

Consultatie – deadline 31 05 2021

Sectoroverstijgende betaaltitel Zvw – Wlz

Reactie VerenSo

Meer ruimte voor zorg en behandeling

VerenSo heeft met aandacht het rapport voor passende zorg gelezen en de bijbehorende vragen die worden gesteld in de openbare consultatie. Wij zien meerdere mogelijkheden waarin een sectoroverstijgende betaaltitel kan helpen om ruimte te creëren voor de zorg en behandeling voor kwetsbare patiënten, waar dit nu door het systeem niet mogelijk is.

Extra betaaltitel of menselijk maat

In deze reactie delen we voorbeelden waarin we zien dat een sectoroverstijgende betaaltitel een toegevoegde waarde kan hebben, maar is extra onderzoek wenselijk. We willen ervoor waken dat met extra betaaltitels extra schotten worden geplaatst, die ook nog eens per regio en doelgroep kunnen verschillen. Een toename aan complexiteit en extra regels kan de intentie achter een nieuwe betaaltitel teniet doen. Soms kan meer rekening houden met de menselijke maat, aanbrengen van nuanceringen in beleidsregels en/of coulance toepassen ook bijdragen aan passende zorg waar dat nu nog niet mogelijk is.

Uitgestelde triage

In de GRZ komt regelmatig een probleem voor bij de triage voor ELV/GRZ/WZ9B/Crisis. Bij de beoordeling van een patiënt met (soms forse) cognitieve problematiek is aan het begin van een voorgenomen opname niet te overzien in hoeverre deze cognitieve problemen maken dat terugkeer naar huis niet meer mogelijk is en een WLZ-indicatie moet worden aangevraagd. Een passende oplossing zou liggen in een uitgestelde triage: haal de patiënt zo snel mogelijk weg uit het ziekenhuis, neem hem op op een ‘tijdelijk-verblijf-bed’ en doe in een overzienbare periode (bijvoorbeeld één of twee weken) een gerichte observatie en een uitgebreid geriatrisch assessment inclusief heteroanamnese. Bepaal pas daarna of een patiënt het best past binnen GRZ, ELV of toch 9B. Na zo een periode ben je veel beter in staat patiënt die plaats te geven waar hij het meest op zijn plek is.

Een praktijkvoorbeeld: een patiënt die een heup breekt, waarbij al langer cognitieve problemen speelden die maakten dat het thuis functioneren steeds moeizamer werd, zonder dat een ‘officiële’ diagnose is gesteld. Tijdens de opname in het ziekenhuis wordt bemerkt dat patiënt cognitief heel zwak is, instructies niet begrijpt. Neem je op voor GRZ en het wordt een WLZ dan beïnvloedt dat negatief je afspraken met de verzekeraar. Een WLZ 9B krijg je moeilijk of niet want ‘vóór opname functioneerde patiënt nog zelfstandig, er was geen thuiszorg ingezet en er is geen diagnose.

Een ander voorbeeld is een patiënt die een fors delier ontwikkelt en in het ziekenhuis langere tijd in dat delier blijft hangen. Veelal is er na het verbleken van het delier - soms forse - cognitieve restschade die een terugkeer naar huis in de weg staan. Opname voor GRZ van zo'n patiënt draagt het risico in zich dat het een WLZ wordt en je je revalidatie targets niet haalt. Opname onder ELV hoogcomplex heeft onvoldoende behandeluren voor een uitgebreide cognitieve screening en daarnaast is ELV ook bedoeld voor terugkeer naar huis.

Tijdelijk onhoudbare thuissituatie in langdurige zorg

Een mevrouw met ernstig nierlijden heeft een indicatie ZZP4 en is sinds een week niet zelfredzaam. Omdat ze in de langdurige zorg zit komt ze niet voor een tijdelijke opname in het ELV in aanmerking, maar ze wil niet blijvend in verpleeghuis. Een crisisbed in de Wlz past ook niet. Een situatie als deze en de schotten in het systeem zorgt voor extra overlegtijd tussen opnameadviseur, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Maar ook extra overleg geeft geen uitkomst, er is geen passende oplossing beschikbaar. De zorgprofessionals zouden in een dergelijke situatie bij voorkeur iemand tijdelijk willen opnemen om dan te observeren of dit tijdelijk is dan wel blijvend van aard. Uitgangspunt hierbij is dat iemand zolang mogelijk thuis kan blijven wonen.

Vertraging CIZ

Een ouderenzorgorganisatie in Rotterdam staat klaar om te reageren op een noodkreet vanuit de ziekenhuizen. De zorgverleners in de organisatie willen de ziekenhuizen bijstaan om het ontslag van patiënten die medisch klaar zijn te bespoedigen. Denk aan het richting geven middels adviezen, waarna de reguliere lijnen worden gevolgd. Tot hun verbazing liggen er in het ziekenhuis uitbehandelde patiënten te wachten op een CIZ indicatie, onder meer met somatische problematiek soms al 7 dagen lang. Het CIZ geeft aan achter te lopen door onder meer ziekte. Het gevolg is dat de patiënt niet passend geholpen worden en de kosten van dure ziekenhuiszorg onnodig toenemen.

Samenwerking over schotten werkt preventief

Verschillende voorbeelden van samenwerking in de eerste lijn voor kwetsbare ouderen thuis laten zien hoe noodzakelijk het is dat zorgverleners ruimte krijgen om te overleggen over kwetsbare patiënten. Op dit moment wordt periodiek preventief overleg (multidisciplinair overleg) in de eerste lijn niet vergoed. Specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn zoeken steeds vaker intercollegiaal overleg met de klinisch geriater of ouderenpsychiater. Vaak is een telefonisch overleg en advies voldoende. Patiënten en mantelzorgers waarderen deze korte lijntjes zeer, en het voegt qua expertise veel toe aan de behandeling als specialisten ouderengeneeskunde laagdrempelig met collega medisch specialisten van andere vakgebieden kunnen overleggen.

Geriatrische Revalidatie met gedragsproblemen

Wanneer patiënten met chronische gedragsproblemen revalidatie nodig hebben zijn deze gebaat bij naadloze samenwerking tussen de GGZ en GRZ. Al jaren wordt gesproken over oplossingen, maar zit er nog hiaat in de bekostiging om verschillende zorgvormen te combineren. Deze specifieke patiëntgroep zou gebaat zijn wanneer een aantal specifieke elementen uit de gespecialiseerde chronische zorg uit de GGZ wordt voortgezet tijdens een GRZ traject. Denk bijvoorbeeld aan bejegenisadvies.

Ondersteuning mantelzorgers

In dit laatste voorbeeld gaat het om passende zorg voor patiënten met dementie waar de werking al bewezen is, maar bekostiging nog altijd niet mogelijk is. Meerdere studies en experimenten hebben aangetoond dat kwetsbare ouderen met dementie langer thuis kunnen wonen als hun mantelzorger(s) meer ondersteuning krijgen. Denk hierbij aan een leertraject waarin mantelzorgers leren hoe ze met eenzaamheid kunnen omgaan, leren over de medische aspecten, verschillende technieken leren hoe ze met communicatie de patiënt kunnen ondersteunen. Een onderzoek die eerder in Australië is gedaan, is recent ook in Nederland herhaald. De resultaten zijn nog niet gepubliceerd op het moment van schrijven, maar duidelijk is wel dat wordt aangetoond dat dit besparing oplevert in de zorgkosten voor patiënten met dementie. Zie ook: Birkenhäger-Gillesse EG, Kollen BJ, Zuidema SU, Achterberg WP. The "more at home with dementia" program: a randomized controlled study protocol to determine how caregiver training affects the well-being of patients and caregivers. BMC Geriatr. 2018 Oct 22;18(1):252. doi: 10.1186/s12877-018-0948-3. PMID: 30348097; PMCID: PMC6196467. En zie ook deze video: <https://beterthuismetdementie.laurens.nl/onderzoek-2/>.