

Jeroen Beljaars

specialist ouderengeneeskunde,
eerste geneeskundige van zorg-
organisatie de Zorgboog

Henri Plagge

arts M&G, MCM, voorzitter raad
van bestuur van zorgorganisatie
de Zorgboog

‘EERSTELIJNSVERBLIJF’ IS OPLOSSING VOOR NIET BESTAAND PROBLEEM

Kortdurende opname ouderen onnodig complex

In alle recente stelselwijzigingen bleek de voorziening ‘kortdurend verblijf’ over het hoofd gezien. En de pragmatische noodoplossing die daarop volgde, het zogenoemde ‘eerstelijnsverblijf’, dreigt nu uit te groeien tot een bureaucratisch monstrum.

Overal in Nederland is het al vele jaren mogelijk om patiënten kortdurend op te nemen in een verpleeghuis, verzorgingshuis of hospice. Verwijzing vindt doorgaans plaats door de huisarts, de wijkverpleegkundige of de casemanager dementie. Vaak gaat het om kwetsbare mensen, op een gevorderde leeftijd. De betaling van deze zorg was tot 1 januari 2015 grotendeels geregeld vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), met als enige uitzondering de (geriatrie) revalidatiezorg, die enkele jaren geleden onder de Zorgverzekeringswet is gaan vallen. Vanaf 1 januari is er een ingewikkelde driedeling ontstaan (zie *kader rechts*) waarbij kortdurende opnames soms de verantwoordelijkheid zijn van de zorgverzekeraar (Zorgverzekeringswet), soms van het zorgkantoor (Wet langdurige zorg) en soms van de gemeente (Wet maatschappelijke ondersteuning). Op grond van een Haagse denkfout wordt nu ook nog het zogenaamde ‘eerstelijnsverblijf’ geïntroduceerd: een oplossing voor een niet bestaand probleem met als consequentie complexe regelgeving die niet aansluit op de praktijk.

Tijdelijke opname

Er kunnen meerdere redenen zijn voor een tijdelijke opname in een verpleeg- of verzorgingshuis. Veelal betreft het kwetsbare ouderen die hier een beroep op doen. Dit kan gepland zijn of in de vorm van een crisisopname. Aanleiding is meestal de noodzaak van stabilisering van het kwetsbare evenwicht, veroorzaakt door ziekte of het wegvallen van het zorgnetwerk thuis. Tijdens een kortdurende opname wordt niet alleen medische zorg geleverd door de specialist ouderengeneeskunde, ook worden de cliënt en diens (woon)omgeving systematisch in kaart gebracht en daar waar nodig en mogelijk aangepast. Dit alles met als doel: snelle terugkeer naar huis. De expertise die de specialist ouderengeneeskunde heeft op het gebied van multimorbiditeit en van systematische, langdurige, multi-

disciplinaire zorg is van groot belang. Ervaring op dit terrein betekent meer inzicht in het bedenken van oplossingen die verantwoorde terugkeer naar huis mogelijk maken.

Ook in het kader van palliatieve zorg worden mensen van alle leeftijden tijdelijk opgenomen. Dit kan gebeuren op een palliatieve unit in een verpleeghuis of in een gespecialiseerd (high care) hospice. Deze hospices vormen doorgaans een belangrijk onderdeel van de regionale netwerken voor palliatieve zorg waarin wijkverpleegkundigen, huisartsen en specialisten samenwerken aan een goede palliatieve zorg. Hoewel het overlijden doorgaans de reden voor ontslag is, leert de ervaring dat een korte opname in een hospice ook gevolgd kan worden door een laatste periode thuis.

Vergeten

Een van de veranderingen bij de grote stelselwijzigingen is de omkating van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wet langdurige zorg (Wlz). Beide wetten lijken nogal op elkaar, maar de politiek heeft besloten dat de Wlz er alleen nog maar is voor mensen die langdurig veel intensieve zorg nodig hebben. De financiering van verpleeghuizen valt daardoor sinds 1 januari onder de Wlz. Medio 2014 werd echter duidelijk dat de beleidsmakers en politici een erg beperkt beeld hebben van de dagelijkse praktijk en ook niet de moeite hebben genomen om zich goed te laten informeren. Alle kortdurende

Het bleek voor
beleidsmakers een
te groot vraagstuk



Beleidsmakers hebben een erg beperkt beeld van de dagelijkse praktijk

HOLLANDE HOOGTE

REGELINGEN KORTDUREND VERBLIJF

Kortdurend verblijf in verband met medische noodzaak valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Gaat om medisch noodzakelijk verblijf, in verband met dreigend, acuut of manifest gezondheidsverlies. In 2015 is sprake van de Subsidieregeling eerstelijnsverblijf.

Logeeropvang, kortdurend verblijf of crisisopname op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz). Mensen die al een opname-indicatie voor de Wlz hebben maar nog thuis wonen, kunnen tijdelijk worden opgenomen, bijvoorbeeld ter ontlasting van de mantelzorg. Ook bij plotselinge verslechtering en een crisis kan een opname plaatsvinden ten laste van de Wlz, mits het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) achteraf vaststelt dat er terecht een indicatie is gesteld.

Respijtzorg ter ontlasting van mantelzorg zonder andere reden, valt onder de verantwoordelijkheid gemeente (Jeugdwet en Wmo). Doel: het ondersteunen van mantelzorgers van cliënten zonder een Wlz- of Zvw-indicatie voor tijdelijke opname.

verblijfsvormen bleken te zijn vergeten! Hierover heeft in 2014 al heel wat overleg plaatsgevonden, maar het bleek voor beleidsmakers een te groot vraagstuk. Daarom werden er noodverbandjes aangelegd, zoals een – tijdelijke – subsidie-regeling. Om het beleidsmatige onderscheid met de Wlz (langdurige zorg) te benadrukken, werd voor deze subsidie-regeling de term ‘eerstelijnsverblijf’ geïntroduceerd.

Eerstelijnsverblijf

In 2015 wordt deze subsidieregeling, die het Zorginstituut moet uitvoeren, gebruikt om de bestaande mogelijkheden voor kortdurend verblijf zeker te stellen.¹ Ook de Wlz blijft gelden, maar alleen nog voor crisisopnames, mits het centraal

De obstakels voor zorgverleners dreigen verder toe te nemen

indicatieorgaan achteraf de gestelde indicatie van de specialist ouderengeneeskunde goedkeurt. Tegelijkertijd is het Zorginstituut bezig om de definitieve regeling in de Zorgverzekeringswet voor te bereiden.² Maar, als gezegd, er was een belangrijk onderdeel van de gezondheidszorg voor een kwetsbare groep patiënten bij de stelselwijzigingen over het hoofd gezien. En vervolgens had Den Haag een tijdelijke subsidieregeling bedacht met een inhoudelijk sausje, namelijk ‘eerstelijnsverblijf’, zodat wordt verdoezeld dat er gewoon iets was vergeten. De gedachte die men hierbij lijkt te hebben is die van een soort ‘huisartsenbedden’, waarbij de huisarts verantwoordelijk is voor de medische zorg; dus indiceert, zorg draagt voor de diagnostiek, verantwoordelijk wordt voor de multidisciplinaire zorg en afspraken maakt met lokale verpleeghuizen voor het leveren van basiszorg en bedden. Bij een patiënt als genoemd in de casus hiernaast zal de huisarts ook nog de juiste financiering moeten regelen. Terwijl het probleem – het vergeten – uit het oog wordt verloren, gaat men bij het formuleren van een oplossing dus uit van het gelegde noodverband en borduurt men voort op de term ‘eerstelijnsverblijf’. Wij hebben hierbij niet de minste indruk dat daadwerkelijk is gekeken naar het veld. De complexiteit en de obstakels waartussen vele zorgverleners dagelijks moeten manoeuvreren dreigen verder toe te nemen: niet alleen in de financiering van de zorg, maar ook in heldere afgrenzing van verantwoordelijkheden. Het model van huisartsenbedden heeft in dunbevolkte landen misschien een meerwaarde, maar past niet bij het dichtbevolkte Nederland met al zijn voorzieningen.

Vindt de huisarts het wenselijk verantwoordelijk te worden gemaakt voor functionele diagnostiek en de daaruit voortvloeiende noodzakelijke interventies, die verantwoorde terugkeer naar huis mogelijk maken? Welk voordeel geniet de cliënt als de verpleging van een kortverblijfaanbieder met veel verschillende artsen te maken heeft? Wat vindt de inspectie die altijd aandringt op duidelijke

lijke verantwoordelijkheidstoewijzing van een dergelijke aanpak? En welke zorgaanbieder wil nog dag en nacht verpleegkundige zorg beschikbaar blijven stellen en organiseren als de verantwoordelijkheid voor de medische zorg en de verpleegkundige zorg wordt opgeknipt? Op dit soort complexiteit zit niemand te wachten die een patiënt snel (en bij voorkeur kort) wil laten opnemen. De kans is

CASUS: DE HEER F

De heer F, bekend met een alzheimerdementie, wordt op vrijdag aangemeld bij de specialist ouderengeneeskunde voor een crisisopname. Zijn echtgenote (mantelzorger) werd twee dagen daarvoor opgenomen in het ziekenhuis met een fractuur. Zij is inmiddels geopereerd, maar moet eerst klinisch revalideren alvorens teruggang naar huis verantwoord is. Aanvankelijk werd gedacht dat de heer zelfredzaam zou zijn; 48 uur later blijkt dit onhaalbaar. Na opname in het verpleeghuis wordt de heer systematisch in kaart gebracht. Op somatisch vlak is er sprake van beginnende dehydratie, decubitus graad I (voet) en conjunctivitis. Mits adequaat gestuurd is zijn zelfzorg nog redelijk intact. Nachtelijk is de heer incontinent. Ganganalyse laat zien dat de heer evenwichtsstoornissen heeft. De kracht in zijn benen is minder dan gemiddeld. Er blijkt eveneens sprake te zijn van een intermitterend delier. Het echtpaar woont in een appartement, heeft geen kinderen; een nicht woont in de buurt.

Gedurende de daaropvolgende drie weken vindt snel herstel plaats van zowel het delier als de dehydratie middels dagstructuur, het op gezette tijden aanbieden van maaltijden en een lage dosering haldol. Nieuw schoeisel wordt aangeschaft ter preventie van de decubitus; nachtelijk wordt de hak vrij gelegd. De fysiotherapeut weet zowel zijn conditie als kracht in zijn benen te verbeteren,

de evenwichtsstoornissen houden echter aan. Voor een veilige mobiliteit is gebruik van een rollator noodzakelijk. Deze wordt aangeschaft door de nicht. Nog voor teruggang naar huis wordt hiermee geoefend op de afdeling. Een paar kleine aanpassingen in het appartement vinden plaats, op advies van de ergotherapeut. Kleedjes worden verwijderd, beugels worden geïnstalleerd op badkamer en toilet en een toiletverhoger wordt gehaald.

Sturing tijdens de zelfzorg blijft wenselijk; daarom wordt bij ontslag tweemaal daags wijkverpleging geregeld. Het incontinentiemateriaal voor de nacht is aangepast. De nicht schrijft het echtpaar in voor een maaltijdvoorziening. Zij blijft de boodschappen doen voor het echtpaar. Drie weken later gaat de heer terug naar zijn woning. Zijn echtgenoot is twee dagen eerder ontslagen van de geriatrische revalidatieafdeling.

Na invoering van de gewijzigde regelgeving zouden patiënten als de heer F geheel onder de verantwoordelijkheid van de huisarts blijven vallen. Deze zal eerst moeten zorgen dat een opname met 7x24-uursverpleging, ergens geregeld kan worden. Hij moet, na bepaling van het doel van opname, de financiering regelen met de gemeente en/of de zorgverzekeraar. Vervolgens is hij verantwoordelijk voor de organisatie en uitvoering van de beschreven multidisciplinaire zorg.

groot dat door deze complexiteit gekozen wordt voor het eenvoudige alternatief; een crisisopname in het ziekenhuis via de SEH. Hierbij is dan op voorhand duidelijk dat geen optimale zorg kan worden geboden en de kosten veel hoger zijn.

Welk probleem?

Uitgaande van het probleem dat er is, hoeft alleen weer een adequate financiering geregeld te worden voor kortdurend verblijf, maar nu binnen de Zorgverzekeringswet. Verblijf in verband met geneeskundige zorg is al een verstrekking in de zorgverzekering. Dat geldt ook voor de verpleging en verzorging die daarbij nodig zijn. Het is daarom vrij eenvoudig om, net zoals enkele jaren geleden voor de

revalidatie is gebeurd, een of meer tarieven (DOT's) te maken op basis waarvan gedeclareerd kan worden bij de zorgverzekeraar. Dit sluit dan prima aan bij de bestaande praktijk, waarbij huisarts en wijkverpleegkundige samenwerken en indien nodig verwijzen naar de specialist ouderengeneeskunde. Verantwoordelijkheden voor medisch beleid en zorg blijven eenduidig geregeld en er hoeven niet allerlei nieuwe regels te worden gemaakt over vragen als: wie betaalt de geneesmiddelen en de verbandmiddelen? Ook bij crisisopname vindt de opname plaats onder de Zorgverzekeringswet. Iedereen die werkt in de gezondheidszorg heeft te maken met veel complexiteit in regels. Wij zijn van mening dat vaak over-

heidsbeleid wordt gemaakt dat niet aansluit bij de ervaringen van de medicus practicus en de verpleegkundigen. Een rationalisatie van de beleidsvorming in Den Haag en alle ambtelijke instituten is nodig. Dit begint met de vraag: welk probleem moeten we nu eigenlijk oplossen om de praktijk zijn werk te laten doen? ■

contact

Henri.plagge@zorgboog.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

lezersoproep

SPECIAL
SPORT



Sportieve artsen in beeld

Stuur uw foto in

Voor het themanummer over sport, dat deze zomer verschijnt, zijn we op zoek naar foto's van artsen die deelnemen aan een sportevenement om een goed doel te ondersteunen. Dus heeft u de afgelopen jaren meegedaan aan de Roparun, Alpe d'HuZes, Amsterdam City Swim, Run for Kika of een andere sportieve inzamelingsactie? Stuur ons dan een foto van uzelf tijdens het evenement. De mooiste foto's plaatsen we in het sportnummer van Medisch Contact. Een bredere selectie publiceren we online.

Stuur vóór **15 juni** uw foto naar:
sponsorsportfoto@medischcontact.nl.
Minimaal 2 MB jpg. Vermeld uw naam, functie/
specialisme en uw leeftijd, de naam en datum
van het evenement, het goede doel, uw
prestatie. Een anekdotische beschrijving (max
100 woorden) van de ervaring is ook welkom.