

Vergaderjaar 2019–2020

**31 765**

**Kwaliteit van zorg**

**34 104**

**Langdurige zorg**

**Nr. 436**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 september 2019

Steeds meer ouderen blijven langer zelfstandig thuis wonen, ook wanneer zij kwetsbaarder worden. Dit brengt met zich mee dat kwetsbare ouderen soms ongepland tijdelijk niet zelfstandig thuis kunnen wonen (maar ook niet in het ziekenhuis terecht horen). Dat kan allerlei oorzaken hebben. Het kan zijn dat een mantelzorger onverwacht uitvalt, of dat de medische situatie verslechtert waardoor iemand (even) niet thuis kan zijn, of dat iemand terecht komt op de spoedeisende hulp maar waar geen noodzaak is tot opname in het ziekenhuis. In al die gevallen kan ongepland (tijdelijk) verblijf een uitkomst bieden.

Het mooiste is als mensen dan gelijk op de juiste plek terechtkomen en daar passende ondersteuning en zorg ontvangen. Alleen is het in de praktijk niet altijd gelijk duidelijk aan welke passende zorg en ondersteuning iemand behoefte heeft en op welke plek dat het best geleverd kan worden. In de praktijk kan het dan soms wat langer duren voordat er een geschikte plek gevonden is.

Om sneller op een passende plek terecht te komen zijn er zorgaanbieders die werken volgens het principe van één ingang voor verschillende vormen van ongepland (tijdelijk) verblijf. Dit zijn zorgaanbieders die kwetsbare ouderen opnemen en pas na opname kijken vanuit welk domein (eerstelijnsverblijf, Wlz (crisis) of Wmo-spoedzorg) het verblijf geregeld wordt.

Ik heb Significant gevraagd deze initiatieven te inventariseren en te kijken naar mogelijke knelpunten en succesfactoren die aanbieders ervaren bij het van de grond krijgen van een dergelijk initiatief. Bijgaand stuur ik u deze inventarisatie mede namens de Minister voor Medische Zorg en Sport<sup>1</sup>. Met deze inventarisatie geef ik invulling aan één van de acties<sup>2</sup> uit het Programma Langer Thuis èn voldoe ik aan de motie van de leden Renkema en Ellemeest (Kamerstuk 34 948, nr. 5). Volledigheidshalve geef ik

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

aan dat dit een inventarisatie betreft van aanbieders die ook daadwerkelijk kwetsbare ouderen opnemen. Het betreft dus geen inventarisatie van de regionale coördinatiefunctie.

### **Verschillende vormen van ongepland (tijdelijk) verblijf**

Als iemand ongepland (tijdelijk) verblijf nodig heeft vanwege gezondheidsproblemen valt dit óf onder eerstelijns verblijf óf onder de Wlz (crisis). Eerstelijnsverblijf is gericht op terugkeer naar huis of als er nadere diagnostiek nodig is om scherp te krijgen welke passende zorg de patiënt noodzaak toe heeft, 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 omdat iemand is gevallen en niet meer zelf de trap op kan) nog niet naar huis kunnen na ziekenhuisopname, of een situatie waar de mantelzorger plotseling wegvalt.

zie ook: [www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/spoedzorg-crisisopvang](http://www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/spoedzorg-crisisopvang)

### **Bevindingen**

De belangrijkste bevindingen van deze inventarisatie zijn:

- Er zijn minstens 31 initiatieven die werken of gaan werken met één ingang voor ongepland (tijdelijk) verblijf. Zestien initiatieven bevinden zich in een pilotfase, tien initiatieven bestaan reeds en vijf initiatieven starten waarschijnlijk binnen enkele maanden tot maximaal een half jaar.
- De initiatieven zijn in twee verschillende soorten te onderscheiden:
  - de zorgaanbieder kijkt na opname in welk domein de zorg thuishoort en zorgt ervoor dat de rekening (en wat daar verder voor nodig is) in het juiste domein wordt ingediend óf
  - de zorgaanbieder richt zich op snelle diagnostiek en zorgt dat de cliënt terecht komt bij de juiste vervolgzorg. Het gaat meestal om een vorm van eerstelijnsverblijf en wordt ook aangeboden onder de naam transferafdeling, schakelafdeling of «pilots observatiebedden».
- Het merendeel van de initiatieven biedt eerstelijnsverblijf, gevolgd door Wlz (crisis). Wmo- spoedzorg is maar zeer beperkt beschikbaar.
- De gevonden initiatieven richten zich op kwetsbare ouderen die zich op de spoedeisende hulp melden (maar bij wie geen noodzaak is tot ziekenhuisopname) en op kwetsbare ouderen die bij de huisarts of huisartsenpost komen. Dit ontlast huisartsen enorm, doordat zij de kwetsbare oudere bij wie er een onvolledig beeld is van de onderliggende problematiek snel kunnen overdragen en niet zelf «eindeloos» zoeken naar een plek waar deze oudere terecht kan.
- Er is een behoorlijke variatie in financiering van deze werkwijze. Dit kan zowel vanuit de standaard prestaties van de verschillende verblijfsvormen, via de eerstelijnsverblijf experimentregel, via de beleidsregel innovatie of er worden andere dan wel aanvullende afspraken gemaakt met financiers. Zorgaanbieders geven aan dat in de helft van de gevallen financiering dekkend is en in de andere helft niet dekkend.

<sup>2</sup> Dit betreft een actie uit actielijn 1 «Goede ondersteuning en zorg thuis», voor als het thuis even niet gaat, namelijk: «We inventariseren de initiatieven in het land die werken aan een «welkomme voorkant» voor tijdelijk verblijf.»

- Qua knelpunten worden de volgende elementen genoemd: administratieve lasten door de verschillende financieringsstromen, het niet mee doen van zorgverzekeraars, het zorgkantoor danwel gemeenten bij het initiatief en beschikbare capaciteit van vervolgzorg.
- Qua succesfactoren spelen de volgende elementen een rol: samenwerking en betrokkenheid ketenpartijen, adequate financiering, ondernemerschap en lef en voldoende doorstroom mogelijkheden naar vervolgzorg om «verstopping» te voorkomen en een efficiënt en strak georganiseerd proces.

### **Reactie**

In het programma Langer Thuis heb ik diverse acties opgenomen om de integrale ondersteuning en zorg rond ouderen thuis goed te organiseren. Belangrijk element is meer samenhang in ondersteuning en zorg voor ouderen thuis. En daar hoort ook goede ondersteuning bij als het tijdelijk niet thuis gaat. Deze inventarisatie van initiatieven maakt daarmee onderdeel uit van een grotere beweging om de juiste zorg en ondersteuning te bieden aan kwetsbare ouderen. Ik constateer dat na de hervorming van de langdurige zorg in 2015 het speelveld drastisch is gewijzigd. Het doet mij daarom deugd dat er minstens 31 initiatieven zijn die tegemoetkomen aan de urgente zorgbehoefte van kwetsbare ouderen. Daarom juich ik deze initiatieven toe. Ik vind dit mooie voorbeelden van hoe het ook kan (#hetkanwel), waarbij er eerst gekeken wordt naar wat de passende zorg is, en pas na opname gekeken wordt vanuit welk domein de zorg geregeld kan worden. Dat vergt lef van zorgaanbieders en bereidheid van financiers om dit te faciliteren. Veel van de initiatieven bevinden zich echter nog in een pilot fase. Ik ben dan ook erg benieuwd wat de bevindingen zijn en of deze werkwijze wordt gecontinueerd of niet na de pilotfase.

Ik ga op basis van deze uitkomsten in gesprek met de relevante koepelorganisaties van zowel zorgaanbieders als financiers (zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten) om te bespreken welke oplossingsrichtingen gewenst zijn om zowel op korte als op langere termijn een soepele overgang naar ongepland (tijdelijk) verblijf goed te organiseren. Het feit dat er inmiddels meerdere initiatieven zijn / worden ontwikkeld geeft aan dat er behoefte is aan een dergelijke werkwijze. Voor die regio's waar geen initiatieven zijn gevonden kan het zijn dat de situatie daar anders is, bijvoorbeeld door goede «advance care planning» en/of een goed functionerend regionale coördinatiefunctie, zodat er wellicht minder behoefte is aan een dergelijk initiatief. De genoemde knelpunten en succesfactoren bieden handvaten voor dit gesprek zoals wat de reden is dat financiers hier wel of niet in participeren, hoe doorstroommogelijkheden naar vervolgzorg zo goed mogelijk in beeld te krijgen en hoe de samenwerking en betrokkenheid van ketenpartijen gestimuleerd kan worden. Ook wil ik nader bezien of deze verschillende regelingen onderling beter kunnen worden gestroomlijnd. Zo heb ik de NZa reeds gevraagd om de bekostiging van de Wlz-crisis zorg en die van het eerstelijnsverblijf op elkaar te laten sluiten vanaf 2021. Tot slot wil ik er voor zorgen dat deze initiatieven en andere zorgorganisaties en financiers die hiermee willen beginnen van elkaar kunnen leren. Met de koepelorganisaties zal ik bespreken hoe wij dit kunnen stimuleren.

Mede name de Minister voor Medische Zorg,  
De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
H.M. de Jonge