

Van thuis naar het verpleeghuis

Op weg naar een soepele overgang

door Ludo Glimmerveen, Lian Stouthard & Kelsey Benning

september 2019

Inhoud

INTRODUCTIE.....	3
<i>Aanpak en verantwoording</i>	<i>3</i>
<i>Over de aard van de geïnccludeerde bronnen</i>	<i>4</i>
<i>Wanneer is iets een knelpunt in de overgang van thuis naar het verpleeghuis?</i>	<i>5</i>
<i>Knelpunten in de overgang van thuis naar het verpleeghuis: acht thema's</i>	<i>5</i>
1. De eigen bijdrage als feitelijke en geanticipeerde barrière.....	8
2. Te late of te trage indicatiestelling	10
3. Hiaten in ondersteuning en begeleiding van cliënten en hun naasten.....	12
4. Uitdaging om betrokkenheid sociaal netwerk te behouden.....	14
5. Gebrekkige informatie-uitwisseling.....	16
6. (Zicht op) capaciteit ontbreekt	18
7. Spoedsituaties als gevolg én bron van knelpunten	20
8. Financieringsschotten als onderliggend en aanvullend knelpunt	22
BESCHOUWING: OP WEG NAAR EEN SOEPELE OVERGANG.....	24
VERWIJZINGEN	29

Deze rapportage is opgesteld in opdracht van:

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport

INTRODUCTIE

Wanneer het thuis niet langer gaat, is het cruciaal dat ouderen goede ondersteuning krijgen bij de overgang naar het verpleeghuis. In de praktijk blijkt deze overgang echter niet altijd soepel te verlopen. In deze rapportage presenteren wij de resultaten van een 'desk search' waarin we een inventarisatie en analyse doen van een diverse reeks knelpunten in de overgang van thuis naar het verpleeghuis. Hierbij hebben we ook aandacht voor de reeds genomen (beleids)initiatieven en aantal goede voorbeelden waarin partijen (samen)werken aan een soepele overgang. Deze kennissynthese biedt zo handvatten om de betrokken partijen te helpen de schotten tussen systeemdomeinen niet ten koste ten laten gaan van de door ouderen en hun naasten ervaren continuïteit van zorg.

Deze rapportage vloeit voort uit Actie 12 in het Plan van Aanpak van het Programma Langer Thuis: 'Warme overdracht van thuis naar verpleeghuis'. Met deze actie nemen de betrokken partijen zich voor om, in lijn met de motie van Kamerleden Ellemet en Hermans (18 oktober 2018), 'een verdiepend onderzoek te doen naar de knelpunten in de warme overdracht thuis - verpleeghuis en op basis daarvan vervolgacties bepalen.'

In het vervolg van dit document zetten wij eerst onze aanpak uiteen, om vervolgens aan de hand van acht thema's de gesignaleerde knelpunten en hiermee samenhangende (beleids)initiatieven te bespreken. We besluiten deze rapportage met een beschouwing op onze bevindingen en beschrijven daarbij vijf goede praktijkvoorbeelden die als inspiratie kunnen dienen voor 'hoe nu verder'.

Aanpak en verantwoording

De analyses onder deze rapportage zijn uitgevoerd en uitgewerkt door drie onderzoekers vanuit Vilans. Hieronder beschrijven we de belangrijkste methodologische stappen die we hebben gezet om tot onze bevindingen te komen.

1. *Inventarisatie bestaande documentatie:* Na het raadplegen van een aantal experts op het gebied van de ouderenzorgketen, en voortbouwend op onze eigen kennis, zijn we tot een eerste overzicht gekomen van bronnen die potentieel relevant konden zijn voor deze knelpuntenanalyse. Deze bronnen hebben we gescand op relevantie en op verwijzingen naar andere documenten met mogelijk aanvullende informatie over de overgang van thuis naar het verpleeghuis. Op basis van deze scan hebben we een eerste long-list samengesteld van 38 documenten. Na meer gedetailleerde lezing van deze bronnen zijn alsnog veertien documenten geëxcludeerd omdat ze niet voldoende expliciet ingingen op knelpunten in de overgang van thuis naar het verpleeghuis. De uiteindelijke analyse richtte zich daarmee op 24 verschillende bronnen. (Aan het einde van deze rapportage is een overzicht te vinden van de geraadpleegde documenten.)
2. *Codering en clustering fragmenten:* De geselecteerde bronnen zijn geladen in een softwareprogramma voor kwalitatieve data-analyse (MaxQDA). In dit programma hebben de onderzoekers een label toegewezen aan alle tekstfragmenten die betrekking hadden op een

knelpunt in de overgang van thuis naar het verpleeghuis. Dit leverde in totaal 68 verschillende codes op. Deze codes zijn vervolgens in een werksessie door de onderzoekers geclusterd tot elf hoofdthema's. Bij de nadere uitwerking en ordening van deze thema's zijn er uiteindelijk acht hoofdthema's overgebleven.

3. *Inhoudelijke analyse en uitwerking per thema:* Binnen de verschillende thema's zijn alle relevante tekstfragmenten doorgenomen en teruggebracht tot twee of drie centrale knelpunten, die vervolgens verder inhoudelijk zijn uitgewerkt.
4. *Inventarisatie (beleids)initiatieven per thema:* Op de verschillende thema's hebben we een inventarisatie gedaan van lopende (beleids)initiatieven waarin de gesignaleerde knelpunten worden geadresseerd. Hierbij baseren we ons in de eerste plaats op een reeks Kamerbrieven vanuit het Ministerie van VWS en de aan deze Kamerbrieven onderliggende documentatie. Soms zijn deze aangevuld met andere initiatieven waarin één van de gesignaleerde knelpunten expliciet geadresseerd wordt.
5. *Inventarisatie goede praktijkvoorbeelden:* Naast het bespreken van deze (beleids)initiatieven hebben we een aantal eerder gedocumenteerde goede voorbeelden geselecteerd die als inspiratie kunnen dienen voor partijen om zich in te zetten voor een soepele overgang van thuis naar het verpleeghuis. Deze goede voorbeelden zijn niet altijd één op één te koppelen aan individuele knelpunten. Door op verschillende vlakken te werken aan 'doorlopende lijnen' in de afstemming rondom de overgang van thuis naar het verpleeghuis adresseren deze initiatieven, direct of indirect, meerdere knelpunten tegelijkertijd. Aan het einde van dit rapport werken we vijf van deze voorbeelden kort uit.

Over de aard van de geïncludeerde bronnen

De documenten waarop de knelpuntenanalyse (in het bijzonder: stap 1 t/m 3 hierboven) berust zijn divers van aard en afkomstig van een brede reeks aan betrokken instanties en organisaties. Ter illustratie: we baseren ons op de 'Monitor Acute Zorg' van de Nederlandse Zorgautoriteit, maar evengoed op de meldactie 'Ouderen met een kwetsbare gezondheid' van Patiëntenfederatie Nederland. We baseren ons op bronnen met een nationale reikwijdte, maar evengoed op analyses van de ouderenzorgketen in specifieke regio's. Een deel van de documentatie is afkomstig vanuit bronnen van vertegenwoordigende instanties als ActiZ en de Consumentenbond. Al met al betekent dit dat er een diversiteit aan perspectieven en focusgebieden schuilgaat onder de geselecteerde documentatie. Zeker gezien de gefragmenteerde en beperkt beschikbare kennis over de specifieke overgang van thuis naar het verpleeghuis, zien we dit niet als een beperking van de huidige kennissynthese. We zetten juist in op een brede verkenning van de diverse knelpunten zoals gezien en ervaren door deze uiteenlopende partijen, waardoor een breed beeld ontstaat van de uitdagingen en spanningsvelden bij het streven naar een soepele overgang. Indien we ons uitsluitend hadden beperkt tot wetenschappelijk onderbouwde kennis, dan waren er geen (of slechts een zeer beperkt aantal) bronnen overgebleven. Uiteraard geven we doorlopend bronvermeldingen bij de verschillende gesignaleerde punten.

Op basis van de beschikbare documentatie is het vaak lastig te achterhalen hoe groot een gesignaleerd knelpunt is. Vaak wordt vooral gesignaleerd dát iets een knelpunt is. Regelmatig wordt hierbij concrete casuïstiek aangehaald, maar ontbreken gegevens over de omvang van het probleem. Deze beperkte mogelijkheid tot kwantificering komt mede voort uit het feit dat instituten die doorgaans kwantitatief stevig onderbouwde rapportages uitbrengen (zoals het Sociaal en Cultureel Planbureau en het RIVM) niet of nauwelijks expliciet aandacht besteden aan de knelpunten in de overgang vanuit thuis naar het verpleeghuis. Daar waar wel specifieker is te herleiden wat de omvang van een gesignaleerd knelpunt is, hebben wij dit ook meegenomen in onze rapportage.

Wanneer is iets een knelpunt in de overgang van thuis naar het verpleeghuis?

Tijdens onze analyse liepen we regelmatig tegen de volgende vraag aan: wanneer zien we een gesignaleerd probleem als knelpunt in de overgang van thuis naar het verpleeghuis? We hebben hierbij drie centrale uitgangspunten gehanteerd:

- We hebben gesignaleerde problemen alleen in deze analyse meegenomen als ze geadresseerd en/of verholpen kunnen worden door de organisatie van deze overgang naar het verpleeghuis beter in te richten en/of uit te voeren. Ter illustratie: de constatering dat de overgang van thuis naar het verpleeghuis vaak als emotioneel belastend wordt ervaren door naasten zien we in zichzelf *niet* als een knelpunt in de overgang, maar het feit dat naasten in deze emotionele periode slechts beperkte ondersteuning ervaren nemen we *wel* mee als knelpunt.
- In het geval van bredere knelpunten die de zorgsector als geheel aangaan, richten wij ons op de specifieke manier waarop dit knelpunt zich manifesteert in de overgang van thuis naar het verpleeghuis. Ter illustratie: de krapte op de arbeidsmarkt zien we als een reëel knelpunt binnen de sector, maar nemen we *niet* mee in deze knelpuntenanalyse. De implicaties van deze arbeidsmarktkrapte op de overgang van thuis naar het verpleeghuis (met name: het ontstaan van en omgaan met wachtlijsten) nemen we *wel* mee in onze analyse.
- De overgang van thuis naar een langdurige verpleeghuisopname verloopt soms via een (spoed)opname in het ziekenhuis, via het eerstelijns verblijf of via de geriatrische revalidatiezorg. We nemen dergelijke 'stapsgewijze' overgangen van thuis naar het verpleeghuis *wel* mee in deze knelpuntenanalyse. Tijdelijke verpleeghuisopname (bijvoorbeeld ter observatie of revalidatie) die resulteert in terugkeer naar de thuissituatie nemen we *niet* mee in deze analyse.

Knelpunten in de overgang van thuis naar het verpleeghuis: acht thema's

In de rest van deze publicatie werken we de acht geïdentificeerde thema's uit waarbinnen we steeds twee of drie specifieke knelpunten signaleren. Hoewel de thema's elk betrekking hebben op een eigen aspect van (de organisatie van) de overgang tussen thuis en het verpleeghuis, wordt het bij de uitwerking van de thema's evengoed duidelijk dat ze onderling vaak nauw met elkaar verbonden zijn. In de afsluitende beschouwing van dit rapport staan we kort stil bij deze onderlinge samenhang.

Om een vollediger beeld te schetsen van de huidige stand van zaken bespreken we voor ieder thema steeds ook de reeds lopende (beleids)initiatieven waarmee wordt geprobeerd de genoemde knelpunten te adresseren. Dit zijn veelal, maar niet uitsluitend, initiatieven die zijn geïnitieerd of gefaciliteerd door het Ministerie van VWS. Gezien de grote hoeveelheid kamerbrieven die we hierbij aanhalen, vermelden we hiervan in de tekst steeds de volledige titel en publicatiedatum (in plaats van een reguliere bronvermelding met auteur en jaartal).

De acht thema's zijn:

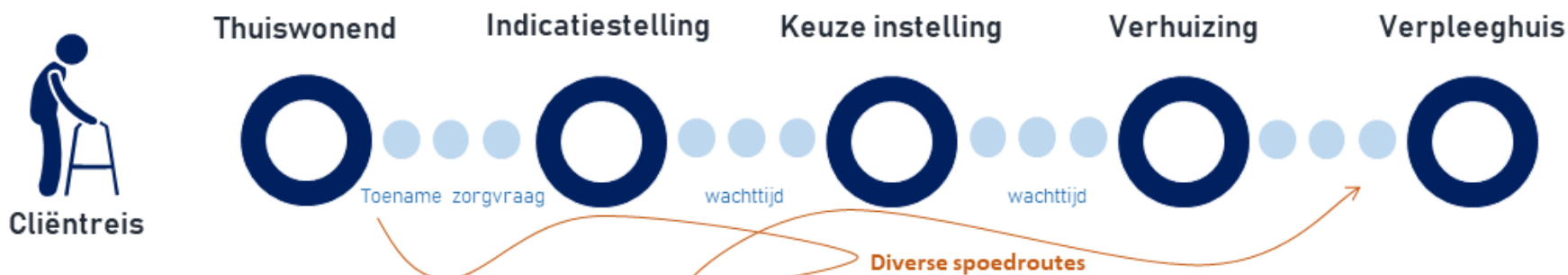
1. De *eigen bijdrage* als feitelijke en geanticipeerde barrière
2. Te late of te trage *indicatiestelling*
3. Hiaten in *ondersteuning en begeleiding* van cliënten en hun naasten
4. Uitdaging om *betrokkenheid sociaal netwerk* te behouden
5. Gebrekkige *informatie-uitwisseling* tussen professionals
6. (Zicht op) *capaciteit* ontbreekt
7. *Spoedsituaties* als gevolg én bron van knelpunten
8. *Financieringsschotten* als onderliggend en aanvullend knelpunt

De infographic op de volgende pagina geeft een overzicht van de centrale knelpunten, beleidsinitiatieven en praktijkvoorbeelden die we in de rest van deze publicatie verder uitwerken. Deze verschillende onderdelen staan in de tijd weergegeven aan de hand van een cliëntreis van ouderen die vanuit hun thuissituatie naar het verpleeghuis verhuizen. We zijn ons er van bewust dat dit een versimpelde weergave is van het proces dat ouderen kunnen doorlopen wanneer ze hun zorgvraag toeneemt. Van een overgang naar het verpleeghuis is uiteraard niet altijd sprake. In deze publicatie beperken wij ons echter tot de 'route' van ouderen die (al dan niet via een spoedopname) uiteindelijk wel naar het verpleeghuis verhuizen.

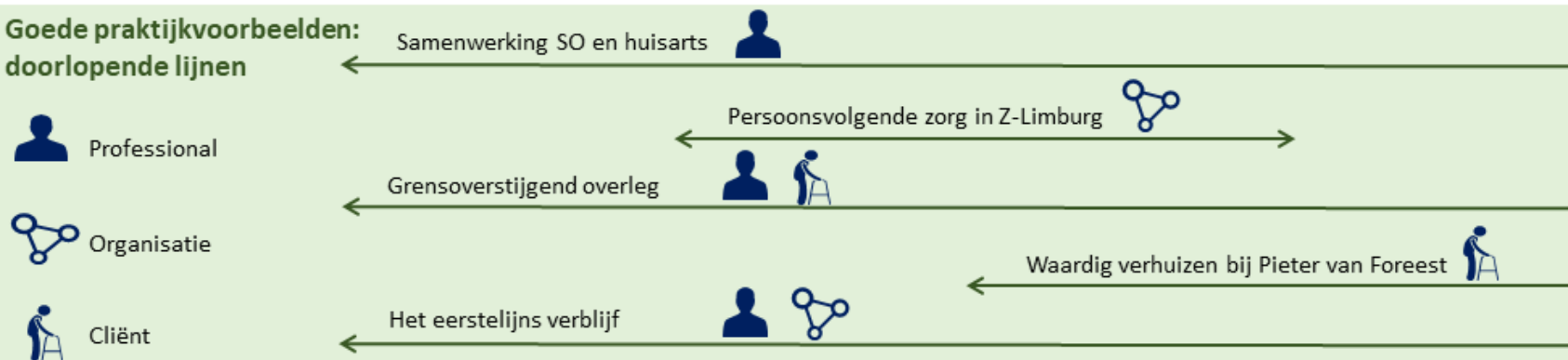
Knelpunten

Beleidsinitiatieven

Eigen bijdrage / 'zorgval'	→	Verruiming extra kosten thuis / overbruggingszorg
Late en/of trage indicatie	→	Versnelling CIZ
Hiaten in cliëntondersteuning	→	Impuls aan onafhankelijke cliëntondersteuning
Betrokken houden sociaal netwerk	→	Verbeterprogramma's samenspel
Gebrekkige informatie-uitwisseling	→	Verbeterprogramma InZicht
(Zicht op) capaciteit ontbreekt	→	Regionale coördinatiepunten
Complexiteit rond spoedsituaties	→	Verbeterde regionale afstemming
Gefragmenteerde financiering	→	Experimenten domeinoverstijgende financiering



Goede praktijkvoorbeelden: doorlopende lijnen



1. De eigen bijdrage als feitelijke en geanticipeerde barrière

KNELPUNTEN:

- De geanticipeerde eigen bijdrage in de Wlz kan ervoor zorgen dat mensen *later (en soms te laat) een Wlz-indicatie aanvragen*, waardoor er vaker crisissituaties kunnen ontstaan bij (te lang) thuiswonende cliënten.
 - Ná een afgegeven Wlz-indicatie en *vóór* de verhuizing naar het verpleeghuis betalen cliënten al een eigen bijdrage. In deze periode wordt veelal *minder zorg* geleverd, terwijl de indicatie juist aangeeft dat de zorgvraag is gegroeid (de 'zorgval'). Dit is in zichzelf onwenselijk, maar vergroot ook de afschrikwekkende werking van de eigen bijdrage.
-

Waar cliënten geen aanvullende eigen bijdrage betalen voor de zorg die zij thuis ontvangen vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), bestaat deze bijdrage wel binnen de Wet langdurige zorg (Wlz). Verschillende bronnen noemen deze eigen bijdrage in de Wlz als mogelijke barrière voor de toegankelijkheid van de verpleeghuiszorg (SIGRA, 2017; Nationale Ombudsman, 2018; Consumentenbond, 2017). Hierbij worden twee centrale knelpunten genoemd.

Ten eerste wijzen bronnen op de afschrikwekkende werking die de eigen bijdrage kan hebben op het aanvragen van een Wlz-indicatie. Wanneer cliënten deze (nog) niet aanvragen terwijl hun zorgvraag al groter is dan de thuissituatie aan kan, vergroot dit de kans dat hun situatie escaleert en spoedopname noodzakelijk blijkt (Consumentenbond, 2017; Nationale Ombudsman, 2018). Hoewel spoedsituaties in zichzelf al ingrijpend zijn in het leven van cliënten en hun naasten, maken deze het tevens complexer om te zorgen voor een soepele overgang naar het verpleeghuis (waarover meer bij het thema 'spoedsituaties'). Aangezien de eigen bijdrage inkomensafhankelijk is, wordt deze barrière vooral als relevant gezien voor mensen met een hoger inkomen. Tegelijkertijd is de feitelijke hoogte van de eigen bijdrage niet per se doorslaggevend, maar de mate waarin cliënten en hun naasten deze zelf als afschrikwekkend ervaren.

Een tweede punt waarop de bronnen wijzen is de zogenoemde 'zorgval' (Vilans, 2018; Nationale Ombudsman, 2018; Taskforce Zorg op de juiste plek, 2018). Vanaf het moment dat cliënten een Wlz-indicatie ontvangen betalen zij een eigen bijdrage, ook wanneer zij nog op de wachtlijst staan voor verpleeghuisopname. Vaak zijn mensen zich hier vooraf niet van bewust (Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in), Ypsilon, Mind, 2017). In deze wachtperiode ontvangen sommigen minder zorg vanuit de Wlz dan daarvoor vanuit de Zvw en Wmo het geval was. Dit is in zichzelf een onwenselijke situatie, wat breed erkend en inmiddels ook geadresseerd wordt (Zorginstituut Nederland, 2018). De geanticipeerde 'zorgval' versterkt het bovenstaande knelpunt: de terughoudendheid onder cliënten en hun naasten om een Wlz-indicatie aan te vragen. De Nationale Ombudsman (2018) verwijst naar een concreet voorbeeld waarin een medewerker van het CIZ, vooruitlopend op deze 'zorgval', het afraadde om een indicatie aan te vragen terwijl deze gezien de situatie mogelijk wel passend was geweest. Nog los van of er hier inderdaad sprake is van een feitelijke barrière in de zorgverlening, kan de 'zorgval' als geanticipeerd knelpunt een afschrikwekkende werking hebben op het aanvragen van een Wlz-indicatie.

Reeds lopende (beleids)initiatieven

In een tweetal Kamerbrieven in 2018 onderkent minister De Jonge de knelpunten omtrent de zorgval. In deze brieven kondigt de minister een verkenning van oplossingsrichtingen aan (*Kamerbrief over Route Verkenning Zorgval*; 29 januari 2018) en wordt een reeks maatregelen gepresenteerd (*Kamerbrief over Oplossingen voor de Zorgval*; 16 mei 2018).

Een tweetal maatregelen moet een einde maken aan het feit dat ouderen ná een Wlz-indicatie en vóór verhuizing naar een Wlz-instelling minder zorg ontvangen dan ze voorheen vanuit de Zvw/Wmo kregen. Twee bestaande regelingen worden hiervoor verruimd: de mogelijkheden tot *overbruggingszorg* en de regeling *Extra kosten thuis*. Met de extra overbruggingszorg wordt het mogelijk gemaakt om meer zorg in te zetten in de periode dat ouderen wachten op een plek in hun voorkeursinstelling, waarbij het tevens mogelijk wordt gemaakt dat ze in de periode dezelfde zorgverleners behouden. De regeling Extra kosten thuis maakt het ook voor ouderen die nog niet op een wachtlijst staan mogelijk om het aantal beschikbare zorguren op peil te houden. De minister verwacht dat deze maatregelen er toe leiden dat in het overgrote deel van de gevallen de *zorgval in uren* niet meer zal voorkomen. Een evaluatie in het voorjaar van 2019 laat zien dat de teruggang in het aantal uren zorg met deze maatregelen over het algemeen inderdaad wordt ondervangen (Significant, 2019).

Tegelijkertijd erkent de minister dat deze maatregelen nog niet raken aan de stijging in de eigen bijdrage die ouderen vanaf het moment van een Wlz-indicatie betalen. Hierbij wordt gewezen op de complexiteit van het vraagstuk, aangezien dit raakt aan verschillende zorgdomeinen en wetten. Wel worden er mogelijkheden voor de langere termijn verkend: 'Te denken valt aan het onderbrengen van alle zorg thuis in één domein of het introduceren van proforma-indicatie. Deze indicatie zou recht geven op opname in een zorginstelling, zonder dat er iets verandert in de zorg die men tijdelijk nog thuis ontvangt. De overgang naar de Wlz gaat dan pas in op het moment dat de cliënt wordt opgenomen in de zorginstelling' (Kamerbrief 16 mei 2018).

2. Te late of te trage indicatiestelling

KNELPUNTEN

- Indicaties worden soms *te laat aangevraagd*. Zorgprofessionals rondom thuiswonende cliënten (huisarts, wijkteam) weten niet altijd wanneer mensen voor een indicatie in aanmerking komen en welke rol zij kunnen spelen als verwijzer. De geanticiperde eigen bijdrage kan ertoe leiden dat cliënten zelf te lang wachten met het aanvragen van een indicatie (zie ook vorige thema *'de eigen bijdrage als feitelijke en geanticiperde barrière'*).
 - Het indicatieproces zelf wordt regelmatig als *traag en bureaucratisch* ervaren, waardoor het extra belastend kan zijn voor cliënten en hun naasten.
-

De geraadpleegde bronnen rapporteren knelpunten in de aanloop naar een Wlz-indicatie en in het proces van indiceren zelf. Hierdoor zou de indicatiestelling respectievelijk te laat en te traag zijn. We werken deze punten hieronder uit.

Het risico op *te late* indicatiestelling is ten dele al uitgewerkt bij het voorgaande thema m.b.t. de eigen bijdrage. De geraadpleegde bronnen wijzen echter ook op aanvullende oorzaken waardoor Wlz-indicaties te laat kunnen worden aangevraagd en afgegeven (d.w.z. niet op tijd om escalatie in de thuissituatie te voorkomen). Hierbij wordt vooral gewezen op de positie van zorgprofessionals rondom thuiswonende cliënten, die een belangrijke verwijzende rol kunnen hebben bij het signaleren van een toegenomen zorgvraag (Waardigheid en Trots, 2018). Soms zijn de zorgprofessionals echter onvoldoende op de hoogte van de eisen voor een Wlz-indicatie of van de rol die zij in het verwijzproces kunnen spelen (Vilans, 2018; Movisie & Vilans, 2016). Huisartsen en leden van wijkteams lijken het bijvoorbeeld vaak lastig te vinden om af te wegen welke vervolgzorg gepast en mogelijk is. Vooral bij het verwijzen van ouderen vanuit een GGZ-setting lijken deze onduidelijkheden nadrukkelijk te spelen, waardoor er soms een aanvullende DBC moet worden geopend als het verwijz- en indicatieproces (onnodig) lang duurt (SIGRA, 2017).

De geraadpleegde bronnen wijzen daarnaast op het soms *trage verloop* van het indicatieproces zelf, waardoor cliënten lang op hun indicatie moeten wachten (Nationale Ombudsman, 2018; Berenschot, 2017). Dit kan de wachttijd op een verpleeghuisplek verlengen, wat negatieve gevolgen heeft indien er sprake is van enige (of meer nadrukkelijke) urgentie (meer informatie over de wachttijden is te vinden onder het thema *'(zicht op) capaciteit ontbreekt'*). Daarnaast worden lange indicatietrajecten als bureaucratisch en belastend ervaren door cliënten en hun naasten (Berenschot, 2017). Dit knelt vooral aangezien deze wachtperiode vaak al een piekmoment is in de (over)belasting van mantelzorgers (KPMG & Vilans, 2017).

Reeds lopende (beleids)initiatieven

Vanuit het Ministerie van VWS is er de afgelopen jaren gezocht naar alternatieven voor de huidige manier van indicatiestelling. In 2016 is er binnen het programma Waardigheid en Trots geëxperimenteerd met een nieuwe vorm van indicatiestelling. Hierbij kregen 16 zorgaanbieders de ruimte om de zorgvragen van de cliënt in kaart te brengen en zelf een onderbouwd advies op te stellen. Dit advies werd vervolgens door het CIZ getoetst op juistheid. Door deze nieuwe werkwijze konden indicatiebesluiten in twee dagen

worden afgegeven. In oktober 2018 heeft de Minister echter besloten dit traject niet verder uit te rollen. Er is gekozen om in te zetten op versnelling van het reguliere indicatiestellingsproces door het CIZ, om hiermee de uniformiteit en kwaliteit van indicatiestelling te waarborgen (*Kamerbrief over de toekomst van de indicatiestelling Wlz (werkwijze)*; 19 oktober 2018’).

Deze versnelling van het proces bij het CIZ is in het najaar van 2018 als pilot uitgeprobeerd en getoetst. Er werd hierbij voornamelijk gewerkt aan een verbeterde samenwerking binnen de triageteams, waarbij het aantal benodigde overdrachtsmomenten werd teruggebracht. Cliënten, mantelzorgers en zorgaanmelders waardeerden de nieuwe werkwijze in de pilot met een 8,9. De periode van onzekerheid over een indicatiebesluit was veel korter dan verwacht, wat als zeer prettig werd ervaren. Ook bleken zorgaanbieders de kortere communicatielijnen met het CIZ op prijs te stellen. Zij gaven duidelijk hun voorkeur aan voor continuering van deze nieuwe werkwijze. Op basis van deze bevindingen heeft de minister aangekondigd dat de nieuwe werkwijze 2019 landelijk wordt ingevoerd (*Kamerbrief over rapportage pilots CIZ versnelt*; 29 april 2019). Hierbij bestaat het doel dat het CIZ in de loop van 2020 95% van de digitale aanvragen van zorgaanbieders binnen zeven werkdagen afhandelt (*Kamerbrief 19 oktober 2018*).

3. Hiaten in ondersteuning en begeleiding van cliënten en hun naasten

KNELPUNTEN

- Tijdens het proces van de verhuizing van thuis naar het verpleeghuis is de informatievoorziening voor cliënten en hun naasten gefragmenteerd en schiet deze vaak tekort. Cliënten en mantelzorgers voelen zich soms niet begrepen, weten niet wat zij kunnen verwachten en worden van het kastje naar de muur gestuurd.
 - Er is veel onduidelijkheid omtrent de onafhankelijke cliëntondersteuning. Zorgprofessionals en zorgorganisaties zijn niet goed op de hoogte van de regelingen waardoor zij de cliënt soms niet, of niet goed, doorverwijzen naar cliëntondersteuning.
 - Door financieringsschotten is er pas een cliëntondersteuner vanuit de Wlz beschikbaar ná de toekenning van de indicatie en keuze voor een verpleeghuis.
-

In het complexe Nederlandse zorgstelsel kan ondersteuning van cliënten en hun naasten een belangrijke rol spelen bij het begeleiden en wegwijs maken van mensen in de overgang van thuis naar het verpleeghuis. Verschillende bronnen wijzen echter op knelpunten rondom deze ondersteuning. Zo komt naar voren dat de *informatievoorziening rondom de overgang* van thuis naar het verpleeghuis voor cliënten en hun naasten vaak niet bruikbaar, begrijpelijk en/of eenduidig is (Bureau HHM, 2019; Nationale Ombudsman, 2018; Waardigheid en Trots, 2018). Cliënten en naasten worden volgens de Nationale Ombudsman (2018) van het ‘kastje naar de muur’ gestuurd tussen verschillende loketten en zorgwetten wanneer zij de overgang van thuis naar verpleeghuis maken (Nationale Ombudsman, 2018), waarbij de verschillende partijen die ze spreken vaak alleen kennis hebben van hun ‘eigen’ domein (Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in), Ypsilon, Mind, 2017). Dit veroorzaakt veel onduidelijkheid, stress en zorgt ervoor dat de overgang niet gestructureerd verloopt (Waardigheid en Trots, 2018). Vaak zijn mantelzorgers, naasten en cliënten niet goed voorbereid op de verhuizing naar het verpleeghuis. Ze weten niet precies wat er bij een verhuizing komt kijken en de processen om dit te regelen zijn niet eenduidig. Bij een verhuizing komt meer kijken dan alleen het verplaatsen van eigendommen. Alle betrokkenen moeten op de hoogte zijn van de mogelijkheden, maar ook de onmogelijkheden rondom de overgang (Waardigheid en Trots, 2018). Indien cliënten, mantelzorgers en naasten niet goed voorbereid zijn, beschrijven zij het proces van verhuizen eerder als traumatisch, zwaar en emotioneel (Waardigheid en Trots, 2018).

Daarnaast wijzen de bronnen op knelpunten rondom de *onafhankelijke cliëntondersteuning*. Zo wordt er een ‘harde knip’ ervaren tussen de cliëntondersteuning vanuit de Wmo/Zvw en de cliëntondersteuning vanuit de Wlz, die vanuit verschillende bronnen worden gefinancierd (Movisie & Vilans, 2016). Hierdoor kan de onafhankelijke cliëntondersteuning vanuit de Wlz pas ingezet worden nadat de Wlz-indicatie is afgegeven door het CIZ. De aanvraag voor de Wlz, en de keuze voor een verpleeghuis, wordt om deze reden veelal begeleid door een cliëntondersteuner vanuit de Wmo, terwijl deze vaak veel minder goed op de hoogte is van de mogelijkheden binnen de Wlz (Nationale Ombudsman, 2018). Hierdoor zijn ouderen veelal niet op de hoogte van alternatieven voor verhuizing naar het verpleeghuis (zoals een Volledig Pakket Thuis) (Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in), Ypsilon, Mind, 2017).

Daarnaast blijkt dat gemeenten en zorgprofessionals vaak niet goed op de hoogte zijn van de regelingen omtrent onafhankelijke cliëntondersteuning. Hierdoor verwijzen zij cliënten en mantelzorgers niet door naar de juiste cliëntondersteuner, waardoor zij er ook geen beroep op kunnen doen (KPMG & Vilans, 2017). Het is voor cliënten van belang dat zij gedurende het traject van thuis naar het verpleeghuis hulp kunnen krijgen van een instantie of persoon die helpt bij het in kaart brengen van de behoeftes en zorgvraag. Het ontbreken hiervan maakt het lastiger om tot een persoonsgerichte aanpak te komen, waardoor cliënten zich soms onbegrepen en tekortgedaan voelen (Nationale Ombudsman, 2018). Daarbij is het niet altijd duidelijk of het gekozen verpleeghuis ook daadwerkelijk de meest passend optie is (Bureau HHM, 2019).

Reeds lopende (beleids)initiatieven

In het afgelopen jaar heeft minister De Jonge in meerdere kamerbrieven aandacht geschonken aan de knelpunten rondom cliëntondersteuning. De specifieke knelpunten bij de overgang van Wmo naar Wlz, zoals hierboven beschreven, worden daarbij erkend (*Kamerbrief over extra middelen uit het regeerakkoord voor cliëntondersteuning*; 12 juli 2018). De aandacht gaat hierbij vooral uit naar de positie en de invulling van de *onafhankelijke cliëntondersteuning*, en heeft dus geen betrekking op de informatievoorziening en ondersteuning die vanuit o.a. aanbieders zelf wordt geboden.

Er zijn verschillende maatregelen aangekondigd om de onafhankelijke cliëntondersteuning te verbeteren. Er worden extra middelen vrijgemaakt om samen met gemeenten, zorgkantoren en alle andere betrokken partijen een impuls te geven aan onafhankelijke cliëntondersteuning. Daarnaast zal de minister met de betrokken partijen in overleg gaan om te onderzoeken of er bij de overgang naar de Wlz sprake is van goede (overdracht van) cliëntondersteuning. Er wordt verkend of deze beter georganiseerd kan worden, waarbij wordt nagestreefd dat alle betrokken professionals cliënten kunnen wijzen op de mogelijkheden tot onafhankelijke ondersteuning. Gemeenten en zorgkantoren moeten er voor zorgen dat deze informatievoorziening en doorverwijzingen goed verloopt (*Kamerbrief* 12 juli 2018). In latere kamerbrieven is aangekondigd dat er pilots worden gestart met cliëntondersteuning die is toegespitst op specifieke (nader te specificeren) doelgroepen. Ook worden er in samenwerking met gemeenten bijeenkomsten georganiseerd over (o.a.) de cliëntondersteuning in de overgang van Wmo naar Wlz (*Kamerbrief over nadere informatie cliëntondersteuning*; 15 oktober 2018) en wordt er met de NZa en zorgkantoren overlegd over hoe cliëntondersteuning vanuit de Wlz al voorafgaand aan de indicatiestelling kan worden ingezet (*Kamerbrief over de eindevaluatie van het experiment persoonsvolgende zorg*; 8 juli 2019). Tot slot wordt er met de nog 'jonge' beroepsgroep van cliëntondersteuners geïnvesteerd in professionalisering en kwaliteitsverbetering (*Kamerbrief reactie op verzoek commissie inzake overall rapportage sociaal domein 2017*; 19 februari 2019).

De minister plaatst overigens de kanttekening dat investeren in onafhankelijke cliëntondersteuning niet altijd de oplossing is; soms ligt de oplossing in het verbeteren van de systemen zelf waarin cliënten nu de weg kwijtraken.

4. Uitdaging om betrokkenheid sociaal netwerk te behouden

KNELPUNTEN:

- Medewerkers van zorgorganisaties *bieden niet altijd voldoende ruimte* voor het sociale netwerk om betrokken te blijven in de zorg en ondersteuning na de overgang naar het verpleeghuis.
 - Medewerkers geven aan dat *naasten zelf soms betrokkenheid afhouden* vanuit het gevoel de zorg ‘uitbesteed’ te hebben.
 - Naasten kunnen tijdens het opnameproces *te weinig ondersteuning* ervaren, wat het gevoel van (over)belasting en het verlies van regie kan versterken (zie ook knelpunten rond ‘ondersteuning’).
-

Het is vaak een uitdrukkelijke wens om de betrokkenheid van naasten rondom en na verpleeghuisopname te behouden. Naasten kunnen na de verhuizing activiteiten blijven doen die ze in de thuissituatie ook deden. In de praktijk blijkt dit soms echter lastig te realiseren. Aan de ene kant vraagt het vergroten van betrokkenheid om een omslag in de houding van het netwerk zelf. Zorgprofessionals geven aan dat naasten soms betrokkenheid afhouden vanuit het gevoel de zorg uitbesteed te hebben; dit terwijl het als belangrijk wordt gezien dat naasten het gemeenschappelijk belang voor ogen hebben en een betrokken houding vasthouden. Tegelijkertijd vraagt een goede betrokkenheid van naasten om een omslag bij medewerkers. Hun houding kan betrokkenheid in de weg zitten, bijvoorbeeld wanneer zij naasten het gevoel geven buitengesloten te worden (KPMG & Vilans, 2017). Daarbij komt dat naasten na een verhuizing naar het verpleeghuis soms niet meer goed weten wat hun rol is, wat de betrokkenheid ook niet ten goede komt (Waardigheid en Trots, 2018).

Naasten staan voorafgaand aan en rondom de verpleeghuisopname vaak onder emotionele, fysieke en financiële druk en overbelasting komt veel voor. Tijdens het opnameproces ervaren ze vaak te weinig ondersteuning, wat het gevoel van (over)belasting en het verlies van regie kan versterken (Adviesraad WMO & Jeugdhulp 's-Hertogenbosch, 2017). Overbelasting speelt juist op het moment van opname, aangezien de ‘last’ thuis daarvoor het zwaarst was. Soms blijkt het moeilijk om naasten na een ‘adempauze’ alsnog te betrekken (KPMG & Vilans, 2017). Daarbij ervaren zij soms het gevoel dat zij hun partner/ouders in de steek laten (Waardigheid en trots, 2016). Gedurende de overgang is er vaak te weinig tijd om de verhuizing met de levenspartner te bespreken, terwijl dit een zeer emotioneel proces is (Patiëntenfederatie Nederland, 2017).

Naasten en mantelzorgers hebben in de overgang van thuis naar het verpleeghuis zelf ook behoefte aan praktische ondersteuning (bijv. bij het invullen van formulieren, regelen van financiën) en emotionele ondersteuning, maar kunnen deze vaak niet voldoende vinden. Hierdoor weten ze soms niet welke regelgeving en voorzieningen voor hen van toepassing zijn. Er worden mede hierdoor problemen met planning en regie ervaren, wat mogelijke overbelasting versterkt (KPMG & Vilans, 2017). (Onder het thema “Hiaten in ondersteuning en begeleiding van cliënten en hun naasten” werd al verder ingegaan op de ondersteuning van cliënten en hun naasten.)

Reeds lopende (beleids)initiatieven

Vanuit het Ministerie van VWS zijn er de afgelopen jaren verschillende stimuleringsprogramma's geïnitieerd waarin de relatie tussen zorgmedewerkers in het verpleeghuis en het sociale netwerk van cliënten één van de onderdelen was. Om te beginnen heeft het programma 'InvoorMantelzorg' in anderhalf jaar tijd 6.000 mantelzorgers en 3.000 medewerkers in de zorg bereikt. In de rapportage van het programma wordt aangegeven dat het samenspel met mantelzorgers bij de deelnemende organisaties hierbij daadwerkelijk is versterkt (*Kamerbrief over de informele zorg*; 13 januari 2016). Daarnaast wordt er binnen het programma 'Waardigheid en Trots' (en inmiddels het vervolg daarop, 'Thuis in het Verpleeghuis') ingezet op kwaliteitsverbetering in verpleeghuizen, waarbij betrokkenheid van het sociale netwerk één van de aandachtspunten is. Een illustratief voorbeeld daarvan is de publicatie 'Communiceren met familie over het verhuizen naar en het verblijven in het verpleeghuis' (Waardigheid en Trots, 2018). In deze publicatie worden de gesignaleerde knelpunten binnen dit thema expliciet geadresseerd door zorgmedewerkers handvatten te bieden om (onder meer) betrokkenheid van het sociale netwerk te behouden en te stimuleren.

5. Gebrekkige informatie-uitwisseling

KNELPUNTEN:

- Er is sprake van een zeer *gebrekkige harmonisering van informatie en informatiesystemen*, zowel binnen als tussen verschillende zorgdomeinen. Hierdoor vinden overdrachten bij de overgang naar het verpleeghuis vaak niet, onvolledig of incorrect plaats.
 - Vanwege *gebrekkige overdrachten* zijn zorgprofessionals veel tijd kwijt met het ophalen en afstemmen van (aanvullende) informatie, terwijl cliënten en hun naasten vaak meermaals hun verhaal moeten vertellen bij verschillende zorgprofessionals. Waar relevante informatie ontbreekt, kan de kwaliteit van zorg in het gedrang komen.
-

Informatie-uitwisseling is een belangrijk onderdeel van de continuïteit van zorg en ondersteuning. Toch is de (informatie)overdracht bij de overgang van thuis naar het verpleeghuis vaak niet eenduidig, juist, tijdig, volledig en/of actueel. Verschillende bronnen geven aan dat er geen eenduidig ketendossier voor correcte en snelle uitwisseling bestaat, maar dat professionals moeten werken met een diversiteit aan digitale systemen (Patiëntenfederatie Nederland, 2017; Zorgimpuls, 2017). Dit resulteert zeker bij overgangen tussen domeinen, zoals de overgang van thuis naar het verpleeghuis, in knelpunten (Taskforce Zorg op de juiste plek, 2018; Nictiz, 2017). In een onderzoek van Nictiz gaf slechts 16,4% van de respondenten aan altijd een verpleegkundige overdracht te ontvangen. 54,6% gaf tevens aan dat de informatie uit de overdracht vaak onvolledig is (Nictiz, 2017)¹.

Gedurende de overdracht van thuis naar verpleeghuis en in de afstemming tussen zorgverleners uit verschillende domeinen hebben betrokkenen vaak het gevoel dat ze niet dezelfde taal spreken en elkaar niet makkelijk 'vinden'. Dit heeft enerzijds betrekking op het ontbreken van 'warme relaties' en gedeelde kaders voor betekenisgeving. Tegelijkertijd heeft dit ook een meer technische dimensie: de diversiteit aan systemen is enorm en er is onvoldoende landelijke afstemming over informatiestandaarden. Daar komt bij dat er, afgaande op verschillende bronnen, bij professionals een (soms onterechte) angst bestaat om informatie te delen (vanwege privacy en AVG), waarbij niet altijd duidelijk is wat wel en niet mag (Taskforce Zorg op de juiste plek, 2018; Nictiz, 2017; Nictiz, 2018). Dit zorgt er voor dat er knelpunten in de overdracht van thuis naar het verpleeghuis ontstaan. Het gevolg van deze onduidelijkheid en de grote diversiteit in systemen maakt dat (soms nog papieren) overdrachten niet aan komen en dat mails kwijt raken. Vaak moeten zorgprofessionals van het verpleeghuis na de verhuizing nog allerlei ontbrekende gegevens verzamelen; denk hierbij aan medicatie-overzichten, verzorgingsplannen, gegevens van de naasten, etc. (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2016; Waardigheid en Trots, 2018; Nictiz, 2017).

Het gevolg van de hiaten in de informatieoverdracht is dat de cliënt en/of de naasten steeds opnieuw hun verhaal moeten vertellen (Nictiz, 2018; Berenschot, 2017), wat de kans op onjuist- of onvolledigheden sterk doet toenemen (Nictiz, 2017) en waardoor de cliënt zich niet gehoord voelt. Soms worden er

¹ Deze cijfers hebben onder meer, maar niet uitsluitend, betrekking op de overdracht tussen de thuissituatie en het verpleeghuis.

meerdere intakes gedaan door verschillende zorgprofessionals en moeten naast zich actief mengen in het regelen van de overdracht naar het verpleeghuis (Patiëntenfederatie Nederland, 2017).

Reeds lopende (beleids)initiatieven

Vanuit het Ministerie van VWS zijn inmiddels verschillende trajecten gestart die zich richten op de digitalisering en standaardisering van de informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals onderling en tussen zorgprofessionals, mantelzorgers en cliënten. Voor de gehele zorgsector heeft minister Bruins een investering van 400 miljoen euro aangekondigd in versnellingsprogramma's voor digitale informatie-uitwisseling. De minister zet daarbij 'concrete stappen [om] elektronische gegevensuitwisseling overeenkomstig de bijpassende informatiestandaarden wettelijk verplicht [te] stellen' (*Kamerbrief over elektronische gegevensuitwisseling in de zorg*; 20 december 2018). Dit betekent dat er binnen verschillende domeinen afspraken worden gemaakt met partijen in het veld over verplichte standaarden rond 'taal' en 'techniek'. Deze standaarden moeten als bouwstenen dienen voor verdere ontwikkelingen rond gegevensuitwisseling. Dit moet de onderlinge aansluiting van verschillende systemen ten goede komen. In twee latere kamerbrieven werkt de minister deze ambitie concreter uit, onder meer in een 'Roadmap ten aanzien van zowel de voorgenomen wetgeving als de eerste verplicht te digitaliseren gegevensuitwisselingen' (*Tweede brief gegevensuitwisseling in de zorg*; 9 april 2019; *Derde brief elektronische gegevensuitwisseling in de zorg*; 12 juli 2019).

Naast deze zorg-brede aanpak heeft minister De Jonge specifiek voor de langdurige zorg een onderzoek laten uitvoeren als vertrekpunt voor een verbeterprogramma rondom informatie-uitwisseling (*Kamerbrief over Informatielandschap Care*; 16 oktober 2018). Uit dit onderzoek door Nictiz bleek bijvoorbeeld dat ongeveer de helft van de zorgaanbieders in de langdurige zorg nu gebruik maakt van een cliëntportaal in enige vorm en dat de langdurige zorg gekenmerkt wordt door een grote diversiteit aan informatiestromen. De inzichten uit het onderzoek dienen als basis voor het subsidieprogramma InZicht dat in 2019 van start is gegaan als onderdeel van het bredere VIPP-programma (Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional). Dit programma moet er voor zorgen dat ontwikkelingen richting veilige en eenduidige digitale gegevensuitwisseling sneller plaatsvinden; onder professionals in de langdurige zorg, maar ook in afstemming met de curatieve zorg en met cliënten en mantelzorgers. De ambitie is om hiermee tot een vermindering te komen van administratieve lasten voor professionals en om mensen meer regie te geven over hun eigen zorgproces. Er wordt in 16 proeftuinen geprobeerd om hiermee de regie van cliënten te versterken, de kwaliteit en de veiligheid van de zorg te verhogen en onnodige registratielasten te voorkomen.

6. (Zicht op) capaciteit ontbreekt

KNELPUNTEN:

- *Overzicht van de regionaal beschikbare (bedden)capaciteit ontbreekt* vaak. De beschikbare informatie over wachttijden geeft vanwege tussenkomende spoedopnames een vertekend beeld.
 - Zorgorganisaties hebben zelf *niet altijd volledig zicht op hun eigen capaciteit*. Soms worden onterechte aannames gedaan over de zorgzwaarte die geleverd kan worden binnen de beschikbare (personele) capaciteit. Soms is er ondanks beschikbare capaciteit toch geen (passende) plek vanwege fragmentatie in het ‘type’ plek dat is ingekocht.
 - De landelijke norm voor de *wachttijd* bij verpleeghuisopname (zes weken) wordt regelmatig ruim overschreden. Voor echtparen die samen willen blijven, lijkt dit probleem nog groter.
-

Voor een soepele overgang van thuis naar het verpleeghuis is het van belang dat zowel cliënten als verwijzers op de hoogte zijn van het regionale zorgaanbod. Welke verpleeghuiscapaciteit is er beschikbaar, zowel in getal (hoeveelheid beschikbare plekken) als wat betreft de aard van zorg die geboden kan worden (bijvoorbeeld de mate van complexiteit)? Uit verschillende bronnen blijkt dat partijen vaak niet weten welke zorgaanbieders er aanwezig zijn in de regio. Als zij dit wel weten is er vaak beperkt zicht op welke typen zorg er worden geleverd, wat de kwaliteit en capaciteit is en hoe de zorg aansluit op de behoeftes en wensen van de cliënt (Bureau HHM, 2019; Patiëntenfederatie Nederland, 2017; Vilans, 2018). Deze onduidelijkheid vindt zijn oorzaak mede in het niet up-to-date zijn van informatiesystemen en het ontbreken van coördinatie. Het is daarom voor verwijzers lastig een verpleeghuisplek te vinden, zeker als de precieze behoefte van de cliënt nog niet helemaal duidelijk is (Vilans, 2018; Bureau HHM, 2019). Daar komt bij dat eerstelijnsprofessionals, zoals de huisartsen, het lastig vinden om een opname te regelen. Door het ontbreken van een overzicht vinden zij het regelen van verpleeghuiszorg tijdrovend en bureaucratisch (Zorgimpuls, 2017).

Zorgorganisaties blijken soms ook (te) weinig zicht te hebben op de eigen capaciteit om zorg te kunnen leveren, waarbij locaties of afdelingen niet altijd heldere in- en exclusiecriteria hebben voor mogelijke opnames. Hierdoor is niet duidelijk welke zorg zij mogen en kunnen verlenen (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2016). Er is niet altijd genoeg personeel en/of genoeg expertise aanwezig om alle zorg te bieden die noodzakelijk is (Patiëntenfederatie Nederland, 2017). Dit terwijl de zorgaanbieder verplicht is zorg te leveren wanneer deze is aangemerkt als voorkeursaanbieder door de cliënt (Berenschot, 2017). Daarnaast hebben zorgorganisaties soms lege bedden, maar toch wachtlijsten. Dit komt doordat vanuit de verschillende bekostigingsstromen verschillende bedden worden ingekocht. Deze bedden mogen vervolgens niet voor andere zorgvormen worden ingezet (Adviesraad WMO & Jeugdhulp 's-Hertogenbosch, 2017).

Het ontbreken van (passende) capaciteit veroorzaakt wachtlijsten. Zorgorganisaties geven aan dat het—indien er geen sprake is van een spoedsituatie—vaak meer dan een halfjaar duurt voordat iemand een kamer krijgt, waarbij de Treeknorm van zes weken ruim wordt overschreden (Consumentenbond, 2017; Adviesraad WMO & Jeugdhulp 's-Hertogenbosch, 2017). Problemen met de capaciteit leiden er ook toe dat echtparen bij een verschil in indicatie regelmatig worden gescheiden bij opname, ondanks dat ze

wettelijk gezien wel bij elkaar zouden mogen blijven. Zorgorganisaties proberen het mogelijk te maken om echtparen gezamenlijk op te nemen, door bijvoorbeeld de partner een ZZPO te geven. De kosten voor deze partner zijn dan vaak niet dekkend, wat vervolgens weer gevolgen heeft voor de capaciteit (Q-Consult, 2014).

Reeds lopende (beleids)initiatieven

In een Kamerbrief van april 2018 laat minister De Jonge weten dat er inmiddels, in lijn met een eerdere aankondiging vanuit Zorgverzekeraars Nederland, een landelijk dekkend netwerk bestaat van regionale coördinatiepunten voor het eerstelijns verblijf (*Kamerbrief over stand van zaken regionale coördinatiepunten ELV*; 4 april 2018). Enerzijds richten deze punten zich dus niet primair op langdurig verpleeghuisopname, maar anderzijds wordt aangegeven dat veel van de coördinatiepunten zich inmiddels niet alleen meer richten op het ELV, maar ook andere vormen van vervolgzorg coördineren. De minister geeft daarbij aan dat hij er bij de betrokken initiatieven op aandringt dat deze allemaal, in overleg met andere betrokken partijen en financiers, inzicht gaan bieden in alle vormen van vervolgzorg. Halverwege 2019 bleek dat inmiddels 90% van de coördinatiepunten zich richt op meer dan het ELV alleen (*Kamerbrief over voortgangsrapportage programma Langer Thuis*; 2 juli 2019). Verbreding van de functie van deze regionale coördinatiepunten zou daarmee een positieve uitwerking kunnen hebben op het regionale zicht op (en het gebruik van) de beschikbare langdurige verpleeghuiscapaciteit. De minister heeft de NZa opdracht gegeven om de verschillende opties te verkennen voor structurele financiering van deze regionale coördinatiefunctie.

Naast deze rol van de regionale coördinatiepunten wijst onder meer de NZa op verschillende verbeterinitiatieven van zorgkantoren bij het omgaan met wachtlijsten voor verpleeghuisopname (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018). Een belangrijk aspect hiervan ligt in het onderhouden van contact met de wachtenden en het verbeteren van de zorgbemiddeling en ondersteuning. Concreet betekent dit bijvoorbeeld het 'geregeld nabellen van mensen op de wachtlijst om te inventariseren of zij (meer) zorg nodig hebben' en het werken aan 'de automatisering om beter inzicht te krijgen in de wensen van de wachtenden' (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018).

7. Spoedsituaties als gevolg én bron van knelpunten

KNELPUNTEN:

- De hiervoor genoemde knelpunten dragen bij aan het uitstel van overgang naar het verpleeghuis en daarmee aan *(mogelijk vermijdbare) spoedsituaties* bij thuiswonende cliënten.
 - Binnen spoedsituaties worden veel van de hiervoor genoemde *knelpunten verder uitvergroot*. Dit vanwege ontstane *tijdsdruk en de complexere overgangsroute* (via ziekenhuis/kortdurend verblijf/GRZ).
 - De ontstane druk op de beschikbare spoedzorg heeft negatieve gevolgen voor de *doorstroom binnen de ouderenzorgketen als geheel*.
-

Zoals gezegd kunnen de eerder besproken knelpunten leiden tot een (te) late overgang naar het verpleeghuis. Langdurige overbelasting van mantelzorgers kan bijvoorbeeld een onhoudbare en escalerende thuissituatie tot gevolg hebben (Waardigheid en Trots, 2018). Dit vergroot de kans dat spoedopname noodzakelijk wordt, waarbij cliënten op de spoedeisende hulp belanden en/of voor langere tijd in het ziekenhuis of via een kortdurend verblijf worden opgenomen. Hoewel beter inzicht nodig is in de omvang van de verschillende 'routes' waarmee mensen de Wlz binnenkomen, worden spoedsituaties ervaren als een steeds gebruikelijkere aanleiding voor verpleeghuisopname.

Waar spoedopname dus een gevolg kan zijn van de andere knelpunten rond de overgang naar het verpleeghuis, kan de dynamiek van zo'n spoedopname in zichzelf weer tot nieuwe knelpunten leiden of bestaande knelpunten versterken. Zo kan diagnostiek tijdens een spoedopname lastig zijn (Vilans, 2018). Vanwege de geëscaleerde situatie is niet altijd helder van welke onderliggende problematiek precies sprake is en welke vervolgzorg daarbij past. Waar aanvullende diagnostiek nodig is wordt het eventuele aanpassen van indicaties als een tijdrovend proces gezien (Vilans, 2018). Een andere uitdaging is dat, indien terugkeer van cliënten naar de 'oude' thuissituatie niet haalbaar of wenselijk is, professionals op de spoedeisende hulp en op de huisartsenpost vaak onvoldoende bekend zijn met de beschikbare mogelijkheden voor inzet van extra thuiszorg en/of de verschillende vormen van kortdurend verblijf (Vilans, 2018). Daarbij komt dat spoedopnames (bijvoorbeeld via een kortdurend verblijf) vaak gepaard gaan met extra verhuizingen, wat in zichzelf als onwenselijk wordt ervaren (Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in), Ypsilon, Mind, 2017).

Het grotere beroep op spoedzorg en de uitdagingen bij de door- en uitstroom leiden tot een breder knelpunt: opstoppen in de gehele ouderenzorgketen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018; SIGRA, 2017; Vilans, 2018). Aangezien spoedopnames de 'reguliere' verpleeghuiswachttijsten passeren, stijgt de reguliere wachttijd en geven wachttijsten vaak een vertekend beeld (Consumentenbond, 2017). Vanuit het eerstelijns verblijf blijkt eventuele doorstroom naar een langdurige verpleeghuisopname een complexe aangelegenheid (SIGRA, 2017), hoewel het inmiddels wel mogelijk is om direct aansluitend op een eerstelijns verblijf of op geriatrische revalidatiezorg de Wlz-crisisregeling in te zetten. De eerder genoemde gebrekkige capaciteit en onvoldoende zicht op beschikbare plekken vormen een nog nadrukkelijker probleem wanneer er met urgentie een langdurige Wlz-plek gevonden moet worden. Dit zet vervolgens ook de vrije verpleeghuiskeuze van cliënten onder druk, aangezien de noodzaak tot

doorstromen het onwenselijk maakt lang te wachten op een Wlz-plek in een voorkeursinstelling (Consumentenbond, 2017). Daarbij is de ondersteuning van ouderen en naasten bij de keuze voor een verpleeghuis en overgang binnen een spoedsituatie meestal beperkter dan rond een ‘reguliere’ overgang vanuit de thuissituatie. De problematische doorstroom tussen, enerzijds, de spoedeisende hulp, het eerstelijns verblijf of revalidatiezorg en, anderzijds, de langdurige verpleeghuiszorg vergroot zo de zogenoemde ‘verkeerd-bed-problematiek’. Dit betekent dat ouderen onnodig lang op een ‘zwaardere’ (ziekenhuis-, kortdurend verblijfs- of GRZ-) plek zijn opgenomen vanwege het ontbreken aan plek in de volgende schakel van de keten (Vilans, 2018). Het onderzoek *In één keer goed* van Vilans (2018) laat zien dat 43% van de cliënten in het ELV doorstromen naar de Wlz, een zeer hoog percentage voor een zorgsoort die primair gericht is op terugkeer naar huis. Uit recentere data blijkt dit percentage te zijn gedaald: vanuit laag complexe ELV-zorg stroomde ongeveer 17% door naar een Wlz-instelling, bij hoog complexe ELV-zorg was dit rond de 30% (*Kamerbrief Verslag Schriftelijk Overleg (VSO) inzake VSO Voorhang experiment ELV-verblijf*; 10 december 2018).

Reeds lopende (beleids)initiatieven

De genoemde knelpunten rondom spoedsituaties staan niet op zichzelf en zijn daarmee vaak niet in isolement te adresseren. Een deel van de eerder besproken beleidsinitiatieven zijn er (soms indirect) op gericht om vermijdbare spoedopnames te voorkomen. Tegelijkertijd zijn de uitdagingen in de spoedzorg breder dan alleen de overgang van thuis naar het verpleeghuis, en ook breder dan de spoedzorg aan ouderen alleen. Hieronder geven we een kort overzicht van initiatieven om de bredere knelpunten binnen de spoedketen te adresseren.

Nadat er vanuit het veld zelf om aandacht werd gevraagd voor de toenemende drukte in de spoedzorg (Traumanet AMC, 2016) is er, mede vanuit het Ministerie van VWS, een reeks aan beleidsinitiatieven geïnitieerd. Zo gaf toenmalig minister Schippers in een kamerbrief aan dat de oplossing voor de problematiek in de spoedzorg vraagt om verbetering in de gehele keten; van ambulancedienst, gemeente, wijkverpleegkundige en huisarts tot kortdurend verblijfinstelling, ziekenhuis en langdurige zorginstelling (*Kamerbrief werkzaamheden inzake het bericht 'Brandbrief regionale spoedzorg - de rek is eruit'*; 19 mei 2016). Daarbij legt zij de nadruk op het zoeken van praktische oplossingen en het maken van goede samenwerkingsafspraken in de verschillende regio's. Vanuit het VWS Praktijktteam 'Zorg op de juiste plek' wordt ondersteuning geboden aan zorgprofessionals en organisaties die tegen knelpunten aanlopen rond de overdracht van kwetsbare mensen tussen verschillende zorg- en verblijfsvormen. Het Praktijktteam regelt daarbij zelf geen zorg, maar denkt mee en brengt mensen met elkaar in gesprek. Daarnaast verwijst het ministerie naar een handreiking "regionale samenwerkingsafspraken Huisartsenposten + acute ouderenzorg" die door de brancheorganisaties InEen en ActiZ is ontwikkeld. Deze helpt regionale aanbieders om acute zorg voor ouderen beter te organiseren. Eind 2017 bevestigde Minister Bruins in een kamerbrief de ingeslagen weg van zijn voorganger. De minister wijst daarbij op een reeks initiatieven (zowel landelijk als vanuit de verschillende Regionale Overleggen Acute Zorg) waarin wordt geprobeerd de druk op de spoedzorg te verlichten, onder meer door te investeren in betere afstemming rond de instroom en uitstroom in de spoedketen (*Kamerbrief ontwikkelingen aanpak drukte in de acute zorg*; 27 november 2017). De eerder genoemde regionale coördinatiepunten voor (onder andere) het eerstelijns verblijf zijn daar een voorbeeld van (zie thema "(Zicht op) capaciteit").

8. Financieringsschotten als onderliggend en aanvullend knelpunt

KNELPUNTEN:

- Gefragmenteerde financiering wordt vaak aangewezen als onderliggende (deel)oorzaak van de hiervoor genoemde knelpunten – of op zijn minst als een barrière bij het adresseren ervan.
 - Daarnaast kan gefragmenteerde financiering in zichzelf tot een onwenselijke dynamiek leiden. Doordat de financiële incentives van de betrokken partijen (a) in de thuissituatie en (b) in de verpleeghuiszorg niet gelijk liggen, zouden cliënten soms druk ervaren om (mogelijk prematuur) de overgang naar het verpleeghuis te maken; een dynamiek die de poortwachtersrol van het CIZ overigens zou moeten neutraliseren.
-

De bestaande financieringsschotten tussen de Wmo/Zvw en Wlz lijken mede de oorzaak te zijn van verschillende knelpunten die in andere thema's aan bod zijn gekomen. Denk hierbij aan de 'harde knip' in de onafhankelijke cliëntondersteuning of de eigen bijdrage in de Wlz en de zorgval. Tegelijkertijd zouden de financieringsschotten een in zichzelf onwenselijke dynamiek met zich meebrengen: partijen zouden 'dure' of 'complexe' cliënten afwentelen op een andere zorgsoort om het eigen budget te bewaken (ActiZ, 2015; Zorgimpuls, 2017).

In de huidige situatie zijn budgetten versnipperd over verschillende domeinen en verschillende aanbieders. Hierdoor is het voor ouderen en hun naasten niet altijd duidelijk waar ze terecht kunnen met hun zorgvragen. Er zijn verschillende loketten en professionals hebben niet genoeg ervaring met, kennis van, en aansluiting bij de andere zorgdomeinen. Dit zogenoemde hokjes-denken in verschillende domeinen (of potjes-denken als het gaat om de financiering) blijft voor knelpunten zorgen zolang het niet lukt om het financieringsvraagstuk ondergeschikt te maken aan de zorgvraag (Nationale Ombudsman, 2018).

Een neveneffect van de financieringsschotten tussen de zorgwetten is dat de zorg niet altijd goed aansluit op de behoefte van de cliënt. Gefragmenteerde financieringsstromen leiden tot een prikkel bij financiers om hun eigen budget te bewaken (Zorgimpuls, 2017). Instanties zijn soms gericht op hun eigen werkterrein en hun eigen begroting, waardoor mensen die mogelijk langer thuis hadden kunnen blijven wonen soms om de verkeerde redenen naar de Wlz doorgeschoven zouden worden (Zorgimpuls, 2017). Wanneer de kosten voor een cliënt in de thuissituatie oplopen, kan het voor gemeente en zorgverzekeraar aantrekkelijk zijn om de zorg af te wentelen op de Wlz (Adviesraad WMO & Jeugdhulp 's-Hertogenbosch, 2017; ActiZ, 2015). Aangezien de toegangscriteria van de Wlz de sociale omgeving niet meenemen, voldoen veel mensen die met ondersteuning van naasten nog thuis kunnen wonen toch aan de criteria van de Wlz. Er zijn signalen dat cliënten zich gepusht voelen om de overgang naar Wlz-zorg te maken, terwijl zij tevreden zijn met het zorgaanbod in de thuissituatie (Nationale Ombudsman, 2018). Hoewel deze zorg door meerdere partijen wordt geuit, wijst een recent rapport van de Algemene Rekenkamer erop dat dergelijke pogingen tot afwenteling niet zouden leiden tot een daadwerkelijk grotere (prematuur) instroom tot de Wlz. Uit onderzoek naar de poortwachtersfunctie van het CIZ blijkt dat zij met een uniforme werkwijze de aanvragen voor een indicatie afhandelen. Regionale verschillen in het

aantal afgewezen Wlz-indicaties compenseren daarbij de regionale verschillen in ‘aanmeldgedrag’ (de mate waarin mensen worden aangespoord een indicatie aan te vragen) (Algemene Rekenkamer, 2018).

Reeds lopende (beleids)initiatieven

De vraagstukken rondom (het omgaan met) bestaande financieringsschotten zijn aanzienlijk breder dan onze huidige focus op de overgang van thuis naar het verpleeghuis. Wel willen we wijzen op een tweetal door VWS geïnitieerde en/of ondersteunde initiatieven waarin wordt gewerkt aan (de financiering van) domeinoverstijgende zorg en ondersteuning. Deze richten zich dus niet specifiek op de overgang naar het verpleeghuis, maar bieden mogelijk wel openingen om deze overgang te verbeteren.

Ten eerste wordt er vanuit het Ministerie van VWS een aantal regionale experimenten ondersteund waarin gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars gezamenlijke proberingen om de regionale zorg en ondersteuning over de grenzen van financieringsdomeinen heen in te richten. Zo heeft Minister de Jonge in het kader van initiatieven in Ede, Dongen en Hollandscheveld een zogenoemde faciliteringsbrief geschreven aan de deelnemende gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars waarin wordt aangegeven dat het ministerie de initiatieven ondersteunt en dat zij, indien de kosten voor gemeenten veel hoger uitvallen, zich daarover zal buigen. Deze regionale experimenten zijn op dit moment nog gaande.

Ten tweede heeft minister De Jonge besloten om vanaf 2019 een vervolg te geven aan eerdere experimenten met het integraal persoonsgebonden budget; een budget dat betrokkenen in staat moet stellen om over de grenzen van financieringsdomeinen heen integrale zorg en ondersteuning te bieden. Aangezien eerdere experimenten nog niet voldoende basis verschaften om tot bredere maatregelen te komen, wordt nu verder geëxperimenteerd met ‘het op elkaar aansluiten van de verscheidene diensten waarvan de deelnemer gebruik maakt en de kwaliteit van die diensten’ (*Kamerbrief over Besluit experiment integraal pgb 2019*; 18 januari 2019).

BESCHOUWING: OP WEG NAAR EEN SOEPELE OVERGANG

In deze rapportage leggen we in eerste instantie de nadruk op de uitdagingen in de overgang van thuiswonende ouderen naar het verpleeghuis: welke knelpunten zitten een soepele overgang in de weg? We vellen hierbij geen waardeoordeel over de inrichting van dit proces of over de inzet van de betrokken partijen. Daarvoor ontbreekt het aan kwantitatieve onderbouwing om een reëel beeld te schetsen van de omvang van de verschillende knelpunten. Wel is het nadrukkelijk onze bedoeling om inzichtelijk te maken waar de overgang van thuis naar het verpleeghuis – in de ogen van betrokken organisaties en instanties (inclusief cliëntvertegenwoordiging) – beter kan en beter moet. Door per thema in te gaan op de lopende (beleids)initiatieven hebben we proberen aan te geven welke richtingen reeds zijn ingeslagen om – in ieder geval op beleidsniveau – de randvoorwaarden te scheppen voor een soepelere overgang van thuis naar het verpleeghuis.

Een belangrijk inzicht vanuit onze knelpuntenanalyse is de verwevenheid van de verschillende thema's. Ter illustratie: we laten zien hoe de (geanticiperde) eigen bijdrage kan leiden tot een verlate indicatiestelling, wat weer kan leiden tot meer spoedopnames en overbelasting van mantelzorgers. Hierdoor neemt de druk op de keten als geheel toe en ontstaan wachtlijsten, wat vervolgens wederom kan leiden tot nieuwe spoedopnames. Vaak spelen bredere ontwikkelingen in de zorgsector en in de samenleving op de achtergrond een belangrijke rol. Denk bijvoorbeeld aan krapte op de arbeidsmarkt of de toenemende vergrijzing; ontwikkelingen die beide druk zetten op de beschikbare verpleeghuis capaciteit. Waar we deze ontwikkelingen (en het belang om deze te adresseren) uiteraard niet willen miskennen, vielen ze buiten de focus van onze analyse. Wel tonen ze de hardnekkigheid van de besproken knelpunten en de onderliggende oorzaken daarvan.

Ondanks deze verwevenheid willen we met het onderscheiden van acht thema's aanknopingspunten bieden voor het aanpakken van de gesignaleerde knelpunten. Ze kunnen bijvoorbeeld richting geven aan het monitoren van bestaande beleidsinitiatieven: welke knelpunten lijken effectief te worden geadresseerd, en waar is aanvullende aandacht vereist? We zien onze kennissynthese als een aanzet om – zonder de 'grotere' onderliggende problemen te miskennen – toch tot specifieke handelingsperspectieven te komen voor het verbeteren van de overgang tussen thuis en het verpleeghuis. Hoewel het uitwerken van deze handelingsperspectieven buiten het bereik van de huidige opdracht valt, zien we dit rapport wel als een belangrijk handvat voor de betrokken partijen om hiermee aan de slag te gaan.

Terugkijkend op de acht thema's zien we een centrale uitdaging terugkeren. De overgang van thuis naar het verpleeghuis is per definitie een ingrijpende aangelegenheid voor ouderen en hun naasten. Hoe zorg je er voor dat bestaande beleids- en financieringsschotten deze overgang niet nog complexer maken dan ze al is? Hoe draag je bij aan de continuïteit rondom een overgang die, zowel emotioneel als organisatorisch, toch al onmiskenbaar ingewikkeld is? Wij zien het probleem niet zozeer in het bestaan van beleids- en financieringsschotten zelf; deze lijken inherent aan de complexe uitdaging om zorg en ondersteuning te organiseren vanuit uiteenlopende specialismen en domeinen. We zien het wel als een probleem als bestaande beleids- en financieringsschotten leiden tot discontinuïteit in het traject dat ouderen doorlopen bij de overgang naar het verpleeghuis. Of dit nu gaat om gebrekkige informatie-

uitwisseling tussen professionals (waardoor ouderen onnodig vaak hun verhaal moeten doen) of om de harde knip tussen cliëntondersteuning in de Wmo en Wlz: de grenzen tussen zorgdomein blijken soms een hardnekkige barrière.

Met dit rapport leveren wij input aan Actie 12 uit het Programma Langer Thuis, waarin werd voorgenomen om in lijn met een motie van Kamerleden Ellemeet en Hermans (18 oktober 2018) ‘een verdiepend onderzoek te doen naar de knelpunten in de warme overdracht thuis - verpleeghuis en op basis daarvan vervolgacties bepalen.’ In hun motie benadrukten de Kamerleden voornamelijk de ‘belemmeringen voor kennisuitwisseling tussen verpleeghuis en de wijkverpleging’. Onze analyse bevestigt het bestaan en de relevantie van deze belemmeringen voor kennisuitwisseling. Tegelijkertijd laten we met de resultaten van onze ‘desk search’ zien dat de uitdagingen zich niet beperken tot kennisuitwisseling alleen. Kennisuitwisseling moet dan ook niet als op zichzelf staand thema worden beschouwd of geadresseerd. We laten zien dat er op alle acht geïdentificeerde thema’s reeds initiatieven lopen om de gesignaleerde knelpunten te adresseren, zowel beleidsmatig als vanuit samenwerkende partijen in de sector zelf (waarover hieronder nog meer). Het geschetste overzicht kan een bruikbaar kader bieden in het verder agenderen, prioriteren en monitoren van zulke verbeterinitiatieven.

Zoals gezegd gebeurt er in de sector zelf al veel, waarbij lopende initiatieven als voorbeeld kunnen dienen voor anderen om ook de handschoen op te pakken. Het werken aan een soepele overgang tussen thuis en het verpleeghuis vraagt om meer ‘doorlopende lijnen’ die er voor zorgen dat domeingrenzen de continuïteit in de keten niet in de weg zitten. Dit vereist doorlopende afstemming óver schotten heen; zowel zorginhoudelijk—dus tussen de betrokken zorgprofessionals—als binnen de logistieke en organisatorische afstemming over bijvoorbeeld de beschikbare capaciteit en de manier waarop informatie wordt uitgewisseld. Daarnaast blijft het zaak om ouderen en hun naasten optimaal te begeleiden en ondersteunen bij de overgang naar het verpleeghuis, inclusief alle uitdagingen die zich hierbij aandienen. Hoewel de besproken beleidsontwikkelingen belangrijke randvoorwaarden kunnen bieden, zal het ontwikkelen van ‘doorlopende lijnen’ vooral moeten plaatsvinden in het regionale samenspel tussen de partijen die bij de overgang naar het verpleeghuis betrokken zijn. Gelukkig bestaan er goede voorbeelden van initiatieven waarin de betrokkenen investeren in dit regionale samenspel—initiatieven die een soepelere overgang naar het verpleeghuis mogelijk maken. We willen daarom afsluiten met vijf voorbeelden waarin deze doorlopende lijnen op verschillende vlakken vorm krijgen. Deze initiatieven bieden inspiratie om, ondanks het onmiskenbaar ingrijpende karakter van een verpleeghuisopname, te werken aan een zo soepel mogelijke overgang.

GOED VOORBEELD 1: AFSTEMMING TUSSEN PROFESSIONALS

Samenwerking specialist ouderengeneeskunde en huisarts: thuis én in het woonzorgcentrum

Wanneer ouderen vanuit de thuissituatie verhuizen naar het verpleeghuis betekent dit meestal dat ze worden uitgeschreven bij hun huisarts en dat hun behandeling voortaan onder de regie valt van de specialist ouderengeneeskunde (hierna: SO). Binnen het programma Waardigheid en Trots zijn een aantal organisaties gaan experimenteren met de samenwerking tussen huisarts en SO, om zo een 'harde knip' bij verhuizing naar een woonzorgcentrum te voorkomen en de kwaliteiten van beide partijen optimaal te benutten – zowel voor als na de verhuizing. Enerzijds is er gewerkt aan de mogelijkheid voor huisartsen om, wanneer ouderen nog zelfstandig wonen, de SO te consulteren indien ze problemen signaleren waarbij aanvullende expertise wenselijk is. Dit kan er aan bijdragen dat ouderen langer met passende zorg thuis kunnen blijven wonen, zonder dat de zwaarder wordende zorgvraag van thuiswonende ouderen volledig op de huisarts leunt. Anderzijds werkten organisaties eraan om huisartsen 'in the lead' te houden – ook wanneer ouderen in een instelling komen te wonen. Door Wlz zonder behandeling aan te bieden wordt het mogelijk dat de huisarts regie houdt, waarbij tegelijkertijd wordt gewaarborgd dat de SO wel wordt ingeschakeld indien de situatie hierom vraagt. Hiermee wordt een bijdrage geleverd aan de continuïteit van zorg en leven – ondanks de overgang van thuis naar een woonzorgcentrum.

Lees voor meer informatie bijvoorbeeld over de ervaringen van [zorginstelling Saffier](#) en [zorginstelling Liante](#) met het werken met de 'huisarts in the lead' binnen woonzorglocaties, of over de ervaringen van [zorginstelling Pleyade](#) met de inzet van de SO bij thuiswonende ouderen. Zie ook de overkoepelende [wegwijzer](#) over de positionering van de SO naast de huisarts.

GOED VOORBEELD 2: AFSTEMMING TUSSEN REGIONALE AANBIEDERS

Persoonsvolgende zorg: betere afstemming tussen vraag en aanbod in Zuid-Limburg

In 2017 en 2018 is er in Zuid-Limburg geëxperimenteerd met het realiseren van persoonsvolgende ouderenzorg binnen de Wlz. Dit experiment is door het Ministerie van VWS en met experimenteerruimte vanuit de NZa gefaciliteerd. Centrale doelen waren het verstevigen van de keuzevrijheid van ouderen, het vergroten van de keuzemogelijkheden door differentiatie van het zorgaanbod en het afstemmen van het beschikbare aanbod op de concrete behoeften van cliënten. Binnen het experiment werkten zorgorganisaties in de VVT samen met het CZ zorgkantoor en met onafhankelijke cliëntorganisaties. Er is een regionale projectorganisatie ingericht die als aanjager fungeerde en zich richtte op het verhelderen van de klantvraag, het verbeteren van de cliëntondersteuning en het afstemmen van het zorgaanbod. Tijdens het experiment zijn verschillende regionale netwerken ingericht om het verbeterproces verder in te vullen. Binnen deze netwerken, zoals in de regio Maastricht Heuvelland, kwamen alle zorgaanbieders uit de regio en de onafhankelijke cliëntondersteuning periodiek bij elkaar. Hierbij werkten de partijen aan onderlinge afstemming over de samenwerking bij het warm doorverwijzen van cliënten. Uit een evaluatie bleek dat aanbieders elkaars aanbod hierdoor beter leerden kennen en daardoor beter konden helpen bij het vinden van passende zorg en ondersteuning. Er was meer sprake van een gezamenlijk doel om ouderen 'zo snel en goed mogelijk de passende hulp te bieden in plaats van te concurreren met elkaar' (Bureau HHM, 2019). Hiermee werd zorggedragen voor een soepele overgang richting de gevraagde zorg en ondersteuning in het verpleeghuis.

Kijk voor meer informatie op de website van de experimenten [persoonsvolgende zorg](#) of zie de evaluaties van de [NZa](#) en [HHM](#).

GOED VOORBEELD 3: BETROKKEN VANAF VÓÓR DE OVERGANG

Waardig verhuizen: een soepele overgang naar het verpleeghuis bij Pieter van Foreest

Binnen het programma Waardigheid en Trots onderzocht zorginstelling Pieter van Foreest op één van haar locaties hoe de verhuizing naar het verpleeghuis zo soepel mogelijk kan verlopen. De realisatie dat de overgang naar het verpleeghuis een ingrijpende gebeurtenis is voor ouderen én hun naasten vormde een belangrijk uitgangspunt voor verbeteringen. Er is bij zorgprofessionals aan bewustwording gewerkt van het feit dat iedere cliënt unieke wensen en behoeften heeft. Concreet betekende dit dat professionals al voor de overgang naar het verpleeghuis ouderen thuis opzochten om zich te kunnen inleven in hun achtergrond, wensen en behoeften. Tegelijkertijd werden ouderen en hun familie al voor de verhuizing uitgenodigd om activiteiten in de instelling bij te wonen en zo te wennen aan de nieuwe situatie. Met deze nieuwe werkwijze werd niet alleen geïnvesteerd in betere begeleiding en informatievoorziening voor aanstaande cliënten, maar werd tevens een basis gelegd voor de toekomstige betrokkenheid van (en afstemming met) hun sociale netwerk.

Kijk voor meer informatie op de website van [Pieter van Foreest](#) of naar de door hen ontwikkelde [handreiking 'Waardig Verhuizen'](#). Voor meer goede voorbeelden over de begeleiding van thuis naar het verpleeghuis, lees de publicatie [Communiceren met familie](#).

GOED VOORBEELD 4: OOK NA ONHOUDBARE THUISITUATIE EEN SOEPELE OVERGANG

Het eerstelijns verblijf: zoveel mogelijk in de eigen buurt zonder onnodige verhuizing

Met het wegvallen van het traditionele verzorgingshuis ligt er een belangrijke rol voor het eerstelijns verblijf (ELV) om crisissituaties op te vangen als het thuis (al dan niet tijdelijk) niet meer gaat. Met het ELV kunnen onnodige en vaak extra belastende ziekenhuisopnames worden voorkomen. Hoewel terugkeer naar de thuissituatie vaak het doel is, blijkt dit regelmatig niet haalbaar en is verpleeghuisopname soms onvermijdelijk. Inmiddels zien sommigen het ELV zelfs als 'reguliere' tussenstap voorafgaand aan een verpleeghuisopname. Bij Cordaan in Amsterdam is men aan de slag gegaan om deze overgang via een ELV naar het verpleeghuis zo soepel mogelijk te laten verlopen. Een belangrijke stap daarbij is om de ELV-plekken die de organisatie aanbiedt zoveel mogelijk te spreiden over haar verschillende woonzorglocaties. Door tijdelijke opname in de vertrouwde buurt mogelijk te maken wordt het makkelijker voor ouderen en hun familie om bestaande steunstructuren (het sociaal netwerk) intact te laten. Ook wordt het bij definitieve verpleeghuisopname hiermee vaak mogelijk om binnen dezelfde locatie door te stromen. Zo worden onnodige en belastende verhuizingen voorkomen. Het is daarbij wel cruciaal dat huisartsen de weg naar het ELV goed weten te vinden. Cordaan probeert hen actief te ondersteunen bij het proces van indicatiestelling. Daarnaast zijn specialisten ouderengeneeskunde van de organisatie beschikbaar voor consultatie door huisartsen en ondersteunen ze bij *advanced care planning* voor kwetsbare thuiswonende ouderen. Hiermee kunnen crisissituaties soms voorkomen worden en zijn mensen, als de situatie toch escaleert, beter voorbereid op het traject dat gaat komen.

Lees in de publicatie [In Eén Keer Goed!](#) meer over de ervaringen met het ELV van de betrokken specialist ouderengeneeskunde en programmamanager bij Cordaan.

GOED VOORBEELD 5: AFSTEMMING TUSSEN WIJK- EN VERPLEEGHUISZORG

Grensoverstijgend overleg: betere verbinding tussen de zorg thuis en in het verpleeghuis

MeanderGroep in Zuid-Limburg constateerde dat de overgang van thuis naar het verpleeghuis vaak te abrupt verliep en wilde hier wat aan doen. In 2018 is de organisatie gestart met een speciaal periodiek overleg tussen medewerkers van haar verpleeghuislocaties en thuiszorgmedewerkers uit de wijken waar deze locaties gevestigd zijn: welke ouderen in de wijk zitten dicht tegen een overgang naar het verpleeghuis aan? Welke kamers komen er vrij? Bij wie kunnen medewerkers van de locatie al op huisbezoek? Via deze huisbezoeken kan er samen met de oudere(n) en hun familie tijdig worden onderzocht welke mogelijkheden voor vervolgzorg er bestaan en wat daarbij gewenst en haalbaar is. Soms blijken daarbij andere oplossingen meer passend dan wat mensen oorspronkelijk voor ogen hadden. Tegelijkertijd leren ouderen en medewerkers elkaar al voor een eventuele verhuizing beter kennen en worden ouderen gestimuleerd om alvast deel te nemen aan activiteiten op de locatie. De periodieke overleggen helpen ook om de bestaande kennis over cliënten vanuit de thuiszorg te benutten op de verpleeghuislocatie. Indien ouderen toestemming geven kunnen medewerkers vanuit het verpleeghuis ook de thuiszorgdossiers inkijken. Zo probeert de organisatie de twee werelden beter met elkaar te verbinden. In de praktijk blijkt de overgang hierdoor een stuk minder overrompelend te zijn voor ouderen en hun familie.

Lees op de website van [Waardigheid en Trots](#) meer over de ervaringen van [MeanderGroep](#) met dit nieuwe overleg en de huisbezoeken die daaruit voortkomen.

VERWIJZINGEN

- ActiZ. (2015). Kamerbrief over voortgang hervormingen langdurige zorg. Utrecht: ActiZ.
- Adviesraad WMO & Jeugdhulp 's-Hertogenbosch. (2017). *Knelpunten in de Ketenzorg dementie 's-Hertogenbosch*. 's-Hertogenbosch: Adviesraad WMO & Jeugdhulp 's-Hertogenbosch.
- Algemene Rekenkamer. (2018). *Focus op Toegang tot de Wet langdurige zorg*. Den Haag.
- Berenschot. (2017). *Eindevaluatie Indicatiestelling Waardigheid en trots*. Utrecht: Berenschot.
- Bureau HHM. (2019). *Kwalitatieve monitor Persoonsvolgende zorg. Regio Zuid Limburg*. Enschede: Bureau HHM.
- Consumentenbond. (2017). *Geen plek in verpleeghuis. Er zijn nog 10 wachtende voor u*. Den Haag: Consumentenbond.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2016). *Eindrapportage toezicht IGZ op 150 verpleegzorginstellingen*. Utrecht: IGZ.
- KPMG & Vilans. (2017). *De Wet langdurige zorg in de verzorging, verpleging en gehandicaptenzorg. Ervaringen uit de praktijk*. Amstelveen: KPMG & Vilans.
- Movisie & Vilans. (2016). *Onafhankelijke cliëntondersteuning. Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van onafhankelijke cliëntondersteuners*. Utrecht: Movisie & Vilans.
- Nationale Ombudsman. (2018). *Zorgen voor burgers. Onderzoek naar knelpunten die burgers ervaren bij de toegang tot zorg*. Den Haag: De Nationale Ombudsman.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2018). Het zorgkantoor helpt ouderen die op een wachtlijst staan. *Stand van de zorg(1)*. Opgehaald van <https://magazines.nza.nl/standvandezorg/2018/01/index>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2018). *Monitor Acute Zorg 2018*. Utrecht: NZA.
- Nictiz. (2017). *De verpleegkundige overdracht in beweging*. Den Haag: Nictiz.
- Nictiz. (2018). *Op weg naar betere informatie-uitwisseling in de langdurige zorg. Stand van zaken en aanbevelingen*. Den Haag: Nictiz.
- Patiëntenfederatie Nederland. (2017). *Meldactie 'Ouderen met een kwetsbare gezondheid'. Op weg naar een ouderenvriendelijke samenleving*. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland.
- Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in), Ypsilon, Mind. (2017). *Als zorg en/of ondersteuning nodig is... Inzicht in routes, keuzemomenten en gewenste ondersteuning*.
- Q-Consult. (2014). *Onderzoek scheiden van echtparen bij intramurale opname*. Utrecht: Q-Consult.
- Significant. (2019). *Rapportage evaluatieonderzoek 'Maatwerk in de Wlz-zorg thuis'*. Barneveld: Significant.
- SIGRA. (2017). *Krakende ketens in de zorg voor kwetsbare ouderen*. Amsterdam: SIGRA.
- Taskforce Zorg op de juiste plek. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek*. Den Haag: Rijksoverheid.

- Traumanet AMC. (2016). *Brandbrief 'Regionale spoedzorg - de rek is er uit'*.
- Vilans. (2018). *'In één keer goed!' Een verkennend onderzoek naar gebruik van eerstelijns verblijf*. Utrecht: Vilans.
- Waardigheid en trots. (2016). *Verpleeghuis 2025*. Utrecht: Waardigheid en trots.
- Waardigheid en Trots. (2018). *Communiceren met familie over het verhuizen naar en het verblijven in het verpleeghuis*. Utrecht: Waardigheid en Trots.
- Zorgimpuls. (2017). *Samen voor kwetsbare ouderen 010. Regioanalyse keten kwetsbare ouderen Rotterdam*. Rotterdam: Zorgimpuls.
- Zorginstituut Nederland. (2018). *Startnotitie Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Geraadpleegde Kamerbrieven (alfabetische volgorde)

- Besluit experiment integraal pgb 2019; 18 januari 2019*
- Derde brief elektronische gegevensuitwisseling in de zorg; 12 juli 2019*
- Eindevaluatie van het experiment persoonsvolgende zorg; 8 juli 2019*
- Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg; 20 december 2018*
- Extra middelen uit het regeerakkoord voor cliëntondersteuning; 12 juli 2018*
- Informatielandschap Care; 16 oktober 2018*
- Informele zorg; 13 januari 2016*
- Nadere informatie cliëntondersteuning; 15 oktober 2018*
- Ontwikkelingen aanpak drukte in de acute zorg; 27 november 2017*
- Oplossingen voor de Zorgval; 16 mei 2018*
- Rapportage pilots CIZ versnelt; 29 april 2019*
- Reactie op verzoek commissie inzake overall rapportage sociaal domein 2017; 19 februari 2019*
- Route Verkenning Zorgval; 29 januari 2018*
- Stand van zaken regionale coördinatiepunten ELV; 4 april 2018*
- Toekomst van de indicatiestelling Wlz (werkwijze); 19 oktober 2018*
- Tweede brief gegevensuitwisseling in de zorg; 9 april 2019*
- Verslag Schriftelijk Overleg (VSO) inzake VSO Voorhang experiment ELV-verblijf; 10 december 2018*
- Voortgangsrapportage programma Langer Thuis; 2 juli 2019*
- Werkzaamheden inzake het bericht 'Brandbrief regionale spoedzorg - de rek is eruit', 19 mei 2016*