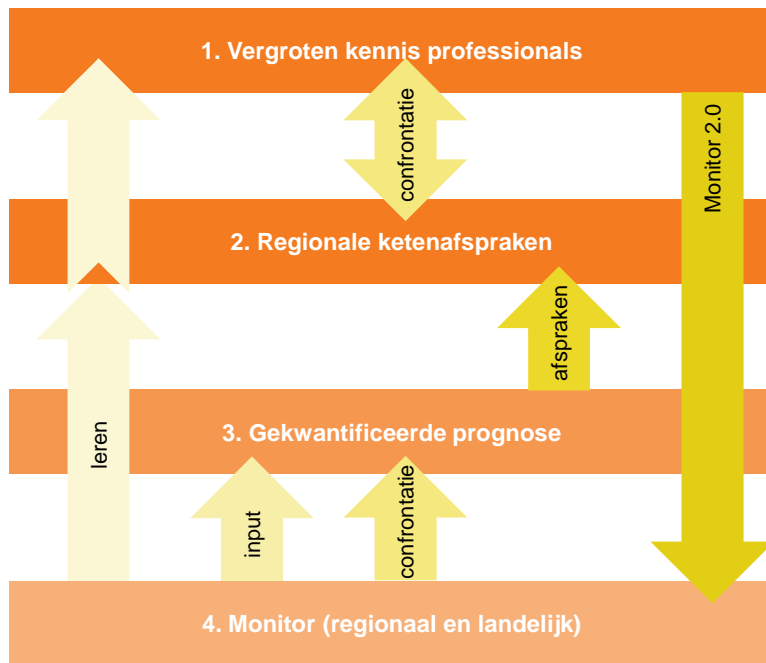
81 Een van de doelstellingen van deze inventarisatie was om de drijvende krachten van het zorgsysteem rondom eerstelijns verblijf te identificeren. Door deze drijvende krachten te gaan monitoren kan het ministerie van VWS monitoren of het zorgsysteem en zorggebruik werkt zoals beoogd. In deze rapportage is een voorstel gedaan van de te monitoren kenmerken.

82 De monitorkenmerken hebben verschillende niveaus:

- a. Ze kunnen zowel op regionaal, als op landelijk niveau gemonitord worden;
- b. Daarnaast kan de monitor harde, kwantitatieve gegevens bevatten (bijvoorbeeld aantal indicaties), als zachte kenmerken die het proces bewaken (bijvoorbeeld zijn er lokale afspraken aanwezig?).

83 Ons advies is om samen met het veld in gesprek te gaan hoe de gegevens het beste verzameld kunnen worden. Het is namelijk van belang om zo veel mogelijk aan te sluiten bij informatie die al wordt geregistreerd (registratie bij de bron). Dit om te voorkomen dat er extra registratielast ontstaat.

84 Figuur 8 geeft de samenhang weer tussen de verschillende aanbevelingen en op welke wijze hiermee een lerend effect ontstaat.



Figuur 15. Overzicht samenhang aanbevelingen

A. Deelnemers expertgroep

Voornaam	Achternaam	Organisatie
Marleen	Hengel	Achmea
Patricia	Geerts	Actiz
Hannah	van der Jagt-Willems ²⁴	AMC (namens de NVKG)
Aletta	Willems	CIZ
Marieke	Teurlings	CZ
Greet	IJdema	De Friesland
Gelske	Jager	De Friesland
Teake	Kloosterman	De Friesland
Ernst	Bolsius	Huisarts (namens de LHV)
Herman	Wisselink	Huisarts (namens de LHV)
Nancy	van den Berg	Laurens
Irma	Jeremiasse	Laurens
Jaap	Fogteloo	LUMC (namens de NIV acute geneeskunde)
Marjon	Versteeg	Menzis
Corine	Zijderveld	NPCF
Maike	Rautenberg	NZA
Femke	Voorn	NZA
Ties	Eikendal	Radboud UMC (namens de NVSHA)
Laura	Hollenberg-Vriendjes	V&VN wijkverpleging
Eef	Peelen	V&VN wijkverpleging
Marion	van Veen	V&VN wijkverpleging
Ellen	Vreeburg	Verenso
Mark	van Driest	VGZ
Anne	de Rooij	Ministerie van VWS
Rolien	Pruis	Ministerie van VWS
Hattem	van der Burg	Ministerie van VWS
Jacco	van Nieuwkoop	Ministerie van VWS
Miranda	van Dongen	Zorgboog
Dirk	Achterbergh	Zorginstituut Nederland
Roelfien	Erasmus	Zuid Oost Zorg
Ida	van Marion	Zuid Oost Zorg
Ingrid	Rehes	Zilveren Kruis
Petra	Jager	Zuid Oost Zorg
Daphne	Koch	ZN

²⁴ Niet aanwezig tijdens de groepsbijeenkomst, wel input geleverd.

B. Geraadpleegde bronnen

Actiz (2015). Subsidieregeling eerstelijns verblijf: wijzigingen per 2016. www.actiz.nl/cms/showpage.aspx?id=40834.

Alders, P., Costa-Font, J., de Klerk, M., Franka, R. (2015). What is the impact of policy differences on nursing homeutilization? The cases of Germany and the Netherlands. *Health Policy*.

Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 17 december 2015. Nr. 881753-145213-BPZ.

Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 17 juni 2015. Nr. 647239-124137-CZ.

Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 november 2015. Nr. 873699-144439-LZ.

CBS (2009). Kerncijfers van de bevolkingsprognose, 2008-2050.

CBS (2016). Bevolkingspiramide. www.cbs.nl/nl-nl/menu/themas/bevolking/cijfers/extra/piramide-fx.htm.

CIZ (2015). Beleidsregels indicatiestelling voor de Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2016.

CIZ (2015). Eerstelijns verblijf, Gebruik subsidieregeling januari-mei 2015. Een overzicht.

CIZ (2016). Eerstelijns verblijf: Gebruik subsidieregeling 2015 - Een onderzoek naar de kenmerken en doorstroom van de cliëntenpopulatie met een besluit voor ELV-zorg in de periode januari-juni 2015.

Derde voortgangsrapportage HLZ, 3e kwartaal 2015.

Factsheet Mantelzorg en dementie (2005). Factsheet expertisecentrum informele zorg.

Kompleet (2013). Kwetsbare ouderen. www.kompleet.nl/kwetsbare-ouderen.

Ministerie van VWS (2013). Gezamenlijke agenda VWS 'Van systemen naar mensen'.

Nationaal Kompas Volksgezondheid.

Significant (2012). Vitale ouderen en de houdbaarheid van de zorg.

Sociaal en Cultureel Planbureau (2011). Kwetsbare ouderen. *Den Haag*.

Verenso (2015). Afwegingsinstrument eerstelijns verblijf.

Vilans (2014). Kwetsbare ouderen: handreiking voor professionals & multidisciplinaire teams in de eerste lijn.