



Waardigheid
en trots

Casusbeschrijving Opella

Bekostiging Specialist ouderengeneeskunde buiten het verpleeghuis



Colofon:

N. Pels, beleidsadviseur Opella
November 2016

www.waardigheidentrots.nl



Visie

Opella wil verpleegzorg terug brengen naar de kernvraag van ondersteuning aan klanten. We spreken nadrukkelijk van verpleegzorg in plaats van verpleeghuiszorg. Niet de plaats bepaalt de zorg maar de vraag van de klant. Voor de plaats is thuis het uitgangspunt. Steeds vaker zal dit het oorspronkelijke woonhuis in de wijk of kern zijn. Daar waar een aangepaste woonomgeving wordt gevraagd, blijft de woning het thuis en het 'eigendom' van de zorgvrager. Letterlijk door het doorvoeren van het principe van scheiden van wonen en zorg; figuurlijk doordat de klant regiehouder blijft, ongeacht welk dak hij of zij boven zijn/haar hoofd kiest.

De ondersteuning thuis wordt geïndiceerd door de wijkverpleegkundige. De coördinatie van de zorg ligt vervolgens ook bij de wijkverpleegkundige (niveau 5) en richt zich op het hele spectrum van kwaliteit van leven: naast persoonlijke verzorging is er nadrukkelijk aandacht voor ondersteuning in het dagelijkse leven, welzijn, zingeving, bewegen, e.d.

De verantwoordelijkheid voor de medische zorg blijft conform de wettelijke kaders bij de arts. Voor de praktische invulling wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de normale thuissituatie. Opella werkt via het model 'De SO in the lead'. De specifieke deskundigheid van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) wordt geborgd door een samenwerkings-verband tussen de huisartsen en de SO. De specialisten worden ingezet waar de behoeften van de klant liggen. Als dit in de algemene medische zorg ligt is dit een huisarts maar is er een specialistische vraag op het gebied van ouder worden of specifieke aandoeningen die chronisch zijn, dan is de SO de deskundige.

Inzet van paramedici wordt bepaald door de specialist (huisarts of SO). Uitgangspunt is dat de behandeling wordt voorgeschreven conform inzet in de thuissituatie. Ook voor beschermde woonvormen betekent dat dus dat een behandeling niet nodeloos doorloopt (bijv. fysiotherapie net als thuis een behandeling van 9 keer). Hiermee blijft ook inzet van medische zorg thuis en in een beschermde woonvorm gelijk. De (wijk)verpleegkundige is het aanspreekpunt voor het multidisciplinaire team.

Kern van het probleem

Vanuit bovenstaande visie is Opella voorstander van het creëren van een mogelijkheid om de SO als hoofdbehandelaar in de Wlz te kunnen benutten ongeacht waar iemand woont. En de SO als hoofdbehandelaar in de Zvw te kunnen benutten. En dat hierin duidelijke afspraken gemaakt worden met de huisarts zodat er geen twee kapiteins op een schip staan maar ze complementair aan elkaar zijn. De verwachting is dat dit de volgende resultaten oplevert:

- Minder doktersbezoek / minder verwijzing naar de 2e lijn
- Toename kwaliteit van leven
- Zorgtaak als minder zwaar ervaren wordt door mantelzorgers
- Toename gezondheidswinst



Situatieschets

Dhr. X woont in een appartementencomplex met thuiszorg. De thuiszorgmedewerker vraagt een specialistisch verpleegkundige mee te kijken in verband met aanhoudende verwardheid. Dhr. X alarmeert vaak en is dan doorgaans angstig en heeft behoefte aan geruststelling. Er is sprake van hallucinaties, ook denkt dhr. X elders te zijn en bij corrigeren wordt hij boos en begint te vloeken. Hij herkent zijn kinderen niet meer en trekt zijn stomazakje van de stoma af. Mobiliteit is wisselend, soms kan hij enkele meters lopen, soms heeft hij veel aansturing nodig.

De specialistisch verpleegkundige schrikt zodanig van de thuissituatie dat zij, na overleg met de huisarts, een specialist ouderengeneeskunde mee laat kijken. Dit wordt bekostigd door de subsidieregeling extramuraal verblijf.

Juni 2015 Uitslag NPO: ernstige psychogeriatrische problematiek bij een wat wisselend maar vrij matig aangedaan recent geheugen. Veel gedragsproblemen op zowel sociaal, motorisch, cognitief en emotioneel gebied. De ernst hiervan ligt duidelijk boven de gemiddelden van intramuraal opgenomen psychogeriatrische patiënten.

Consult wordt afgerond en huisarts pakt zorg verder op.

Indien de SO in medebehandeling of hoofdbehandelaar was in deze casus dan: vervolgen effect medicatie, eventueel aanpassen. Zelf regelen begeleiding t.a.v. visus, MDO met familie en zorg. Laagdrempelig kunnen inspringen bij nieuwe problemen. Risicosignalering: ondervoeding, decubitus, depressie, valgevaar, medicatie-inname. Tot aan opname: coördineren zorg, bekijken of medicatie effect heeft en/of aangepast moet worden.

In september komt via de specialistisch verpleegkundige bij de SO de melding dat de situatie zorgwekkend is. SO zoekt telefonisch contact met huisarts waarop deze opnieuw een verwijzing doet. Kan opnieuw bekostigd worden door de subsidieregeling extramuraal verblijf.

Gegeven adviezen: Verhuizing naar een verpleeghuis kleinschalige PG-setting lijkt ons meest geschikt voor dhr. X gezien zijn hoge zorgvraag bij cognitieve stoornissen met hallucinaties en functionele blindheid en weinig vermogen tot eigen regievoering. Wonen in een PG-setting voorziet ook in zijn behoefte aan nabijheid van anderen. BOPZ toetsing via CIZ of anders RM via rechter. Adviezen gegeven aan huisarts hoe om te gaan met de situatie tot aan opname.

Half oktober opname PG afdeling: aldaar ook veel onrust, daarna snelle fysieke achteruitgang waarna uiteindelijk bedlegerig en begin december komen te overlijden.

Productieafspraken

Opella heeft voor de prestatie H335 (Behandeling som, pg, vg, lg, zg (SO)1) S335 (Behandeling som, pg, lg en meerderjarig vg (SO) productieafspraken met het zorgkantoor.

Waar lopen we in de praktijk tegen aan:

- Samenwerking met de huisartsen. Er zijn huisartsen die Opella voor consulten vragen maar er zijn ook huisartsen die dit niet doen. Hierdoor kan een situatie zoals in de beschreven casus zich voordoen.



- Opella kan geen medebehandelaar of hoofdbehandelaar zijn in het geval van bovenstaande casus, maar kan alleen op consultbasis ingeroepen worden.

Declareren

Het declareren is een volledig geautomatiseerd proces waarbij er op de productcode gedeclareerd wordt aan het zorgkantoor. Er zijn tariefafspraken gemaakt tussen het zorgkantoor en Opella.

Oplossingsrichtingen en overgebleven knelpunten

De oplossingsrichting staat beschreven in het rapport van Zorginstituut Nederland (ZINL) 'Extramurale behandeling ontleed', waarin ZINL een advies uitbrengt aan VWS over het behandelen van patiënten in de wijk vanuit de Zvw door Specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten.

ZINL schrijft in haar rapport:

Tot voor kort verbleef een groot deel van de mensen met dementie, MS, Parkinson, niet-aangeboren hersenletsel in een verpleeghuis. Mensen met een verstandelijke beperking woonden ook vaak intramuraal. Het huidige beleid is er echter op gericht om mensen zo lang mogelijk in de eigen omgeving te laten blijven wonen. Om dat op een verantwoorde manier, met behoud van kwaliteit van leven, te laten gebeuren, is er specifieke zorg nodig van de specialist ouderengeneeskunde.

De huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde gaan er vanuit dat beiden hun zorg voor de complexe patiënt in samenwerking zullen verlenen. De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt die bij hem is ingeschreven. De huisarts kan de deskundigheid van de specialist ouderengeneeskunde inroepen als hij dat nodig vindt. Hij kan dan ook besluiten om de zorg voor een bepaalde periode aan de specialist ouderengeneeskunde over te dragen. Deze wordt dan de regiebehandelaar voor de afgesproken periode. De duur en de inhoud van de regie worden bepaald door de afspraken die de huisarts en specialist ouderengeneeskunde hierover maken. Het ligt niet voor de hand dat de specialist ouderengeneeskunde gedurende zijn regieperiode zich ook bezighoudt met algemene gezondheidsproblemen als een oor dat uitgespoten moet worden. Er kunnen echter misschien overwegingen zijn om dat in individuele gevallen wel te doen. De zorginhoudelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde zijn hierbij leidend.

Als dit staande praktijk wordt is het bekostigingsprobleem hiermee voor Opella opgelost.

- Wat doen we in de tussentijd?

- Het overgebleven knelpunt is wel de bekendheid en de bereidwilligheid van de huisartsen om de Specialist Ouderengeneeskunde in te schakelen. Opella zal hierin blijven investeren.



Discussie

Het verpleeghuis van de toekomst is thuis. VPT, MPT, of beschermd wonen: de vraag van de cliënt bepaalt de vorm.

SO in the lead bij verpleeghuizen. De SO als hoofdbehandelaar voor klant, met name voor de chronische, langer thuiswonende zorgvrager. Na discussie wordt het onderscheid gemaakt tussen hoofdbehandelaar en regiebehandelaar / regievoerder.

Concreet betekent dit dat de cliënt blijft ingeschreven bij huisarts, en voor een beperkte periode de regie over de zorg wordt overgebracht naar SO. Waarna hij weer terug kan naar huisarts indien nodig. Ook om te voorkomen dat de SO allerlei huisartsenwerk gaat doen. Je kiest dus voor SO als regiebehandelaar als de context en zorg daarom vraagt. Puntje van aandacht hierin is dat de correspondentie van o.a. de medisch specialist zich richt naar de huisarts, niet naar de SO.

Ook hier blijft de vraag of de huisarts de SO toelaat op zijn terrein: al helemaal als dat ten koste gaat van de eigen bekostiging van de huisarts. Investeren in relatie met de huisarts is daarom van belang, omdat vertrouwen en intensieve samenwerking randvoorwaardelijk is voor het realiseren van de meerwaarde. Als suggestie wordt gedaan eens te onderzoeken of een geaccrediteerde gezamenlijke bijscholing niet een optie is om de relatie te verbeteren.

We zien een beweging in ziekenhuiszorg van tweede naar eerste lijn. Gaat dat ook voor de SO gebeuren? Dat werk van de SO meer en meer door de huisarts gebeurd? Waarschijnlijk, maar wat betekent dat dan? Nog hogere belasting van de huisarts, waarmee inzet van SO noodzakelijker wordt, of substitutie van diensten van SO door huisarts en gespecialiseerd verpleegkundigen. Onderzoek van capaciteitsorgaan is interessant in het licht van deze discussie.

Een goede manier om huisartsen over de streep te krijgen, is natuurlijk ook de koninklijke weg: experimenteren, publiceren, richtlijn.

Nadeel van de SO in the lead is dat een cliënt afscheid moet nemen van zijn huisarts en andere behandelaars omdat de SO zijn eigen MD-team heeft.

SO wil niet pas bij spoed ingeschakeld worden, maar op tijd een cliënt multidisciplinair begeleiden.

Wat valt op?

- Advies ZINL was precies goed, steun in de rug.
- Bereidwilligheid huisartsen om hieraan mee te werken.



Waardigheid
en trots



Postbus 19188
3501 DD Utrecht

Catharijnesingel 47
3511 GC Utrecht

030 789 25 10
www.waardigheidentrots.nl

-  www.twitter.com/waardigentrots
-  www.facebook.com/waardigheidentrots
-  www.linkedin.com/company/waardigheidentrots



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport