

# Rapportage pilot inzet wijkverpleegkundig team

## Aanleiding

Per 1 januari 2017 is het ELV overgeheveld naar de zorgverzekeringswet. De huisarts is verantwoordelijk voor de indicatie van ELV vanuit de thuissituatie. In het najaar van 2016 hebben vertegenwoordigers van Ziekenhuis Gelderse Vallei (ZGV), aanbieders van ELV en Huisartsen Gelderse Vallei (HAGV) voorlopige afspraken gemaakt over de regionale werkwijze bij indicatie ELV en bij opname in een instelling met ELV-bedden. Deze afspraken zijn geaccordeerd in het directieoverleg van de VVT-aanbieders en het ziekenhuis. HAGV is sinds de overheveling van ELV naar de zorgverzekeringswet, ook aangehaakt bij dit directieoverleg.

Rond februari 2017 kwamen de eerste signalen over zaken die niet soepel liepen. Zowel huisartsen als VVT-aanbieders ervoeren dat verkeerde indicaties werden gesteld en dat het lang duurt voordat mensen geplaatst kunnen worden. Deze problemen zijn nader besproken met de eerder genoemde betrokken partijen. Er is gezamenlijk vastgesteld dat we inzetten op het oplossen van drie knelpunten: expertise vergroten bij het juist indiceren, bevorderen van proactieve ouderenzorg, verheldering van onderscheid WLZ en ELV en het label 'spoed' tijdens ANW-diensten.

Er is overeenstemming bereikt dat met het oprichten van een onafhankelijk wijkverpleegkundig team gewerkt wordt aan de vermindering van de drie genoemde knelpunten. Gezamenlijk is besloten een pilot te organiseren, waarmee getoetst kan worden in hoeverre de inzet van het team bijdraagt aan de vermindering van de knelpunten. En waarmee ook inzicht verkregen wordt in het daadwerkelijke tekort aan bedden. Gedurende voorbereiding van de pilot is geconcludeerd dat het vinden van een beschikbaar bed in de regio de verantwoordelijkheid is van de VVT-aanbieders. Daarom is besloten dat de VVT-aanbieders met elkaar een loket inrichten, dat dagelijks tussen 8.00 en 23.00 uur bemand wordt. Degene die in het loket werkt heeft inzicht in de beschikbare bedden en ondersteunt huisartsen bij het vinden van een bed.

## Doel van de pilot

De pilot kende twee pijlers:

1. Inzet van het wijkverpleegkundig team ELV
2. Verzamelen van data over de aansluiting tussen vraag en aanbod van ELV, WLZ, GRZ, Respijtzorg, thuiszorg in regio Gelderse Vallei

De inzet van het wijkverpleegkundig team had tot doel om:

1. Huisartsen te ondersteunen bij de indicatie ELV
2. Inzicht te krijgen welke expertise ontbreekt voor de goede indicatiestelling en welke ondersteunende rol de wijkverpleegkundige hierbij kan hebben
3. Inzicht in hoeverre proactief gehandeld wordt
4. Inzicht in hoeverre de mogelijkheden voor thuiszorg optimaal benut worden.

## Beschrijving van de pilot

Gedurende de periode 8 januari – 1 juli was er dagelijks tussen 8.00 en 23.00 uur een wijkverpleegkundig team beschikbaar dat huisartsen ondersteunde bij de indicatie voor patiënten waarvan de huisarts denkt dat ELV aangewezen is.

Icare en Santé hebben met hun wijkverpleegkundigen een bereikbaarheidsdienst vorm gegeven. Daarmee is geborgd dat huisartsen iedere dag tussen 8.00 en 23.00 uur 1 nummer konden bellen. Ze krijgen dan contact met een wijkverpleegkundige die uitvraagt wat de situatie is. In acute situaties wordt de patiënt binnen 1 uur bezocht door een wijkverpleegkundige, in niet acute situaties gebeurt dit binnen 4 uur. Icare bediende de gemeenten Wageningen, Ede, Renswoude ende plaats Renkum. Santé bediende de gemeenten Veenendaal, Rhenen en Elst en Amerongen.

Het team werkte vanuit de bestaande samenwerkingsafspraken in de regio, het afwegingsdocument van Verenso en het verwijskader ELV. Hierop zijn zij geschoold door medewerkers van de VVT-aanbieders in de regio. Hiermee is er eenduidigheid over de toepassing van de instrumenten en afspraken. De precieze werkwijze van het wijkverpleegkundig team is uitgewerkt in het gezamenlijk opgestelde document 'Werkafspraken wijkverpleegkundig team'.

Parallel aan deze pilot startte per 1 januari het ELV-loket door VVT-aanbieders in de Gelderse Vallei. In het loket is 7 x 24 uur een klantadviseur beschikbaar voor triage, die zicht heeft op de beschikbaarheid van bedden en die de daadwerkelijke plaatsing kan organiseren

Met het ELV-loket was afgesproken dat indien het wijkverpleegkundig team ELV ondersteuning had geboden bij het stellen van de indicatie, de indicatie door het loket zou worden overgenomen.

Gedurende de pilot periode hebben zowel het ELV-loket, als het wijkverpleegkundig team bijgehouden hoe vaak zij advies hebben gegeven en welke indicatie het betrof.

Door deze cijfers te vergelijken wilden we inzicht krijgen in hoeverre het aanbod en de vraag naar de volgende bedden aansluit:

- ELV
- thuiszorg
- WLZ
- respijtzorg
- GRZ

### Evaluatie

Het ELV-loket heeft bijgehouden hoe vaak zij gebeld zijn over een ELV-opname, hoe vaak dit ook daadwerkelijk leidde tot een ELV-opname en zo nee, wat anders de uitkomst was.

Het ELV-team heeft geregistreerd hoe vaak zij gebeld zijn, welk advies ze hebben gegeven en hoeveel tijd het hen kostte. Omdat een WLZ-indicatie niet samen kan lopen met een ELV-indicatie, heeft het team expliciet navraag gedaan of er al sprake was van een WLZ-indicatie.

Verder hebben zij genoteerd in hoeverre zij vanuit hun expertise vonden dat de situatie onnodig uit de hand was gelopen

HAGV heeft huisartsen gebeld die gebruik hebben gemaakt van het wijkverpleegkundig team en gevraagd naar hun tevredenheid.

## Resultaten

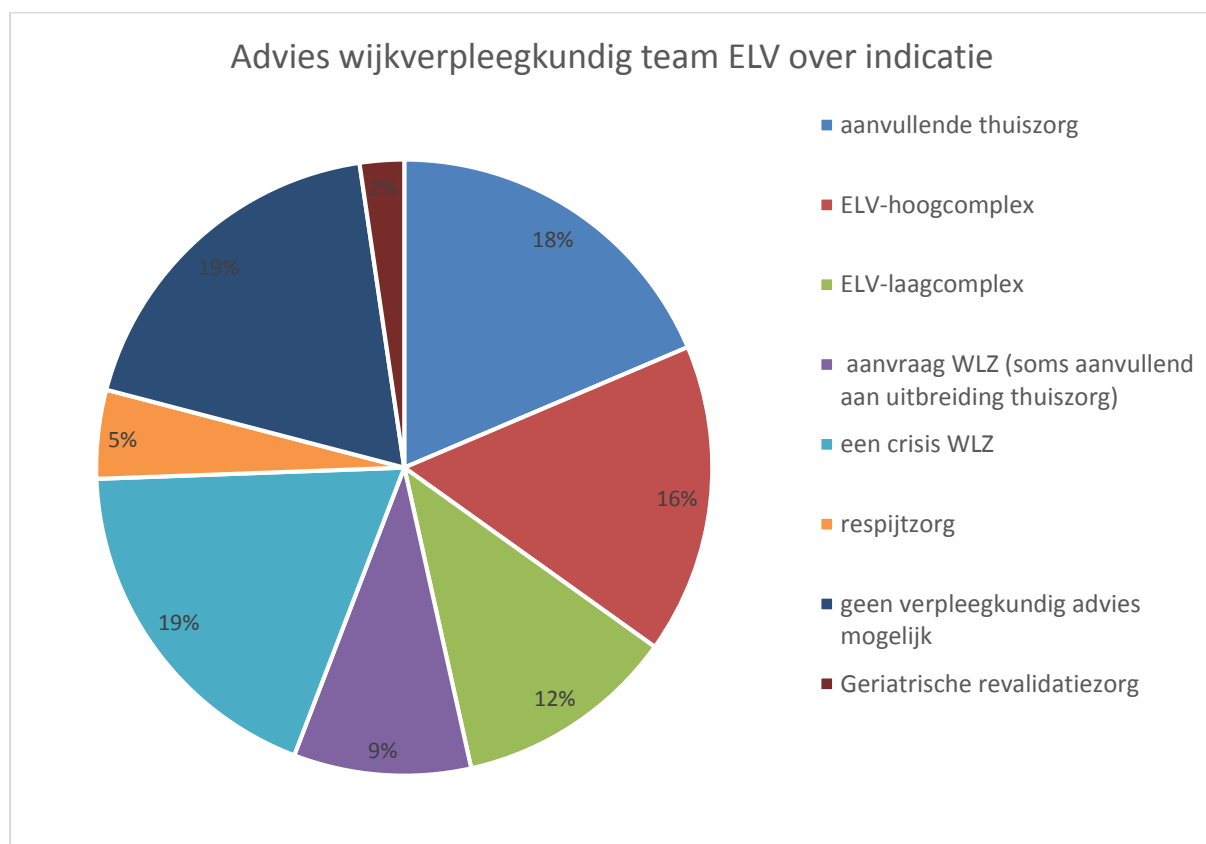
### Inzet wijkverpleegkundig team ELV

Het team is in de gehele periode 42 x gebeld. In de maand januari werd het team 16 x gebeld, en in de maand februari 10 x. Daarna bleef de lijn van het aantal oproepen dalen.

Van de 42 oproepen was bij 4 gevallen een huisbezoek nodig. In de andere gevallen kon het advies zonder bezoek telefonisch worden afgehandeld. Van de 42 oproepen waren slechts 4 oproepen tijdens Avond-Nacht en Weekenddiensten.

### Aard van de vragen en adviezen

Het wijkverpleegkundig team ELV heeft huisartsenpraktijken geadviseerd in hoeverre de situatie thuis nog verantwoord was en zo nee, of ELV geïndiceerd was. ELV bleek slechts in 28% van de gevallen geïndiceerd.



Figuur 1. Advies wijkverpleegkundig team ELV over indicatie

Vaak werd er geadviseerd om thuiszorg op te schalen. Opvallend daarbij is dat in de meeste gevallen de patiënt al thuiszorg had. Slechts in 3 gevallen was dit niet het geval. De in zorg zijnde thuiszorg was meerdere keren degene die bij de huisarts aan de bel trok dat zij de zorg niet meer konden behappen. De huisarts vroeg daarom ELV aan en belde het wijkverpleegkundig team ELV. Het wijkverpleegkundig team ELV zag vaak nog wel mogelijkheden om met meer thuiszorg de patiënt verantwoord thuis te laten. Feitelijk was er in deze situaties geen sprake van een benodigd ELV-bed, maar een capaciteitsprobleem bij de betreffende thuiszorgorganisatie.

Van de 42 casussen was er in 3 gevallen al een WLZ-indicatie aangevraagd, waardoor een ELV-indicatie niet meer passend is. In 4 gevallen kon niet achterhaald worden of er een WLZ-indicatie was aangevraagd. In bijna 20% van de gevallen kon de wijkverpleegkundige geen advies uitbrengen,

omdat ze van de betreffende zorgverlener onvoldoende informatie kreeg over de specifiek hulpvraag of reden van opname.

Tijdens de ANW-diensten was het vaak lastig om tot een juiste indicatie te komen, omdat veelal de gegevens van de patiënt ontbreken. Hiervoor was toch vaak afstemming met de dagpraktijk nodig.

#### Bevindingen vanuit het wijkverpleegkundig team ELV

De wijkverpleegkundigen van het wijkverpleegkundige team ELV hebben ook casuïstiek besprekingen gedaan en opvallende zaken gedeeld.

De wijkverpleegkundigen hebben 11 keer aangegeven dat zij vonden dat de situatie onnodig uit de hand was gelopen. Redenen die zij daarvoor aandroegen waren:

- uitval/ernstige overbelasting van mantelzorger (3 x)
- langdurige achteruitgang passend bij een Wlz ( 2 x)
- geen casemanager dementie betrokken bij cliëntsituatie (1 x)
- cliënt accepteert top-kamer niet na ziekenhuisopname (1 x)
- situatie bestond al 4 weken zonder uitbreiding thuiszorg (1 x)
- kennistekort thuiszorg en huisarts (1 x)
- onveilige situatie i.v.m. vallen (1 x)
- huisarts verzuimt bellen Elv-advieslijn op aanraden wvpk ( 1 x)
- meer thuiszorg en aanvraag Wlz waren nodig (1 x)

In 23 gevallen was de situatie niet uit de hand gelopen. In de overige gevallen was er twijfel of werd geoordeeld dat een WLZ-indicatie eerder besproken had moeten worden. De noodzaak voor het tijds aanvrage van een WLZ-indicatie blijkt in de praktijk tot veel discussie te leiden over de zorg die dan al vervalt en de eigen bijdrage. Thuiszorgorganisaties geven hierin verschillende adviezen, evenals huisartsen. Een ander opvallend punt is dat huisartsen vaak niet op de hoogte zijn dat er al een thuiszorgorganisatie betrokken is bij een patiënt.

#### **Registratie ELV-loket**

In figuur 2 staat het aantal meldingen voor ELV gedurende de periode van 1 januari 2019 – 13 juni 2019. Dit betreft alle meldingen, uitgezonderd die van het ziekenhuis. Het ziekenhuis vraagt ELV rechtstreeks aan bij de instellingen.

De redenen voor niet plaatsing zijn slechts gedeeltelijk geregistreerd, omdat het systeem in de beginperiode hiervoor nog niet goed ingericht was.

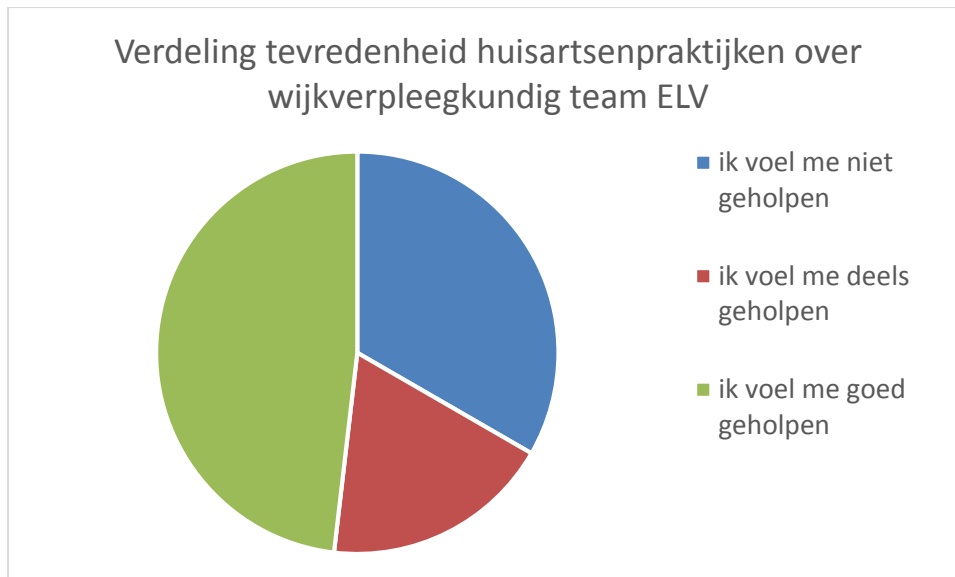
Ontvangen gegevens van ELV Loket Vilente		
<b>Totaal aantal meldingen</b>	<b>periode 01012019-13062019</b>	<b>171</b>
<b>Totaal aantal geplaatst</b>		<b>89</b>
<b>Niet geplaatst per reden</b>		<b>51</b>
	Er dient met spoed een WLZ aangevraagd te worden	4
	niet opgegeven	29
	geen bedden beschikbaar	2
	Client heeft Wlz indicatie	4
	cliënt blijft thuis met bestaande zorg	3
	blijft in ziekenhuis om medische redenen	3
	Akkoord opname - Client weigert opname	1
	Er is een WLZ indicatie aangevraagd	2
	wordt opgenomen in ziekenhuis	1
	opname niet akkoord - er is geen doel	2
<b>Geplaatst binnen Vilente</b>	ELV laag complex	5
	ELV hoog complex	46
<b>Geplaatst buiten Vilente</b>	ELV-palliatief	17
	ELV hoog complex	14
	ELV laag complex	7

*Figuur 2. Aantal meldingen voor ELV gedurende de periode 1 jan 13 juni 2019*

Van de 171 meldingen heeft slechts de helft betrekking op ELV. ELV betreft vaak een hoog complex bed. Slechts 2 keer was er geen bed beschikbaar. In 20% van de gevallen kan er niet geplaatst worden omdat er sprake is van een WLZ-indicatie. In hoeverre daarvoor snel bedden beschikbaar waren, is in deze pilot niet vastgelegd. De VVT-aanbieders geven aan dat er een wachtlijst is voor de WLZ-bedden en WLZ-cliënten niet direct geplaatst kunnen worden.

#### **Tevredenheidsonderzoek onder huisartsen**

In de periode 8 januari tot en met 1 juni heeft een verpleegkundig specialist van HAGV telefonisch gesproken met medewerkers van 28 huisartsenpraktijken die gebruik hebben gemaakt van het wijkverpleegkundige team ELV. In figuur 3 staat weergegeven in hoeverre medewerkers zich geholpen voelen met de inzet van het wijkverpleegkundige team ELV.



*Figuur 3 Verdeling tevredenheid huisartsenpraktijken over wijkverpleegkundig team ELV*

De tevreden medewerkers geven aan dat het fijn is dat ze advies krijgen, dat de snelheid van werken goed is. En dat het fijn is dat de werkwijze nu helder wordt.

Redenen voor ontevredenheid zijn:

- Het advies is dat het geen ELV is. Er wordt wel meegedacht wat het dan wel is, maar dat moet je als huisartsenpraktijk wel zelf organiseren.
- Voor WLZ moet een ander loket gebeld worden.
- De indicatie van de huisarts is niet leidend

## **Conclusies**

### **Tevredenheid over inzet team**

Huisartsen waren over het algemeen tevreden over de dienstverlening van het wijkverpleegkundig team. Ze voelden zich goed geholpen bij de vraag of het wel of niet ELV betrof. Echter de dienstverlening sloot als geheel onvoldoende aan bij de behoefte van de huisarts. Een groot deel van de huisartsen wilden hulp bij het regelen van een bed voor een patiënt die op dat moment niet meer thuis kon blijven. Huisartsen vinden het vervelend dat voor een WLZ-bed weer een ander nummer gebeld moet worden dan voor ELV.

### **Expertise**

Zowel via het wijkverpleegkundige team ELV als via het loket konden huisartsen expertise ophalen over de juiste indicatie. Dit wordt door huisartsen gewaardeerd. Er is ook een groep huisartsen die aangeeft dat het voldoende zou moeten zijn als de huisarts een bed nodig vindt, dat het dan ook geregeld wordt. Een instelling heeft echter een indicatie nodig en kan anders geen bed regelen.

### **Proactieve zorg**

In een kwart van de casussen die gemeld zijn bij het wijkverpleegkundig team, vindt het team dat de situatie onnodig uit de hand is gelopen. Hier hadden volgens hen problemen voorkomen kunnen worden door proactieve zorg, zowel vanuit huisarts als vanuit thuiszorg. De huisarts is vaak niet op de hoogte dat een patiënt al thuiszorg heeft. Dit geeft aan dat noch vanuit huisarts als vanuit de thuiszorg proactief gehandeld is.

## **Mogelijkheden thuiszorg**

Uit de casusbesprekingen blijkt dat de aanleiding voor een telefoontje vaak is dat de thuiszorg aangeeft de situatie niet meer te kunnen handelen. Het wijkverpleegkundig team ziet dan echter vaak nog wel mogelijkheden om met meer thuiszorg op te schalen. De thuiszorg die de zorg van de patiënt levert heeft echter op dat moment capaciteitsproblemen. Het capaciteitsprobleem wordt vaker gezien bij Buurtzorg dan bij de andere thuiszorgorganisaties.

## **Tekort aan bedden**

Er lijkt geen tekort te zijn aan ELV-bedden. Ook het ELV-loket geeft aan dat er vaak bedden leeg staan. Wat opvalt is dat er vaak acuut een bed nodig is. Vaak betreft het dan WLZ.

## **Aanbevelingen**

### Juiste verwachtingen van ELV

Sommige huisartsen hebben verwachtingen van ELV die niet overeenkomen met de wettelijke kaders van ELV. ELV kan bijvoorbeeld niet gebruikt worden om nadere diagnostiek te doen. En het is ook geen voorportaal voor de WLZ. Het is belangrijk dat huisartsen beter weten wat de mogelijkheden en beperkingen van ELV zijn.

### Stimuleren proactieve zorg

Zolang de situatie van de patiënt niet goed in beeld is, kan geen ELV-of WLZ-bed aangevraagd worden. Dit maakt dat het belangrijk is dat patiënten proactief goed in beeld worden gebracht. Het is wenselijk dat huisartsen hun kwetsbare ouderen beter in beeld hebben en nadenken over mogelijke scenario's als de situatie verder verslechtert. Hierin kan de praktijkondersteuner ouderenzorg een belangrijke rol spelen. En de specialist ouderengeneeskunde en wijkverpleegkundige kunnen daarin ondersteunen. Aan de kant van de thuiszorg is het wenselijk dat zij de huisarts actief informeren als zij bij een patiënt betrokken zijn. En dat zij bijtijds signaleren dat de situatie onhoudbaar wordt, zodat huisarts en thuiszorg samen tijd hebben om naar een oplossing te zoeken.

### Beleg taken wijkverpleegkundige team ELV bij bestaande structuren

Een deel van de huisartsen heeft behoefte aan advies voor een juiste indicatie. Vaak kan dit advies telefonisch worden gegeven en is geen huisbezoek nodig. Het telefonisch advies kan vanuit het ELV-loket gegeven worden en vraagt niet om een aanvullende dienst vanuit wijkverpleegkundigen. Voor het beoordelen van de situatie thuis kan het beste samengewerkt worden met de thuiszorgorganisatie die de patiënt reeds in zorg heeft. Dit vereist wel een betere communicatie tussen huisartsen en thuiszorgorganisaties over hun betrokkenheid bij de patiënt.

### Betere en eenduidige informatievoorziening over WLZ-aanvraag

Het is wenselijk dat zowel huisartsen, wijkverpleegkundigen als medewerkers van het ELV-loket eenduidig advies geven over de voor- en nadelen van een WLZ-indicatie aanvragen. Patiënten en hun mantelzorgers maken nu keuzes die gebaseerd zijn op gebrekkige informatie. Uit angst voor een zorgval wordt geen WLZ-aanvraag gedaan, maar loopt men wel het risico dat als de situatie verslechtert er geen plek gevonden wordt en er een lange periode overbrugd moet worden, leunend op extra mantelzorg.

### Duidelijkheid over aanbod van thuiszorgorganisaties

In de praktijk blijkt er diversiteit te zijn in de complexiteit en intensiteit van zorg die een thuiszorgorganisatie kan bieden. Thuiszorgorganisatie communiceren dit niet vooraf aan patiënten

of huisartsen. De zorgverzekeraar geeft aan dat het verschil er niet hoort te zijn, omdat de contracten gelijk zijn. Het is belangrijk dat transparant wordt voor patiënten en huisartsen of er verschillen zijn in de zorg die thuiszorgaanbieders bieden.

Gewenst toekomstbeeld: 1 loket dat in vroeg stadium ingeschakeld wordt.

ELV en WLZ lijken twee kanten van dezelfde medaille te zijn. Er is geen tekort aan ELV-bedden, maar er wordt wel relatief vaak acuut gezocht naar een bed voor iemand met een WLZ-indicatie. Er zijn in de regio twee organisaties die crisis-WLZ-bedden hebben. Een normale aanvraag WLZ loopt via de WLZ-instellingen direct. Dit zijn grotendeels instellingen die ook ELV-bedden hebben. Het zou de duidelijkheid en efficiëntie verbeteren als er 1 loket in de regio komt dat kan adviseren over de juiste indicatie, zicht heeft op de beschikbare bedden én de plaatsing verzorgt.

Doorgaan en intensiveren van regionale samenwerking

Het optimaliseren van het gebruik van ELV vraagt om een optimalisering van de gehele keten van zorg bij kwetsbare ouderen. Het gaat om proactieve signalering, goede samenwerking rondom de kwetsbare oudere, tijdig overleg over scenario's bij verslechtering van de situatie, goede en snelle overdracht van patiëntgegevens en voldoende beschikbare bedden. Dit kan alleen tot stand komen als er regionaal wordt samengewerkt tussen huisartsen, Verpleging, Verzorging en Thuiszorgorganisaties (VVT), ziekenhuizen en gemeenten.

In navolging van dit project is het wenselijk dat er bestuurlijk commitment komt tussen HAGV, Vilente, Opella, Icare, Santé, Charim, Zinzia, Norschoten en ZGV over de gezamenlijke programmalijnen in het optimaliseren van de ketenzorg voor kwetsbare ouderen. Uiteraard vraagt dit ook om commitment en draagvlak van de prominente zorgverzekeraar in de regio, Menzis.

Vanuit deze pilot komen als **belangrijkste** programmalijnen naar voren:

1. Een coördinatiepunt voor verwijzers, wat de zorg overneemt rondom de realisatie van ELV (hoog-complex, laag-complex of palliatief), WLZ-, GRZ en respijtzorg.
2. Verbetering samenwerking (en informatie-uitwisseling) tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen en specialisten (ouderengeneeskunde).

Het is wenselijk dat een onafhankelijke partij bij alle genoemde partners ophaalt of er commitment is om aan bovenstaande programmalijnen gezamenlijk te werken én welke aanvullende programmalijnen nog meer om gezamenlijke uitwerking vragen.