

Reactie Verenso op Kortdurende zorg in de Zvw en Wlz

Hartelijk dank voor de mogelijkheid om het conceptrapport "Kortdurende zorg in de Zvw en Wlz opnieuw ontleed" te beoordelen. Wij ondersteunen de hoofdlijnen van het advies en delen de wens om vereenvoudiging te onderzoeken. Echter, Verenso vindt dat het verder kan gaan. De scenario's in hoofdstuk 6, met name scenario 4 en 5, bieden een goede basis voor verdere uitwerking in de toekomst.

In oktober pleitten Verenso en de LHV al voor het organiseren van Wlz-zorg uitsluitend in situaties waar patiënten vanwege hun 24/7 zorgbehoefte geclusterd verblijven.¹ Dit voorkomt versnippering van zorg en behandeling en biedt meer duidelijkheid aan patiënten, die nu vaak door de bomen het bos niet meer zien.

De specialist ouderengeneeskunde neemt ook buiten het verpleeghuis steeds vaker de rol van regiebehandelaar op zich. Naast de rol van consulterend arts of medebehandelaar, zal de specialist ouderengeneeskunde als regiebehandelaar extramuraal vaker nodig zijn. Dit aspect ontbreekt momenteel in het rapport. Voor het onbeperkt in de tijd overnemen van de regie is nog geen betaaltitel beschikbaar. Bovendien kopen zorgverzekeraars de zorg als medebehandelaar via trajectbekostiging (nieuwe betaaltitel per 1 januari 2025) nog niet in, terwijl dit met de toenemende vergrijzing zo belangrijk is.

Het rapport legt naar ons idee teveel nadruk op de theorie van de aanspraken en weerspiegelt onvoldoende de praktijk. Meer ruimte voor praktijkreflecties zou nuttig zijn. Voor veel kwetsbare ouderen is het onduidelijk welke zorg passend is, en er is meer tijd nodig om hun situatie goed in kaart te brengen. Vooral patiënten met milde of onbekende cognitieve problemen vallen tussen wal en schip en worden vaak geweigerd vanwege de uitstroombeste naar de Wlz. Dit probleem komt dagelijks voor in het triagewerk, waarbij vaak moet worden bepaald of een patiënt ELV of GRZ nodig heeft. Daarvoor is niet altijd een betaaltitel voorhanden.

Daarnaast kan de beschreven zorg en behandeling beter aansluiten bij de toekomstvisie die aan overlegtafels zoals IZA en WOZO is besproken. Het rapport richt zich nog teveel op oude of huidige situaties, terwijl de toekomstige richting al bekend is. We zouden graag zien dat de toekomstvisie duidelijker wordt opgenomen. Denk bijvoorbeeld aan het regiebehandelaarschap van specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn, de toekomst met ambulante GRZ en mogelijkheden voor digitale zorg.

We onderschrijven de reactie van Beter Thuis. Daarbij willen we benadrukken dat zorgverzekeraars in de praktijk vaak restrictief omgaan met de ruimte voor kortdurende herstellende zorg en GZSP, wat leidt tot aanzienlijke hinder. Bovendien verschilt de invulling hiervan per regio, wat de situatie verder bemoeilijkt.

Een groot aantal specialisten ouderengeneeskunde hebben meegelezen en hun input willen we goed tot hun recht laten komen. In onze reactie bespreken we daarom eerst de hoofdlijnen en geven daarna in een bloemlezing gedetailleerde feedback per hoofdstuk.

¹ [LHV en Verenso sturen gezamenlijke inbreng voor commissiedebat ouderenzorg | Verenso](#)

Deel 1: Hoofdpijnen reactie

Terminologie

In het advies worden nieuwe termen geïntroduceerd op basis van Medisch Generalistische Zorg (MGZ), wat verwarrend kan zijn. De definitie van MGZ volgens de NZa is: "het geheel aan geneeskundige zorg die huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten (arts VG) in samenspel bieden, zowel overdag als bij spoedzorg in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren)." Deze definitie dekt nu niet de reikwijdte van het advies. Het is naar ons idee wenselijk om in het rapport duidelijk te maken welke definitie van MGZ wordt gehanteerd en alle betrokken artsen te benoemen.

GZSP wordt kortdurende aanvullende MGZ zonder verblijf genoemd, wat suggereert dat deze zorg vrijblijvend naast huisartsenzorg kan worden ingezet. Dit doet geen recht aan de zorg en behandeling in de GZSP, die nodig is wanneer huisartsenzorg niet voldoende is voor (zeer)complexe problematiek. Een betere term zou complexe MGZ zonder verblijf of bijzondere MGZ zonder verblijf zijn.

Een verblijf voor verschillende zorgvragen

Het advies stelt voor om verschillende vormen van kortdurende zorg flexibel aan te bieden in één verblijf. Hoewel dit vereenvoudiging lijkt, moet zo'n verblijf aan uiteenlopende zorgvragen voldoen. Eén type verblijf lost de verwarring over toegang tot kortdurende zorg niet op. Het is belangrijk dat kortdurend verblijf zo wordt ingericht dat het recht doet aan de verschillende zorgvragen. Bovendien zijn er enorme regionale verschillen, waardoor het kortdurende landschap nog ingewikkelder is geworden.

Afwegingsinstrument

In de aanbevelingen adviseert u om het afwegingsinstrument voor opname in het eerstelijns verblijf 2.0 te actualiseren,² zodat duidelijker wordt welke zorgvorm passend is voor patiënten in het huidige zorgveld. VerenSo begrijpt deze gedachtegang en behoefte goed en staat open om hier opnieuw aan mee te werken.

ELV hoog- en laagcomplex

In dit advies worden ELV-laag complex (ELV-LC) en ELV- hoog complex (ELV-HC) samengevoegd onder de noemer 'intramurale MGZ'. De declaratiesystematiek verschilt echter: bij ELV-HC is de specialist ouderengeneeskunde betrokken en is er sprake van multidisciplinaire herstellzorg, waarbij veel behandelingsindirect is, zoals het opstellen van een SAMPC-probleemlijst en multidisciplinair overleg. Bij ELV-LC, waar de huisarts betrokken is, gaat het vooral om een zorgprobleem zonder multidisciplinaire behandeling of overleg. Bij de financiering van intramurale MGZ moet ook indirecte tijd worden gehonoreerd en niet worden uitgegaan van de situatie bij ELV-LC.

Zorg én behandeling

Tenslotte merken we op dat de termen zorg en behandeling door elkaar wordt gebruikt, terwijl toegang tot zorg én behandeling wordt bedoeld. We adviseren om dit duidelijker terug te laten komen.

² [Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf 2.0, Doorontwikkeling na overheveling eerstelijns verblijf naar Zvw](#), November 2016, Significant

Deel 2: Bloemlezing reacties specialisten ouderengeneeskunde

Inleiding

Pag. 5: Ook opname in GRZ vanuit thuis kan acuut gebeuren. Of is GRZ ook “kortdurende MGZ met verblijf”? In de opsomming wordt het daarvan onderscheiden.

Kan Wmo wel ingezet worden als er -na GRZ- geen geneeskundige zorg meer nodig is, maar gewacht moet worden op huisaanpassingen via gemeente waardoor de revalidant nog niet veilig en verantwoord thuis kan zijn. Er is dan geen geneeskundige indicatie grond meer.

Pag. 8, alinea 5: “Kortdurende zorg draagt ertoe bij dat deze mensen langer thuis kunnen blijven wonen.” Deze zin impliceert dat het hier enkel gaat om de doelstelling langer thuis wonen. GRZ richt zich er ook op dat mensen langer kunnen participeren in de maatschappij. Deze toevoeging is denk ik ook wenselijk om te benoemen.

Pag. 8, alinea 3: De toename van VPT huizen is nodig, maar kwalitatief niet altijd goed. Eigenlijk zouden voor de VPT huizen dezelfde regels moeten gelden als voor de Wlz-huizen. En dan kun je je vervolgens afvragen, waarom is er nog een verschil tussen deze 2?

Pag. 9, alinea 3 stelt dat mensen met een MPT, VPT of PGB ook gebruik moeten kunnen maken van kortdurende zorg. Dit moet sterker benadrukt worden. Bijvoorbeeld, een patiënt met Parkinson die thuis woont met een MPT kan tijdelijk achteruitgaan door een infectie. Hoewel de huisarts de infectie behandelt, verslechtert het functioneren van de patiënt. In zo'n geval is dagbehandeling (korte aanvullende MGZ zonder verblijf) of ambulante GRZ (zonder voorafgaande opname) wenselijk om het functioneren te verbeteren met paramedici en eventueel Parkinson medicatie opnieuw in te stellen. Dit voorkomt dat de patiënt meer zorg nodig heeft bij zijn MPT en daardoor niet meer thuis kan wonen. Voorstel voor aanpassing: “Voor deze mensen is toegang tot kortdurende zorg juist van belang om zo lang en goed mogelijk thuis te blijven wonen.”

Definitie van kwetsbaarheid ontbreekt en er worden verschillende termen gebruikt om 'kwetsbaarheid' aan te duiden. Zie bijv. 'Reikwijdte van het advies' pag. 13

Op verschillende plekken staan zinnen die niet helemaal lopen, waardoor de bedoeling van de zin onduidelijk is. (bijv. blz 49 onderaan over paramedische zorg en art 2.6, ook pag. 51 bovenaan)

Hoofdstuk 1

Pag. 12, alinea 3: “De zorg binnen VV9b is daarom meer afgestemd op bijvoorbeeld mensen met cognitieve problemen. De focus ligt op zo goed mogelijk verbeteren van functioneren, waarbij de aanname is dat terugkeer naar huis niet mogelijk is.” Meer nuanceren in: “De zorg binnen VV9b is daarom meer afgestemd op mensen die 24-uurszorg nodig hebben, bijvoorbeeld mensen met ernstige cognitieve problemen. De focus ligt op zo goed mogelijk verbeteren van functioneren, waarbij de prognose is dat terugkeer naar huis niet mogelijk is.

Pag. 12, alinea 6: Toevoeging: Daarnaast wordt er een toename gezien van patiënten met chronische ziekten (bijvoorbeeld COPD, hartfalen, oncologische aandoening) waarbij er een tijdelijke verslechtering van de chronische ziekte optreedt waarbij het functioneren tijdelijk achteruit gaat.

Pag. 13, 1.2: zoals nu gedefinieerd valt logeeropvang onder de Wlz wel onder de definitie zoals deze wordt gebruikt in het document (kortdurende zorg). Graag verduidelijken wat hier bedoeld wordt.

Pag. 13, 1.1.2: Hier staat dat VV9b aanzienlijk minder vaak wordt ingezet dan GRZ. Slechts 7% van het aantal ouderengeneeskundige revalidatie trajecten. Dit komt mijns inziens niet omdat de VV9b trajecten niet geïndiceerd zijn, maar omdat het moeilijk is om een VV9b indicatie te krijgen via het CIZ. Dit kost extra tijd. CIZ geeft deze trajecten regelmatig niet af. Ook de verpleeghuisplaatsen waar VV9b gegeven worden beperkt zijn en een lagere doorstroom hebben dan GRZ plaatsen.

Pag. 14, 1.2.3: verduidelijk dat het om zowel losse consulten kan gaan, maar ook langdurige trajecten. Hoe vallen de meso initiatieven hieronder?

Pag. 14, paragraaf 1.2.1: De een-na-laatste zin vermeldt dat een meekijkconsult gevraagd kan worden als medisch-specialistische zorg nodig is. Huisartsen kunnen deze consulten aanvragen, maar specialisten ouderengeneeskunde hebben bij sommige ziekenhuizen geen toegang hiertoe omdat zij niet onder de regeling vallen die dit vergoedt bij de Zvw. Dit belemmert het bieden van medisch-specialistische zorg bij GRZ en MGZ met verblijf en leidt tot onnodige ziekenhuisopnames of poliklinische consulten. Het advies is om specialisten ouderengeneeskunde gelijk te stellen aan huisartsen in de declaratieregeling voor meedenk- en meekijkconsulten.

Pag. 14, 1.2.2. Wat hier niet duidelijk wordt is of het mogelijk is om bij mensen die hoogst waarschijnlijk op zeer korte termijn een Wlz-indicatie krijgen, ook Wlz-crisis zorg ingezet kan worden als er ook een kans is als ze daarna mét die Wlz-indicatie weer terug naar huis gaan. Wij hebben hier verschillende antwoorden vanuit het CIZ over gekregen.

Wat opvalt, is dat de levering en bekostiging van kortdurende aanvullende MGZ voor patiënten met een Wlz-indicatie zonder behandeling, met verblijf en zonder verblijf (VPT/MPT/PGB) niet goed beschreven wordt. Dit ontbreekt in tabel 2 van hoofdstuk 1.5 en tabel 4 van hoofdstuk 3.3, waar alleen herstellende zorg vanuit de Wlz wordt beschreven en niet de "H335"-zorg. Hoewel de inleiding van hoofdstuk 5 suggereert dat dit aan de orde komt, gaat het vooral over revalidatiezorg en tijdelijk verblijf (ELV). De vergoeding van kortdurende aanvullende MGZ aan een patiënt met PGB is zeer ingewikkeld en ondoorzichtig. Hoewel het zou moeten kunnen, net als vanuit de subsidieregeling bij VPT/MPT, blijkt het in de praktijk niet te regelen.

Pag. 15, 1.2.3 Reactie op zin: "Onder de GZSP-bekostiging valt ook zorg die geen kortdurende zorg betreft. Bijvoorbeeld (langdurige) dagbehandeling voor mensen met de ziekte van Huntington of ziekte van Parkinson." Onze zorgverzekeraar in de Achterhoek gaat hier niet mee akkoord. GZSP moet in deze regio een begin en eind hebben, multidisciplinair zijn en aan meerdere behandeldoelen werken. Juist deze regionale verschillen (per zorgverzekeraar) zijn heel lastig; eenduidige interpretatie van een beperkt aantal producten zou enorm helpend zijn.

Pag. 15, 1.4: "maakt in de praktijk geen onderdeel uit van de spoedzorgketen voor kwetsbare ouderen"; dat komt omdat gemeente de indicatiestelling voor spoed respijtzorg niet op orde hebben. Er zijn wel degelijk indicaties voor. Hulpverleners vragen deze vorm niet aan omdat ze weten dat de gemeente te traag is en niet snel iets kan bieden. Hierdoor komen mensen vaak onterecht in andere kortdurende zorgvormen terecht, zonder medische reden, om een crisisbed te regelen.

Hoofdstuk 3

Pag. 24, 3.3.1: verwarrend, kortdurende MGZ t.l.v. de Zvw is alleen toegankelijk voor mensen zonder Wlz-indicatie. Dat is alleen zo als behandeling niet is ingekocht. Handig om hier een opmerking toe te voegen over impact van inkoop.

Pag. 24, 3.3.2: Er staat in de tekst dat iemand in aanmerking komt voor een VV9b als vaststaat dat iemand na herstel blijvend is aangewezen op Wlz-verblijf met behandeling. Dit lijkt heel helder, echter de praktijk is een stuk ingewikkeld en leidt dit vaak tussen discussies tussen ziekenhuis/VVT en CIZ over de zekerheid dat 24-uurs zorg na herstel noodzakelijk blijft.

Pag. 23, 3.3.2: Per 1 januari 2025 is het direct starten van ambulant GRZ traject mogelijk. Daarom schijnt de eis terugkeer naar huis uit de aanspraak gehaald te zijn. Dit leidt er toe dat ziekenhuizen denken dat dit ook geldt voor de klinische opname. Hierdoor is een toename van opnames in de GRZ die beter een VV9b zouden moeten krijgen.

Pag. 24, 3.3 tabel 4: De herstellzorg die hier genoemd wordt is de zorg op basis van tijdelijke opname op een Wlz-indicatie die voorheen zonder behandeling (en/of thuis) werd gegeven. Hier moet de bekostiging passen bij spoed opname en intensivering van zorg.

Pag. 24, 3.5: Binnen de GRZ is er qua financiering meer behandeling mogelijk dan bij een VV9b. Bij een patiënt in een Wlz-instelling op basis van een VV6 die een ernstig CVA krijgt, zijn de behandelmogelijkheden voor passende revalidatie gering. De inzet van een VV9b biedt onvoldoende behandelruimte. Dit vergroot de kans op complicaties in de eerste dagen zonder passende observatie en behandeling. Dit kan resulteren in onnodig lange ziekenhuisopnames of opnames met een VV9b waarbij onvoldoende behandelruimte is voor logopedie, ergotherapie, psychologie en fysiotherapie.

Pag. 25/26, 3.3.2: 'Het zorgprofiel VV9b is alleen toegankelijk voor iemand met een Wlz-indicatie. 'Enige nuancering is misschien verstandig: een VV9b is toegankelijk voor iemand die al een Wlz-indicatie heeft of voor iemand waarvan al voor de herstelbehandeling wordt verwacht dat uitstroom naar de Wlz zal plaatsvinden.

Pag. 25, 3.4: Vraag is hoe meekijkconsult hier wordt gedefinieerd?

Pag. 25, tabel 4: Bij mensen zonder Wlz-indicatie die in aanmerking komen voor VV9b moet het CIZ dit eerst beoordelen. Sommige regionale ziekenhuizen willen vaak niet wachten op het oordeel van het CIZ en bieden patiënten GRZ of MGZ met verblijf aan, terwijl de verwachting bijna 100% is dat zij zullen doorstromen naar de Wlz. Deze patiënten vallen eigenlijk onder de Wlz, maar worden ondergebracht bij de ZVW om vertraging door de CIZ-beoordeling te vermijden. Dit is een duidelijk knelpunt.

Pag. 25, 3.5.1: "Over het algemeen is GRZ niet passend bij hen omdat zij zorginhoudelijk niet in aanmerking komen voor GRZ." Klopt niet want indicatie revalidatiezorg is voor beide gelijk, intensiteit wellicht wel verschillend.

Pag. 25, 3.4: "Een medisch specialist kan immers ook betrokken worden bij kortdurende MGZ via een meekijkconsult terwijl de specialist ouderengeneeskunde de regie houdt over het kortdurende zorgtraject." Dit gaat in de praktijk moeilijk worden, als MSZ bij ziekenhuis blijft. De trend zou moeten zijn MGZ met medebehandeling specialist ziekenhuis en goede verpleegkundige. Anders blijft het een ziekenhuisafdeling buiten de muren. En declareert de specialist dan zelf het meekijkconsult? Anders krijgen we allerlei perverse prikkels.

Pag. 25, 3.5.1: Het kan wenselijk zijn dat mensen met een Wlz-indicatie voor verblijf en behandeling, die een intercurrente ziekte doormaken (bijv. een gebroken heup), revalidatie nodig hebben. Bij veel VVT-instellingen kan dit op de woonafdeling waar iemand al verblijft, maar hiervoor moet een ZZP9B worden toegekend. In het ziekenhuis wordt hier vaak niet aan gedacht en in de praktijk is het moeilijk voor VVT-instellingen om bij terugkeer alsnog een ZZP9B aan te vragen.

Pag. 25, 3.5: Er wordt vermeld dat de regelgeving geen belemmeringen geeft voor de inzet van de ene kortdurende zorgvorm na de andere. De praktijk is echter weerbarstiger, verzekeraars gaan er niet altijd mee akkoord en kiezen er dan voor slechts 1 vorm te vergoeden wat voor de instelling (maar ook vanuit maatschappelijk oogpunt) financieel ongunstig is. Er worden hogere zorgkosten gemaakt dan noodzakelijk.

Pag. 26, 3.5.1: 'Met andere woorden kortdurende zorg kan vanuit de regelgeving voor de toegang ook passend ingezet worden bij mensen met complexe problematiek die intensieve zorg vereist.' Maar de bekostiging is daarop niet toegesneden.

Pag. 27, 3.6: Hoewel de regelgeving passend is, ontbreekt in de praktijk acute 24-uurs crisiszorg voor Wlz-somatiek. Hierdoor worden patiënten met een Wlz-indicatie die tijdelijk niet thuis kunnen wonen door bijvoorbeeld een val of breuk, vaak in het ziekenhuis opgenomen in plaats van in een MGZ met verblijf. Ook worden deze patiënten vanuit het ziekenhuis vaak op een GRZ-afdeling geplaatst, terwijl MGZ met verblijf beter passend zou zijn. Zorgaanbieders hebben afspraken met zorgkantoren over tijdelijk Wlz-verblijf in instellingen die kortdurende zorg met verblijf bieden. Deze aanbieders zouden verplicht moeten worden om deze zorg 24/7 te kunnen bieden, wat betekent dat er bedden moeten worden gelabeld en een systeem moet worden opgezet om deze spoedzorg snel te leveren. Dit ontbreekt momenteel op veel plaatsen, vooral voor somatische spoedzorg.

Pag. 27, 3.6: "Vanuit het perspectief van passende zorg is dit verschil wenselijk. Hierdoor kan GRZ ingezet worden bij iedereen die een ouderengeneeskundige revalidatievraag heeft waarbij de focus ligt op het functioneren thuis. En hierdoor hebben deze mensen geen toegang tot kortdurende zorg onder de Zvw (kortdurende MGZ) die vergelijkbaar beschikbaar is onder de Wlz vanuit het integrale zorgpakket." Dit is niet logisch, want beide zijn gericht op thuis wonen ook de kortdurende MGZ bij een WLZ geïndiceerde die nog thuis woont.

Hoofdstuk 4

Pag. 29, 4.1.2.4: "zoals maatschappelijk werk." Maatschappelijk werk is een belangrijke discipline in MGZ en GRZ, omdat er vaak op sociale aspecten problematiek is die maakt dat iemand niet naar huis kan/ of die veel invloed heeft.

Pag. 30, 4.1.4: Hulpmiddelen bij langdurig of permanent gebruik: Soms kan een verzekerde bij structureel en langdurig gebruik van uitwendige verbruikshulpmiddelen aanspraak maken op de prestatie hulpmiddelenzorg. Bij verbandmiddelen moet sprake te zijn van een complexe wond of een hoog risico daarop, van ernstige littekens of van een chronische huidaandoening. Geldt dit ook als iemand in de GRZ wordt opgenomen die al incontinent was thuis? Worden de incontinentiemiddelen dan uit de Zvw betaald en niet uit de DBC? Of gaat dit nu veranderen?

Pag. 31, 4.1.5.1: In beide gevallen vallen de geneesmiddelen onder de prestatie farmaceutische zorg. Dus zowel voor GRZ als MGZ directe declaratie in Zvw en niet uit DBC voor de GRZ? Wat als het door ziekenhuis is voorgeschreven? Antibiotica. Dan geneeskundige zorg, direct te declareren in farmaceutische zorg? Of uit DBC ziekenhuis? Als iemand naar huis gaat het uit MSVT, dit zou je ook kunnen toepassen in de GRZ/MGZ.

Pag. 31/32, 4.1.5.1 en 4.1.5.2: Het is niet duidelijk hoe de vergoeding zal verlopen voor geneesmiddelen die op verzoek van de medisch specialist worden gestart, maar door de specialist ouderengeneeskunde moeten worden voorgeschreven bij een verblijf waar de specialist ouderengeneeskunde regiebehandelaar is. Dit betreft:

- Levering van het geneesmiddel door de instellingsapothek.
- Bewaking van het geneesmiddel door de instellingsapothek in het kader van medicatieveiligheid.
- Toediening van het middel door het verpleegkundig- of zorgteam op de juiste tijd, inclusief digitaal aftekenen.

Voorbeelden:

1. Dure oncolytica: als de patiënt dit moet ophalen bij de ziekenhuisapothek, kan het soms zo lastig zijn dat het middel toch door onze instellingsapothek wordt geleverd.
2. Intraveneuze middelen (via PICC-lijn): deze worden vaak via de ziekenhuisapothek geleverd, maar moeten wel door ons worden voorgeschreven.

Wellicht is het goed om de term 'voorschrijven' verder te specificeren, eventueel in combinatie met leveringsaspecten.

Pag. 31, 4.1.5.1: Reactie op: "Voor de geneesmiddelen die worden ingezet en voorgeschreven bij deze zorg is, onder andere gezien de werking en bijwerking van deze geneesmiddelen, (over het algemeen) geen deskundigheid van een medisch specialist nodig voor het voorschrijven ervan." Een kaderarts GRZ is het hier niet mee eens. In de GRZ wordt de zorg, inclusief medicatie, direct overgenomen van de medisch specialist. Dit betekent dat bij elke cliënt een medicatiereview nodig is, waarbij de voor- en nadelen van medicatie, de juiste indicatie en dosering worden afgewogen. Regelmatig is de overdracht van de medisch specialist niet duidelijk over de medicatie, waardoor overleg noodzakelijk is. Daarom moet de specialist ouderengeneeskunde minstens dezelfde deskundigheid omtrent medicatie hebben als de medisch specialist.

Pag. 35: Een belangrijke beperking in de aanspraak (eerste 20 beurten Fysiotherapie niet vergoed): dit is een rare kronkel en beperkt de inzet van oefentherapie thuis en kan belemmerend werken. Het valt ook niet te rijmen als ELV en GRZ onder dezelfde noemer worden geschaard als MGZ.

Pag. 35, 4.3.2: "Een belangrijke beperking in de aanspraak, dat bij een aantal aandoeningen van fysiotherapie of oefentherapie de eerste twintig behandelingen geen verzekerde zorg zijn kan bij bepaalde aandoeningen verzekerde zorg zijn, geldt niet in het verblijf, maar wel bij aanvullende kortdurende MGZ thuis. Dit verschil volgt uit de regelgeving, maar is zorginhoudelijk niet goed uit te leggen. Het zorgt er mogelijk wel voor drempels in passende zorg thuis". Als iets zorginhoudelijk niet is uit te leggen, lijkt aanpassing van de regels noodzakelijk

Pag. 35, 5.1.1: "Zorgverleners moeten goed op de hoogte zijn van de regels voor toegang." Of de patiënt een indicatie heeft, dit is niet altijd duidelijk voor zorgverleners

Pag. 36, 1e zin: In de praktijk blijkt er verschil te zijn tussen CIZ-kantoren bij het afgeven van ZZP9B. Sommige ziekenhuizen weigeren ZZP9B aan te vragen en plaatsen alles door met GRZ, omdat een patiënt met ZZP9B een eigen bijdrage Wlz moet betalen, terwijl een GRZ-patiënt alleen het eigen risico hoeft te betalen.

Pag. 36, 5.2.1: “De declaratiegegevens van 2023 laten zien dat het in de praktijk niet vaak voorkomt dat een Wlz-indicatie niet wordt afgegeven.” Maar we weten niet hoe lang er ELV nodig is geweest met daarna Wlz (bv bij delier).

Hoofdstuk 5

Pag. 36/37, 5.1.2 en 5.2.2: Dat uit declaratie gegevens blijkt dat er dus deze situaties niet of niet vaak voorkomen is niet juist. Er boven wordt ook omschreven dat wisselingen in declaraties en indicaties complex en ingewikkeld kan zijn. Dan kun je niet zonder nuancering aannemen dat de declaratiegegevens ook de werkelijke zorgbehoefte weergeeft. Er zullen in de praktijk waarschijnlijk regelmatig pragmatische oplossingen bedacht worden om administratieve lasten te beperken.

Pag. 37 5.2.1: 3de paragraaf: switch van GRZ naar MGZ kortdurend van iemand met Wlz-thuis komt toch niet voor?

Pag. 38: 5.2.2: Dat de uitstroom naar Wlz laag is komt doordat er goed wordt getrieerd. Als er grote kans op opname in Wlz bestaat wordt iemand niet opgenomen op GRZ of kortdurende MGZ. Hierdoor kom je aan die 10 %. Als dit wordt losgelaten gaat dit cijfer drastisch veranderen en hebben we terug cijfers zoals in 2013: slecht 60 % naar huis of lager.

Pag. 37, 5.1.2: Switch van GRZ naar kortdurende MGZ komt weinig voor. Dit komt omdat de regelgeving erg ingewikkeld is en zorgverzekeraars daar hun eigen interpretatie aangeven. Zo zijn er zorgverzekeraars die dit niet toestaan.

Pag. 38, 5.2.2: De regelgeving voor toegang tot kortdurende zorgtrajecten met verblijf onder de Zvw maakt geen onderscheid tussen mensen met een kleinere of grotere kans op uitstroom naar Wlz-verblijf met behandeling. Daarnaast geven bijna alle grote zorgverzekeraars een korting op de vergoeding van zorg tijdens kortdurende zorgtrajecten als een patiënt uitstroomt naar Wlz-verblijf met behandeling. Dit leidt tot selectie aan de poort en onnodige vertraging voor opname in een ouderengeneeskunde revalidatie-instelling. Aangezien iedereen het liefst thuis wil zijn, tenzij het echt niet anders kan, heeft deze eis van de zorgverzekeraars een negatieve invloed op de kwaliteit van zorg en de doorstroom uit het ziekenhuis van een aantal patiënten.

Waarom kan een traject in de GRZ niet naast een poliklinisch traject in de MSR bestaan? Dit staat helemaal niet beschreven in dit stuk. Zou soms wel wenselijk zijn bv bij revalidatie na amputatie.

Pag. 37, 5.2.2: Reactie op: “Uit de declaratiegegevens blijkt dat de uitstroom naar Wlz-verblijf met behandeling niet heel groot is in de praktijk. De gegevens over 2023 laten zien dat op ongeveer 10% van de GRZ-trajecten en kortdurende MGZ-trajecten met verblijf, Wlz-verblijf met behandeling volgt.” Volgens een kaderarts GRZ is het volume wellicht niet heel groot, maar deze groep patiënten vergt veel inzet van het hele behandelteam, vooral als er nog geen diagnose met betrekking tot cognitie is. Daarom verwacht de kaderarts dat de zorginzet aanzienlijk hoger is dan deze 10%.

Pag. 37 + 38, 5.2: Er zijn nog twee onduidelijkheden met betrekking tot aanspraak op Wlz-crisis zorg:

1. Kan een Wlz-crisis worden aangevraagd als iemand twee dagen in het ziekenhuis is geweest en langdurig verblijf nodig blijkt te zijn, zonder indicatie voor het ziekenhuis? Of moet dit via de reguliere (6 weken) procedure?
2. Kan een Wlz-crisis worden aangevraagd als er een kans is dat de patiënt daarna toch naar huis wil met Wlz, bijvoorbeeld omgezet in een VPT?

Het CIZ geeft wisselende antwoorden. Sommige medewerkers zeggen dat het geen crisis kan zijn als iemand snel terug naar huis wil. Soms bezoekt het CIZ de patiënt op de ELV-afdeling, en als de patiënt aangeeft weer naar huis te willen, kent het CIZ geen Wlz-crisis toe bij twijfel.

Pag. 38, 5.2.2: Dit is het meest heikele punt van KDO. Slechts 10% stroomt uit naar de Wlz vanwege strikte triage, wat leidt tot langere ziekenhuisopnames en meer problemen thuis. Het GRZ/ELV-budget wordt gekort bij te hoge uitstroom naar de Wlz, wat deze maatregel onwenselijk maakt. Er is behoefte aan meer tijd om de situatie van een patiënt in kaart te brengen en passende zorg te bepalen. Bij Warande wordt bijvoorbeeld de pilot 'verlengde triage' uitgevoerd met de SEH, vooral voor patiënten met cognitieve problemen die moeilijk in te schatten zijn. Vanaf 15 april start ook verlengde triage voor huisartsen, voor patiënten met een onduidelijke acute zorgvraag direct vanuit de eerste lijn.

Pag. 42, 5.6: In de conclusie staat dat er geen knelpunten zijn in de toepassing van de regelgeving bij kortdurende zorg. In de praktijk is er echter een duidelijk knelpunt bij complexe kwetsbare patiënten die intensieve observatie en diagnostiek nodig hebben. De huidige MGZ-trajecten bieden onvoldoende vergoeding om dit uit te voeren. Bij het overnemen van deze patiënten vanuit het ziekenhuis treedt veel vertraging op, omdat zij minder prioriteit krijgen bij de toewijzing van schaarse MGZ-bedden. Hierdoor wachten deze patiënten vaak lang op plaatsing en blijven onnodig in het ziekenhuis. Ziekenhuizen zullen dit probleem zeker bevestigen.

Hoofdstuk 6

Pag. 42, 6.1.1: Is er onderzocht in welke mate de sociale context dermate ondersteuning kan bieden dat Wlz-zorg daadwerkelijk minder vaak noodzakelijk is dan nu ingezet wordt? In mijn praktijkervaring zie ik grotendeels overbelaste mantelzorgers die veel ballen hoog moeten houden en niet in staat zijn om chronisch nog meer te ondersteunen.

Pag. 45, 6.3.2: Gevolgen van scenario 3: wanneer komt het voor dat iemand met Wlz-verblijf wordt opgenomen op een laag complexe MSZ-afdeling buiten het ziekenhuis? De meesten met verblijf bij Wlz krijgen die zorg binnen de VVT.

Paragraaf 5.1 en 6.5.2 stellen dat het meewegen van de sociale context bij de beoordeling voor toegang tot de Wlz de groep die thuis woont met Wlz-zorg zou verkleinen, omdat mantelzorgers een deel van de regie kunnen overnemen. Een kaderarts GRZ merkt op dat als naasten in staat zijn om een deel van de zorg te dragen, er nauwelijks een Wlz-aanvraag wordt gedaan. Vaak gaan mantelzorgers ver over hun grenzen heen om te voorkomen dat hun partner naar een verpleeghuis moet. Een voorbeeld is een echtgenoot die jarenlang voor zijn vrouw met Parkinson zorgde, dag en nacht. Hij regelde alles, maar was uiteindelijk zo uitgeput dat hij zijn vrouw in de nacht sloeg. Dit toont aan dat de sociale context al duidelijk wordt meegenomen in de aanvragen. De aanname dat het meewegen van de sociale context de groep met een Wlz-indicatie zal verkleinen, is onterecht en ongefundeerd.

Pag. 43, 6.2.3: Laatste alinea van deze paragraaf. Hierin wordt niet genoemd dat in een VV9b minder behandeluren zitten dan in een GRZ traject. Dit terwijl het vaak om patiënten gaat die veel behandeling nodig hebben (denk aan een ernstig CVA met veel hersenschade op meerdere vlakken) om weer tot een bestaan met kwaliteit van leven te komen ook al is dit geen zelfstandig leven meer.

Pag. 42, 6.2.2: Reactie op scenario 2: "In 2023 werden 1570 GRZ-trajecten doorlopen door mensen die thuis wonen met Wlz-zorg en mensen met Wlz-verblijf zonder behandeling. Als deze groep in plaats van GRZ VV9b zouden krijgen, betekent dat een forse toename van het totaal aantal VV9b trajecten." In de Achterhoek is er nu al een grote inzet van 9B-indicaties. Een toename hiervan vraagt intensieve inzet op herstellorgafdelingen met aandacht voor cognitie en probleemgedrag (GRZ + PG) en veel intramurale bedden. Vaak is er geen cognitieve diagnose (zoals dementie), moet de 9B worden omgezet naar een VV05 (wat onderbouwing vereist) en moet er gewacht worden op een PG- of somatische plek. Deze bedden zijn momenteel niet beschikbaar.

Pag. 46, 6.5.1 Reactie op: "Dat wil zeggen dat als door de aanwezigheid van een partner of mantelzorger iemand niet 24 uur per dag aangewezen is op zorg en toezicht in de nabijheid, geen Wlz-indicatie afgegeven zal worden." Impliciet wordt dat nu al meegewogen. Overbelasting van een partner/ mantelzorger is een groot en omvangrijk probleem en nemen wij altijd mee als 1 factor in de onderbouwing voor een VV05 of 06. De aanwezigheid is dus niet voldoende; het gaat er om of diegene 24 uur per dag 7 dagen per week beschikbaar kan zijn.

Pag. 43 6.3.1: Wat is dan de definitie van THUIS? Wat te doen met al die mensen die in een VPT "huis" wonen.

Pag. 44, 6.3.3: Mensen die wonen in een Wlz-instelling hebben veelal een zeer kwetsbare gezondheid en zouden vanuit het perspectief van passende zorg als het enigszins kan niet opgenomen moeten worden in het ziekenhuis. -> dit vind ik wel een heel kort door de bocht uitspraak. Vanuit psychogeriatricperspectief is dit misschien passend. Maar op somatiek wonen nog genoeg mensen die een instuurbeleid hebben.