

ONGEPLAND (TIJDELIJK) VERBLIJF VOOR KWETSBARE OUDEREN VIA ÉÉN INGANG

INVENTARISATIE VAN INITIATIEVEN

KLANT
KENMERK
AUTEUR(S)
DATUM
VERSIE

Ministerie van VWS
001393/jve
Maarten Batterink, Ilse Kalisvaart
September 2019
Definitief

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	Achtergrond	4
1.2	Doelstelling en onderzoeksvragen	5
1.3	Reikwijdte van deze inventarisatie	5
1.4	Aanpak	6
2	Initiatieven ongepland (tijdelijk) verblijf voor kwetsbare ouderen via één ingang	8
2.1	Inleiding	8
2.2	Kaartje met initiatieven	9
2.3	Overzicht initiatieven	9
3	Werkwijze van deze initiatieven	10
3.1	Inleiding	10
3.2	Initiatieven die wel of (nog) niet van de grond gekomen zijn	10
3.3	Type initiatief	11
3.4	Zorgvormen	11
3.5	Doelgroep van het initiatief	12
3.6	Beschikbaarheid en opname	13
3.7	Inzet expertise	14
3.8	Financiering	15
3.9	Knelpunten en succesfactoren	16
3.9.1	<i>Knelpunten bij initiatieven die van de grond zijn gekomen</i>	16
3.9.2	<i>Knelpunten bij initiatieven die (nog) niet van de grond zijn gekomen</i>	18
3.10	Succesfactoren	19
3.10.1	<i>Samenwerking en betrokkenheid ketenpartijen</i>	19
3.10.2	<i>Ondernemerschap en lef</i>	19
3.10.3	<i>Voldoende doorstroommogelijkheden</i>	20
3.10.4	<i>Een efficiënt en strak georganiseerd proces</i>	20

4	Wat is nodig voor een verdere verspreiding van deze initiatieven?	21
4.1	Inleiding	21
4.2	Zijn de onderzochte initiatieven de (enige) oplossing?	21
4.3	Wat kunnen aanbieders doen?	22
4.4	Wat kunnen financiers doen?	22
4.5	Wat kan VWS doen als stelselverantwoordelijke?	23
	Bijlagen	24
	Bijlage 1: Enquêtevragen	24
	Bijlage 2: Ledenlijst begeleidingscommissie	25

Inleiding

1.1 Achtergrond

Verschillende vormen van ongepland (tijdelijk) verblijf vormen een belangrijke voorziening voor kwetsbare ouderen als het thuis (nog) even niet gaat. Onnodige ziekenhuisopname 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 wonen¹.

Als een kwetsbare oudere ongepland noodzaak heeft tot ongepland (tijdelijk) verblijf dan is het belangrijk dat een oudere snel opgenomen kan worden. Ook als niet meteen duidelijk is op welke wet - de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo) of Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) - dit verblijf betrekking heeft. De huidige praktijk leert dat het lang kan duren voordat een oudere wordt opgenomen. Discussie en/of onduidelijk over de vraag welk zorgdomein van toepassing is, kan hierbij meespelen.

Een goede en tijdige triage speelt een belangrijke rol bij het snel op de goede plek krijgen van kwetsbare ouderen die snel een verblijfsplek nodig hebben. Daarbij kan het helpen om goed inzicht te hebben in de beschikbare capaciteit in de regio. Zo zijn er regionale coördinatiefuncties actief die zich hierop richten en snel verwijzers kunnen helpen met het vinden van een geschikte plek. Toch blijkt dat het in de praktijk niet altijd lukt om in korte tijd vast te stellen wat een kwetsbare oudere die bijvoorbeeld bij de Spoedeisende Hulp (hierna: SEH) of huisartsenpost (hierna: HAP) is terechtgekomen precies nodig heeft, terwijl er wel direct een plek nodig is om deze oudere op te vangen.

¹ Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 17 juni 2015. Nr. 647239-124137-CZ

Vervolgzorg niet altijd direct duidelijk

Het langer thuis blijven wonen van ouderen met een complexe zorgvraag vraagt om mogelijkheden om flexibeler in te kunnen springen op acute situaties. Kwetsbare ouderen doen vaker een beroep op de huisartsen, en komen vaker terecht op de spoedeisende hulp. In deze situaties is er lang niet altijd een noodzaak tot medisch specialistische hulp, een ziekenhuisopname is dan niet nodig. Als ouderen toch op de spoedeisende hulp komen, heeft een oudere er belang bij zo snel mogelijk passende zorg te krijgen. Verschillende vormen van ongepland (tijdelijk) verblijf vormen daarvoor een tijdelijke en meer passende oplossing. Welke vorm van kortdurend verblijf het meest passend is, is aan de voorkant niet altijd direct duidelijk.

Er bestaan aanbieders en initiatieven waar kwetsbare ouderen wel direct kunnen worden opgenomen, ook al is niet direct duidelijk wat de zorgvraag precies is en wat de financieringsgrondslag is. Zij hebben (verschillende vormen van) ongepland (tijdelijk) verblijf als het ware via één ingang georganiseerd. Momenteel is echter nog weinig bekend over de werkwijze van dergelijke initiatieven en waar deze initiatieven zijn gesitueerd.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) heeft, mede naar aanleiding van de motie van de leden Renkema en Ellemeest², behoefte aan een inventarisatie van zorgaanbieders waar verschillende vormen van ongepland (tijdelijk) verblijf voor kwetsbare ouderen via 'één ingang' worden georganiseerd (het gaat hier om het daadwerkelijk opnemen van een cliënt door een zorgaanbieder, dus niet om de

² TK 2018-2019, 34948, nr. 5 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-34948-5.pdf>

regionale coördinatiefunctie). Daarnaast wil VWS in beeld krijgen hoe een dergelijke aanpak breder in Nederland ingezet kan worden.

Verschillende vormen van ongepland (tijdelijk) verblijf worden vanuit verschillende stelsel gefinancierd.

Als iemand spoedzorg nodig heeft zijn er verschillende vormen van ongepland tijdelijk verblijf mogelijk. Er is sprake van spoedzorg of spoedopvang als iemand zelfstandig woont, plotseling (medische) zorg of opvang nodig heeft en de situatie binnen een of twee dagen onhoudbaar zal zijn, óf na een ziekenhuisopname uit het ziekenhuis mag, maar nog niet naar huis kan. Het is afhankelijk van de situatie welke vorm van ongepland (tijdelijk) verblijf mogelijk is.

Bij spoedopname vanwege gezondheidsproblemen valt de spoedopname óf onder eerstelijns verblijf (Elv) óf onder de Wlz (crisis). Elv is gericht op terugkeer naar huis, Wlz (crisis) is gericht op personen die zich kwalificeren voor de Wlz. In een 'maatschappelijke' crisissituatie (Wmo spoedzorg) is de gemeente verantwoordelijk voor tijdelijk onderdak. Te denken valt aan ouderen die om praktische redenen (bijvoorbeeld een benodigde woningaanpassing) nog niet naar huis kunnen na ziekenhuisopname, of een situatie waar de mantelzorger plotseling wegvalt.

Zie ook: <https://www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/spoedzorg-crisisopvang>

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Het doel van deze opdracht bestaat uit twee delen:

1. Een zo volledig mogelijk en door partijen gedragen beeld krijgen bij welke zorgaanbieders kwetsbare ouderen snel terecht kunnen voor ongepland (tijdelijk) verblijf. Het gaat om ongepland (tijdelijk) verblijf waarbij op voorhand niet duidelijk is onder welke wet (Wlz, Wmo of Zvw) dit verblijf uiteindelijk valt.

Daarbij wil VWS weten hoe zorgaanbieders dit ongepland (tijdelijk) verblijf via één ingang hebben georganiseerd.

2. Inzicht verkrijgen wat er nodig is om te komen tot verdere verspreiding van een dergelijke werkwijze, dan wel wat dat belemmert.

Deze doelstellingen zijn vertaald naar de volgende onderzoeksvragen:

1. Waar/bij welke zorgaanbieders kunnen kwetsbare ouderen snel terecht voor ongepland (tijdelijk) verblijf waar op voorhand niet duidelijk is tot welke vorm van ongepland (tijdelijk) verblijf noodzaak is:
 - a. Om welke zorgvormen van ongepland (tijdelijk) verblijf gaat het daarbij?
 - b. Hoe hebben zorgaanbieders dit georganiseerd?
 - Welke voorwaarden hanteren zorgaanbieders hierbij?
 - Wat doen deze zorgaanbieders als ze de cliënt niet kunnen opnemen?
 - c. Hoe snel kan een kwetsbare oudere terecht?
 - Kan dit dezelfde dag en ook in het weekend?
 - Wat maakt dat zij dit zo kunnen organiseren?
 - d. Wat zijn hierbij de succesfactoren en/of belemmerende factoren?
2. Hoe kunnen dergelijke werkwijzen verder worden verspreid?
 - a. Wat is nodig om te komen tot een verdere verspreiding van een dergelijke werkwijze en welke belemmeringen er daarbij kunnen optreden, dan wel;
 - b. Welke belemmeringen er in de weg staan om tot een dergelijke werkwijze te komen (zie ook vraag 1d).

1.3 Reikwijdte van deze inventarisatie

Onder ongepland (tijdelijk) verblijf wordt in ieder geval gedacht aan: eerstelijnsverblijf, Wlz-crisis en Wlz (voor zowel somatische als psychogeriatrische kwetsbare ouderen). Deze vormen van verblijf kunnen worden aangevuld met Wmo-spoed, intramurale GGZ en wijkverpleging. Het gaat niet om kwetsbare ouderen die aangewezen zijn op medisch specialistische zorg of revalidatiezorg. Deze inventarisatie richt zich daarmee

op zorgaanbieders waar verschillende vormen van ongepland (tijdelijk) verblijf voor kwetsbare ouderen via 'één ingang' worden georganiseerd. Hierbij gaat het om het daadwerkelijk opnemen van een cliënt door een zorgaanbieder en niet om de regionale coördinatiefunctie.

Medisch specialistisch verblijf en daarmee ook 'ziekenhuis verplaatste zorg' valt buiten de reikwijdte van deze inventarisatie. Ook medisch specialistische revalidatie (hierna: MSR) en geriatrische revalidatiezorg (hierna: GRZ) vallen buiten de reikwijdte van deze inventarisatie.

Naast ongepland (tijdelijk) verblijf kan er ook sprake zijn van gepland (tijdelijk) verblijf. Deze zorgvormen vallen ook buiten de scope van deze inventarisatie, zoals:

1. Logeeropvang als respijtzorg (uit de Wmo) indien de mantelzorger gepland wegvalt, omdat hij of zij bijvoorbeeld een vakantie gepland heeft staan;
2. Logeeropvang (uit de Wlz) is kortdurend verblijf voor mensen met een volledig pakket thuis (hierna: vpt), modulair pakket thuis (hierna: mpt) of persoonsgebonden budget (pgb) om één of meer mantelzorgers te ontlasten van de zorg van verzekerde.

Tijdens de voorbereidingsfase hebben wij de volgende twee 'generieke typen' van ongepland (tijdelijk) verblijf geïdentificeerd die de scope van deze inventarisatie goed weergeven. Het gaat om deze generieke typen:

Type 1: Tijdelijke opvang waar cliënt direct kan komen als de zorg waar de cliënt noodzaak toe heeft zorginhoudelijk geleverd kan worden. Ook als niet duidelijk is wat de financieringsgrondslag is. De zorgaanbieder regelt aan de achterkant de indicatie en financiering (Wlz, Zvw, Wmo) en de cliënt kan bij deze aanbieder blijven.

Type 2: Tijdelijke opvang gericht op snelle diagnostiek en op basis daarvan doorzetten naar vervolgzorg (Zvw, Wlz en Wmo), of naar huis (eventueel met zorg thuis). Het gaat meestal om een vorm van ELV en hebben soms de naam transferafdeling of schakelafdeling. Ook de verschillende 'pilots observatiebedden' vallen onder dit type.

1.4 Aanpak

Bij deze inventarisatie zijn verschillende methoden ingezet. Samengevat gaat het om de volgende methoden:

1. Oproep via verschillende kanalen om initiatieven te noemen waar kwetsbare ouderen terecht kunnen voor ongepland (tijdelijk) verblijf waarbij op voorhand niet duidelijk is welke financieringsgrondslag aan de orde is. Deze oproep is gedaan via LinkedIn- en Twitterberichten van Significant. Ook zijn personen in het netwerk van de onderzoekers benaderd met de vraag of zij dergelijke initiatieven kennen. Daarnaast is er een oproep geweest door Actiz onder haar leden om te reageren als zij bij dergelijke initiatieven betrokken zijn. Tijdens de markttag ELV – GRZ – ELV – GZSP op 28 juni 2019, waar veel professionals aanwezig waren die betrokken zijn bij verschillende initiatieven, is onze oproep ook gedeeld. Tot slot zijn via Zorgverzekeraars Nederland alle zorgverzekeraars benaderd of zij betrokken zijn bij dergelijke initiatieven. Door de verschillende oproepen en herinneringen die daarbij zijn gedaan, hebben we waarschijnlijk een groot deel van alle initiatieven die binnen de scope van deze inventarisatie vallen in beeld kunnen krijgen. Een groot deel van de initiatieven die zijn genoemd, zijn op meerdere manieren bij ons binnengekomen. Bijvoorbeeld een melding van een betrokken aanbieder naar aanleiding van de oproep van Actiz en daarnaast genoemd door een zorgverzekeraar. Naarmate het onderzoek vorderde werden er nauwelijks nog initiatieven genoemd die niet al bij de onderzoekers in beeld waren. 100% zekerheid dat we alle initiatieven in beeld hebben gekregen, is er niet;
2. Een online enquête die is uitgezet onder aanbieders die zijn betrokken bij een dergelijk initiatief (al dan niet gerealiseerd). Initiatieven die bij stap a zijn genoemd zijn hiertoe persoonlijk benaderd met het verzoek de enquête in te vullen. In de verschillende oproepen zoals beschreven in stap a, is ook een link gegeven naar de online enquête. Zo is de link naar de enquête (ook) via een

mailing gestuurd naar de leden van Actiz. Zie bijlage 1 voor de vragen van de enquête³;

3. Verdiepende interviews met partijen die betrokken zijn bij een dergelijk initiatief. Met vijf aanbieders en een gemeente is een telefonisch interview gehouden met betrokken aanbieders om dieper inzicht te krijgen in de werkwijze en vooral ook de knelpunten en succesfactoren. Een van de geïnterviewde aanbieders is betrokken bij een initiatief dat nog niet van de grond is gekomen;
4. De resultaten van stap a, b en c zijn verwerkt tot deze rapportage;
5. Bij deze inventarisatie is een begeleidingscommissie betrokken die heeft meegedacht bij de onderzoeksopzet, geholpen bij de verschillende oproepen (zie stap a) en bij de duiding van de resultaten. In bijlage 2 staan de namen en organisaties genoemd van de leden van de begeleidingscommissie.

³ Daarmee is het opgedane inzicht van deze inventarisatie over de werkwijze, ervaren knelpunten en succesfactoren bij de initiatieven grotendeels ingegeven vanuit het perspectief van de zorgaanbieders.

Initiatieven ongepland (tijdelijk) verblijf voor kwetsbare ouderen via één ingang

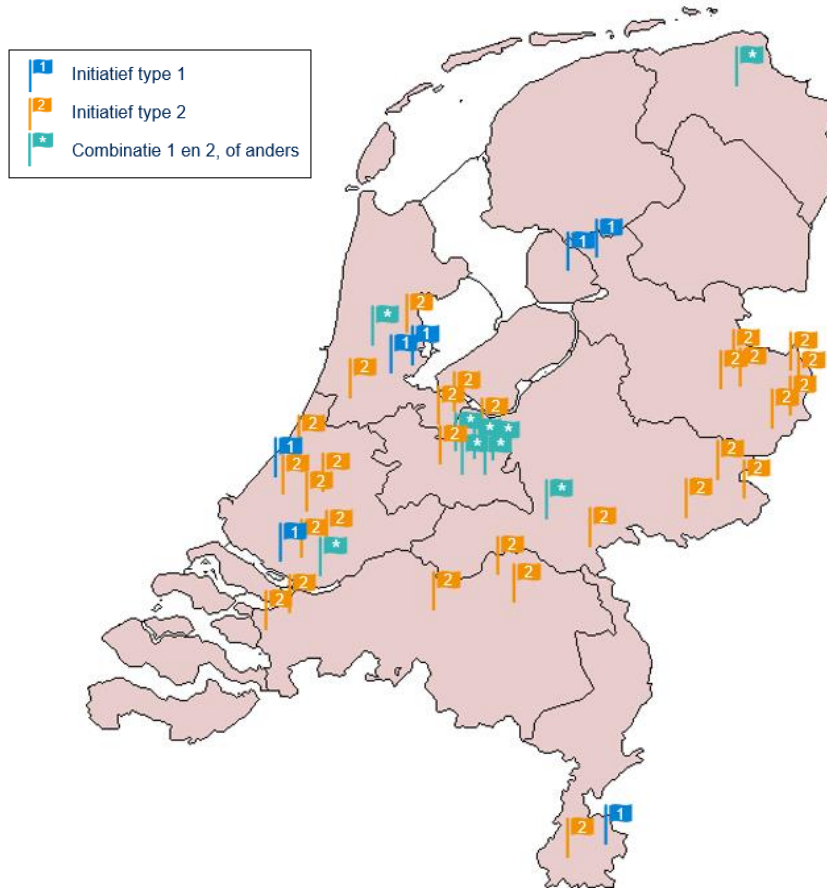
2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk presenteren we de initiatieven die we via deze inventarisatie in beeld hebben gekregen. De respondenten die betrokken zijn bij een opgestart initiatief hebben aangegeven in welke regio of plaats het initiatief bestaat. Het landkaartje op de volgende pagina geeft een geografisch overzicht van deze resultaten. Te zien is dat verspreid over de verschillende regio's initiatieven zijn. Ook zien we gebieden waar niet is gerapporteerd dat er een dergelijk initiatief is opgestart. Op basis van huidig onderzoek kan er geen conclusie worden getrokken over de betekenis hiervan. Een mogelijkheid is dat er geen behoefte bestaat, bijvoorbeeld vanwege een goed functionerend regionale coördinatiefunctie. Ook kan het zijn dat er wel behoefte aan is in de regio, maar een vorm van ongepland (tijdelijk) verblijf nog niet is gerealiseerd. Ook kan niet uitgesloten worden dat er wel een vorm van ongepland (tijdelijk) verblijf is, maar dat deze niet in beeld is gekomen.

Bij ongeveer de helft (16) van de genoemde initiatieven gaat het om initiatieven die zich in de pilotfase bevinden. Ongeveer een derde (10 initiatieven) loopt of betreft een bestaande afdeling. Bij de andere initiatieven (5) is aangegeven dat er zicht is op een waarschijnlijke start binnen enkele maanden tot maximaal een half jaar.

Het bepalen van het type is gebeurd op basis van wat de respondenten zelf hebben aangegeven. Waar het type onbekend was hebben de onderzoekers zelf een inschatting gemaakt van het type initiatief.

2.2 Kaartje met initiatieven



Figuur 1. Geografisch overzicht van de initiatieven waar kwetsbare ouderen ongepland tijdelijk kunnen verblijven (op niveau van door respondenten genoemde zorgorganisaties en/of locaties). Voor een toelichting op de verschillende typen, zie paragraaf 3.3.

2.3 Overzicht initiatieven

Plaats/regio	Zorgaanbieder(s)	Naam	Type
Achterhoek	Azora	Acute Care Unit	2
Achterhoek	Marga Klompé	Observatiebedden	2
Amstelland-Meerlanden	Amstelring	Observatiebedden	2
Amsterdam	Amsta	Amsta Herstel	1, 2
Amsterdam / Haarlemmermeer	Amstelring	Transferafdeling	2
Amsterdam / Haarlemmermeer	Amstelring	Zorgherberg	1
Amsterdam / Haarlemmermeer	Amstelring	Proeftuin Tijdelijk Verblijf	1
Delft	Reinier de Graaf Gasthuis en Pieter van Foreest	Project opname cliënten SEH	2
Den Bosch	Jeroen Bosch Ziekenhuis	Tijdelijk Verblijf van Neysel	2
Gelderse Vallei	Vilente	Locatie Mooi-land	1, 2
Gooi- en Vechtstreek	Vivium	Pilot triagebedden	2
Groningen	Zorggroep Groningen	Schakelafdeling	1, 2
Hilversum	Amaris	Triage- en observatiebedden	2
Hoeksche Waard	Alerimus	Pilot logeerszorg	anders
Maastricht	MUMC+, Envida	De Schakel	1
Noordoostpolder, Steenwijkerland	Zorggroep Oude en Nieuwland	Verskillende afdelingen voor diverse doelgroepen	1
Regio Den Haag (Rijswijk)	Florence	Pilot triage- en observatiebedden	2
Regio Eerland	Beweging 3.0	Pilot triagebedden	2
Regio Enschede	Livio	Tijdelijke Opname Afdeling	2
Regio Haaglanden	WZH Sammersbrug	Observatie en screening	1
Regio Leiden	TOPAZ	Observatiebedden	2
Regio Nijmegen	ZZG Zorggroep, Kalorama	Pilot triage- en observatiebedden (en afspraken)	2
Regio Utrecht	AxionContinu	Pilot triagebedden	2
Regio Zuid Oost Utrecht	Aliantus, Valus Zorggroep, King Arthur Groep, De Horst Huis ter Heide en Charim Spathodea	Pilot Logeerszorg	anders
Rotterdam	Aafje	Acute Zorg Afdeling	2
Rotterdam	Aafje	Pilot triagebedden	2
Rotterdam/Schiedam	Careyn	Acute dienst	1
Twente	Livio, Trivium Meulenbelt Zorg, Carint Reggeland, Liberein, Zorgaccent, De Posten	Observatiebedden	2
West-Brabant	Groenhuysen, TanteLouise	Pilot triage- en observatiebedden	2
Zoetermeer	Monteverdi	Regionaal Expertisecentrum voor Ouderen	2
Zuid-Limburg	Cicero	Pilot triage- en observatiebedden	2

Tabel 1. Overzicht van de verzamelde initiatieven

Werkwijze van deze initiatieven

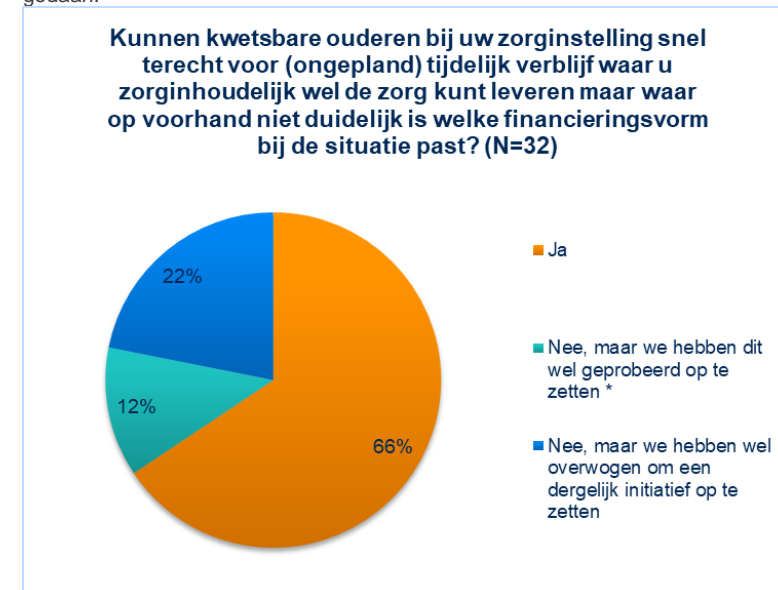
3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de werkwijzen van deze initiatieven, op basis van de uitkomsten van de online enquête en de interviews. Zoals we in de inleiding hebben aangegeven, is de enquête via verschillende kanalen uitgezet onder aanbieders die zijn betrokken bij een dergelijk initiatief (al dan niet gerealiseerd). Er is 40 keer begonnen met het invullen van de enquête (40 respondenten hebben de eerste vraag ingevuld), maar niet alle respondenten hebben de vragenlijst afgerond waardoor niet alle reacties bruikbaar zijn. Zo zijn enkele respondenten na een vraag afgehaakt, anderen op een later moment. Er zijn ook respondenten die (enkele) vragen hebben overgeslagen. Sommige respondenten hebben de vragenlijst (deels) tweemaal ingevuld. In dat geval is de meest complete versie gekozen. Afhankelijk van of er een initiatief daadwerkelijk gerealiseerd is (en kwetsbare ouderen momenteel daadwerkelijk terecht kunnen voor ongepland (tijdelijk) verblijf), hebben respondenten verschillende vragen voorgelegd gekregen.

We bespreken niet de werkwijze per initiatief individueel, maar geven vooral inzicht in de overeenkomsten en variatie die er is op de verschillende aspecten van de werkwijze. Omdat niet alle vragen door alle respondenten zijn beantwoord, hebben wij per figuur of tabel het aantal waarnemingen (de N) vermeld. De getoonde antwoorden komen van respondenten van initiatieven die daadwerkelijk gerealiseerd zijn, tenzij anders aangegeven.

3.2 Initiatieven die wel of (nog) niet van de grond gekomen zijn

De eerste vraag in de enquête was of kwetsbare ouderen terecht kunnen voor ongepland (tijdelijk) verblijf waar op voorhand niet duidelijk is welke financieringsvorm bij de situatie past. Uit de 32 bruikbare reacties blijkt dit bij 66% van de respondenten het geval is (zie Figuur 2). In 34% van de reacties gaat het om partijen die wel hebben geprobeerd een dergelijk initiatief op te zetten (zonder dat het vooralsnog is gelukt), dan wel dat zij hebben overwogen om dit op te zetten (maar (nog) niet hebben gedaan.



Figuur 2. Reacties op de eerste vraag van de enquête of kwetsbare ouderen terecht kunnen voor ongepland (tijdelijk) verblijf waar op voorhand niet duidelijk is welke financieringsvorm bij de situatie past

Waar respondenten op bovenstaande vraag met 'Nee,...' hebben geantwoord, is gevraagd wat er momenteel met deze doelgroep gebeurt. Zij geven aan dat er dan meestal een opname/verblijf in het ziekenhuis (al dan niet via de SEH) aan de orde is. Ook wordt aangegeven dat er wel een opname volgt, maar dat er geen sprake is van een snelle diagnostiek. Een respondent geeft aan dat cliënten soms naar huis worden gestuurd en dat het dan wachten is op het moment dat er echt een crisissituatie is ontstaan, waarna de cliënt wel kan worden opgenomen.

3.3 Type initiatief

In de inleiding maakten we onderscheid tussen twee generieke typen van ongepland (tijdelijk) verblijf voor kwetsbare ouderen:

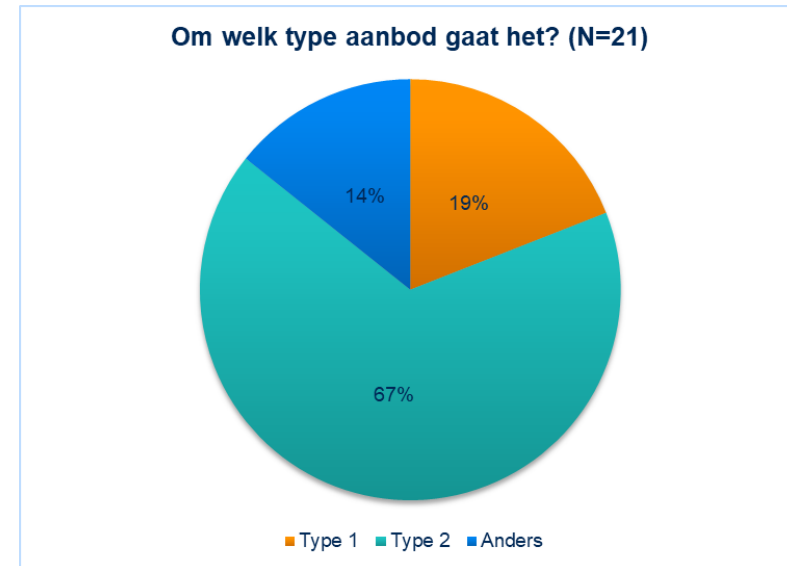
Type 1: Tijdelijke opvang waar cliënt direct kan komen als de zorg waar de cliënt noodzaak toe heeft zorginhoudelijk geleverd kan worden. Ook als niet duidelijk is wat de financieringsgrondslag is. De zorgaanbieder regelt aan de achterkant de indicatie en financiering (Wlz, Zvw, Wmo) en de cliënt kan bij deze aanbieder blijven;

Type 2: Tijdelijke opvang gericht op snelle diagnostiek en op basis daarvan doorzetten naar vervolgzorg (Zvw, Wlz en Wmo), of naar huis (eventueel met zorg thuis). Het gaat meestal om een vorm van ELV en hebben soms de naam transferafdeling of schakelafdeling. Ook de verschillende 'pilots observatiebedden'⁴ vallen onder dit type.

Uit de reacties blijkt dat het in 67% van de initiatieven waar kwetsbare ouderen terecht kunnen over ongepland (tijdelijk) verblijf sprake is van type 2, in 19% van de gevallen gaat het om type 1 (zie Figuur 3). In 14% van de gevallen geeft de respondent aan dat het om een ander type verblijf gaat. In de toelichting blijkt het dan meestal te gaan om een combinatie van type 1 en 2.

⁴ Deze worden ook wel pilots triagebedden genoemd. Voor meer achtergrond zie <https://www.nu.nl/gezondheid/5774853/zo-moeten-minder-ouderen-onnodig-in-ziekenhuis-belanden.html>.

Bij initiatieven die niet van de grond zijn gekomen (niet in bovenstaande figuur opgenomen), gaat het op één geval na altijd om type 2.

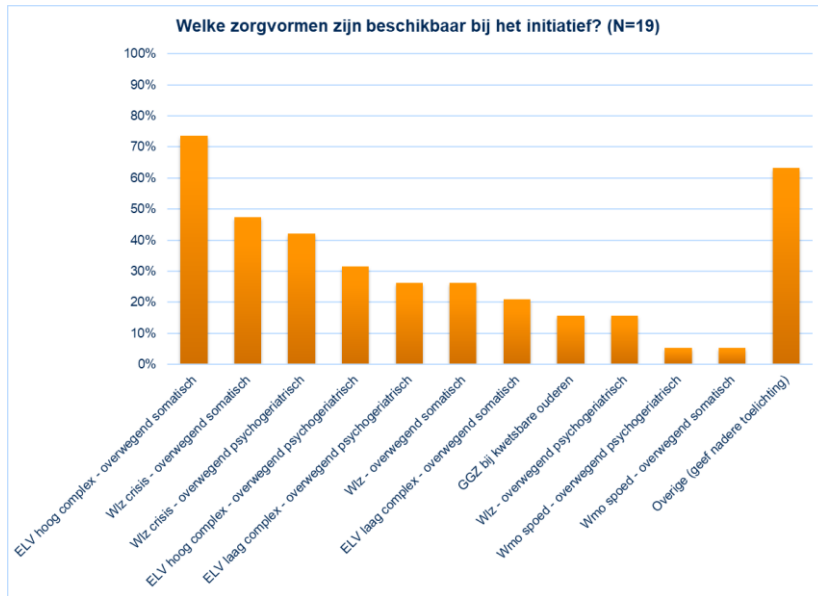


Figuur 3. Verschillende typen van ongepland (tijdelijk) verblijf

3.4 Zorgvormen

Een van de onderzoeksvragen is welke zorgvormen er bij de verschillende initiatieven worden aangeboden. Het gaat dan om de zorgvormen die nadat de opname heeft plaatsgevonden beschikbaar zijn bij het initiatief. Een van de achterliggende gedachten is dat daar waar meer zorgvormen beschikbaar zijn, het makkelijker is om een cliënt op te nemen ook al is niet duidelijk welke zorg precies nodig is en hoe de financiering uiteindelijk daarbij gaat lopen.

Uit de reacties blijkt dat de meeste van deze initiatieven geëquipeerd zijn voor ELV hoog complex (overwegend somatisch). De overige zorgvormen zijn in mindere mate beschikbaar bij deze initiatieven. Met name Wmo-spoed is slechts beperkt beschikbaar bij de initiatieven waarvan we een reactie hebben gehad. Ruim de helft van de reacties heeft hier (ook) 'overig' aangekruist. De toelichting is daar vooral dat het initiatief niet deze genoemde zorgvormen zelf beschikbaar heeft, maar dat het initiatief een tijdelijke voorziening is waarbij in een korte (observatie)periode wordt gekeken welke vervolgzorg nodig is (zie type 2 initiatieven).

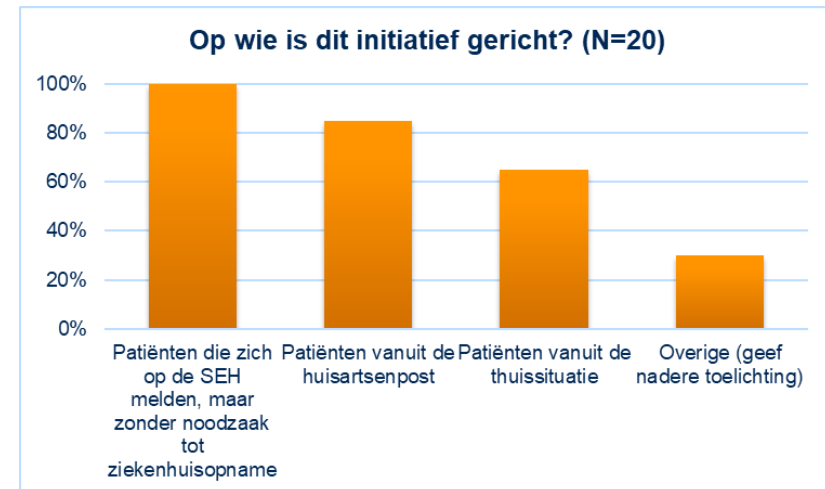


Figuur 4. Verschillende zorgvormen beschikbaar bij de initiatieven (meerdere antwoorden mogelijk)

3.5 Doelgroep van het initiatief

Of het gaat om initiatieven van het type 1 of 2, ze zijn allemaal (ook) gericht op cliënten die zich op de SEH melden, maar bij wie geen noodzaak is tot ziekenhuisopname (zie figuur 5). Een aantal van deze initiatieven is dan ook ingestoken vanuit het doel om 'verkeerde beddenproblematiek' in ziekenhuizen aan te pakken. Zonder een dergelijk initiatief zijn de ziekenhuizen namelijk vaak toch genoodzaakt om de kwetsbare oudere op te nemen in het ziekenhuis, omdat deze niet terug naar huis kan.

In de meeste gevallen is het initiatief ook gericht op cliënten die bij de huisarts of huisartsenpost zijn (zie figuur 5). Juist huisartsen kunnen volgens betrokkenen enorm worden ontlast door deze initiatieven, doordat zij de kwetsbare oudere waarbij er een onvolledig beeld is op de onderliggende problematiek snel kunnen overdragen en niet zelf 'eindeloos' moeten blijven zoeken naar een plek waar deze oudere terecht kan. In het geval van 'overig' wordt als toelichting een aantal keren aangegeven dat het initiatief ook gericht is op kwetsbare ouderen in het ziekenhuis van wie na behandeling niet duidelijk is wat het vervolg zorgpad is.

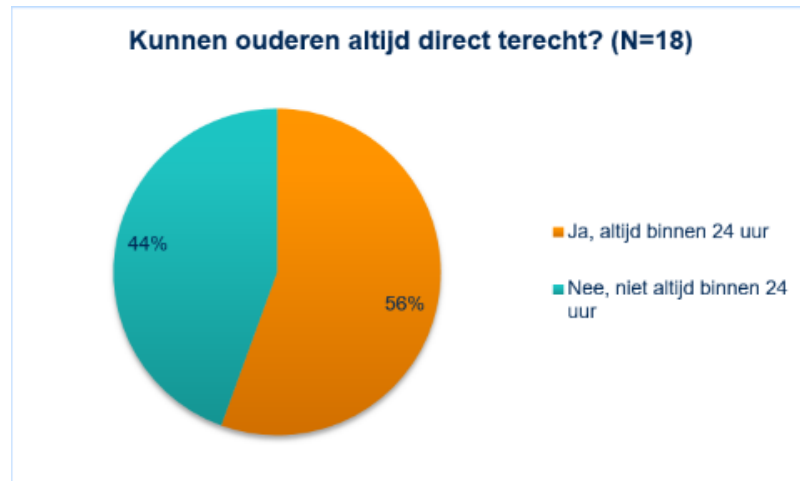


Figuur 5. Waar de verschillende initiatieven op gericht zijn (meerdere antwoorden mogelijk)

3.6 Beschikbaarheid en opname

Bij 60% van de initiatieven waar ouderen terechtkunnen voor ongepland (tijdelijk) verblijf, kunnen deze ouderen 24 uur per dag, zeven dagen in de week terecht. Waar dat niet het geval is, is bij ruim de helft van de initiatieven sprake van beschikbaarheid in de avonduren, daarvan is driekwart ook in het weekend bereikbaar.

56% van de respondenten geeft aan dat een kwetsbare oudere altijd binnen 24 uur terecht kan bij het initiatief. 44% geeft aan dat dit niet altijd mogelijk is. Bijvoorbeeld omdat er niet altijd een bed beschikbaar is, of omdat de oudere is verzekerd bij een zorgverzekeraar die niet betrokken is bij het initiatief, waardoor de financiering niet dekkend is.

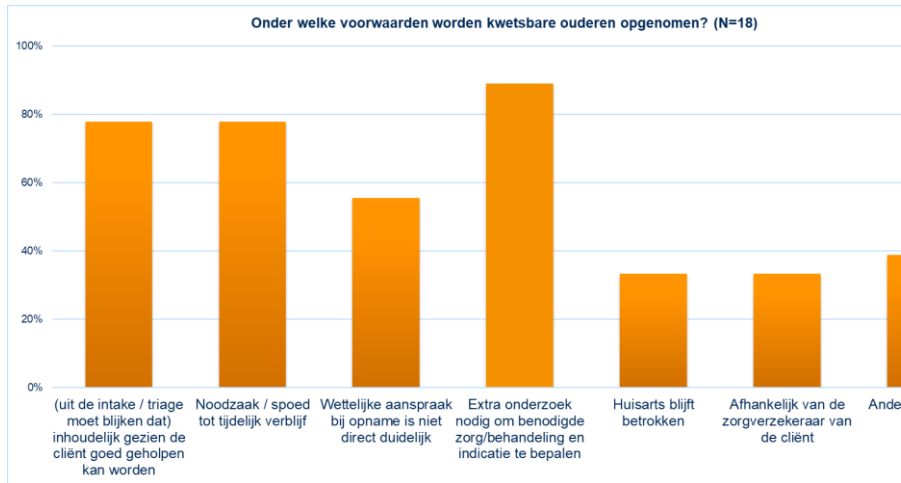


Figuur 6. Hoe snel kwetsbare ouderen terechtkunnen bij de initiatieven

We hebben de respondenten gevraagd naar de voorwaarden die zij hanteren voor opname van de kwetsbare ouderen. De belangrijkste voorwaarde lijkt de behoefte aan extra onderzoek om benodigde zorg of behandeling te bepalen. Bijna 90% van de respondenten geeft dit aan. Verder geeft zo'n 80% van alle respondenten aan dat een belangrijke voorwaarde is dat de cliënt ook daadwerkelijk geholpen kan worden, dat inhoudelijk de benodigde zorg kan worden geleverd. Ook ongeveer 80% geeft aan dat er sprake moet zijn van noodzaak voor een spoedopname. Bij iets meer dan de helft van de initiatieven is het een voorwaarde dat op voorhand niet duidelijk is wat de wettelijke aanspraak is.

Opvallend is dat bij een aantal initiatieven als voorwaarde geldt dat de cliënt verzekerd moet zijn bij de zorgverzekeraar die betrokken is bij het initiatief. Zo komen bij een aantal type 2 initiatieven cliënten van een andere verzekeraar niet in aanmerking voor opname. De zorg vanuit het initiatief wordt dan niet (geheel) gefinancierd. Zij worden vervolgens bijvoorbeeld vanuit de SEH toch opgenomen in het ziekenhuis. Een ander vergelijkbaar type 2 initiatief 'accepteert' cliënten van andere verzekeraars wel. Dit betekent echter wel dat ze voor deze cliënten maximaal het reguliere tarief voor ELV-hoog complex kunnen declareren, wat volgens deze aanbieder niet kostendekkend is⁵.

⁵ In 3.8 gaan we verder in op de financiering.



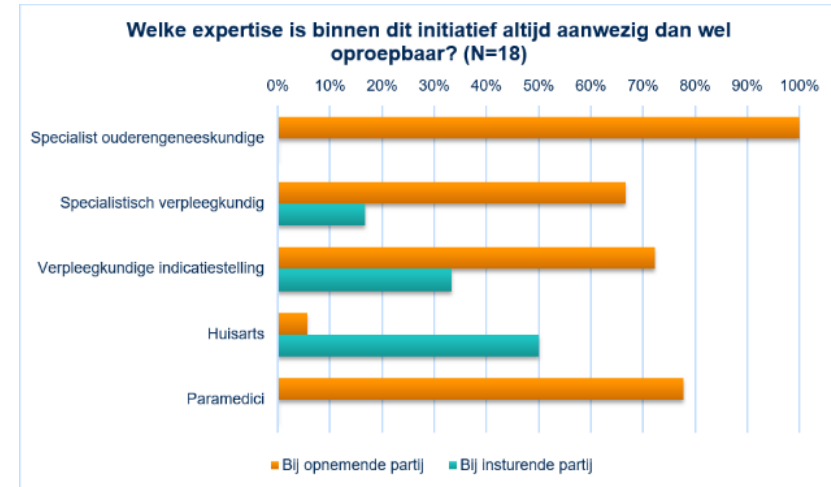
Figuur 7. Voorwaarden voor opname van kwetsbare ouderen bij de initiatieven

Als blijkt dat de cliënt niet kan worden opgenomen, geven respondenten aan dat er verschillende acties worden ondernomen. De meeste respondenten geven aan dat er advies wordt gegeven over het vervolgproces en wordt meegedacht in of overlegd over alternatieven. Ook wordt aangegeven dat, indien cliënt met thuiszorg naar huis kan, thuiszorg in gang wordt gezet. In een aantal gevallen formuleren respondenten dat er een andere vorm van verblijf plaatsvindt: de cliënten blijven dan meestal op de spoedeisende hulp of op een afdeling in het ziekenhuis. Ook kunnen andere verwijzingen worden gedaan, bijvoorbeeld (terug) naar de regionale coördinatiefunctie of de huisarts.

3.7 Inzet expertise

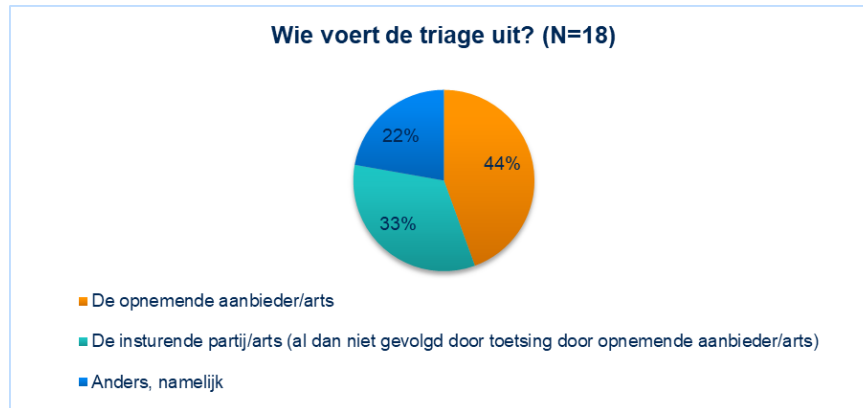
Een onderdeel van het onderzoek richt zich op de benodigde expertise. In verband met de acute vraag voor opname en/of zorg, is het interessant om inzichtelijk te maken welke professionals beschikbaar zijn bij de initiatieven. Uit de enquête blijkt dat bij alle initiatieven die hebben gereageerd een specialist ouderengeneeskunde aanwezig of oproepbaar is (zie figuur 8). Ook zijn bij de meerderheid van de initiatieven paramedici,

specialistisch verpleegkundigen en een verpleegkundige indicatiestelling aanwezig of oproepbaar. Deze expertise is met name bij de opnemende partij aanwezig.



Figuur 8. Aanwezige expertise

Daarnaast vroegen we de respondenten op welk moment de triage wordt uitgevoerd. Bij 44% van de initiatieven voert de opnemende arts (vaak de specialist ouderengeneeskunde) de triage uit, in 33% is dat de insturende partij (al dan niet gevolgd door de opnemende partij). In het geval 'anders' is de toelichting dat triage bij de regionale coördinatiefunctie gebeurt, door het ambulante ouderenteam of 'maar net hoe het uitkomt'.

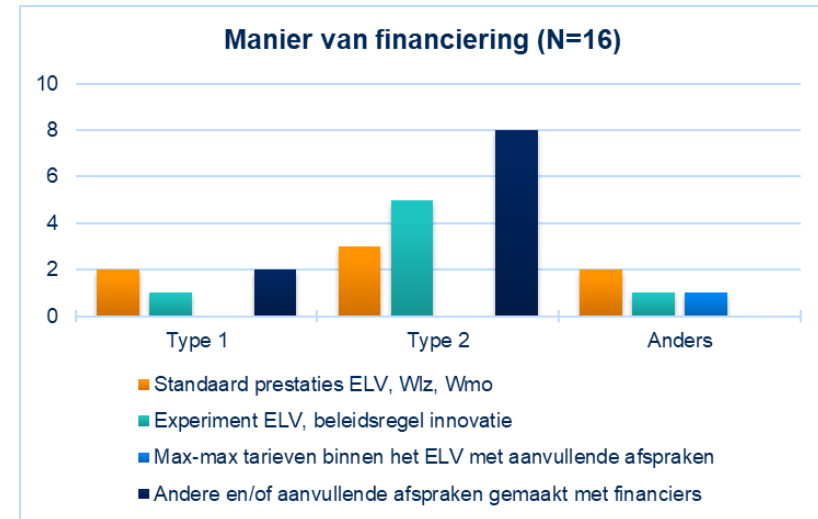


Figuur 9. Uitvoeren van triage

3.8 Financiering

In de enquête hebben we gevraagd naar de manier waarop het initiatief is gefinancierd. In de praktijk blijkt er behoorlijke variatie te zijn in de manier waarop deze initiatieven zijn gefinancierd. Bovendien is er soms sprake van verschillende financieringsvormen. Vooral als het gaat om de type 2 initiatieven is er sprake van financiering vanuit experiment ELV of de beleidsregel innovatie. Dit zijn bijvoorbeeld de pilots triagebedden. Ook zijn er initiatieven die vanuit de standaard prestaties (ELV, Wlz, Wmo) worden gefinancierd. Dit komt zowel bij type 1 als bij type 2 initiatieven voor. Opvallend is dat er bij een relatief grote groep respondenten sprake is van andere en/of aanvullende afspraken met financiers. Voorbeelden die genoemd worden zijn:

1. Financiële afspraken met het ziekenhuis
2. Afspraken met verzekeraars
3. Financiering afhankelijk van uitkomst ongepland (tijdelijk) verblijf
4. Subsidie van gemeente voor respijtzorg
5. Krijgen de extra diagnostiek nog niet betaald



Figuur 10. Manier van financiering per type initiatief

Twaalf respondenten hebben de vraag beantwoord of de financiering momenteel dekkend is. De helft van deze respondenten geeft aan dat de financiering dekkend is. De respondenten betrokken bij type 2 initiatieven die aangeven dat de financiën niet dekkend zijn, geven aan dat er in korte tijd veel moet gebeuren aan diagnostiek en het betrekken van expertise. Vanuit de reguliere financiering (bijvoorbeeld voor ELV of Wmo) is dat niet kostendekkend. Een groot deel van de respondenten heeft deze vraag niet beantwoord en geeft als toelichting aan dat in de huidige fase van het initiatief nog niet bekend is of de financiering (uiteindelijk) dekkend is.



Figuur 11. Toereikendheid van de financiering

3.9 Knelpunten en succesfactoren

Zowel in de enquête als in de verdiepende interviews hebben de respondenten aangegeven wat zij ervaren als knelpunten en succesfactoren bij de uitvoering en ontwikkeling van het initiatief. Daarnaast hebben we in de enquête aan respondenten die betrokken zijn (geweest) bij initiatieven die niet van de grond zijn gekomen, gevraagd naar knelpunten die zij (hebben) ervaren bij het ontwikkelen van het initiatief. In deze paragraaf maken we het onderscheid tussen de verschillende typen initiatieven en of het initiatief daadwerkelijk van de grond is gekomen.

3.9.1 Knelpunten bij initiatieven die van de grond zijn gekomen

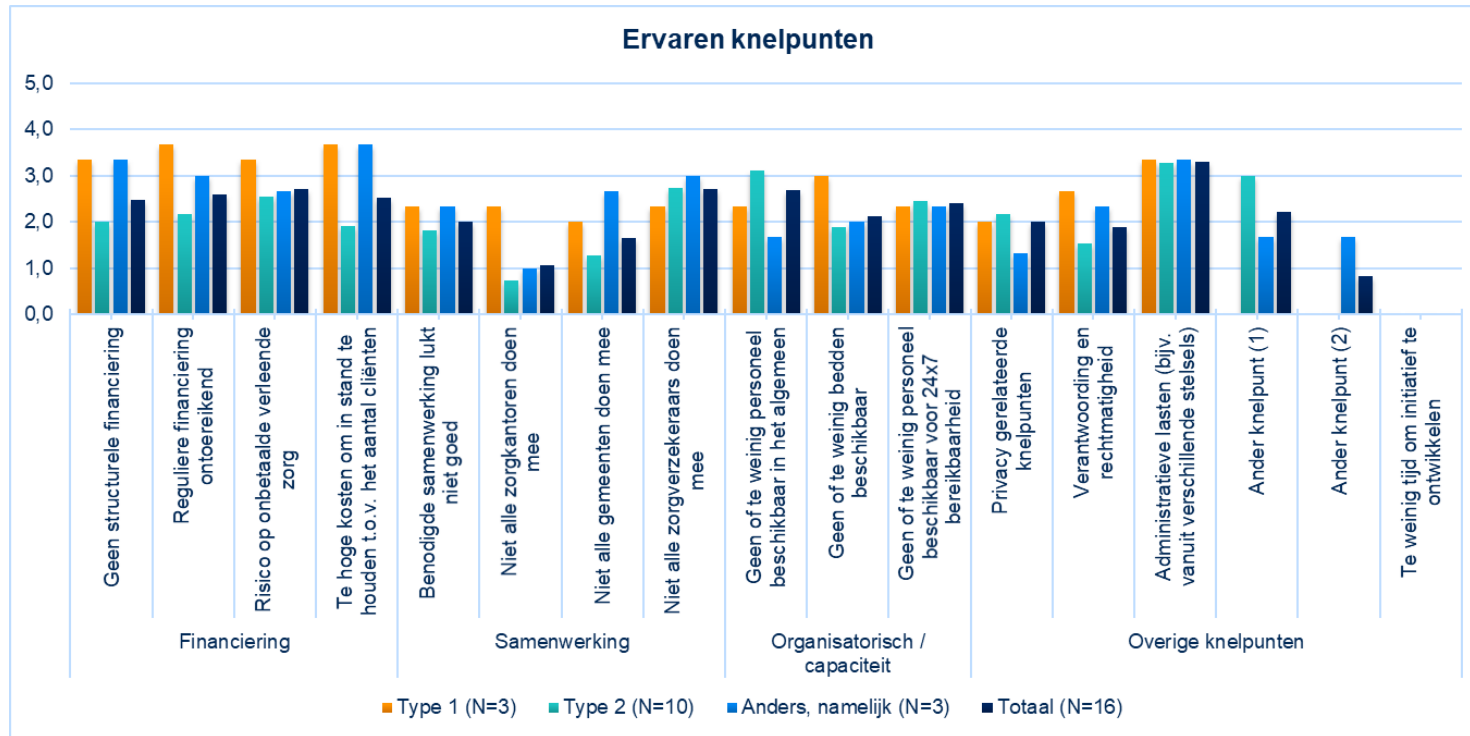
In de enquête konden respondenten verschillende knelpunten scoren op een schaal van nul (geen knelpunt) tot vijf (zeer sterk knelpunt). Respondenten met initiatieven waar kwetsbare ouderen momenteel terecht kunnen voor ongepland (tijdelijk) verblijf ervaren vooral knelpunten op het gebied van administratieve lasten (zie figuur 12). Gemiddeld over alle respondenten scoort dit knelpunt net boven de drie op de

eerdergenoemde schaal. Nu worden administratieve lasten zorgbreed vaak als knelpunt gezien (ook buiten de scope van deze inventarisatie). Toch speelt bij veel initiatieven volgens geïnterviewden dat zij hier te maken hebben met verschillende financieringsstromen, wat de administratieve lasten doet toenemen.

Ook financiële knelpunten spelen bij veel initiatieven een rol. Opvallend is dat bij deze financiële knelpunten type 1 initiatieven deze knelpunten gemiddeld genomen sterker ervaren dan de type 2 initiatieven. Waarschijnlijk heeft dit te maken met het feit dat onder de type 2 initiatieven ook de pilots observatiebedden vallen waarvoor tijdelijk in financiering is voorzien. Daarnaast zijn de aantallen in deze analyse zeer klein, dus geeft deze vergelijking hooguit een indicatief beeld. In de interviews wordt bij dit knelpunt aangegeven dat de huidige manier van financieren vaak onvoldoende passend is bij de invulling van het initiatief of de brede zorgvraag die er ligt. De zorgvraag overstijgt volgens een respondent verschillende indicaties en financieringsvormen. Er is daarbij vaak inzet van multidisciplinaire deskundigheid nodig, wat niet altijd wordt gedekt door het geboden tarief.

Samenwerkingsgerelateerde knelpunten worden in verhouding minder sterk ervaren door de respondenten dan de andere type knelpunten. Wel springt hier het knelpunt uit dat niet alle zorgverzekeraars meedoen (zie ook 3.8). Bij type 1 initiatieven is het soms een knelpunt dat het zorgkantoor niet meedoet.

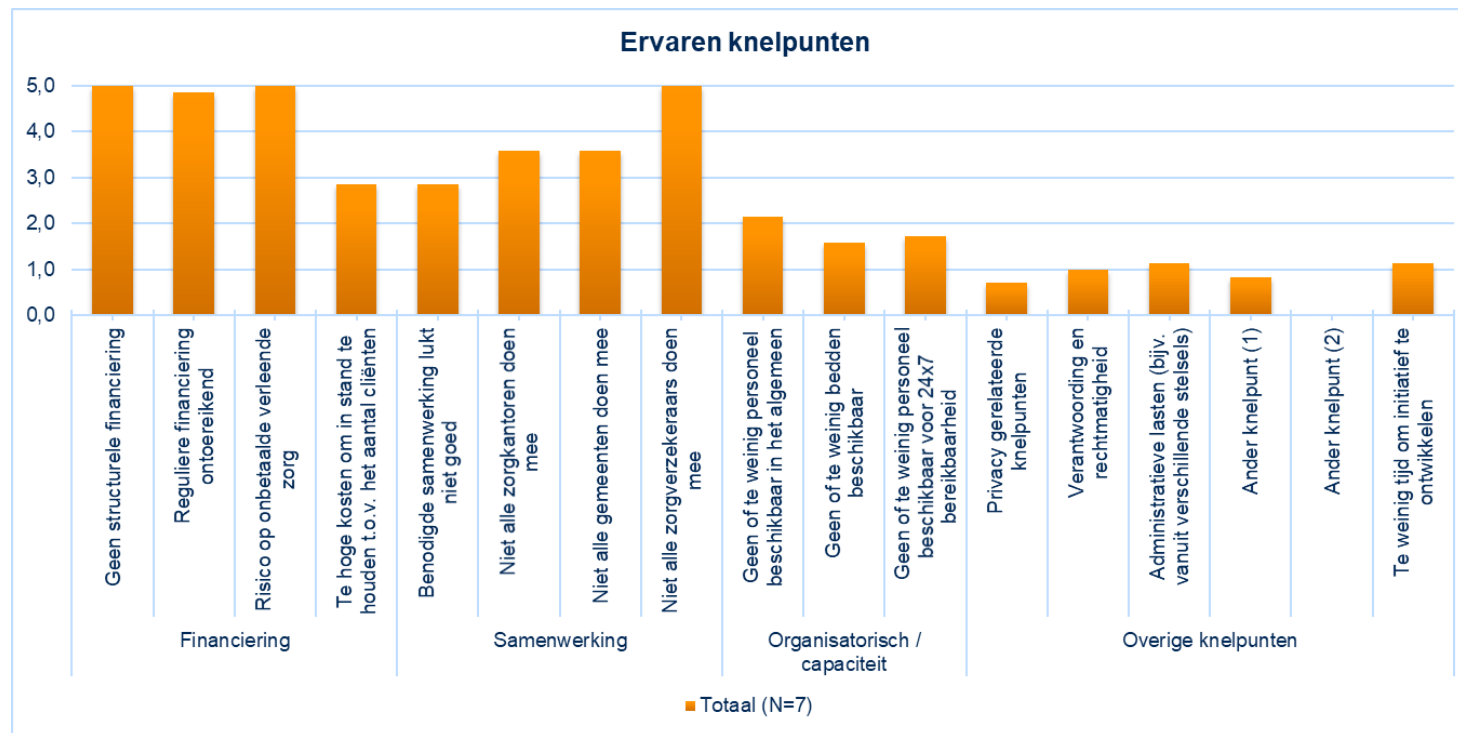
In de interviews zijn hierop nog enkele aanvullingen gegeven. Zo speelt bij sommige initiatieven heel sterk dat er een arbeidsmarktprobleem is. Dit is in de betreffende regio een sector breed probleem, maar ook het initiatief staat daardoor onder druk doordat het veel moeite kost om alle expertise binnenboord te houden. Daarnaast speelt ook dat de beschikbare capaciteit in bedden in sommige regio's een knelpunt is. Vooral als het gaat om de doorstroom vanuit het initiatief naar vervolgzorg (bijvoorbeeld naar de Wlz).



Figuur 12. Gemiddelde score van knelpunten door respondenten bij wie het gelukt is een initiatief op te zetten (0=geen knelpunt, 5= zeer groot knelpunt)

3.9.2 Knelpunten bij initiatieven die (nog) niet van de grond zijn gekomen

Respondenten betrokken bij initiatieven die (nog) van de grond zijn gekomen ervaren knelpunten aanzienlijk sterker dan respondenten van initiatieven die wel van de grond zijn gekomen. Zowel financiële knelpunten als knelpunten op het gebied van samenwerking spelen een grote rol (zie figuur 14). De gemene deler lijkt hier te zijn dat het voor deze initiatieven niet lukt om alle benodigde partijen aangehaakt te krijgen en dat de financiering (daardoor) niet van de grond komt. De betrokkenen geven aan vooral afhankelijk te zijn van of de zorgverzekeraar als financier mee wil doen of niet, maar ook het niet meedoen van het zorgkantoor of de relevante gemeenten wordt gezien als een substantieel knelpunt.



Figuur 13. Gemiddelde score van knelpunten door respondenten bij wie het niet is gelukt een initiatief op te zetten (0=geen knelpunt, 5= zeer groot knelpunt)

3.10 Succesfactoren

In de enquête is gevraagd naar wat geholpen heeft bij het slagen van het initiatief. Daarnaast hebben we in de interviews (door)gevraagd welke factoren de respondenten hebben ervaren als succesfactoren voor hun eigen initiatief, of wat belangrijke randvoorwaarden zijn voor het succesvol laten zijn van een dergelijk initiatief. De succesfactoren die daarbij zijn genoemd, kunnen worden samengevat binnen een aantal thema's zoals samenwerking en betrokkenheid van ketenpartijen, ondernemerschap, doorstroom en factoren voor de uitvoering van het initiatief. Hieronder bespreken we deze succesfactoren meer gedetailleerd.

3.10.1 Samenwerking en betrokkenheid ketenpartijen

Veel van de genoemde succesfactoren om een initiatief gerealiseerd en werkend te krijgen, hebben betrekking op samenwerking en betrokkenheid van de partijen in de keten. Het gaat dan om samenwerking met andere zorgaanbieders, met het ziekenhuis, met verwijzers maar ook met financiers. Maar hoe wordt zo iets in de praktijk gerealiseerd?

Respondenten geven aan dat het van belang is om de relevante ketenpartijen vanaf het begin te betrekken. Een gezamenlijk beeld creëren, door middel van een heldere probleemdefiniëring of het uitspreken van gezamenlijke belangen is volgens betrokkenen cruciaal voor een goede samenwerking. Er moet ook sprake zijn van een duidelijke (en enthousiaste) eigenaar of trekker van het initiatief en enthousiasme en commitment onder de partijen om samen aan de slag te gaan. Ook geven respondenten aan dat het van belang is om een kleine projectgroep te vormen met mensen die echt betrokken zijn bij de praktijk, mensen die het goede willen voor de cliënt en begrijpen hoe de praktijk eruit ziet. Daarbij helpt een pragmatische aanpak met korte en slagvaardige overleggen.

Respondenten noemen daarbij dat het van groot belang is om te zorgen dat er goed wordt aangesloten bij de verwijzende partijen. Daarbij wordt genoemd dat het

belangrijk is om bekendheid over het initiatief te creëren bij de spoedeisende hulp, (breder in de) ziekenhuizen en huisartsen. Enkele respondenten benoemden dat het initiatief soms (nog) niet bekend is bij verwijzers of dat de verwijzers zich binnen een andere 'zorgroute' bevinden, waarbij een andere vorm van zorg als vervolgstap wordt gekozen dan verwijzing naar het initiatief. Ook noemen respondenten het belang van de samenwerking met de regionale coördinatiefunctie. In sommige regio's is er een duidelijke wisselwerking met deze coördinatiefuncties. Bijvoorbeeld aan de voorkant, als een plaatsing via de coördinatiefunctie niet lukt en er extra onderzoeken nodig zijn. Maar ook aan de achterkant, als na een observatieperiode duidelijk is welke zorg nodig is, kan de regionale coördinatiefunctie zorgen voor een tijdige vervolgzorg.

De (financiële) betrokkenheid van een zorgverzekeraar wordt ook als belangrijke succesfactor gezien. Verschillende respondenten noemen het randvoorwaardelijk dat er adequate financiering is geregeld. Daarbij wordt door betrokkenen vooral naar de zorgverzekeraar gekeken als voor de hand liggende financier. Juist bij initiatieven die niet van de grond zijn gekomen, geven respondenten aan dat het gebrek aan voldoende financiering uiteindelijk de doorslag gaf om niet door te gaan. Dit blijkt ook uit de knelpunten die worden genoemd door respondenten die betrokken zijn bij initiatieven die (nog) niet van de grond zijn gekomen. Volgens hen zijn vooral de financiële knelpunten het grootst (zie ook 3.9).

3.10.2 Ondernemerschap en lef

Een aantal respondenten gaf aan dat voor het van de grond krijgen van een dergelijk initiatief vooral lef nodig is van de trekker. Volgens enkele betrokkenen die we hebben geïnterviewd, is het soms noodzakelijk om het lef te hebben om door te durven gaan, ook al is niet alles voor 100% duidelijk hoe iets geregeld gaat worden. Of als het onzeker is of de financiering uiteindelijk voldoende is. Verschillende betrokkenen geven aan dat het op cliëntniveau bijna altijd wel mogelijk is om de financiering geregeld te krijgen. Dat vraagt soms om doorzettingskracht en eigen initiatief richting de financier, met een goede inhoudelijke uitleg als basis.

Een respondent geeft aan dat het initiatief soms ook intern 'verkocht' moet worden, zeker als niet altijd de financiële voordelen evident zijn of als een initiatief tijdelijk verlieslatend is.

3.10.3 *Voldoende doorstroommogelijkheden*

Uit de interviews blijkt verder dat het van belang is dat er voldoende mogelijkheden zijn voor doorstroom. Zorgen dat iemand die tijdelijk verblijft ook snel met vervolgzorg kan starten als eenmaal duidelijk is welke vervolgzorg nodig is. Anders kan er sprake zijn van 'verstopping' en noodgedwongen bezetting van de bedden die bij het initiatief horen. In de interviews werd het belang hiervan benadrukt, ook al bestaan wel verschillende manieren waarop de doorstroom wordt gerealiseerd. Een respondent geeft aan dat de doorstroom binnen hun initiatief goed kan verlopen, doordat zij als organisatie zelf veel interne doorstroommogelijkheden hebben. Zij hebben als grote zorgaanbieder veel plekken die vanuit de verschillende stelsels kunnen worden gefinancierd. Er is dan ook bijna altijd plek voor cliënten die eerst binnen zijn gekomen voor een korte periode van observatie en diagnostiek. Een andere geïnterviewde aanbieder geeft aan dat zij in de regio al lang en goed samenwerken met twee andere

aanbieders en dat zij samen voldoende opties hebben voor cliënten die vanuit het initiatief moeten kunnen doorstromen. Organisatiebelangen spelen daar geen rol. Een respondent noemt dat de doorstroom naar de Wlz problematisch is vanwege te weinig capaciteit in de regio. Hierdoor blijven bedden te lang bezet door ouderen die een Wlz-indicatie hebben of krijgen. Doordat dit een regionaal probleem is, wordt er vanuit verschillende kanten getrokken aan dergelijke Wlz-bedden.

3.10.4 *Een efficiënt en strak georganiseerd proces*

Tijdens de uitvoering van het initiatief is het volgens betrokkenen van belang dat het proces van de korte observatieperiode goed is ingeregeld, zodat deze zorg-/observatieperiode snel kan worden doorlopen. Van belang hierbij is de betrokkenheid van de verschillende partijen en een pragmatische aanpak. Voorbeelden die zijn genoemd, is de snelle inzet van de benodigde multidisciplinaire expertise, mandaat voor de SO om een indicatie af te geven⁶, goede afspraken met verzekeraars en het CIZ, een korte cyclus met regelmatig MDO om de situatie van de cliënt tijdig te kunnen bespreken.

⁶ Een voorbeeld is een initiatief waarbij de SO het mandaat van de gemeente heeft om een Wmo-indicatie af te geven. De gemeente toetst dan binnen twee weken zelf of de indicatie 'terecht' is.

Wat is nodig voor een verdere verspreiding van deze initiatieven?

4.1 Inleiding

De tweede doelstelling van dit onderzoek is om na te gaan wat nodig is voor verdere verspreiding van dergelijke initiatieven. In hoofdstuk 2 zagen we dat lang niet overal in Nederland dergelijke initiatieven bestaan. We hebben met dit onderzoek echter niet geïnventariseerd hoe de zorg op die plekken georganiseerd is en in hoeverre het een probleem is of kwetsbare ouderen snel terecht kunnen voor ongepland (tijdelijk) verblijf. Wel weten we op basis van dit onderzoekstraject dat er plekken zijn waar partijen bezig zijn een dergelijk initiatief van de grond te krijgen. Op sommige plekken gaat het dan nog om eerste gesprekken tussen partijen, andere initiatieven zijn al wat verder in het proces om tot een initiatief te komen.

In dit hoofdstuk gaan we in op wat nodig is voor een verdere verspreiding van deze initiatieven. We gaan daarbij eerst in op de vraag of de onderzochte initiatieven de (enige) oplossing zijn voor het onderliggende knelpunt. Daarna gaan we in op wat aanbieders kunnen doen die dergelijke initiatieven van de grond willen krijgen, wat financiers kunnen doen en wat tenslotte VWS als stelselverantwoordelijke kan doen.

4.2 Zijn de onderzochte initiatieven de (enige) oplossing?

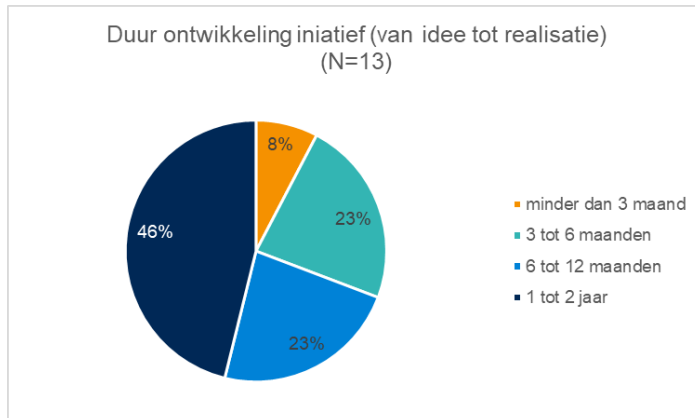
Het feit dat er inmiddels meerdere initiatieven zijn ontwikkeld en dat er op meerdere plekken aan dergelijke initiatieven wordt gewerkt, kan worden gezien als een indicatie dat het onderliggende knelpunt (dat het (te) lang kan duren voordat een oudere wordt opgenomen omdat niet duidelijk is welke financieringsgrondslag aan de orde is) op veel plekken relevant is of was. Dat wil echter nog niets zeggen over de regio's waar geen initiatieven zijn gevonden met deze inventarisatie. We weten op basis van deze

inventarisatie niet of daar sprake is van het onderliggende knelpunt en wat daar eventuele oorzaken van zijn. Het kan bijvoorbeeld ook zo zijn dat er in de betreffende regio's andere oplossingsrichtingen zijn gevonden, of dat er sprake is van een dusdanig goed functionerend regionaal ouderenzorgstelsel (al dan niet door een goede 'advance care planning' en/of een goed functionerend regionale coördinatiefunctie), dat een dergelijk initiatief weinig meer toevoegt.

Daarnaast weten we nog te weinig over het functioneren van de initiatieven die we hebben geïnventariseerd. De meeste betrokken professionals die wij in het kader van dit onderzoek hebben gesproken, zijn in ieder geval (zeer) positief over de resultaten, zeker wanneer wij vragen wat het initiatief voor de kwetsbare ouderen die ongepland (tijdelijk) verblijf nodig hebben betekent. Desondanks worden er nog de nodige knelpunten ervaren door de verschillende initiatieven (zie 3.9) en bestaan er nog dikwijls barrières waardoor niet alle kwetsbare ouderen kunnen worden geholpen (zie ook de voorwaarden in 3.6). De vraag is of partijen deze initiatieven in de lucht kunnen blijven houden. Een aanzienlijk deel van de initiatieven bevindt zich bovendien nog in een pilotfase, waardoor het voor die initiatieven nog te vroeg is om tot harde conclusies te komen. De toekomst moet uitwijzen in hoeverre deze initiatieven voor meerwaarde (blijven) zorgen als het gaat om het tackelen van het onderliggende knelpunt en in hoeverre huidige knelpunten niet doorslaggevend gaan zijn (zoals een gebrek aan doorstroommogelijkheden). En mogelijk dat deze initiatieven als een 'tijdelijke oplossing' moeten worden gezien. In een ideale situatie waarin het ouderenzorgstelsel perfect werkt, zijn deze initiatieven wellicht overbodig.

4.3 Wat kunnen aanbieders doen?

Partijen die geïnteresseerd zijn in het ontwikkelen van een (type) initiatief, zoals we in deze inventarisatie hebben beschreven, moeten er rekening mee houden dat het de nodige tijd kan kosten om van idee tot aan realisatie van het initiatief te komen (zie figuur 14). Uit de enquête blijkt dat in twee derde van de gevallen minimaal een half jaar nodig is (in bijna de helft van de gevallen duurde de ontwikkeling meer dan een jaar).



Figuur 14. Duur van de ontwikkeling van de initiatieven (van idee tot realisatie)

Verder kunnen partijen lering trekken uit de ervaringen die partijen al hebben opgedaan met het ontwikkelen van de initiatieven. De volgende succesfactoren bieden dan mogelijk aanknopingspunten om dit op een voortvarende manier te doen:

- Samenwerking en betrokkenheid ketenpartners;
- Ondernemerschap en lef;
- Voldoende doorstroombmogelijkheden;
- Een efficiënt en strak georganiseerd proces.

In 3.10 beschrijven wij deze vier succesfactoren in meer detail.

Partijen kunnen ook bij andere (gerealiseerde) initiatieven inzichten ophalen en ervaringen uitwisselen (uitwisseling van best practices).

Initiatieven die (nog) niet van de grond (zijn ge-)komen, geven aan financiële knelpunten heel sterk te ervaren. Ze krijgen het (nog) niet voor elkaar om structurele en dekkende financiering te krijgen bij hun initiatief. Betrokken aanbieders kunnen met financiers in gesprek gaan over nut en noodzaak van het initiatief in de betreffende regio. Het kan daarbij helpen om meer inzicht te vergaren in de kosten en baten van de verschillende soorten initiatieven. Dat vraagt om voldoende data en een gezamenlijke inzet van zowel aanbieders als financiers. Wanneer de *businesscase* evident is, wordt het mogelijk makkelijker om steun van de verschillende financiers voor het initiatief te krijgen.

4.4 Wat kunnen financiers doen?

Ondanks de ervaren financiële knelpunten, geven verschillende aanbieders in de enquête en interviews aan dat steeds meer financiers (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) beseffen dat er iets moet gebeuren en dat er de afgelopen periode meer bereidheid bij hen is gekomen om mee te denken en zelfs mee te doen met de initiatieven (zoals de verschillende pilots observatiebedden), maar een structurele oplossing of structurele inbedding van de initiatieven is er vaak nog niet. Uiteraard is dit een gezamenlijke verantwoordelijkheid en moeten verschillende randvoorwaarden hiervoor worden ingevuld. Financiers kunnen hierbij een belangrijk verschil maken.

Uit deze inventarisatie blijkt verder dat bij relatief veel initiatieven gemeenten niet zijn aangehaakt, terwijl dit juist wel gewenst is. In de praktijk blijkt er namelijk niet altijd (tijdelijk) verblijf beschikbaar te zijn voor kwetsbare ouderen waarvan de mantelzorger onverwacht is weggevallen. Er is dan geen medische noodzaak voor een ziekenhuisopname, maar thuis blijven is in deze situaties ook niet altijd realistisch. In de praktijk komen deze ouderen op de SEH terecht waarna soms een ziekenhuisopname volgt, of waarna deze bij een initiatief voor ongepland (tijdelijk) verblijf terechtkomen. Inmiddels is er op verschillende plekken meer aandacht voor

logeervoorzieningen⁷ als een vorm van respijtzorg en wordt er nagedacht over hoe logeertzorg beter kan worden ingepast in het totale plaatje van voorzieningen voor tijdelijk verblijf voor kwetsbare ouderen. Bijvoorbeeld over hoe logeertzorg beter kan aansluiten op een situatie waarbij een mantelzorger onverwacht tijdelijk uitvalt. Meer gemeenten kunnen hiermee aan de slag, bijvoorbeeld door aansluiting te zoeken bij bestaande initiatieven die in deze inventarisatie zijn genoemd, of door met aanbieders van tijdelijk verblijf voor kwetsbare ouderen in gesprek te gaan over wat in de regio nodig is.

In 4.3 beschreven we dat aanbieders met financiers in gesprek kunnen over nut en noodzaak van deze initiatieven en dat daarbij inzicht in de kosten en baten daarbij kan helpen. Ook financiers kunnen hierbij een rol pakken, bijvoorbeeld door inzichten met betrekking tot kosten en baten van verschillende bestaande initiatieven waar ze bij betrokken zijn naast elkaar te leggen en te delen. Mogelijke complicatie bij kosten-baten analyses is dat de kosten en baten soms niet altijd bij dezelfde partij terechtkomen. Soms vraagt dat om samenwerking of afstemming tussen verschillende financiers.

Uit deze inventarisatie kwam naar voren dat de verschillende initiatieven veelal door één zorgverzekeraar wordt ondersteund. Dat betekent dat ofwel cliënten van andere zorgverzekeraars niet in aanmerking komen voor het initiatief, ofwel dat het initiatief te maken krijgt met ontoereikende financiering bij deze cliënt. Opvallend is daarbij dat bijna alle verzekeraars wel betrokken zijn bij één of meerdere initiatieven, maar vervolgens andere initiatieven waar andere zorgverzekeraars bij betrokken zijn niet steunen. Het toepassen van een 'volgbeleid' door zorgverzekeraars die niet direct betrokken zijn, zou veel ongemak en teleurstelling weg kunnen nemen.

⁷ Zie bijvoorbeeld de [pilots logeertzorg](#).

4.5 Wat kan VWS doen als stelselverantwoordelijke?

De initiatieven in deze inventarisatie zijn erop gericht om kwetsbare ouderen snel tijdelijk opvang te bieden, ook als nog niet duidelijk is wat de financieringsgrondslag is. Het feit dat er vergelijkbare zorg vanuit verschillende stelsels (Zvw, Wlz, en Wmo) georganiseerd worden, betekent in de praktijk toch dat er rond de grenzen van de stelsels knelpunten worden ervaren. Bijvoorbeeld in de vorm van extra administratieve lasten, risico's op onbetaalde zorg en als gevolg daarvan terughoudendheid bij aanbieders bij het opvangen van kwetsbare ouderen. Tegelijkertijd bestaan er afwegingskaders en andere instrumenten om te helpen bij het inschatten welke zorgvorm nodig is en wat de financieringsgrondslag is⁸. Daarnaast lukt het een aantal partijen wel om hier een goede weg in te vinden, zo blijkt uit deze inventarisatie.

VWS kan als stelselverantwoordelijke helpen om de kennis en ervaringen die zijn opgedaan door betrokkenen bij initiatieven die in de praktijk goed blijken te werken (best practices) te verspreiden.

Daarnaast kan VWS met partijen in gesprek gaan over de vraag welke oplossingsrichtingen (deze initiatieven, meer inzet op de regionale coördinatiefunctie, advance care planning, et cetera) gewenst zijn (zie ook de discussie in 4.2). Ook als het gaat om de rol van de verschillende financiers bij dergelijke initiatieven kan VWS een faciliterende rol pakken en partijen bij elkaar brengen.

Tot slot geven enkele respondenten aan dat zij idealiter bij de kwetsbare ouderen waar zij met hun initiatief voor werken met een 'ontschot' of cliëntvolgend budget zouden werken. Het gaat echter te ver om op basis van deze inventarisatie te kunnen zeggen dat een dergelijke aanpassing van de stelsels gewenst is. VWS kan echter wel alert blijven met betrekking tot welke rol zij kan vervullen in het wegnemen van ongewenste knelpunten die voortkomen uit het feit dat er verschillende stelsels naast elkaar bestaan.

⁸ Zie bijvoorbeeld het [afwegingskader voor eerstelijns verblijf](#).

Bijlagen

Bijlage 1: Enquêtevragen

1. Om welk type aanbod gaat het? Welke van onderstaande beschrijvingen past het best bij dit initiatief?*
2. Wat is de naam van het initiatief?
3. Wat is de naam van de locatie waar het initiatief gevestigd is?*
4. In welke plaats of gemeente is dit initiatief gevestigd?
5. Voor welke regio is dit initiatief bedoeld?*
6. Welke zorgvormen worden geleverd vanuit dit initiatief?*
7. Op wie is dit initiatief gericht?*
8. Op welke momenten in de week zijn jullie bereikbaar om kwetsbare ouderen op te nemen?
9. Welke expertise is binnen dit initiatief altijd aanwezig dan wel oproepbaar?
10. Wanneer vindt triage plaats?
11. Wie voert de triage uit?
12. Kunnen kwetsbare ouderen direct terecht bij uw zorginstelling?
13. Onder welke voorwaarden worden kwetsbare ouderen opgenomen?
14. Welke acties worden ondernomen als blijkt dat de cliënt niet opgenomen kan/hoeft worden?
15. Wat zijn nog meer belangrijke kenmerken van de werkwijze van dit initiatief?
16. Wat is de wijze van financiering?
17. Is de financiering dekkend?
18. Welke knelpunten ervaart u bij het organiseren van het initiatief?
19. Hoe lang is uw organisatie bezig geweest om dit initiatief georganiseerd te krijgen (van idee tot realisatie)?*
20. Wat heeft goed geholpen bij het slagen van dit initiatief? Wat is de belangrijkste succesfactor?
21. Overige vragen over contactgegevens, verder vervolgonderzoek et cetera.

** Deze vragen werden in een aangepaste formulering ook voorgelegd aan respondenten die vraag 1 beantwoordden met 'Nee, maar wel overwogen/geprobeerd'. Aanvullend werd deze respondenten de volgende vragen gesteld:*

- Wat zijn redenen waarom dit initiatief niet is gelukt?

- Wat gebeurt er momenteel met de beoogde doelgroep? Wat is de impact van het niet realiseren van dit initiatief voor betrokkenen en de doelgroep?

Bijlage 2: Ledenlijst begeleidingscommissie

- Paula Terra (Ministerie van VWS)
- Monica Terhal (LHV)
- Astrid Scholl (InEen)
- Hillie Zwart (V&VN)
- Kelly Schroeder (Actiz), Anne Lee Edens (Actiz)
- Marleen Relouw (ZN)
- Suzanne Veen (ZorgthuisNL)
- Eline de Kogel (NZa)
- Annekatrien Huisman (NZa)
- Nanda Hauet (Verenso)
- Frederieke de Kaste (Zilveren Kruis), betrokken bij de duiding van de resultaten.