



## Rapportage

# Onderzoek kwaliteit eerstelijnsverblijf

significant.

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

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

Ministerie van VWS  
Barneveld, juni 2018

Referentie: 000706

Auteurs: Lieke van de Camp, Loes Koster en Irene Lapajian

## Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>	<b>4. Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>21</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>4</b>	4.1 Verbreed regionaal coördinatiepunt en maak consultatie mogelijk	21
1.1 Achtergrond en aanleiding	4	4.2 Onderzoek hoe herstelgerichte zorg het beste vormgegeven kan worden	22
1.2 Doelstelling onderzoek	5	4.3 Heroverweeg integraal tarief	22
1.3 Onderzoeksverantwoording	5	4.4 Organisatie van ELV laag complex en rolverdeling huisarts en specialist ouderengeneeskunde behoeft aandacht	23
1.4 Relevante noties voor de duiding van bevindingen	8	<b>A. Vragenlijst telefonische interviews met ELV-aanbieders</b>	<b>25</b>
1.5 Leeswijzer	9		
<b>2. Kwalitatief ELV omvat samenhang in de keten, regie op het behandelplan en voldoende behandeling</b>	<b>10</b>		
2.1 Samenhang van ELV in de keten	10		
2.2 Regie op vormgeving, uitvoering en evaluatie van behandelplan en expertise op herstelgerichte zorg	12		
2.3 Voldoende behandeling afgestemd op de zorgbehoefte van de patiënt	13		
2.4 Patiënten hechten waarde aan beleving	14		
2.5 Inzichtelijk maken kwaliteit	15		
<b>3. Discussiepunten</b>	<b>17</b>		
3.1 Samenhang ELV met andere zorgvormen nog onvoldoende georganiseerd	17		
3.2 Geen eenduidig beeld van meerwaarde ELV dicht bij huis	18		
3.3 Beperkte behandeling mogelijk vanwege tarieven en afhankelijkheid van huisartsenzorg	19		

## Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van het onderzoek naar kwaliteit van het eerstelijnsverblijf (hierna: ELV). In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: ministerie van VWS) voerden wij in de periode maart tot en met juni 2018 een onderzoek uit om meer inzicht te krijgen in elementen die relevant zijn voor de kwaliteit in ELV. Het ELV is een essentiële schakel in keten van zorg voor kwetsbare ouderen en kan niet los gezien worden van het zorglandschap waarin deze voorziening voor kortdurend verblijf zich bevindt. In dit onderzoek hebben wij om die reden zowel de invalshoeken van alle betrokken partijen binnen het ELV als de invalshoeken van partijen die betrokken zijn bij de in- en uitstroom van patiënten zoveel mogelijk betrokken.

Het betrekken van de verschillende invalshoeken zou niet gelukt zijn zonder de grote betrokkenheid van de stakeholders rondom het ELV die hebben deelgenomen aan de focusgroepen, (telefonische) interviews en bijeenkomsten van de begeleidingscommissie. Wij willen de deelnemers aan dit onderzoek dan ook bedanken voor hun constructieve inbreng. Tot slot danken wij de directie curatieve zorg van het ministerie van VWS voor de prettige samenwerking en het vertrouwen.

Wij hopen dat dit rapport een handvat biedt om op landelijk en regionaal niveau de dialoog over kwaliteit aan te gaan en de verdere ontwikkeling van elementen waarop de kwaliteit van het ELV in een organisatie (in de toekomst) inzichtelijk gemaakt kan worden. De dialoog tussen verschillende betrokken stakeholders en de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren dragen hiermee bij aan de verdere doorontwikkeling van ELV.

Lieke van de Camp (projectleider)

Loes Koster

Irene Lapajian

## 1. Inleiding

### 1.1 Achtergrond en aanleiding

<sup>01</sup> Eerstelijnsverblijf (hierna: ELV) is gedefinieerd als ‘verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, al dan niet gepaard gaande met: verpleging, verzorging of paramedische zorg (NZa, Beleidsregel eerstelijnsverblijf (BR/REG-18118). ELV 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.

<sup>02</sup> Het doel van ELV 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 ELV valt ook de zogenaamde geïndiceerde preventie.<sup>1</sup> Dit betekent dat ELV verleend

<sup>1</sup> Geïndiceerde preventie is erop gericht het ontstaan van een ziekte te voorkomen bij een individu met een verhoogd risico op de ziekte (Nationaal Kompas Volksgezondheid).

kan worden in verband met een hoog risico op behoefte aan zorg (Verenso, 2015). Tot slot is de voorziening mede bedoeld om zorg te leveren in verband met een levensbedreigende ziekte of aandoening met een levensverwachting van enkele maanden (palliatieve terminale zorg). ELV is daarmee een belangrijke voorziening voor als het thuis (nog) even niet gaat. Het goed vormgeven van het ELV draagt mogelijk bij aan de doelmatigheid van zorg. Onnodige ziekenhuisopname en opname in de geriatrische revalidatiezorg kan worden 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 wonen (brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 17 juni 2015. Nr. 647239-124137-CZ).

<sup>03</sup> De Tweede Kamerleden Ellemeet en Dijkstra hebben een motie ingediend, waarin de regering wordt verzocht een effectenstudie te laten doen naar de goede voorbeelden, de kwaliteit en de doorontwikkelingsmogelijkheden van het ELV, en hierover de Kamer te informeren. Naar aanleiding van deze motie heeft Significant in opdracht van het ministerie van VWS een kwaliteitsonderzoek uitgevoerd. De resultaten van het onderzoek geven een indicatie van wat kwalitatief goed ELV is en hoe aanbieders daar invulling aan geven. Het onderzoek is onderdeel van de hierboven genoemde motie.

## 1.2 Doelstelling onderzoek

<sup>04</sup> Dit onderzoek geeft een indicatie van kwalitatief goed ELV in de ideale situatie. Wij hebben onderzocht welke elementen het tijdelijke karakter van ELV bevorderen of juist belemmeren. Dit geeft een beeld van de elementen die bijdragen aan kwalitatief goed ELV, zowel wat betreft de organisatie van ELV in de keten als de organisatie van de te leveren zorg.

<sup>05</sup> Daarnaast biedt het onderzoek inzicht in discussiepunten die op dit moment in de huidige praktijk spelen. De opgehaalde inzichten ten aanzien van elementen van kwalitatief goed ELV, in combinatie met bestaande discussiepunten bieden aanknopingspunten voor de doorontwikkeling van ELV waarvoor wij enkele aanbevelingen geven.

<sup>06</sup> Het onderzoek is een aanvulling op parallel en eerder uitgevoerde onderzoeken, waaronder recent in opdracht van ActiZ uitgevoerde onderzoek naar de profielen en zorgvraag van patiënten die gebruik maken van het ELV<sup>2</sup> en het verkennende onderzoek dat Vilans heeft

<sup>2</sup> <https://www.actiz.nl/nieuws/ouderenzorg/2018/04/resultaten-omvangrijk-onderzoek-eerstelijns-verblijf-gepubliceerd>.

uitgevoerd naar ELV in samenwerking met Attent Zorg, ziekenhuis Rijnstate en Zinzia Zorggroep.<sup>3</sup>

## 1.3 Onderzoeksverantwoording

<sup>07</sup> In deze paragraaf beschrijven wij de uitgevoerde onderzoeksactiviteiten om de doelstelling (paragraaf 1.2) van het onderzoek te behalen. Onze onderzoeksaanpak is afgestemd op het jonge karakter van het ELV in de Zvw en de tijd die het (nog) nodig heeft zich te ontwikkelen (zie paragraaf 1.4.1.). Wij hebben er daarom voor gekozen verdiepende activiteiten uit te voeren, zoals (telefonische) interviews en focusgroepen waarin ruimte was voor dialoog en doorvragen op kwaliteit van het ELV en wat er voor doorontwikkeling nodig is.

<sup>08</sup> Gedurende het gehele onderzoek was er een begeleidingsgroep betrokken waarin Verenso, de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), ActiZ, Zorginstituut Nederland en het ministerie van VWS zitting namen. De begeleidingsgroep dacht en keek mee in de onderzoeksaanpak, heeft suggesties gedaan voor de selectie van

<sup>3</sup> <https://www.vilans.nl/artikelen/eerstelijnsverblijf-doe-het-in-een-keer-goed>.

aanbieders en contactgegevens aangedragen. Tevens hebben wij (concept)bevindingen en de conceptrapportage bij hen getoetst. De begeleidingsgroep is driemaal bijeengekomen.

### 1.3.1 Focusgroepen ervaringen

<sup>09</sup> In de eerste fase van dit onderzoek hebben wij twee focusgroepen gehouden gericht op het ophalen van ervaringen aangaande de zorgorganisatie en inhoud van het ELV, kernelementen van een kwalitatief goed ELV en mogelijke verbeterpunten. Deelnemers aan deze focusgroepen bestonden uit diverse partijen uit de ELV-keten, namelijk: gemeente, zorgverzekeraar, ziekenhuis (SEH-arts en transferverpleegkundige), en ELV-zorgverleners (Specialist Ouderen-geneeskunde, verpleegkundig specialist en fysiotherapeut).

### 1.3.2 Telefonische interviews zorgaanbieders

<sup>10</sup> Vervolgens zijn telefonische interviews met zorgaanbieders van ELV gehouden. Het doel van deze interviews was informatie op te halen over de relatie tussen de kwaliteit, organisatie, zorginhoud en het gebruik van ELV (komen de juiste mensen binnen in het ELV?) en het ophalen van wat aanbieders onder kwalitatief goede ELV verstaan.

<sup>11</sup> De selectie van zorgaanbieders voor de telefonische interviews maakten wij op basis van ELV-omzet<sup>4</sup>, spreiding van aanbieders in het land en zo mogelijk op basis van type ELV (hoog complex, laag complex en palliatief terminaal). Wij hielden daarnaast rekening met de verschillende soorten ELV-aanbieders (zoals: ELV in een verpleeghuis, op een ziekenhuisafdeling of in een zorghotel). In totaal bestond de selectie uit dertien aanbieders (zie kader 1). Vijf van deze aanbieders zijn geselecteerd op basis van door de begeleidingsgroep voorgestelde ELV-aanbieders. De overige aanbieders hebben wij geselecteerd uit een lijst van alle aanbieders die in 2017 ELV-zorg hebben gedeclareerd (aangeleverd door Vektis), waarbij wij onderscheid maakten naar grote, middelgrote en kleine aanbieders en provincies (zie kader 1). Eén van de aanbieders heeft alleen schriftelijk de vragen beantwoord, zonder dat een telefonisch interview heeft plaatsgevonden.

<sup>4</sup> Gebaseerd op ELV-declaratiegegevens die wij hebben verkregen via Vektis.

**Selectie ELV-aanbieders naar provincie, type ELV en ELV-omzet**Klein (vergoed bedrag ELV in 2017 < 75.000 euro)

1. Limburg (laag, hoog en palliatief terminaal)
2. Noord-Holland (laag en hoog complex en palliatief terminaal)
3. Zuid-Holland (laag complex)

Middelgroot (vergoed bedrag ELV in 2017 tussen 75.000-500.000 euro)

4. Drenthe (laag en hoog complex, palliatief terminaal)
5. Noord-Brabant (laag en hoog complex)
6. Noord-Holland (hoog complex)

Groot (vergoed bedrag ELV in 2017 > 500.000 euro)

7. Overijssel (laag en hoog complex, palliatief terminaal)
8. Friesland (laag en hoog complex, palliatief terminaal)

## Selectie via de begeleidingsgroep (niet op o.b.v. ELV-omzet):

1. Noord-Brabant (hoog complex)
2. Zuid-Holland (hoog complex en palliatief terminaal)
3. Groningen (hoog en laag complex)
4. Noord-Brabant (laag en hoog complex, palliatief terminaal)
5. Gelderland (laag en hoog complex, palliatief terminaal)

Kader 1 Selectie ELV-aanbieders naar provincie, type ELV en ELV-omzet

<sup>12</sup> Wij stuurden voorafgaand aan ieder interview een vragenlijst toe (zie bijlage A voor vragenlijst), zodat aanbieders zich konden voorbereiden op het gesprek. De vragenlijst bevatte vragen over zowel de organisatie, de positie van de aanbieder in de keten, de zorginhoud van ELV, de doelgroepen en de elementen van een kwalitatief goed ELV. De functies van mensen die wij interviewden bij aanbieders varieerden van

specialist ouderengeneeskunde tot medewerker klantenservice en van manager GRZ of wonen en zorg tot een bestuurssecretaris.

*1.3.3 Focusgroep duiding*

<sup>13</sup> De bevindingen uit de telefonische interviews toetsten wij vervolgens in een focusgroep met een aantal (6) van de aanbieders die deelnamen aan de telefonische interviews. Wij zoomden met name in op de vraag wat de kernelementen zijn van een kwalitatief goed ELV en wat ervoor nodig is dit te organiseren.

*1.3.4 (Telefonische) interviews patiënten en huisarts*

<sup>14</sup> Via de ELV-aanbieders wierven wij patiënten om te interviewen over hun ervaringen met het verblijf in ELV en over hun wensen en behoeften en de elementen die het voor hen tot een goed ELV maken. In totaal benaderden wij acht patiënten in ELV of verwanten van hen. Uiteindelijk voerden wij vier interviews uit, waarvan drie in de vorm van een bezoek en één als telefonisch interview.

<sup>15</sup> Aan de focusgroep over ervaring met partijen uit de ELV-keten heeft, ondanks de uitnodiging, geen huisarts deelgenomen. Om die reden wierven wij via aanbieders ook huisartsen voor telefonische interviews over hun ervaringen met het ELV. Wij benaderden er vijf. Vier daarvan

waren niet bereid mee te werken of konden geen tijd vrij maken in de korte periode waarin het onderzoek liep. Eén huisarts was bereid deel te nemen en interviewden wij telefonisch. De uitkomsten van dit interview zijn meegenomen in de bevindingen, maar wij beseffen dat het beeld van huisartsen hierdoor beperkt aan bod is gekomen (zie paragraaf 1.4.2. voor toelichting over de duiding van bevindingen).

### 1.3.5 Analyse en rapportage

<sup>16</sup> In de analysefase hebben wij de opgehaalde bevindingen uit de verschillende onderdelen van het onderzoek samengebracht en besproken in een bijeenkomst met de begeleidingsgroep. In deze bijeenkomst hebben wij eveneens een aantal mogelijke aanbevelingen besproken. Ten slotte stelden wij een conceptrapportage op met daarin onze bevindingen en een uitwerking van de aanbevelingen zoals besproken in de begeleidingsgroep. De opmerkingen van de begeleidingsgroep na een schriftelijke feedbackronde hebben wij verwerkt in de definitieve rapportage.

## 1.4 Relevante noties voor de duiding van bevindingen

### 1.4.1 Het ELV is nog relatief jong en in ontwikkeling

<sup>17</sup> Vanaf 2017 kunnen mensen met een tijdelijke behoefte aan medisch noodzakelijk kortdurend verblijf aanspraak maken op ELV vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). ELV in de huidige vorm met financiering vanuit de Zvw bestaat op dit moment dus ongeveer anderhalf jaar. In deze tijd hebben zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars en andere partijen in de keten stappen genomen om ELV steeds verder en beter vorm te geven. Tegelijk is tijd nodig om deze vorm van tijdelijk verblijf (verder) te ontwikkelen. Gezien het jonge karakter van het ELV is niet te verwachten dat dit onderzoek een volledig en eenduidig beeld biedt over wat kwalitatief goed ELV is en hoe dit er idealiter uitziet.

### 1.4.2 Nadruk in onderzoek op ELV hoog complex

<sup>18</sup> In ELV bestaan de volgende drie bekostigingsprestaties (met ieder een eigen tarief): laag complex, hoog complex en palliatief terminaal. In de praktijk verschilt de organisatie van deze drie prestaties, waardoor wij in dit rapport deze betalingstitels gebruiken om de verschillende zorgvormen te duiden. In de interviews en focusgroepen lag de nadruk in veel gevallen op ELV hoog complex. ELV laag complex is wel besproken, maar in mindere mate. Hierbij speelt dat huisartsen



nauwelijks betrokken zijn in dit onderzoek. Specifiek ELV palliatief terminaal was minimaal onderwerp van gesprek en is dus onderbelicht in voorliggende rapportage. In de rapportage geven wij zoveel mogelijk aan of de bevinding voor ELV breed geldt of dat de bevinding specifiek voor hoog complex van toepassing is.

### 1.4.3 Grote regionale variatie

<sup>19</sup> Zoals ook bekend is uit het in opdracht van ActiZ uitgevoerde onderzoek, bestaat grote regionale variatie in de wijze waarop ELV en de keten eromheen is georganiseerd.<sup>5</sup> Dit betekent dat elementen om ELV kwalitatief goed te organiseren per regio en aanbieder kunnen verschillen, en dat de implementatie van eventuele verbeteringen die voortkomen uit de aanbevelingen anders kunnen uitwerken in verschillende regio's. Aanbevelingen zijn daarom in algemene termen geformuleerd, waarbij er vrijheid is voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars op eigen wijze invulling aan te geven, passend bij de regionale situatie.

<sup>5</sup> <https://www.actiz.nl/nieuws/ouderenzorg/2018/04/resultaten-omvangrijk-onderzoek-eerstelijns-verblijf-gepubliceerd>.

## 1.5 Leeswijzer

<sup>20</sup> In hoofdstuk 2 geven wij antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek over wat kwalitatief goed ELV is en een beschrijving van de wijze waarop ELV in de ideale situatie ingericht wordt door middel van de belangrijkste drie elementen. Dit hoofdstuk bevat eveneens een aparte paragraaf met een beschrijving van elementen die cliënten definiëren als kwaliteit binnen ELV. Hoofdstuk 2 sluit af met een overzicht van elementen die relevant zijn voor het inzichtelijk maken van kwaliteit in ELV en als input kunnen dienen voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. Hoofdstuk 3 beschrijft de discussiepunten over de toekomstige inrichting van ELV. Wij sluiten het rapport af met nadere aanbevelingen voor de doorontwikkeling van ELV (hoofdstuk 4).

## 2. Kwalitatief ELV omvat samenhang in de keten, regie op het behandelplan en voldoende behandeling

<sup>21</sup> In dit hoofdstuk geven wij antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek over wat kwalitatief goed ELV is. De eerste drie paragrafen gaan over kernelementen van kwalitatief goed ELV die genoemd zijn in focusgroepen en gesprekken met zorgverleners, zorgaanbieders en partijen in de keten. Paragraaf 2.4 gaat aanvullend in op ervaringen van patiënten. Wij sluiten het hoofdstuk af met in paragraaf 2.5 een overzicht van elementen die relevant zijn voor het inzichtelijk maken van kwaliteit van zorg in ELV.

<sup>22</sup> Kwalitatief goede ELV is zodanig ingericht dat het tijdelijk verblijf bijdraagt aan herstel met voldoende ruimte voor observatie en diagnostiek. Op basis van de bevindingen in dit onderzoek zien wij drie hoofdelementen die het tijdelijke karakter van het ELV bevorderen al dan niet belemmeren, namelijk:

1. Samenhang van ELV in de keten;
2. Regie op vormgeving, uitvoering en evaluatie van behandelplan en expertise op herstelgerichte zorg;
3. Voldoende behandeling afgestemd op de zorgbehoefte van de patiënt.

Deze drie elementen werken wij in de hiernavolgende paragrafen uit.

### 2.1 Samenhang van ELV in de keten

<sup>23</sup> Om een kwalitatief goed ELV te bieden is de organisatie van de keten daar omheen essentieel voor de toeleiding naar het ELV, passende zorg gedurende het verblijf in ELV en vervolgzorg na het tijdelijk verblijf.

#### 2.1.1 *Ondersteuning bij afweging en inzicht in beschikbaarheid van ELV-bedden komt ten goede aan de 'juiste patiënt' in ELV*

<sup>24</sup> De afweging voor tijdelijk verblijf in ELV begint bij de verwijzende zorgverlener. Om de juiste afweging te maken over passende zorg en ondersteuning is naast kennis van de huidige situatie ook kennis over de voorgeschiedenis van een patiënt een vereiste. Dit is behulpzaam in de eventuele afstemming van de verwijzer met het coördinatiepunt of de zorgaanbieder van het tijdelijke verblijf in de beoordeling van het type benodigde zorg. Voor verwijzers is het bijvoorbeeld relevant te weten of patiënten al een Wlz-indicatie hebben, hoe de thuissituatie was en of daarmee de keuze voor ELV of een ander (tijdelijk) verblijf passend is. Ook is het hierin van belang dat betrokken partijen goed bekend zijn met de inhoud van verschillende vormen van tijdelijk verblijf, zodat de

verwijzer snel weet wat passend is en tevens de juiste informatie aan de patiënt kan verstrekken.

<sup>25</sup> Voor een goede afweging is het van belang om expertise aan de voorkant te organiseren, bijvoorbeeld door consultatie van de specialist ouderengeneeskunde of in taakdelegatie van andere professionals, zoals transferverpleegkundigen of verpleegkundig specialisten, door de verwijzende zorgverlener of het regionaal coördinatiepunt mogelijk te maken. Hiervoor is een 24-uurs bereikbaarheid van een specialist ouderengeneeskunde (die op basis van zorginhoud en onafhankelijk van het belang van zorgaanbieders triageert), van belang.

<sup>26</sup> Voor goede toeleiding naar passende zorg is daarnaast inzicht in de beschikbaarheid van type ELV-bed (laag complex, hoog complex of palliatief terminaal) en bijzonderheden wat betreft de doelgroep (bijvoorbeeld: type problematiek) nodig. Een coördinatiepunt werkt hierin ondersteunend. Dit kan een fysiek bemand loket zijn dat verwijzers van deze informatie voorziet, maar kan ook een te raadplegen website of app zijn waarin aanbieders real time inzicht geven in beschikbare plekken. Het is belangrijk dat dit punt 24-uur bereikbaar is en aanbieders gedurende de hele week 24 uur per dag patiënten opnemen (dus ook tijdens avond-, weekend- en nachtdiensten (ANW-diensten)). Daarnaast is het behulpzaam als de regionale coördinatiepunten tijdelijk verblijf

verbreden en inzicht bieden in de beschikbaarheid van alle vormen van tijdelijk verblijf. Dit vereenvoudigt de verwijzing naar andere zorgvormen en laat de opname volgend zijn aan de triage. Anders bestaat het risico dat het aanbod de vraag creëert en patiënten worden opgenomen in een beschikbaar (ELV-)bed in plaats van in het juiste bed.

### *2.1.2 Vroegtijdig afstemmen over vervolgzorg essentieel voor door- en uitstroom*

<sup>27</sup> Gedurende het verblijf in ELV is vroegtijdig afstemming in de keten belangrijk voor tijdige terugkeer van de patiënt naar huis of een andere vervolgzorgvorm. Deze afstemming kan plaatsvinden met reeds betrokken zorgverleners, zoals: de huisarts of wijkverpleging, maar ook met partijen die hulp en ondersteuning vanuit de Wmo leveren (zoals: woningaanpassingen, hulpmiddelen of begeleiding) of vanuit de Wlz. Het is daarom behulpzaam als ELV-aanbieders in het algemeen samenwerkingsafspraken maken met deze partijen in de keten over onder andere gewenste wijze van betrokkenheid gedurende het verblijf van een patiënt in ELV, contactpersonen en verwijsmogelijkheden. Door heldere afspraken kan de afstemming op patiëntniveau vervolgens voorspoedig verlopen.

<sup>28</sup> Betrokkenheid van deze partijen op patiëntniveau geeft hen de mogelijkheid goed te anticiperen op (het moment van) benodigde zorg en ondersteuning bij terugkomst van de patiënt in zijn of haar eigen omgeving. Ook als patiënten niet terugkeren naar huis, maar doorstromen naar andere zorgvormen, zoals in de Wlz, is tijdige afstemming van belang voor een soepele overgang van de patiënt van een ELV-plek naar passende vervolgzorg.

## **2.2 Regie op vormgeving, uitvoering en evaluatie van behandelplan en expertise op herstelgerichte zorg**

<sup>29</sup> Bij binnenkomst in het ELV is een behandelplan nodig, waar naast behandeling ook verzorging en verpleging (V&V) onderdeel van uit maakt, om duidelijk de doelen van het verblijf te stellen als leidraad voor zowel zorgverleners (behandelaren en V&V) als patiënten en hun verwanten. In dit behandelplan staat welke zorg en ondersteuning van welke disciplines noodzakelijk is en wordt vastgelegd wat de doelen van het tijdelijk verblijf zijn. Een behandelplan ondersteunt een gerichte inzet van behandeling en verzorging en verpleging.

### *2.2.1 Regie op vormgeving, uitvoering en evaluatie van behandelplan*

<sup>30</sup> Regie op de vormgeving, uitvoering en evaluatie van het behandelplan is van groot belang. In de eerste plaats moet duidelijk zijn wie het behandelplan opstelt (de huisarts of specialist ouderengeneeskunde) en de regie voert. De betrokken arts is altijd eindverantwoordelijk, maar kan het opstellen van het behandelplan en de regievoering in taakdelegatie ook overlaten aan een andere professional. Het is van belang dat de regievoerende professional op juiste wijze een multidisciplinair team kan aansturen en het behandelplan in overleg met het team en de patiënt regelmatig evalueert. Met name bij patiënten in ELV hoog complex zijn meerdere disciplines betrokken bij de patiënt (bijvoorbeeld: ergotherapeut, fysiotherapeut, arts, verpleegkundige, et cetera). Integraal werken aan de behandeldoelen vraagt dan goede afstemming van deze disciplines met elkaar. Regie op deze interdisciplinaire afstemming is dus essentieel voor consequente en integrale zorg en ondersteuning.

<sup>31</sup> Voor tijdige terugkeer naar huis kan opname van een streefontslagdatum in het behandelplan ook bevorderend werken. Niet alleen weten de zorgverleners op deze wijze waar zij naar toewerken, maar ook voor de patiënt zelf en zijn of haar verwanten scheidt dit helderheid in verwachtingen over de tijdelijkheid van het verblijf. Zo

kunnen de patiënt en/of verwanten bijvoorbeeld ook tijdig een aanvraag doen voor benodigde woningaanpassingen en/of hulpmiddelen of een aanvraag voor een Wlz-indicatie. Zorgverleners die bij terugkeer naar huis de zorg overnemen, zoals een huisarts of wijkverpleging, krijgen hiermee ook gelegenheid te anticiperen op deze streefontslagdatum. Hiervoor is het dus nodig dat het (multidisciplinaire) team samen met patiënt en verwanten vroegtijdig in kaart brengt wat nodig is voor terugkeer naar huis of passende vervolgzorg om de streefontslagdatum te halen en hierover duidelijk communiceert met de patiënt en familie. Een mooi voorbeeld van anticiperen op terugkeer naar huis betreft een zorgaanbieder die in sommige gevallen de woning van de cliënt bezoekt om te kijken wat nodig is aan hulpmiddelen of woningaanpassingen om een patiënt terug te laten keren naar huis.

### *2.2.2 Expertise op herstelgerichte zorg bevordert activerend karakter en actief sturen op door- en uitstroom*

<sup>32</sup> Behandeling gericht op terugkeer naar huis vraagt van de zorgverleners expertise in herstelgerichte zorg. Voor tijdelijk verblijf zijn specifieke kennis en vaardigheden nodig om zorg met een activerend karakter te leveren en actief te sturen op terugkeer naar huis of passende vervolgzorg. Hierbij is het behulpzaam om een bepaalde capaciteit (meer dan enkele) ELV-bedden aan te bieden om voldoende

kennis en expertise te kunnen organiseren. Herstelgerichte zorg kan daarnaast worden bevorderd, of afgeremd, door clustering met andere vormen van tijdelijk verblijf. Uit dit onderzoek blijkt dat tijdelijke zorg een andere benadering dan langdurige zorg vraagt. Voor de door- en uitstroom is het bevorderlijk om zorgverleners met focus op terugkeer naar huis de ELV-zorg te laten verlenen. Zorgverleners in de langdurige zorg hebben deze focus in mindere mate.

## **2.3 Voldoende behandeling afgestemd op de zorgbehoefte van de patiënt**

<sup>33</sup> Voldoende ruimte voor behandeling gedurende het verblijf afgestemd op de zorgbehoefte van de patiënt bespoedigen verblijf en de door- en uitstroom van patiënten in ELV. In deze paragraaf lichten wij toe op welke wijze voldoende behandelingen bijdragen aan diagnostiek en het vinden van passende vervolgzorg (paragraaf 2.3.1) en integrale zorg de door- en uitstroom van patiënten in het ELV bevordert (paragraaf 2.3.2).

### *2.3.1 Voldoende behandeluren nodig voor observatie en diagnostiek en het vinden van passende vervolgzorg*

<sup>34</sup> Bij binnenkomst in het ELV is niet bij alle patiënten direct duidelijk wat de precieze zorgbehoefte van de patiënt is en daarmee welke behandeldoelen er in het behandelplan komen om aan te werken. Tijd voor observatie en diagnostiek aan het begin kan meer helderheid scheppen in de problematiek (eventuele diagnose) en precieze zorgbehoefte van de patiënt. Op basis van deze diagnostiek is het vervolgens beter te bepalen welke behandeldoelen de patiënt heeft en hoe de benodigde behandeling eruitziet. Deze periode kan ook duidelijk geven over of ELV of een andere zorgvorm het meest passend is. Zo wordt niet passend (langduriger) verblijf in ELV mogelijk voorkomen.

### *2.3.2 Voldoende behandeling voor gerichte integrale zorg bevordert door- en uitstroom*

<sup>35</sup> Niet alleen het opstellen van het behandelplan is van belang voor gerichte integrale zorg en daarmee bevorderend voor kortdurend verblijf; ook de mogelijkheid voldoende behandeluren in te zetten zijn hierop van invloed. De inzet van voldoende behandeluren is nodig om aan de beoogde doelen in het behandelplan te werken, maar ook om de hiervoor omschreven voorbereiding voor uitstroom uit ELV in te zetten.

Hierbij is de flexibiliteit in moment van inzet van deze uren ook van belang om goed af te stemmen op de zorgbehoefte van de patiënt en terugkeer naar huis of passende vervolgzorg.

## **2.4 Patiënten hechten waarde aan beleving**

<sup>36</sup> Aanvullend op de hiervoor beschreven kernelementen van een kwalitatief goed ELV geven patiënten aan dat een vast stabiel team met liefdevolle zorg en aandacht voor hen een belangrijk onderdeel van kwaliteit is. De aanspraak met andere patiënten waarderen patiënten, evenals de mogelijkheid tot het ondernemen van activiteiten in het ELV. Vrijwilligers met extra tijd en aandacht zijn hierin van belang. Bij voorkeur hebben patiënten een eigen kamer die ze niet hoeven te delen met andere patiënten (met andere zorgbehoeften) en wordt deze goed schoongemaakt indien ze dit zelf niet kunnen.

<sup>37</sup> In overeenstemming met wat voor zorgverleners en zorgaanbieders van belang is voor kwalitatief goed ELV, is ook voor patiënten een duidelijk (behandel)plan van wat hen te wachten te staat gedurende het verblijf in het ELV en een goede overdracht van informatie van bijvoorbeeld het ziekenhuis naar het ELV belangrijk. Passende zorg verder van huis wegen de patiënten die deelnamen aan dit onderzoek zwaarder dan dichtbij huis verblijven, indien passende zorg dichtbij huis

niet mogelijk is. Ten slotte benadrukken patiënten het belang van een herstelgerichte behandeling met bijvoorbeeld voldoende fysio- en ergotherapie indien nodig en waarderen zij het als zorgverleners meedenken in wat nodig is in de thuissituatie om daar naar terug te keren.

## 2.5 Inzichtelijk maken kwaliteit

<sup>38</sup> Voortvloeiend uit de hiervoor geschetste ideaalsituatie van een kwalitatief goed ELV hebben aanbieders enkele suggesties gedaan van elementen waarop de kwaliteit van het ELV in een organisatie (in de toekomst) inzichtelijk gemaakt kan worden. Deze punten behoeven nog verdere uitwerking en concretisering, maar ze kunnen wel als input dienen voor de dialoog over het inzichtelijk maken van kwaliteit en eventueel ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren.

<sup>39</sup> Wij onderscheiden hiervoor structurelementen (a), proceselementen (b) en uitkomstmaten (c). Wij geven ze hieronder in een opsomming weer:

- a. Structurelementen:
  - i. Aanwezigheid van een regionaal coördinatiepunt dat 24 uur bereikbaar is, gericht op meerdere vormen van tijdelijk

verblijf en waarbij een consultatiefunctie (door bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde) is ingebouwd;

- ii. Deelname van een ELV-aanbieder aan een samenwerkingsovereenkomst van verwijzers en aanbieders in de regio met daarin heldere afspraken;
  - iii. Bij triage inzicht in beschikbare plekken;
  - iv. Aanwezigheid van voldoende deskundig personeel (nader te definiëren wat 'voldoende deskundig' is);
- b. Proceselementen:
    - i. Tijdige opzet van een behandelplan (binnen x dagen);
    - ii. Regie op een behandelplan;
    - iii. Competentie van een regievoerend professional om een multidisciplinair team aan te sturen en interdisciplinair te laten werken (nader vast te stellen wat wordt verstaan onder multi- en interdisciplinair);
    - iv. Structurele evaluatiemomenten van het behandelplan;
    - v. Geformuleerde acties gericht op de behandeldoelen en mate waarin acties worden uitgevoerd;
    - vi. Omgang aanbieder met verwachtingenmanagement van patiënt en verwanten rondom de tijdelijkheid van het verblijf en tijdige informatievoorziening over benodigdheden voor terugkeer naar huis.
  - c. Uitkomstmaten:

- i. Ligduur patiënten in het ELV;
- ii. Plekken waarnaar patiënt uitstroomt;
- iii. Aanvankelijke zorgbehoefte van patiënten in relatie tot het uiteindelijke resultaat;
- iv. Het aantal heropnames;
- v. Patiënttevredenheid;
- vi. Tevredenheid zorgverleners;
- vii. Tevredenheid van verwijzers.



### 3. Discussiepunten

<sup>40</sup> Hoofdstuk 2 beschrijft de kernelementen van kwalitatief goed ELV. Dit betreft de wijze waarop ELV in de ideale situatie ingericht wordt. Uit het onderzoek blijkt dat een aantal elementen nog niet helemaal helder zijn of randvoorwaarden om ELV kwalitatief goed in te richten onvoldoende aanwezig zijn. Dit hoofdstuk beschrijft de discussiepunten om ELV in de toekomst kwalitatief goed in te richten.

#### 3.1 Samenhang ELV met andere zorgvormen nog onvoldoende georganiseerd

<sup>41</sup> Zorgverzekeraars waren nog beperkt bekend met de inhoud van ELV toen deze vorm van tijdelijk verblijf in de Zvw kwam. Door de ontwikkeling van ELV krijgen zorgverzekeraars steeds beter inzicht in de zorg die ELV's leveren, waardoor het maken van afspraken hierover eenvoudiger wordt en zij steeds beter kunnen sturen op ELV als belangrijke schakel in de keten. Het gesprek tussen partijen in de ELV-keten over hoe ELV eruit ziet en wat verwachtingen daarbij zijn helpt om ELV verder door te ontwikkelen, zie ook kader 2.

<sup>42</sup> Het onderzoek bevestigt dat ELV nauw samenhangt met andere vormen van tijdelijk verblijf, zoals Wlz-crisis zorg, respijtzorg en Wmo-

spoedzorg. De samenhang is nog onvoldoende georganiseerd en dit geldt ook voor het opplussen van acute verzorging en verpleging thuis. Een deel van de patiënten met behoefte aan geneeskundige zorg lijkt hierdoor te worden opgenomen in het ELV, terwijl zij beter op een andere plek zouden passen. Als opschaling van de verpleging, verzorging en ondersteuning thuis eenvoudiger en sneller kan, doen patiënten mogelijk minder (snel) een beroep op het ELV. Ook het aanbod respijtzorg, de bekendheid met verschillende zorgvormen bij verwijzers en patiënten en een zorgvuldige triage en afweging voor een passende vorm van tijdelijk verblijf hebben hier mogelijk invloed op. Een betere organisatie van de samenhang van het ELV met andere zorgvormen, kan in de toekomst bijdragen aan het passender benutten van ELV-bedden door patiënten met behoefte aan tijdelijk verblijf.

Tijdens het onderzoek hebben wij ervaren dat het uitwisselen van ervaringen en zienswijze tussen financiers, zorgaanbieders, behandelaars en het ministerie van VWS van toegevoegde waarde is voor de doorontwikkeling van ELV. Het delen van elkaars uitdagingen en goede voorbeelden bevordert het wederzijds begrip en stimuleert het lerend vermogen van het hele systeem. Zo hoort het ministerie van VWS waar zorgaanbieders tegenaan lopen, kunnen zorgaanbieders onderling ervaringen uitwisselen en krijgt de zorgverzekeraar een beeld van het effect van de afspraken die gemaakt zijn. Daarnaast kan een gezamenlijk gesprek ook bijdragen aan betere samenwerking in de keten, doordat zorgaanbieders bijvoorbeeld een beeld krijgen van de behoeften van huisartsen en hier afspraken over kunnen maken.

Kader 2. Opbrengst onderzoek: delen van uitdagingen en goede voorbeelden

### 3.2 Geen eenduidig beeld van meerwaarde ELV dicht bij huis

<sup>43</sup> Uit het onderzoek komt geen eenduidig beeld naar voren over de meerwaarde om ELV dicht bij de thuissituatie van de patiënt te organiseren. Tijdelijk verblijf dichtbij huis organiseren heeft als voordeel dat de verbondenheid met het eigen netwerk (indien aanwezig) makkelijker in stand gehouden kan worden. Daarnaast lijkt een betere aansluiting op vervolgzorg mogelijk, doordat de ELV-aanbieder

bijvoorbeeld ook de vervolgzorg thuis kan leveren of goede contacten heeft met de gemeente waar de patiënt woont en daardoor kan helpen bij het regelen van ondersteuning uit de Wmo. Bij ELV laag complex kan de eigen huisarts betrokken blijven als een patiënt in (de buurt van) zijn of haar eigen woonomgeving verblijft.

<sup>44</sup> Hier staat tegenover dat concentratie of clustering van ELV-bedden (met name voor hoog complex) meerwaarde heeft, om herstelgerichte zorg te bevorderen. Voor tijdelijk verblijf zijn specifieke kennis en vaardigheden nodig om zorg met een activerend karakter te leveren en actief te sturen op terugkeer naar huis of passende vervolgzorg (zie paragraaf 2.2.2.). Hierdoor is specialisatie gewenst, waardoor ELV niet altijd dichtbij de thuissituatie van de patiënt georganiseerd wordt.

<sup>45</sup> Zowel het argument voor de organisatie van tijdelijk verblijf dichtbij de thuissituatie van de patiënt als het argument van concentratie van ELV-plekken komen uit het onderzoek naar voren, waardoor wij op basis van dit onderzoek niet aan kunnen geven of de organisatie van ELV dichtbij huis meerwaarde heeft voor de kwaliteit van het ELV. Daarbij komt nog de vraag wat 'dichtbij huis' precies is. De beleving daarbij is in stedelijk gebied anders dan in ruraal gebied, waar over het algemeen minder zorgvoorzieningen zijn.

### 3.3 Beperkte behandeling mogelijk vanwege tarieven en afhankelijkheid van huisartsenzorg

<sup>46</sup> Aanbieders geven aan dat intensievere behandelinzet terugkeer naar huis kan bespoedigen (zie paragraaf 2.3). Zij benoemen hierbij echter dat in de huidige tarieven behandeling binnen ELV beperkt mogelijk is. Dit tekort is met name zichtbaar in het tarief voor ELV hoog complex, waarin het aantal behandeluren te beperkt is voor diagnostiek bij patiënten met cognitieve problemen (zie paragraaf 3.3.1) en in het tarief voor ELV laag complex waarin volgens aanbieders geen ruimte zit voor de behandelcomponent door de specialist ouderengeneeskunde. De zorgaanbieder is bij ELV laag complex afhankelijk van de behandeling door huisartsen (zie paragraaf 3.3.2). Zorgaanbieders geven aan dat dit extra uitdagingen met zich meebrengt in de organisatie van zorg waardoor een deel van de zorgaanbieders geen ELV laag complex (meer) aanbiedt.

<sup>47</sup> Zorgaanbieders geven aan dat het tarief voor ELV niet kostendekkend is, waardoor het voor zorgaanbieders aantrekkelijker is andere zorgvormen (zoals GRZ of Wlz) aan te bieden. Daarnaast zit een (financieel) spanningsveld in het bezet houden van ELV-bedden en de beschikbaarheid van ELV-bedden om op elk moment patiënten op te kunnen nemen. Tot slot vinden zorgaanbieders het een gemiste kans

dat het tarief voor ELV laag complex naar hun idee laag is, omdat verblijf in het ELV ziekenhuisopname kan voorkomen en de ligduur van patiënten in het ziekenhuis verkorten. Ook kan door ELV de instroom in de langdurige zorg worden voorkomen of uitgesteld.

#### 3.3.1 *Behandeluren te beperkt voor diagnostiek en het vinden van passende vervolgzorg voor patiënten met cognitieve problemen*

<sup>48</sup> Diagnostiek en het vinden van passende vervolgzorg is met name voor patiënten met cognitieve problemen waarvan niet duidelijk is hoe deze zich ontwikkelen van belang. Bij deze patiënten is tijd en ruimte voor voldoende behandeling nodig om te bekijken wat iemand nodig heeft. Zorgaanbieders en behandelaars geven aan dat ELV een mooie voorziening is om te bepalen welke vervolgzorg passend is, maar dat patiënten met cognitieve problemen vanwege onder andere de beperkte behandelbaarheid (en andere hierop noodzakelijke toerusting van een aanbieder, zoals: een beschutte omgeving) niet in het huidige ELV passen. Voor dit type patiënt is een hoge behandelintensiteit in de eerste dagen van opname gewenst om te beoordelen wat een passende zorgvorm is voor de patiënt. Een aantal zorgaanbieders heeft hiervoor zogenaamde observatiebedden ingericht.

<sup>49</sup> Zorgaanbieders geven aan dat zij bij ELV hoog complex door de behandelintensiteit, die voor een deel van patiënten in de eerste dagen gewenst is, niet uitkomen met de huidige tarieven. De tarieven voor ELV zijn gebaseerd op het behandelgemiddelde van ZZP 3 en 6 bij langdurig verblijf. De behandelgemiddeldes zijn ongewijzigd toegepast bij tijdelijk verblijf. In de praktijk zit de intensiteit van de behandeling in tijdelijk verblijf in het begin (diagnostiek en opstellen behandelplan) en op het einde (goede overdracht naar vervolgzorg). Dit geeft een perverse prikkel om patiënten langer op een ELV-bed te laten liggen dan nodig. Op basis van de tarieven hebben zorgaanbieders dus geen financiële prikkel voor door- en uitstroom. Een aantal zorgverzekeraars heeft voor de door- en uitstroom prikkels ingebouwd, doordat toestemming van de zorgverzekeraar nodig is voor verlenging van verblijf na zes weken of door te sturen op een gemiddelde ligduur van 42 dagen.

### *3.3.2 Huisartsen beperkt betrokken bij patiënten in ELV laag complex*

<sup>50</sup> ELV laag complex bedden bevinden zich vaak in voormalige verzorgingshuizen, waar huisartsen verantwoordelijk zijn voor de behandeling. In principe zijn huisartsen voor hun eigen patiënten verantwoordelijk, maar als het ELV-bed te ver weg is, kan een huisarts de patiënt overdragen aan een huisarts die veel op de locatie komt. Uit dit onderzoek blijkt dat de meeste huisartsen in beperkte mate

betrokken zijn bij de behandeling van patiënten in ELV laag complex en weinig regie voeren op een behandelplan en de doorstroom naar huis of een andere passende zorgvorm.

<sup>51</sup> Huisartsen zijn vanuit hun praktijk niet gewend behandelplannen op te stellen en de regie hierover te voeren. Consultatie van de specialist ouderengeneeskunde kan hierbij behulpzaam zijn. Het (gecontracteerde) tarief voor ELV laag complex voorziet echter in de praktijk niet in de mogelijkheid tot consultatie van de specialist ouderengeneeskunde, waardoor dit in de praktijk beperkt wordt gedaan.

<sup>52</sup> Verplegend en verzorgend personeel kan een groot deel van het behandelplan in ELV laag complex uitvoeren, maar sommige patiënten vragen veel inzet in de vorm van behandeling door de betrokken huisarts. De huidige praktijk en werkwijze van de meeste huisartsen is hier echter niet op ingericht waardoor ze de patiënten moeilijk kunnen inpassen in hun werkagenda's. Dat speelt nog sterker wanneer het niet een eigen patiënt betreft. De minimale betrokkenheid van huisartsen vormt een dilemma voor zorgaanbieders, omdat zij verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg voor hun patiënten en tegelijkertijd bij ELV laag complex afhankelijk zijn van betrokken huisartsen.

## 4. Conclusies en aanbevelingen

<sup>53</sup> Bij de deelnemende partijen aan dit onderzoek zien wij dat zij werken aan het doorontwikkelen van het ELV en openstaan om van elkaar te leren. Wij verwachten dan ook dat zorgaanbieders de komende jaren deze lijn zullen doorzetten en daarmee tijdelijk verblijf en in het bijzonder ELV nog verder verbeteren. In hoofdstuk 2 hebben wij geschetst welke kernelementen van kwalitatief goed ELV daarbij van belang zijn en in hoofdstuk 3 hebben wij beschreven welke discussiepunten daarin nog belemmerend zijn. In dit hoofdstuk doen wij naar aanleiding van de bevindingen uit dit onderzoek nadere aanbevelingen voor de doorontwikkeling van ELV. Dit betreffen inhoudelijke aanbevelingen over de organisatie van ELV, waarbij partijen verder moeten bespreken wie hierin betrokken wordt en verantwoordelijkheid neemt.

### 4.1 Verbreed regionaal coördinatiepunt en maak consultatie mogelijk

<sup>54</sup> In aansluiting op wat het ministerie van VWS reeds aan de Tweede Kamer gecommuniceerd heeft, zien wij op basis van de bevindingen eveneens het nut om in regio's waar dat nog niet het geval is in de nabije toekomst de regionale coördinatiepunten eerstelijnsverblijf te

verbreden voor inzicht in de beschikbaarheid van alle vormen van tijdelijk verblijf. Wij sluiten ons daarom bij deze aanbeveling aan. Betere informatie hierover vereenvoudigt de verwijzing naar andere zorgvormen en laat de opname volgend zijn aan de triage (zie paragraaf 2.1.1.). Het blijft daarbij aan zorgprofessionals om goed samen te werken om een goede afweging te (blijven) maken in welke zorgvorm het meest passend is en de overgang tussen thuis of het ziekenhuis, de tijdelijke plek en (een nieuw) thuis soepel te laten verlopen.

<sup>55</sup> Voor een goede afweging is het van belang expertise aan de voorkant te organiseren. De specialist ouderengeneeskunde kan hier mogelijk in de vorm van een consult aan de verwijzende zorgverlener of het regionaal coördinatiepunt op verzoek van de partijen desgewenst ondersteuning bieden. Ook expertise van andere professionals, zoals transferverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, kan wellicht ondersteuning bieden in deze afweging. Het is hiervoor belangrijk dat de expertise 24 uur bereikbaar is en dat onafhankelijk van ELV-zorgaanbieders advisering of triage plaatsvindt. De consultatie van deze expertise moet ondersteunend zijn en niet verplicht worden gesteld. Het vaststellen van een apart tarief voor deze onafhankelijke consultatie stimuleert deze werkwijze.

## 4.2 Onderzoek hoe herstelgerichte zorg het beste vormgegeven kan worden

<sup>56</sup> Uit het onderzoek komt dat een belangrijk kwaliteitsaspect van ELV is dat het is gericht op herstelgerichte zorg en terugkeer naar huis. Herstelgerichte zorg wordt onder andere bevorderd door regie op de vormgeving, uitvoering en evaluatie van het behandelplan, expertise van zorgverleners op herstelgerichte zorg, multidisciplinaire afstemming, verwachtingenmanagement richting patiënt en familie en voldoende behandeling afgestemd op de zorgbehoefte.

<sup>57</sup> Uit dit onderzoek is echter niet duidelijk naar voren gekomen hoe bovenstaande elementen van herstelgerichte zorg het beste georganiseerd kunnen worden. Met name bestaan er verschillende visies op in hoeverre specialisatie in de vorm van (verdere) concentratie en clustering van ELV-bedden hieraan bijdraagt. Dit vraagt nader onderzoek naar, en verdere verdieping van, de organisatie van herstelgerichte zorg.

## 4.3 Heroverweeg integraal tarief

<sup>58</sup> Behandeling binnen ELV is beperkt mogelijk met de huidige tarieven. Zoals wij in paragraaf 2.3.1. hebben beschreven kan een intensievere

behandelinzet, met name aan het begin bij opname, de terugkeer naar huis bespoedigen. Uit dit onderzoek blijkt dat het huidige integrale tarief niet passend is voor de hele doelgroep binnen ELV, die verschillende behoeften heeft in behandeling (zie paragraaf 3.2). Om die reden bevelen wij aan de huidige wijze van bekostiging te heroverwegen om meer aan te laten sluiten op de behoefte van de doelgroep. In de heroverweging kunnen verschillende alternatieve bekostigingswijzen worden onderzocht. Mogelijke alternatieven die in het onderzoek door verschillende betrokken partijen zijn genoemd, zijn: het opbouwen van het tarief uit bouwstenen, differentiëren voor verschillende doelgroepen, de behandeling loskoppelen van de verblijfscomponent (overeenkomstig de aanvullende geneeskundige zorg in de eerste lijn) of een aparte prestatie voor bijvoorbeeld de eerste twee weken van de opname en/of observatie en diagnostiek om te bepalen welke vervolgzorg nodig is.

<sup>59</sup> Om na observatie en diagnostiek passende (vervolg)zorg te bieden, moet eenvoudig op- en afschalen tussen verschillen zorgvormen mogelijk zijn. Het is aan te raden dat zorgaanbieders hier onderling afspraken over maken, waarbij de financiering volgend is en achteraf verrekening plaatsvindt. Een deelnemende zorgaanbieder aan dit onderzoek brengt dit in de praktijk patiënten eerst te plaatsen en in een later stadium te kijken welke zorg nodig is en de financiering te regelen.

#### 4.4 Organisatie van ELV laag complex en rolverdeling huisarts en specialist ouderengeneeskunde behoeft aandacht

<sup>60</sup> Op basis van dit onderzoek en eerder uitgevoerde onderzoeken is het extra lastig een beeld te krijgen van de geleverde geneeskundige zorg en relevante kwaliteitsaspecten binnen ELV laag complex. Het bleek moeilijk huisartsen te vinden die patiënten in ELV laag complex behandelen en bereid waren mee te werken aan dit onderzoek (zie paragraaf 1.3.4). Ook bij de huisartsenberoepsvereniging LHV en zorgaanbieders die wij hebben gesproken is geen volledige duidelijkheid over de invulling van de geneeskundige zorg en relevante kwaliteitsaspecten binnen ELV laag complex. Hierin speelt mee dat per huisarts waarschijnlijk slechts zeer weinig cliënten per jaar in ELV laag complex verblijven.

<sup>61</sup> Het beperkte beeld van wat in ELV laag complex gebeurt en het signaal dat zowel huisartsen als zorgaanbieders zoekend zijn naar de wijze waarop de organisatie van zorg vormgegeven kan worden (zie paragraaf 3.3.2.), geeft aan dat aandacht voor ELV laag complex gewenst is. Wij bevelen zorgaanbieders aan vanuit hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van ELV laag complex duidelijke afspraken te maken met huisartsen en helderheid te geven over de

verwachtingen ten aanzien van de verantwoordelijkheid en rol van huisartsen.

<sup>62</sup> Voor de verdere doorontwikkeling van ELV bevelen wij aan de huidige rol- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde, die voortkomt uit de huidige bekostiging van ELV, voor alle vormen van ELV nader te overwegen. Mogelijk kunnen aanvullende afspraken gemaakt worden over taken en verantwoordelijkheden tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde rondom de samenhangende geneeskundige zorg.<sup>6</sup> De specialist ouderengeneeskunde kan op deze manier, indien nodig, betrokken worden bij patiënten in ELV laag complex, of kan zelfs in afstemming met de huisarts de zorg van de huisarts (tijdelijk) overnemen. En de huisarts kan mogelijk ondersteunen bij de behandeling van patiënten in ELV hoog complex of ELV palliatief.

<sup>6</sup> Voor samenwerking in de eerste lijn hebben de LHV en Verenso een Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde opgesteld: <https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2016/10/Handreiking-Samenwerking-huisarts-so.pdf>.



Figuur 1. Schematische weergave kernelementen ELV, discussiepunten en aanbevelingen voor de doorontwikkeling van ELV.



## A. Vragenlijst telefonische interviews met ELV-aanbieders

Algemeen
Naam geïnterviewde
Functie geïnterviewde
Onderzoeker
Datum
Organisatiekenmerken
1. Naam organisatie en locatie (let op: geef aan als aanbieder het op concern niveau beantwoordt)
2. Hoeveel capaciteit eerstelijnsverblijf (ELV) hebben jullie in 2017 geleverd (in euro en zo mogelijk in bedden)?
3a. Wat was de verdeling (afgerond percentage) in <b>2017</b> in de inkoop van ELV tussen (indien aanbieder deze cijfers per verzekeraar per kwartaal heeft, bij elkaar optellen na interview, zo mogelijk laten toesturen):
Laag complex
Hoog complex
Palliatief terminale zorg
3b. Bieden jullie in 2018 dezelfde typen ELV? Zo nee, wat verandert er?
4a. Welke andere zorgvormen leveren/bieden jullie, zowel op locatie- als organisatieniveau?
Geriatrische revalidatiezorg (GRZ)
Wijkverpleging
Wlz VV4-10 (excl. 9b) (zie volgend tabblad voor toelichting)
Wlz-crisisregeling
Wlz-logeeropvang
Wlz. VV-9b
Respijtzorg
Wmo-spoedzorg
Bed op huisartsenpost
Acute zorgvormen (ziekenhuis)
Overig
4b. Hoe zijn jullie ELV-plekken fysiek georganiseerd op de locatie (denk aan clusters, op grz-afdeling, etc.) ?
5a. Worden de ELV-bedden ook voor andere zorgvormen gebruikt?
5b. Zo ja, voor welke andere zorgvormen worden ELV-bedden gebruikt?

In- en uitstroom
6a. Klopt de informatie over het centraal coördinatiepunt voor instroom in ELV uit het overzicht van ZN? Hoe anders/aanvullend? (vooraf checken wat er over regio vermeld staat in ZN lijst, zie map)
a. Op welke tijden is het centraal coördinatiepunt 24/7 bereikbaar?
b. Door wie of welke organisatie wordt het coördinatiepunt bemand?
c. Hoe verloopt de afweging voor ELV en wie zijn daarbij betrokken?
6b. Heeft het centraal coördinatiepunt inzicht in:
a. de beschikbaarheid van ELV-plekken?
b. type ELV-bedden?
c. 24-uurs beschikbaarheid bij ELV-aanbieders
7. Is het coördinatiepunt ook voor toeleiding naar andere zorgvormen? Zo ja, welke (hieronder aankruisen)?
Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) (uit Zw)
Wlz-crisisregeling
Wlz-logeeropvang
Wlz VV4-10 (incl. VV-9b)
Respijtzorg (gemeente)
Wmo-spoedzorg (gemeente)
Bed op huisartsenpost
Acute zorgvormen (ziekenhuis)
Andere zorgvormen, namelijk
8. Gebruikt de verwijzer voor zover jullie daar zicht op hebben het afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf, of eventueel andere instrumenten? Waarom wel of niet?
9. Hoeveel procent van de patiënten komt van buiten jullie regio?
a. laag complex
b. hoog complex
c. palliatief
10. Wie beoordeelt (triage!) de patiënt bij binnenkomst in ELV?

Zorggebruikers
11a. Verblijven binnen de instelling/ locaties patiënten in ELV die daar gezien hun zorgvraag niet op de meest passende plek zitten? (ofwel de verkeerder 'indicatie' hebben?)
11b. Wat is/ zijn daar van de reden(en) (hieronder aan kruisen)?
<i>Instroom Wlz zorgval</i>
<i>Instroom Wlz informatiegebrek voorgeschiedenis</i>
<i>Instroom Wlz capaciteit</i>
<i>Instroom Wlz opname ANW</i>
<i>Ondersteuning vanuit de Wmo (respijtzorg, Wmo spoedhulp)</i>
<i>Ondersteuning vanuit wijkverpleging</i>
<i>Afstemming tussen huisarts en wijkverpleging</i>
<i>Passende (vervolg)zorg voor ggz-problematiek</i>
<i>overig</i>
<i>overig</i>
<i>overig</i>
12a. Hoeveel procent van de patiënten stroomt uit naar huis/ alternatieve woonvorm?
a. laag complex
b. hoog complex
c. palliatief
12b. Naar welke andere plekken stromen de overige patiënten uit? (Instelling (Wlz), GRZ, Instelling (overige zorgvormen), Ziekenhuis, Patiënten stromen niet uit i.v.m overliden, Overige uitstroom)
a. vanuit laag complex
b. vanuit hoog complex
c. vanuit palliatief
Kwaliteit ELV
13a. Is de kwaliteit van het ELV de afgelopen jaren veranderd?
13b. In welke opzichten is de kwaliteit veranderd?
13c. In hoeverre heeft de overheveling van ELV vanuit de AWBZ naar de subsidieregeling in de Wlz en daarna naar de Zw invloed gehad op de kwaliteit van
14. Wat zijn volgens u de kernelementen van een kwalitatief goed ELV? (inclusief toelichting wat er mee wordt bedoeld en/of hoe het vorm krijgt in de eigen organisatie)
<i>multidisciplinaire zorg</i>
<i>regie op de betrokken disciplines (interdisciplinaire zorg)</i>
<i>vroegtijdig voorbereiden op uitstroom en behandelplan mee met patiënt bij verwachtingenmanagement doel en uitstroom</i>
<i>dichtbij thuis van de patiënt</i>
<i>overig, namelijk</i>

15. Met welke indicatoren kunnen deze kernelementen van kwaliteit inzichtelijk worden gemaakt? (inclusief toelichting wat er mee wordt bedoeld en/of hoe het vorm krijgt in de eigen organisatie)
<i>Patiënten op de juiste plek</i>
<i>Ingerichte loketfunctie</i>
<i>Mate waarin behandeluitkomsten en doel terugkeer naar huis worden behaald</i>
<i>Verwachtingenmanagement en informatievoorziening rondom terugkeer naar huis</i>
<i>Behandelteam (samenstelling)</i>
<i>Regie door professional die interdisciplinair werkt</i>
<i>Ligduur</i>
<i>Heropnames</i>
<i>Hertriage</i>
<i>Fysieke verplaatsing van patiënten</i>
<i>Inzicht in uitstroom naar andere zorgvormen (en zicht op triage aan de voorkant)</i>
<i>Patiënttevredenheid</i>
<i>etc.</i>
16. Wordt bij elke patiënt in ELV een behandelplan opgesteld, zo ja, door wie en wat omvat het behandelplan? zo nee, hoe wordt er dan gewerkt?
a. laag complex
b. hoog complex
c. palliatief
17. Binnen welke termijn na binnenkomst van de patiënt in ELV wordt het behandelplan opgesteld?
a. laag complex
b. hoog complex
c. palliatief
18. Wie ziet er in de praktijk toe op het bijstellen en behalen van de in het behandelplan opgestelde doelen?
a. laag complex
b. hoog complex
c. palliatief

19. Welke zorgverleners zijn betrokken bij behandeling in ELV (voor laag complex, hoog complex en palliatieve zorg). En hoe wordt de betrokkenheid van verschillende zorgverleners van diverse disciplines ervaren?
<i>Specialist ouderengeneeskunde</i>
<i>Eigen huisarts</i>
<i>Huisarts die wordt ingehuurd door de instelling</i>
<i>Verpleegkundig specialist</i>
<i>Eigen fysiotherapeut</i>
<i>Fysiotherapeut van de instelling</i>
<i>Ergotherapeut</i>
<i>Gedragsdeskundige</i>
<i>Psycholoog</i>
<i>Overig</i>
<i>Overig</i>
20. Is er regievoering op betrokken disciplines? Zo ja hoe en door wie?
a. laag complex
b. hoog complex
c. palliatief
21a. Hoe verhoudt het aantal beschikbare behandeluren zich tot de zorg die nodig is?
21b. Wat is de invloed van het aantal beschikbare behandeluren op de kwaliteit van ELV
22a. ELV heeft de insteek dat mensen weer naar huis kunnen. Welke factoren <b>dragen bij aan</b> het herstellende en tijdelijke karakter van het ELV?
22b. Welke factoren <b>belemmeren</b> dit herstellende en tijdelijke karakter?
23a. Hoe stuurt de organisatie op kwaliteit van ELV?
a. laag complex
b. hoog complex
c. palliatief
23b. Wat zijn hierin beperkende factoren?
<b>Afronding</b>
24. Ruimte voor opmerkingen/nabranders
25a. Welke patiënten kunnen we benaderen voor dit onderzoek?
25b. Welke huisarts kunnen we benaderen?