



Wlz crisiszorg

Inhoudelijke zorgelementen die van belang zijn voor bekostiging van Wlz crisis vanuit de praktijk van de specialisten ouderengeneeskunde

15 juni 2023



verenSo
vereniging van specialisten
ouderengeneeskunde

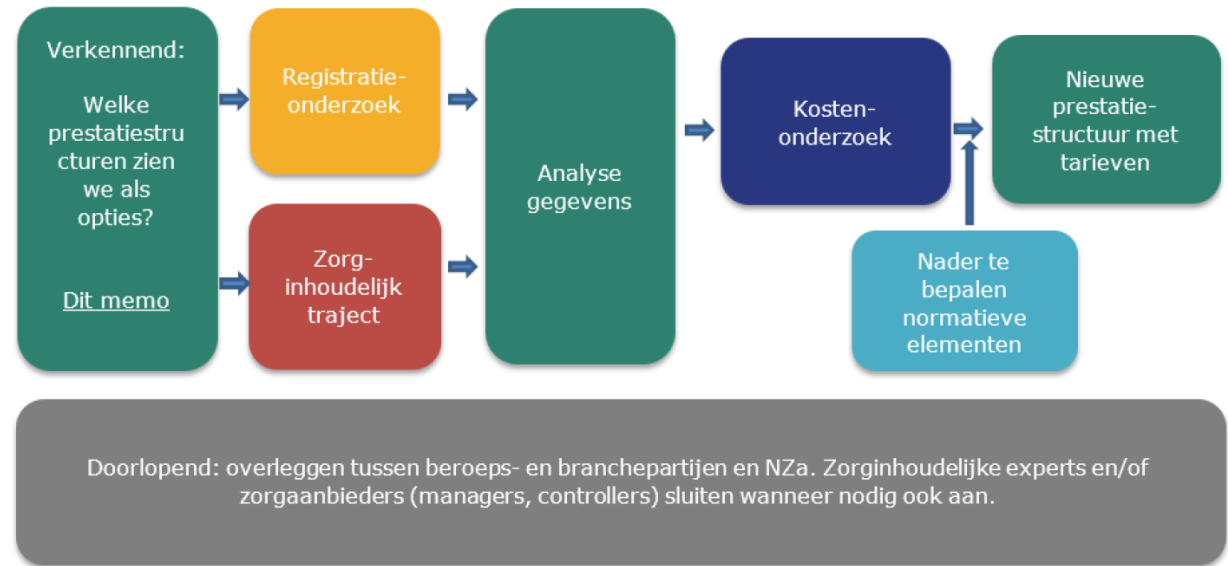
Aanleiding

- Aanleiding voor deze beschrijving is de wens van het veld om bekostiging voor ELV beter aan te laten sluiten bij de zorgvraag van patiënten. Omdat de Wlz crisiszorg deels in het verlengde hiervan ligt heeft de NZa besloten om beide zorgdomeinen tegelijkertijd te onderzoeken, zodat vanaf 2025 voor zowel ELV als Wlz crisiszorg de bekostiging beter aansluit op zorg en behandeling die patiënten nodig hebben.
- In 2022 is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een registratieonderzoek gestart voor het eerstelijnsverblijf en Wlz crisis vv. In 2023 start ook een kostenonderzoek. Daarnaast worden een aantal beschrijvingen van (kwaliteit) van zorg gemaakt. Verenso heeft in 2022 een kwaliteitsbeschrijving ELV gemaakt vanuit de praktijk van de specialist ouderengeneeskunde. Het doel van deze drie trajecten gezamenlijk is het ontwikkelen van een passende prestatiestructuur en een herijking van de tarieven binnen het eerstelijnsverblijf en Wlz crisis vv.
- Om een afgewogen inhoudelijke discussie met de NZa te kunnen voeren over de prestatiestructuur voor Wlz crisiszorg wil Verenso de elementen die bekostiging beïnvloeden beter leren kennen en beschrijven. De inhoud van zorg en behandeling bij opname staat voorop, maar we brengen dit in verband met het bekostigingsperspectief.

Uitgangspunten NZa bij opstellen bekostiging

Definitie: Wlz crisiszorg is zorg voor cliënten bij een plotselinge, ernstige ontregeling (in fysieke, sociale en psychische gesteldheid van de cliënt of van de omgeving) met als gevolg het ontstaan van een acuut onhoudbare situatie in het thuismilieu of de woonsituatie van de cliënt. Het is hierbij noodzakelijk om opname binnen 24 tot 48 uur in te zetten om onaanvaardbare gezondheidsrisico's, medische complicaties en/of ernstig nadeel voor de cliënt en/of zijn gezin en/of woonomgeving te voorkomen.

Afwegingskader: herkenbaarheid (voor patiënt, aanbieder en verzekeraar), ruimte voor bekostiging van innovatie en ruimte voor flexibiliteit (maatwerk), beperkt aantal prestaties op hoger (abstractie)niveau vs. homogeniteit, herkenbare doorlooptijd van prestaties, aandacht voor doelgroepen met beperkt aantal patiënten, kostenbeheersing en tegengaan ongewenste prikkels.



Afbakening vooraf: over welke crisiszorg gaat het?

- Patiënten die met een **Wlz indicatie** of waarvan het zeer aannemelijk is dat ze deze op korte termijn gaan ontvangen.
- Het gaat niet om het traject voorafgaand aan de opname.
- Het gaat wel over zorg en behandeling **vanaf het opnamemoment tot en met overdracht/ontslag**.
- We onderscheiden 4 verschillende situaties bij aanvang opname:
 1. Vrijwillige opname
 2. Artikel 21 opname
 3. Opname na rechterlijke machtiging
 4. Opname na inbewaringstelling
- **Patiëntreis** gebruiken we als uitgangspunt:



Afspraken en standpunten WZD

- Eind 2020 heeft Verenso een aantal afspraken gemaakt over WZD. Deze vormen uitgangspunt als we de zorg en behandeling gaan beschrijven:
[Wet zorg en dwang \(Wzd\) – Verenso](#)
- Daarnaast is in januari 2023 het standpunt gepubliceerd dat specialisten ouderengeneeskunde niet verantwoordelijk zijn voor de problematiek van beschikbaarheid van crisisbedden ([Persbericht: NVAVG en Verenso adviseren leden dringend te stoppen met het zoeken naar crisisbedden – Verenso](#)). Dit nemen we daarom niet mee in de uitwerking.

De praktijk van patiënten in Wlz crisiszorg

De variëteit in de Wlz crisiszorg is groot. Grofweg onderscheiden we 4 groepen patiënten in de praktijk:

- 1. Patiënten met acute zorgvraag waarbij diagnose bekend is.** Patiëntinformatie is voorhanden en Wlz indicatie aanwezig, meestal vrijwillige opnames. Bijvoorbeeld door (tijdelijk) wegvallen van (mantel)zorg, waardoor de patiënt niet in de eigen omgeving kan blijven. De zorg- en behandelvraag van de patiënt is bij aanvang vaak goed inzichtelijk. Kan gaan om:
 - A. PG crisis zonder probleemgedrag
 - B. Somatische crisis
- 2. Patiënten met een acute crisis, met somatisch en/of psychogeriatrische zorgvragen die niet goed inzichtelijk zijn.** De diagnose van de patiënt is onbekend. Bij opname is vaak nog veel onduidelijk en start een zoektocht naar informatie, diagnoses en in kaart brengen van mogelijke behandel- en zorgalternatieven. Risico van delier bij plotseling verandering van omgeving. Zorgvragen en behoeften lopen vaak door elkaar en liggen in elkaars verlengde. Toch wordt in de praktijk onderscheid gemaakt:
 - A. PG crisis met probleemgedrag (dwalen, agressie). Bij een deel van de patiënten met acute crisis (vaak met IBS en/of RM) speelt veiligheid van patiënten en omgeving een rol a.g.v. gedragsproblemen. Hier speelt inzet van beveiliging en juridische stappen een rol. Bij IBS is vaak meer onduidelijkheid t.a.v. diagnose. Daarnaast vormen werkzaamheden rond dubbelproblematiek GGZ een extra tijdsintensief element (uitzoeken of het om GGZ of PG gaat).
 - B. Somatische crisis. Naast onbekende diagnose, ook vaak nog geen Wlz indicatie. De verwachting is dat een patiënt niet terug naar huis kan. Uitgebreide diagnostiek kost veel tijd.

Voor specialisten ouderengeneeskunde vormen de tweede patiëntgroep de belangrijkste uitdaging als artsen. In de vervolgitwerking gaan we daarom dieper in op de patiëntreis van patiënten met een acute crisis (2).

Opname bij acute crisis (1)

De eerste dagen van opname zijn hoog intensief. Focus ligt op:

- **Incomplete dossiers** vullen: vaak onvolledige informatie, zoals medische voorgeschiedenis, medicatielijsten.
- **Diagnostiek en geriatrisch assessment.** Vaak zijn patiënten verwaarloosd en probeert de specialist ouderengeneeskunde met het multidisciplinaire team naar beste kunnen de patiëntsituatie in beeld te brengen.
- **Intensief overleg** met
 - familie/mantelzorgers
 - patiënt
 - betrokken zorgverleners
 - Mentor en/of bewindvoerder en/of curator
 - CIZom patiëntbeeld, patiëntwensen, wettelijke en juridische formaliteiten op orde te brengen/inzichtelijk te maken.
- **Start eerste behandeling**, denk aan medicatiereview (stoppen en starten), persoonsgerichte informatie in kaart brengen m.b.t. kwaliteit van leven.
- **Start observatie samen met multidisciplinair team:** coördinatie, taakverdeling, behandelplan opstellen.
- Bij alle crisisopnames is **attent zijn op acute medische en psychische problematiek** noodzakelijk. De patiënt komt als Wlz-crisis binnen maar dat wil niet zeggen dat het altijd een Wlz is of blijft. De patiënt kan medisch instabiel zijn waarvoor toch ziekenhuisopname noodzakelijk is.

Behandeling en multidisciplinaire zorg bij acute crisis

Na de eerste opname volgt een intensief traject:

- Periode van **observatie en diagnostiek** door multidisciplinair team waar de specialist ouderengeneeskunde de regiebehandelaar is. Denk hierbij aan Standaard controles temp/RR/pols/gewicht/zuurstofsaturatie, observaties op maat (gedrag, DOS etc.) lichamelijk onderzoek en geriatrisch lab en op indicatie aanvullend lab.
- Mogelijk kan systematiek zoals gebruikelijk bij GRZ bruikbaar kunnen zijn om patiënt goed in kaart te brengen (m.b.v. geriatrisch assessment).
- **Hetero-anamnese** en **levensloop**.
- Zowel een **behandelplan als zorgplan** zijn noodzakelijk bij acute crisis.
- **Vervolgstappen n.a.v. RM of IBS**: overleg over vervolgsituatie en eventueel stappen ondernemen om vervolgacties te ondernemen. Bijvoorbeeld zoeken van onafhankelijke arts om medische beoordeling te doen.
- **Overleg met multidisciplinair team**: afstemming en coördinatie in MDO
- Overleg met **externe zorgprofessionals** bij complexe situaties.

Ontslag/overdracht na acute crisis

- Na de crisisopname ontstaat grote variëteit in het **vervolg van de patiëntreis**:
 - Opname op een regulier herstelbed Wlz (9b)
 - Opname regulier bed Wlz
 - Opname in ziekenhuis
 - Terug naar huis (wanneer iemand al een Wlz indicatie had)
 - Of soms eindigt de reis met overlijden
- De specialisten ouderengeneeskunde is als **regiebehandelaar** verantwoordelijk voor een goede overdracht:
 - **Bepalen welk 'bed' met passende zorg- en behandeling past bij de patiënt** (is niet het zoeken naar bed). Dit vergt overleg met patiënt, familie/mantelzorg, zorgprofessionals zoals huisarts of medisch specialisten, apotheek en het CIZ. Afhankelijk van de patiëntsituatie kan dit meer of minder intensief zijn. Door bijvoorbeeld onduidelijkheid Wlz indicatie, vervolg RM traject, wensen van patiënt en mantelzorgers verschillen, beschikbaarheid/capaciteit vervolgzorg en behandeling, hulpmiddelen.
 - **Bij RM en nog meer bij IBS zijn er soms aanvullende eisen voor de plaatsing.** Een gewone pg-woning volstaat dan niet. Bijvoorbeeld bij agressie, maar ook bij specifieke vormen van dementie zoals FTD of gelijkgestelde aandoening zoals NAH waarbij het vaak om fysiek sterke mensen gaat en meestal met een jonge leeftijd (< 65 jaar) die niet passen op een standaard pg woning of een specifieke afdeling vereisen (Huntington, Korsakov, NAH, gerontopsychiatrie).
 - Daarnaast is er de **formele dossieroverdracht** inclusief overdrachtsbrief.

Thema's die intensiteit van praktijk van specialisten ouderengeneeskunde beïnvloeden

- Wanneer een opgenomen **patiënt veel agressie vertoont** vergt dit veel meer aan het multidisciplinaire team en beveiliging op de afdeling.
- **CIZ aanvragen zijn zeer arbeidsintensief**: discussie over aard van crisis van de patiënt en mogelijke vervolgstappen. De specialist ouderengeneeskunde is veel tijd kwijt om te argumenteren wat de beste mogelijkheden zijn die passen bij de patiënt.
- **Beschikbaarheid van multidisciplinair behandelteam**. Om effectief en doelmatig op te kunnen treden in belang van de patiënt bij een acute zorgcrisis dienen de specialisten ouderengeneeskunde te kunnen rekenen op het multidisciplinaire team:
 - Verpleegkundigen 24/7
 - Verzorgenden 24/7
 - Management 24/7 bereikbaar
 - Andere zorgprofessionals niet 24/7: gedragswetenschapper, fysio, diëtist, logopedist, ergotherapeut.
- **Rechterlijke procedures** worden als zeer intensief ervaren door specialisten ouderengeneeskunde. Efficiency juridische processen en gevraagde tijd van artsen levert regelmatig frustraties op. Dit verschilt echter sterk per regio.
- **Gesprekken met contactpersonen** zoals bewindvoerders, familie, en dergelijke, kunnen de intensiteit enorm beïnvloeden.

Wlz crisiszorg in de keten

- Een acute crisiszorgsituatie is vaak het **gevolg van een langer lopend probleem**/vraag van de patiënt die niet elders is opgepakt. De Wlz crisiszorg start vaak met **achterstallige zorgvragen en behandelbehoeften** in kaart te brengen en op te lossen. De instabiele situatie van een crisis vraagt om acuut handelen. Er is vaak geen tijd om af te wachten totdat gegevens van de huisarts binnenkomen.
- De zorg en behandeling in Wlz crisiszorg wordt **complexer**:
 - PG: vooral om probleemgedrag waar een speciale benadering nodig is. Ook zijn meerdere verzorgenden met kwalificaties (denk aan verstand van gedrag bij Korsakov, FTD, NAH, LBD).
 - Somatiek: gaat vaak om intensieve zorg. Bijvoorbeeld mensen met morbide obesitas, grote wonden, et cetera. Neemt regelmatig een deel van ziekenhuiszorg over. Bijvoorbeeld voor instellen centrale lijn voor afgeven van antibioticum.
- Voor ziekenhuizen is er vaak een behoefte/noodzaak om verkeerde bed problematiek te verminderen, zodra er geen medische indicatie is voor opname aldaar worden via SEH worden vaak crisisopnames aangeboden, ook buiten kantoortijden.
- In Wlz crisis gaat het soms om **bijzonder complexe casuïstiek** waar bijvoorbeeld verslaving, verwaarlozing, NAH, psychiatrie door elkaar lopen. Andere loketten zoals GGZ of verslavingszorg komt men niet altijd binnen. De VVT zorg blijft dan over.

Aandachtspunten voor de bekostiging

- **Minimale administratie** voor zorgprofessionals.
- Zorg voor voldoende **autonomie van zorgprofessionals**, zodat ze de bewegingsruimte hebben om behandeling aan te passen op veranderende patiëntsituatie.
- Net zoals in het ELV is er dringend behoefte aan meer **financiële ruimte voor observatie en diagnostiek**. De kosten liggen hier veel hoger.
- **Duur Wlz crisiszorg varieert per regio**(afspraken) van 2 tot 6 weken. Dit wordt nu ingegeven door beleid van zorgkantoren en niet wat nodig is voor patiënten. Geef artsen meer ruimte om zorg- en behandeling aan te passen aan de patiënt. Bijvoorbeeld voor gedegen cognitief onderzoek (> 2 weken).
- Voor Wlz crisiszorg is **24/7 beschikbaarheid van multidisciplinair team** noodzakelijk.
- **Verhouding directe patiënttijd (samen met de patiënt) versus indirecte patiënttijd:**
Varieert van 1:3 tot 1:5.
- Bij bekostiging is aansluiting op bekostiging ELV wenselijk in de structuur. **Wlz crisiszorg kent echter meer en meer complexe elementen die extra bekostigingselementen en hogere tarieven nodig hebben.**
- Inzet in **ANW is duurdere zorg** dan overdag.