



Waardigheid
en trots

Casusbeschrijving Pleyade

Bekostiging Specialist ouderengeneeskunde buiten het verpleeghuis



Colofon:

D. van der Velden, sr. Beleidsadviseur Pleyade
November 2016

www.waardigheidentrots.nl



Visie Pleyade

Pleyade wil de kwetsbare ouderen met een zeer complexe zorgvraag graag de behandeling die zij nodig hebben zoveel mogelijk in hun eigen vertrouwde omgeving bieden. In veel gevallen is dat in een verpleeghuis setting, maar in toenemende mate ook bij mensen die er voor kiezen om in hun eigen woning zorg en behandeling te ontvangen. Bij deze laatste groep werken de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde samen in de thuissituatie.

De huisarts kan de SO inschakelen (bij mensen met een Wlz-indicatie zonder behandeling of bij mensen zonder Wlz-indicatie) via de consultfunctie (10x per jaar). Dit consult kan aanleiding geven tot verdere diagnostiek en/of behandeling. Hiervoor kan bijvoorbeeld de inzet van de psycholoog of de verpleegkundig specialist nodig zijn. De SO wil deze cliënt goed in kaart brengen, om het totale zorgaanbod goed af te stemmen op elkaar en op de cliënt, zijn omgeving en zijn voorkeur. Pleyade werkt dan volgens het model 'De so in the lead'.

Kern van het probleem

De inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eigen woning van de cliënt kan maar zeer beperkt, dit kan slechts vanuit de consultfunctie. Wanneer de specialist ouderengeneeskunde verdere diagnostiek of behandeling wil inzetten, is hiervoor geen financieringsmogelijkheid.

Daarnaast zijn de verschillende zorgvormen en de verschillende financieringsstromen bij de cliënten verschillend. Dat maakt ook dat de financiering steeds anders dient te verlopen, terwijl de SO dezelfde activiteiten verricht.

Samenvattend herkennen we drie problemen:

1. Beperkte inzet van de SO via consultatie waardoor complexe zorgvraag in de thuissituatie niet optimaal behandeld kan worden.
2. Er is geen financieringsmogelijkheid voor de overige inzet van de SO, of van de inzet van andere professionals via een verlengde arm constructie.
3. De diversiteit aan zorgvormen en financieringsstromen vraagt steeds andere financiering voor hetzelfde werk.

Situatieschets

We werken de casus over de particuliere verpleeghuizen - de zorgvilla's - uit, deze werken met cliënten van ZZP 4 en 5 zonder behandeling via een PGB.

Dhr. De H. woont in een zorgvilla buiten Pleyade in verband met zorg- en begeleidingsbehoefte bij een gevorderde Lewy Body dementie (sinds 2012). De huisarts verwijst dhr. De H. voor een consult door naar de SO, dit gebeurt mede in overleg met de betrokken zorgmedewerkers en de kinderen van dhr. De H. Dhr. De H. vertoont veel onrust, en toenemend agressief gedrag. Dit levert problemen op met de zorg en de familie. Na overleg komen de huisarts en SO overeen dat het (al dan niet tijdelijk) beter is voor dhr. De H. als de SO hoofdbehandelaar wordt voor deze complexe cliënt.



De SO stelt een zorgplan op. Dhr. De H., familie, zorgmedewerkers en paramedici zijn hierbij betrokken voor adviezen en middels het MDO. Wanneer er medische vragen zijn, neemt de zorgmedewerker of familie contact op met de verpleegkundige. De verpleegkundige gaat thuis langs en overlegt met de SO. Medisch beleid wordt afgestemd. Verpleegkundige adviseert zorg en familie, evenals de psycholoog.

Na voor alle betrokkenen een zeer onrustige en heftige periode stabiliseert het gedrag; hij rommelt wel wat, maar is niet overmatig onrustig en niet agressief. De familie en de zorgmedewerkers hebben handvatten om met de situatie om te gaan en er is een goede afstemming.

De huisarts komt in het verpleeghuis - de zorgvilla's - en de SO wordt ingeroepen door de huisarts bij complexe problematiek. De SO geeft advies aan de huisarts, cliënt en familie. Dit leidt er vaak toe dat de SO hoofdbehandelaar wordt en de voortgang rapporteert aan de huisarts. Dit kan tot maximaal 10 consulten gedeclareerd worden. De huisarts blijft eindverantwoordelijk. De behandeldienst van Pleyade werkt outreachend in de zorgvilla's via de huisarts.

De samenwerking tussen de huisarts en de SO verloopt goed. Gedurende deze samenwerking wordt besloten dat het beter is wanneer deze cliënt volledig onder de verantwoordelijkheid van de SO valt. De cliënt hoeft niet te verhuizen, kan in zijn eigen omgeving blijven. Dit past bij de visie van Pleyade om mensen zoveel mogelijk in hun eigen omgeving te houden. Familie en zorgmedewerkers worden betrokken om met elkaar zo goed mogelijk de cliënt te ondersteunen. De SO neemt de medische verantwoordelijkheid over. De inzet van de SO kan via consult (beperkt) gedeclareerd. Echter, de SO kan geen medicatie declareren en ook de inzet van de verpleegkundigen, verpleegkundig specialist kan niet gedeclareerd worden.

De essentie is dat de SO niet met zijn team kan opereren. De psycholoog kan pas worden ingezet als er een indicatiestelling is van het CIZ terwijl je snel wil handelen om escalaties te voorkomen.

Productieafspraken

Extramuraal

Dhr. De H heeft een Wlz-indicatie, ZZP5. De SO wordt hoofdbehandelaar, hierover zijn geen financieringsafspraken met het zorgkantoor of de zorgverzekeraar.

De perverse prikkel zit in:

1. Dat de SO niet de professionals in kan zetten die hij wenselijk acht, en het minst belastend is voor de cliënt.
2. De SO een deel van de medische zorg levert en de huisarts € 50 per jaar voor consult ouderen krijgt bovenop de reguliere middelen. Hiermee wordt de huisarts niet gestimuleerd om door te verwijzen naar de SO ook al is dit wenselijk.



Declareren

Het declareren van de consultfunctie verloopt moeizaam. Afhankelijk van of de cliënt wel of geen Wlz-indicatie heeft is de consultatie wel/ niet mogelijk, of onder een andere financiering.

De inzet van de verpleegkundig specialist is niet te declareren. De verpleegkundig specialist wordt ingezet bijvoorbeeld bij taakdelegatie van de SO naar de verpleegkundig specialist voor geriatrisch assessment.

Bij medische vragen heeft de verpleegkundige een triage functie. De verpleegkundige gaat op bezoek en stemt af met de SO. Deze zorg is niet te declareren.

De inzet van de paramedici verloopt wisselend. De fysiotherapie en ergotherapie zijn altijd in te zetten. De inzet van de gedragswetenschapper is niet altijd mogelijk, en ook niet direct. Hiervoor moet dan in een aantal gevallen een CIZ indicatie worden aangevraagd, en daar gaat veel tijd over heen. De indicatie geldt dan alleen voor behandeling bij cliënten waarvan de primaire diagnose al is gesteld. Terwijl we juist de gedragswetenschapper willen inzetten voor diagnostiek in de thuissituatie. Daarnaast is het ook niet voor alle cliënten mogelijk. Een alternatief is dat de SO doorverwijst naar de geriatr voor aanvullende diagnostiek in plaats van naar de psycholoog. Dit betekent een zwaardere belasting voor de cliënt (ziekenhuisbezoek) en hogere zorgkosten.

De huisarts wordt gebeld door de zorg, maar weet eigenlijk geen raad met de situatie. Zorg schakelt zelf de SO in, maar meldt dit wel aan de huisarts. Kwalitatief is dit voor de cliënt een goede behandeling, maar de huisarts blijft formeel hoofdbehandelaar en terwijl hij deze rol niet (meer) pakt. Er is geen financieringsmogelijkheid voor de zorgaanbieder.

Oplossingsrichting en overgebleven knelpunten

Oplossingsrichting

De huisarts schakelt de SO in via consult functie en eventuele andere disciplines. De huisarts is hoofdbehandelaar, SO behandelt mee of neemt een korte tijd de behandeling over, in afstemming met de huisarts. Dit is een kwalitatief goede oplossing voor de cliënt en voor de zorg. De bekostiging is niet overzichtelijk en is vaak een soort creatieve oplossing. De creatieve oplossing ligt in het feit dat de regeling eigenlijk niet hiervoor bedoeld is, en dat het van de huisarts afhangt of hij deze regeling wel acceptabel vindt, omdat deze niet alle kosten dekt.

Overgebleven knelpunten

Over de declaraties van de SO zijn geen afspraken te maken met het zorgkantoor, vanwege het plafond waar zij verantwoording over moeten afleggen. De SO kan wel via een MPT de kosten declareren mits er een overeenkomst is met het zorgkantoor.

Voor de SO van Pleyade is het niet mogelijk om voor cliënten, die Wlz zonder behandeling in de villa's hebben, een psycholoog in te schakelen of een verpleegkundig specialist, vanuit een verlengde



armconstructie. Dit kan voor de psycholoog wel voor aanvullende diagnostiek bij de basis GGZ. Of vanuit de Wlz via de MPT, dit kan naast PGB ingezet worden. De verpleegkundig specialist valt onder behandeling, is taakdelegatie van de SO, en daarbij hinderen de afspraken in de MPT.

Een oplossing zou kunnen zijn dat de zorgvilla onderaannemer wordt van Pleyade. Daarnaast wordt gezegd dat er ook grenzen zitten aan wat er in de zorgvilla's geleverd kan worden. Als de zorg te complex wordt en behandeling noodzakelijk is, zal iemand toch moet verhuizen vanuit de zorgvilla. Daarover zou helder gecommuniceerd moeten worden bij de start van het traject en bij verslechtering van de situatie rond een cliënt.

Een combinatie van MPT en PGB is ook mogelijk. Aan leveringsvormen zijn voorwaarden verbonden. Het zorgkantoor en/of de zorgaanbieder overlegt met de verzekerde welke leveringsvorm meest passend is bij de wensen en situatie van de verzekerde. Daarbij wordt besproken welke zorg de instelling kan bieden en welke zorg door mantelzorgers geboden kan worden. Bij VPT en MPT moet de zorg naar het oordeel van het zorgkantoor verantwoord en doelmatig zijn. Bij PGB moet de verzekerde in staat zijn om veel zelf te regelen, zoals het opstellen van een budgetplan, het afsluiten van zorgovereenkomsten met de zorgverleners en verantwoording afleggen over de besteding van het PGB. Het is ook mogelijk dat een wettelijk vertegenwoordiger of iemand anders uit het sociale netwerk deze taak op zich neemt. Uiteindelijk beslist het zorgkantoor of de door de verzekerde gewenste leveringsvorm haalbaar is. Het besluit van het zorgkantoor staat open voor bezwaar en (hoger) beroep.

Wie is er medisch eindverantwoordelijk bij een MPT? Het MPT bevat, net zoals bij het PGB en het VPT, geen 'algemeen medische zorg'. Deze zorg wordt alleen binnen de Wlz geregeld, indien mensen met behandeling in een instelling verblijven. Mensen met een MPT, VPT of PGB verblijven thuis. Voor hen en voor mensen in een instelling zonder behandeling loopt de financiering van hun algemene medische zorg via de zorgverzekering. Voor de 'algemeen medische zorg' is dus de huisarts eindverantwoordelijk. Voor de verzekerde geldt dat hij de specifieke behandeling vanuit de Wlz kan ontvangen. De bekostiging geschiedt via de NZa-beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg, dagbesteding en vervoer 2015 (NZa-beleidsregel CA-BR-1510a of de opvolger daarvan). De Wlz-aanbieder(s) is (zijn) verantwoordelijk voor de Wlz-zorg.



Nawoord

LHV geeft aan dat consult, geriatrisch assessment, consult polyfarmacie en medebehandeling ingezet kan worden, niet alleen consultfunctie. Verenso is hierover in overleg met CIZ. LHV geeft aan dat huisartsen vaak niet op de hoogte zijn dat het zeer wenselijk/noodzakelijk is dat een SO beschikbaar is voor complexe problematiek, en de SO is regelmatig ook niet beschikbaar. LHV vindt het verschil tussen hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijk niet duidelijk. Medebehandeling is geregeld in de subsidieregeling via module 4: medebehandeling. Er is nog geen betaaltitel voor de SO in de Zvw. LHV vindt het punt van de zorgvilla's ook een belangrijk punt. En vraagt zich af wat de eisen zijn die gesteld worden aan zorgvilla's qua verzorgend/verplegende personeel, beschikbaarheid van de SO? Nu lijkt er net een wildgroei van zorgvilla's te ontstaan waar de huisarts ingezet wordt voor de medische zorg maar het erg lastig is een SO te consulteren/ in te zetten. LHV vraagt zich af of waarom geen declaratie via de Wlz-indicatie van de patiënt gedaan wordt. Het is niet duidelijk waarom VPT, MPT en PGB en daarin de Wlz-behandeling niet geregeld kan worden in een zorginstelling die misschien niet gecontracteerd is voor Wlz-behandeling maar waar wel Wlz-patiënten zitten. Deze zorg kan dan toch ingekocht worden bij een Wlz-instelling/verpleeghuis in de buurt? Als dit niet of beperkt mogelijk is, moet dit probleem aangepakt worden. Zo staat het namelijk wel op papier.

Verenso geeft aan dat fysiotherapie etc. gewoon ingezet kan worden. Gedragswetenschapper is ook een code voor extramurale behandeling (S/H329). Verenso geeft daarnaast aan dat adviezen van de SO middels consulten via de huisarts gaan, dus de huisarts zet ook eventueel andere medicatie etc. in bij een cliënt. Bij Pleyade heet dit dat de SO de behandeling overneemt, maar declareren op een consult waarbij de SO meekijkt en adviseert maar de huisarts "de beslissing" neemt.



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