



Waardigheid
en trots

Casusbeschrijving Saffier De Residentie Groep

Bekostiging Specialist ouderengeneeskunde buiten het verpleeghuis



Colofon:

S. Geerlings, projectleider Lerende Evaluatie Saffier De Residentie Groep
November 2016

www.waardigheidentrots.nl



Visie

Saffier De Residentie Groep (SRG) biedt wonen, zorg, behandeling en ondersteuning aan kwetsbare mensen in de regio Den Haag. Bij Saffier De Residentie Groep staat het welzijn van de cliënt voorop. Mensen zichzelf kunnen laten zijn en blijven is haar missie. Dit geldt zowel in de locaties als voor de ouderen die zelfstandig in de wijk wonen en daar hulp en ondersteuning bij nodig hebben. Dit is vertaald naar “ruimte voor jezelf” en betekent ruimte voor eigen wensen, voor welzijn, voor wonen in een sfeer die bij de cliënt past. Vernieuwing van zorg en het scheiden van wonen, zorg en behandeling hebben prioriteit.

Project ‘De Lerende Evaluatie’

In de Lerende Evaluatie ontwikkelt Saffier De Residentiegroep een nieuw woonzorgconcept waarbij de regie van de cliënt (nog) meer centraal staat. Het primaire doel van het concept is het vergroten van de kwaliteit van leven van bewoners. Daarnaast beoogt de transitie naar het nieuwe concept te leiden tot een grotere betrokkenheid van mantelzorgers bij het dagelijks leven van de bewoner en een hogere arbeidstevredenheid van de medewerkers. Het nieuwe concept wordt gefinancierd met de middelen waarover de bewoner beschikt (waardoor deze meer keuzevrijheid heeft). Wonen (huur), zorg (WLz) en behandeling (ZVW) worden hierbij gescheiden aangeboden. Onderliggend aan dit concept is de overtuiging dat het aanbod van behandeling niet afhankelijk moet zijn van de setting (intra- dan wel extramuraal) waar iemand woont, maar van de specifieke hulpvraag van de cliënt. Saffier De Residentiegroep hecht hiermee veel waarde aan het slechten van de zogenaamde muren tussen intramurale en extramurale zorg/disciplines. Naar haar verwachting zal in de nabije toekomst hooguit nog worden gesproken over geclusterde woonvormen waar mensen min of meer zelfstandig wonen.

Saffier De Residentiegroep beoogt met het nieuwe woonzorgconcept een antwoord te geven op de vraag hoe ook in de toekomst, met de nieuwe wet- en regelgeving als vertrekpunt, kwalitatief hoogwaardige en betaalbare zorg kan worden geleverd aan diegenen met een zware zorgvraag (ZZP \geq 5). Voorwaarde is dan ook dat het concept zowel inhoudelijk als financieel toekomstbestendig en overheidsresistent is.

Situatieschets

Saffier De Residentiegroep implementeert momenteel gefaseerd het nieuwe woonzorgconcept in de kleinschalige woonzorgvoorzieningen Nolenshaghe en Domus Nostra bij de doelgroepen Chronische Somatiek (ZZP=6), Niet Aangeboren Hersenaandoeningen (NAH) (ZZP=7) en Korsakov (ZZP=5 of 7). Bij een pilotgroep van 29 cliënten is in mei 2015 de eerste stap gemaakt door onder andere het scheiden van zorg (Wlz) en behandeling (Zvw) en een accent op zo normaal mogelijk wonen (genormaliseerd wonen). Op basis van ZZP vindt declaratie bij het zorgkantoor plaats van Wlz-zorg zonder behandeling. Medische zorg van algemene aard wordt geleverd door de (externe) huisarts (hoofdbehandelaar). Indien nodig wordt aanvullende behandeling (zo ook van de SO) ingezet op initiatief van de huisarts. De SO (specialist dan wel specialistische generalist?) wordt in consult geroepen daar waar het complexe comorbiditeit betreft. Bij inschakelen van de SO, blijft de huisarts hoofdbehandelaar en eerste aanspreekpunt voor de cliënt (niet onnodig medicaliseren) volgens het model ‘De huisarts in



the lead'. De SO (zo ook de overige behandelaren) is vooralsnog in dienst van Saffier de Residentiegroep.

De cliënten in de Lerende Evaluatie zijn allen ingeschreven bij een externe huisartsenpraktijk. In de pilot is vooralsnog, mede in het kader van overzichtelijkheid, afgesproken dat de cliënten bij één praktijk (vier samenwerkende huisartsen, overigens geen kaderhuisartsen ouderengeneeskunde) staan ingeschreven. In de toekomst is het de bedoeling dat cliënten, in principe en indien mogelijk, de eigen huisarts vanuit de thuissituatie of anders meenemen (vrije artskeuze). De huisartsen declareren de geleverde zorg (met toeslag voor ouderen) bij de Zvw. Medicatie wordt verstrekt via de openbare apotheek (Zvw). Eventuele hulpmiddelen, zoals rolstoelen, worden gefinancierd door de gemeente op basis van de WMO.

Eerste bevindingen laten zien dat de SO relatief weinig en zeker niet bij alle cliënten in consult wordt geroepen. Het doorverwijzen naar paramedische en psychosociale disciplines verloopt (nog) moeizaam, in die zin dat de betreffende huisartsen (en cliënten) een verwijzing veelal niet noodzakelijk achten daar waar behandelaren (gedragswetenschappers en paramedici) dit zelf wel geïndiceerd vinden (zij leggen veelal zelf de verwijzing bij de huisarts voor ter ondertekening). Indien er verwezen wordt is er veelal sprake van ernstige gedragsproblematiek en/of is er behoefte aan multidisciplinaire behandeling. Opvallende bevinding van de huisartsen is dat zij de medische zorg die zij aan de cliënten van Saffier De Residentiegroep leveren niet als veel anders ervaren dan welke zij bieden aan overige ouderen in hun huisartsenpraktijk. De huisartsenpost (SMASH) is nauwelijks ingeschakeld en de verwijzing naar ziekenhuisspecialisten is minimaal.

Productieafspraken en declaraties

Aangezien de SO (nog) geen eigenstandige betaaltitel in de ZVW heeft en aard en type behandeling door overige behandelaren in de pilot (waaronder mediatieve behandeling bij gedragsproblematiek) veelal niet voldoet aan de vigerende criteria en voorwaarden die de ZVW stelt, heeft Saffier De Residentiegroep, bij declaratie van Wlz-zorg zonder behandeling, voor de behandeling in 2016 aanvullende productieafspraken met het Zorgkantoor gemaakt op basis van de beleidsregel CA-BR-1610b, Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2016. Hierbij worden de volgende prestaties onderscheiden: H335 voor behandeling SO, H329 voor behandeling gedragswetenschapper en H330 voor paramedische behandeling. Daar waar mogelijk wordt de behandeling door de gedragswetenschappers en de paramedici (met name fysiotherapeuten) gedeclareerd via de ZVW. Dit geldt in het bijzonder voor de doelgroep Chronische Somatiek.

De praktijk leert onder andere dat de veelheid aan financieringsstromen, de complexiteit van declaratiemogelijkheden en de ondoorzichtigheid van systemen van verantwoording mede maken dat de daadwerkelijke kosten van de behandeling niet geheel kunnen worden weggestreept tegen de opbrengsten.



Knelpunten

Het moge duidelijk zijn dat de veelheid van en de diversiteit aan financieringsstromen zoals hierboven is beschreven, met ieder een andere en eigen ontstaansgeschiedenis, niet geheel passend is binnen de visie van Saffier De Residentiegroep (het slechten van de muren tussen intra- en extramuraal en het normaliseren van zowel het wonen als de behandeling bij specifieke doelgroepen).

Stel je voor een hypothetische cliënt, de heer X. De heer X is tot aan zijn pensioen werkzaam geweest als boekhouder bij een grote organisatie. Daarna heeft hij nog vele jaren met zijn echtgenote kunnen genieten van een welverdiend pensioen. De CVA die de heer X op 77 jarige leeftijd doormaakte veroorzaakte een kentering in zijn leven. De ontstane handicap maakte dat, t.g.v. een toegenomen zorgbehoefte, inhuizing in een verpleeghuis uiteindelijk nodig leek. De heer X verbleef tot aan zijn overlijden nog twee jaar in een verpleeghuis op een afdeling NAH. De medische behandeling werd vanaf inhuizing per direct overgenomen van de huisarts door de SO, welke op zijn beurt voortaan zorgdroeg voor doorverwijzing naar aanvullende disciplines. Financiering vond vanaf dat moment plaats vanuit de Wlz (i.p.v. de ZVW). Hoe logisch is dit?

Saffier De Residentiegroep is van mening dat ook bij zwaardere pathologie en functionele beperkingen op oudere leeftijd zo veel mogelijk de reguliere systemen (dicht bij de cliënt) gevolgd zouden moeten worden. Het nochtans wonen in een verpleeghuis voor een beperkt aantal jaren is in feite een normale en in de levensloop passende gebeurtenis en is zeker geen onvoorziene en niet te verzekeren event (basisassumptie van voormalige AWBZ; bij Wlz ligt accent ook op maatschappelijke verantwoordelijkheid en participatie).

In dit kader zou het dan ook logisch zijn dat de bewuste heer X, met inachtneming van zijn handicap, zou verhuizen naar een meer geclusterde woonvorm met zorg en behandeling naar behoefte dicht in de buurt. De huisarts zou hier 'gewoon' blijven zorgdragen voor de algemene medische zorg en daar waar de huisarts in overleg met de cliënt (en/of mantelzorger) zou vinden dat aanvullende behandeling door de SO (en/of andere behandelaar) nodig is i.v.m. eventuele complexe comorbiditeit, zou doorverwijzing naar de 1e lijn mogelijk moeten zijn. Hetzelfde principe zou hier moeten gelden als wat nu gewoon is bij doorverwijzing door de huisarts naar een medisch specialist in de 2e lijn.

In feite sluit het recente adviesrapport 'Extramurale behandeling ontleed' van Zorginstituut Nederland hier mooi op aan. In dit rapport wordt de mogelijkheid van zorg door de SO binnen de ZVW beschreven. De (medische) zorg voor de heer X zou in de ogen van Saffier De Residentiegroep, zonder enige restricties, niet anders moeten zijn dan in het genoemde rapport is beschreven.

Oplossingsrichting

Gezien bovenstaande is een eigenstandige betaaltitel voor de SO in de ZVW wenselijk. Daarbij behoeven de prestaties van overige paramedische en psychosociale behandelaren in de ZVW enige aanpassing.



Discussie

Wat interessant is dat vanuit een bestaand kader, vanuit een moderne visie op zorg, werkt vanuit de vragen wat doe je eigenlijk? En waarom doe je dat eigenlijk? Er was altijd een SO op de afdeling, die 24 uur beschikbaar was, nu is er een huisarts, die is er minder. Ook hier gaat het om normaliseren: de huisarts wil niet een vast spreekuur draaien. Nadeel is dat een SO niet aan preventie kan doen. Een HAP heeft afspraken met Saffier, daarbij was er vooraf angst dat er veelvuldig een beroep op gedaan zou worden, dit is niet het geval. Ook gaan cliënten niet vaker naar de SEH.

In de pilot gaat het om 29 bewoners met een ZZP5 of hoger. Huisartsenpraktijk neemt de zorg over, en schakelt de SO aan wanneer nodig. Dus de huisarts komt op bezoek naar Wlz-indicatie cliënt zonder behandeling. Het is nu nog aan elkaar wennen. Er wordt nog best weinig doorverwezen, waarom kan ook zijn omdat de huisarts niet weet waarvoor. Nu financieren wij de behandeling via de beleidsregel modulaire zorg.

De overgang van Zvw naar Wlz is meer dan symbolisch. Voortgang vanuit oude situatie. Bovendien doet het een ander beroep op je eigen bijdrage en inzet van eigen vermogen. Deze manier van organiseren maakt het ook mogelijk om keuzevrijheid van andere behandeling aan te vragen. Idealiter in de eigen wijk, daarmee houd je de dagbesteding in de WMO en zou de zorg vanuit de Zvw bekostigd kunnen worden. “Je gebruikt je hele leven al de Zvw, waarom voor die laatste 2 jaar dat veranderen?” Hoe vertaalt zich dit naar de rol van de verpleging? Daar zit veel potentie als substitutie van SO en HA. Gespecialiseerd verpleegkundige kan veel daarvan doen. Wanneer er doorverwezen wordt naar de SO gaat het om teambegeleiding en gedragsproblematiek. Er zou meer dan nu doorverwezen kunnen worden, het is per arts verschillend. De verpleging is een belangrijke factor, cliënt voert regie, al dan niet met familie.

Uitgangspunt eerst doen zoals we het gewoon zijn te doen. En van daaruit opbouwen/uitbouwen. Zoveel mogelijk normaliseren. Het vraagstuk is dus wanneer de zorg opschaalt. Dit vraagt om bijscholing van de verzorger, bewoner en familie. Nu de SO die vaker langs kwam, niet meer zo vaak langs komt. Preventie is daarmee minder. Het bijzondere is dat ze de zorg als niet heel anders ervaren. Er is wel uiteindelijk een spreekuur ingelast.



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