

## **Regionale samenwerkingsafspraken Crisisopnamen VVT Regio Noord Oost Brabant**

Vastgesteld op: 22 oktober 2021  
Door: Projectgroep RAC

### **Aanleiding en achtergrond**

Er is een oude crisisregeling tussen Pantein, BrabantZorg en Laverhof. Deze is niet meer actueel en niet alle VVT's uit het volledige verzorgingsgebied Noord-Oost Brabant zijn vertegenwoordigd. Gezien de komst van het Regionaal Aanmeldcentrum (RAC) is het updaten van deze afspraken noodzakelijk.

Eerder gemaakte afspraken komen hiermee te vervallen.  
Onderlegger is het voorschrift Zorgtoewijzing van het Zorgkantoor (versie mei 2021).

### **Deelnemende VVT-partijen**

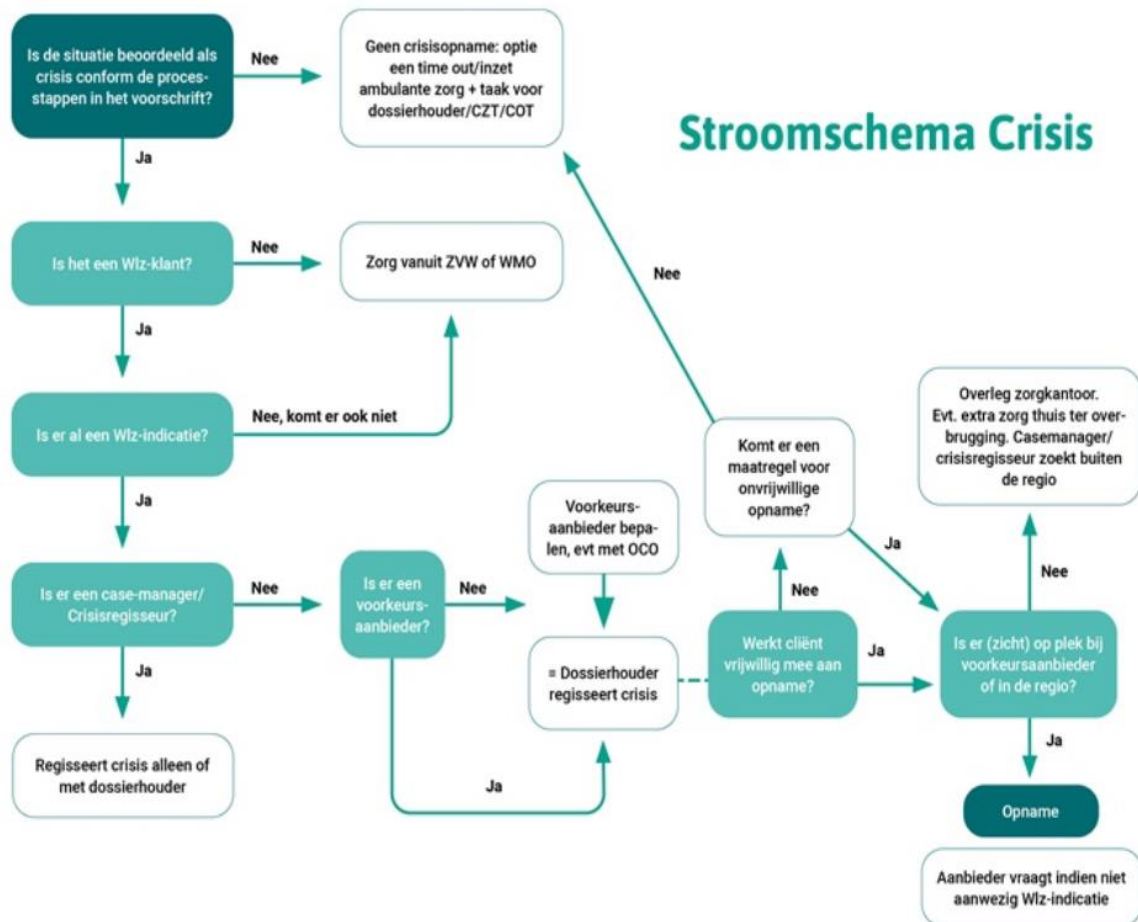
Pantein  
BrabantZorg  
Laverhof  
Zorggroep Elde Maasduinen  
Vivent  
Van Neynsel

### **Definitie crisis**

Er is sprake van een acute verandering in de zorgvraag. Opname binnen 24 uur is noodzakelijk, om onaanvaardbare gezondheidsrisico's voor de cliënt of zijn/haar omgeving te voorkomen. De maximale thuis- en mantelzorg is ingezet. De verwachting is dat de cliënt niet meer naar huis kan én de cliënt heeft een WLZ óf komt daarvoor in aanmerking. Het betreft opnames psychogeriatric en somatiek. Het predicaat crisis kan alleen door de specialist ouderengeneeskunde worden afgegeven.

Cliënt moet akkoord zijn met opname, of een WZD.Art21 hebben. Indien er sprake is van verzet dan kan de cliënt alleen opgenomen worden als er een RM of IBS is afgegeven.

## Stroomschema Crisisopname



Schema: van website <https://www.vgz-zorgkantoren.nl/zorgaanbieders/zorg-leveren/crisis Zorg>

## Verantwoordelijke organisatie voor opname

1. Indien de cliënt een WLZ-indicatie heeft en één van de betrokken organisaties is dossierhouder:  
dan is de dossierhouder verantwoordelijk voor het oppakken van de crisisplaatsing. De plaatsing kan zowel binnen als buiten de regio plaatsvinden.
2. Indien de cliënt geen WLZ-indicatie heeft en wel thuiszorg ontvangt én de thuiszorgorganisatie heeft zelf locaties:  
Dan is de betreffende thuiszorgorganisatie verantwoordelijk. De thuiszorgorganisatie wordt dossierhouder. De plaatsing kan zowel binnen als buiten de regio plaatsvinden.
3. Indien er geen dossierhouder WLZ is én er is geen thuiszorgorganisatie met eigen locaties:  
Dan is de VVT van wenslocatie van de cliënt/naasten leidend. Deze organisatie wordt 'dossierhouder'. De plaatsing kan zowel binnen als buiten de regio plaatsvinden.

### **Doorstroom**

Om de crisisbedden beschikbaar te houden, is het van belang crisisplaatsingen zo snel mogelijk door te plaatsen. Volgens het Voorschrift Zorgtoewijzing is de streefdatum 2 weken, waarbij een verlenging van maximaal 2 weken mogelijk is. Afhankelijk van de situatie van de cliënt kan besloten worden de plaatsing langer te laten duren te voorkomen dat er meerdere keren een verhuizing plaats moet vinden. Bij knelpunten vindt overleg plaats tussen de SO's van de betreffende locaties.

### **Samenwerkingsafspraken tussen de VVT's**

1. De dossierhouders streven er naar crisisopnames binnen hun eigen organisatie te plaatsen en organiseren intern de doorplaatsing naar een vaste plek.
2. Indien een cliënt niet bij de dossierhouder geplaatst is, wordt er naar gestreefd deze binnen twee weken door te plaatsen naar een WLZ-bed.
3. De organisatie waar de crisisplaatsing wordt opgenomen, zorgt zonodig voor een WLZ.
4. Cliënten van buiten het werkgebied van deze organisaties worden in principe niet op de crisisbedden opgenomen.

### **Bereikbaarheid en beschikbaarheid**

Binnen openingstijden van het Regionaal Aanmeldcentrum (RAC 09.00-17.00 uur) via telefoonnummer **085-4015445**

Buiten openingstijden RAC: via het daarvoor geldende telefoonnummer per instelling:

- Pantein 06-20141893
- Brabant Zorg 088-9985555
- Laverhof 0413-289100
- Zorggroep Elde Maasduinen 0411-634171
- Vivent 088-1637000
- Van Neynsel 073-8228000

### **Evaluatie:**

Jaarlijks worden de afspraken geëvalueerd met een vertegenwoordiging van de samenwerkende partijen.

## **Beoordeling Crisisopname door RAC-medewerker**

### **Stroomschema:**

1. Is de medische zorg thuis te verlenen (evt. inzet van extra thuis/mantelzorg)
  - > ja -> geen crisis
  - > nee -> vraag 2
2. Is de verwachting dat de cliënt na de opname weer naar huis kan
  - > ja -> geen crisis maar ELV (zonder WLZ) of logeren (met WLZ)
  - > nee -> vraag 3
3. Is er een WLZ indicatie of de verwachting dat deze wordt toegewezen
  - > nee -> geen crisis
  - > ja -> vraag 4
4. Is de grondslag PG of somatiek
  - > PG -> PG crisisbed
  - > somatiek -> somatiek crisisbed

### **Criteria :**

1. De cliënt heeft een WLZ indicatie of het is de verwachting dat de cliënt in aanmerking komt voor een WLZ indicatie
2. Er is sprake van een acute en (naar verwachting) permanente verandering (bijv. uitval mantelzorger, plotselinge knik in functioneren waarbij geen behandeling of verbetering te verwachten valt .
3. Er is sprake van gevaarscriteria aangaande de gezondheidssituatie van de cliënt (situatie is, ook met (extra) inzet van thuis- en mantelzorg, niet meer verantwoord)
4. Opname binnen 24 uur is noodzakelijk.  
Als er geen enkel bed beschikbaar is binnen en buiten de regio, organiseert de huisarts in samenspraak met de naasten en de zorgaanbieder maximale inzet van thuiszorg en mantelzorg tot het moment dat het crisisbed beschikbaar is.

Belangrijk is dat er sprake moet zijn van een plotselinge/acute verandering in de zorgvraag (zie bijlage 1 voor meer uitleg).

Een crisisbed is niet bedoeld voor een versnelde opname bij geleidelijke achteruitgang. Daarvoor kan het reguliere opnameproces gevolgd worden (WLZ indicatie aanvragen, wachtlijst plaatsing, status bij zorgkantoor aanpassen naar actief of urgent plaatsen, in regio zoeken naar regulier bed)

Cliënt moet akkoord zijn met opname, of een WZD.Art21 hebben.

Indien er sprake is van verzet dan kan de cliënt alleen opgenomen worden als er een RM of IBS is afgegeven.

### **Wie kan aanmelden?**

Casemanager kan informeren of er ergens plek is, maar de huisarts zal de cliënt moeten aanmelden/voorleggen bij de organisatie waar het crisisbed beschikbaar is.

SOG is degene die bepaalt of de cliënt wel/niet opgenomen wordt op het crisisbed en welke informatie aangeleverd moet worden. Dit is niet aan het RAC (verwachtingen managen)

Zorginstellingen hanteren soms verschillende voorwaarden (bijv. aanlevering extra (medische) informatie, WZD beoordeling voor opname ook als cliënt geen bezwaar heeft

etc.). Dit gaat buiten het RAC om. Wij leveren expertise vooraf (kunnen samen met huisarts kijken of er inderdaad sprake is van een crisis) en kijken of er een match beschikbaar is. Het RAC heeft geen invloed op de individuele regels/voorwaarden van zorginstellingen. Het aanleveren van benodigde informatie is de verantwoordelijkheid van de huisarts (crisisprotocol blz. 11)

Bijlage 1:

Uit Voorschrift Zorgtoewijzing:

12.1 Crisissituatie

12.1.1 Ontstaan crisissituatie

Een crisissituatie kan ontstaan door:

- Een ernstige, plotseling (acute) wijziging in de gezondheidssituatie (aandoeningen, stoornissen, beperkingen) van een cliënt in de thuissituatie óf van de verzorgers of informele hulp (mantelzorg). Bijvoorbeeld door ernstige ziekte of overlijden. De acute verandering of uitval is onverwacht en expliciet te benoemen. Bij een acute, onvoorziene verandering in de gezondheidssituatie van de cliënt is direct na de medische diagnostiek en behandeling al duidelijk dat de cliënt blijvend is aangewezen op zorg vanuit de Wlz;
- Overvraging, overbelasting of het (deels) wegvallen van het sociale netwerk in de thuissituatie;
- Escalatie van problematiek, bijvoorbeeld de ontwikkeling van ernstige gedragsproblemen
- Overbelasting van het professionele team, in de thuissituatie of bij de intramurale zorgaanbieder.

Gevolg acute gebeurtenis

Door deze acute gebeurtenis is er sprake van:

- Een substantieel andere inhoud (zorg en/of plaats) en omvang van de benodigde zorg;
- Een eventueel verzwaarde zorgbehoefte die naar verwachting blijvend is;
- En een onaanvaardbare gezondheidsrisico of ander gevaar voor de cliënt en/of zijn gezin en/of zijn woonomgeving (gevaarscriterium of ernstig nadeel). Deze risico's moeten worden voorkomen. Het gevaarscriterium kan alleen opgelost worden met 24-uurs toezicht, maar dat is geen reguliere oplossing voor Wlz-zorg.

De oorzaak van een (dreigende)crisis is vaak gelegen in de context waarin de cliënt verblijft in relatie tot het nietbegrepen bedrag van de cliënt.

Gevaarscriterium In de situatie van een gevaarscriterium (ernstig nadeel) is er sprake van:

- Voortdurend, acute bedreiging van het leven. Iemand kan niet zelfstandig buiten een instelling wonen en heeft zorg nodig die alleen in een professionele zorginstelling mogelijk is. Zonder die zorg is er sprake van ernstig gevaar voor zichzelf, ernstige zelfverwaarlozing, ernstig verstoorde ontwikkeling, een risico voor mensen in zijn omgeving (door agressief gedrag) of een risico voor de algemene veiligheid (spullen in zijn omgeving kapot maken). Het gedrag kan zó gevaarlijk zijn dat er wel moet worden ingegrepen. Ook als niemand dat eigenlijk wil. Bijvoorbeeld: brandgevaar als iemand het gas laat aanstaan of dat iemand rookt terwijl dat niet veilig kan, niet voldoende eten of drinken, problemen met juiste medicatie inname, dwaalgedrag, wegliep gedrag, etc.
- Voortdurend, acute bedreiging van het leven. Iemand met zeer ernstig/zware lichamelijke beperkingen (bijvoorbeeld ernstige ademhalingsproblematiek) die is aangewezen op zorg met zeer korte responsetijd. Er is een medische noodzakelijkheid tot direct ingrijpen omdat anders een levensbedreigende situatie ontstaat. Feitelijk moet er iemand 24 uur per dag in de directe omgeving van de cliënt zijn. In deze situaties heeft de cliënt de volledig regie over het eigen leven en kan en wil deelnemen aan de samenleving. Als iemand niet in staat is om zelf te alarmeren dan wordt dit geborgd door medisch technologie.