

SAMENWERKEN

dr. Ellen Vreeburg
specialist ouderengeneeskunde
en kaderarts geriatrische
revalidatiezorg Vivium
Naarderheem

Aafke de Groot
specialist ouderengeneeskunde
en kaderarts geriatrische
revalidatiezorg Vivium
Naarderheem

Joke Lanphen
huisarts en staflid GH0-
GO gemeenschappelijke
huisartsenorganisatie Gooi en
omstreken

Willy Maarschalkerweerd
klinisch geriater ziekenhuis Tergooi

SAMENWERKING ZORGT VOOR JUISTE PATIËNT OP JUISTE PLEK

Eerstelijnsverblijf begint vorm te krijgen

In de regio Gooi en Vechtstreek werken huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en specialisten uit ziekenhuis Tergooi intensief samen als het gaat om de zorg voor kwetsbare ouderen. Met de komst van het eerstelijnsverblijf (ELV) is die samenwerking verder doorontwikkeld.



GETTY IMAGES

Sinds begin dit jaar is er weer structurele financiering van het, twee jaar lang verwaarloosde, eerstelijnsverblijf. Hierbij is het de behandelend arts die de patiënt verwijst. Afhankelijk van de verblijfplaats van de patiënt is dat de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde of de specialist uit het ziekenhuis. Het is dus noodzakelijk hier met alle (verwijzende en ontvangende) partijen goede afspraken over te maken.

Het ELV kent drie categorieën: laagcomplex, hoogcomplex en palliatief. Veelvoorkomende aanleidingen voor ELV laag- en hoogcomplex zijn: valgevolgen en conditieverlies na infectie of andere medische indicatie. Opname in het ELV is kortdurend; op korte termijn is herstel met terugkeer naar huis te verwachten, of de levensverwachting is korter dan drie maanden in het ELV palliatief.

Afwegingsinstrument

Het landschap van zorg en tijdelijk verblijf is door de stelselwijzigingen behoorlijk ingewikkeld geworden. Daarom is een afwegingsinstrument ontworpen voor verwijzers. Artsen kunnen de beslisboom gebruiken om te beoordelen wat de best passende zorg is, gegeven de actuele zorgvraag, de prognose en situatie van de patiënt.¹ Dat lijkt heel simpel, maar kan lastig zijn als je niet thuis bent in al deze verschillende zorgvormen en regionale mogelijkheden.

Bij het verwijzen naar het ELV moeten andere – lichtere – vormen van zorg niet mogelijk zijn. Als de patiënt al een Wlz-indicatie heeft, wordt deze omgezet in tijdelijke opname. ELV laagcomplex is bedoeld voor patiënten die wel 24-uurszorg nodig hebben, maar bij wie er geen multidisciplinair team onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde nodig is. Als dat wel zo is, dan is sprake van ELV hoogcomplex. Indien er een revalidatiebehoefte bestaat, is ELV niet passend. De maximale hoeveelheid behandeling in het ELV hoogcomplex bedraagt 1,5 per week, inclusief de 24-uurs medische zorg. Als er meer nodig is en de patiënt gemotiveerd en belastbaar genoeg is, dan is geriatrische revalidatiezorg

Er moet ook nagedacht worden over het scholen van zorgmedewerkers en behandelaren

meer passend. Als terugkeer naar huis na ELV niet lukt, dient een indicatie voor langdurige zorg (Wlz) aangevraagd te worden. ELV palliatief wordt geboden in de hospices of op terminale zorgbedden in verpleeghuizen.

In het ELV laagcomplex is meestal de huisarts hoofdbehandelaar en in het ELV hoogcomplex de specialist ouderengeneeskunde. ELV-opnames zijn bijna altijd in de avond-weekend-nacht (ANW)-uren. Dit stelt eisen aan de ELV-zorgaanbieders. Denk bijvoorbeeld aan het kunnen starten van een elektronisch zorgdossier, het leveren van spoedmedicatie, en het inzetten van een bedalarm of andere hulpmiddelen. Kortdurende zorg gericht op terugkeer naar huis vereist een andere manier van werken dan woonzorg. Daarom moet ook nagedacht worden over het scholen van de zorgmedewerkers en behandelaren. Deze zorg kan dus niet zomaar op iedere locatie worden georganiseerd.

Telefonische triage

Ondanks het afwegingsinstrument komt de (huis)arts er niet altijd uit. Het blijkt in de praktijk lastig om de juiste afweging te maken in een spoedsituatie. Daarom hebben de artsen in onze regio afgesproken dat er een telefonische triage door de specialist ouderengeneeskunde plaatsvindt vóór opname in het ELV. Zo komt de patiënt met zijn specifieke zorgvraag direct op de juiste plek. Als het kan, blijft de patiënt met extra zorg thuis, en soms blijkt een spoed-Wlz-opname het meest passend.

Via het telefoonnummer van de dienstdoende specialist ouderengeneeskunde kunnen huisartsen en andere verwijzers,

zoals de SEH, overleggen. De dienstdoende specialist ouderengeneeskunde is dus 24/7 via één nummer rechtstreeks bereikbaar voor telefonische triage. Huisartsen en artsen op de SEH zijn tot nu toe erg blij met deze dienstverlening. Het is mooi om te merken dat door een kort collegiaal overleg snel duidelijk wordt welke zorgvraag er is en welk ‘bed’ passend.

Beschikbaarheid

Als duidelijk is welke zorg en behandelvraag de patiënt heeft, is het ook belangrijk dat de patiënt zo snel mogelijk kan worden opgenomen. Inzage in beschikbaarheid van plaatsen is dus essentieel. Als zorgorganisaties bereid zijn samen te werken, voorkomt dit dat de verwijzend arts eindeloos moet rondbellen. In de regio Gooi en Vechtstreek hebben de vier zorgorganisaties die ELV bieden, samen de al bestaande website verwijshulp.nl ingericht, waarop 24 uur per dag inzage is in beschikbare GRZ-, ELV- en Wlz-bedden. Op deze website zijn ook de werkafspraken uit de regio, een voorbeeldbehandelplan voor huisartsen in het ELV laagcomplex en een triageformulier voor de dienstdoende specialist ouderengeneeskunde te vinden.

Al deze afspraken zijn inmiddels operationeel, tot tevredenheid van verwijzers. Er is in de afgelopen drie maanden slechts een enkele keer geen beschikbaar bed geweest. Op zo'n moment bekijken verwijzend arts en specialist ouderengeneeskunde gezamenlijk wat de beste optie is: verwijzen naar een aanpalende regio, of het ziekenhuis als ‘last resort’. Huisartsen ervaren het gezamenlijk afwegen met de specialisten ouderengeneeskunde als nuttig. Wat nog ontbreekt, is inzage in beschikbare acute thuiszorg; hier wordt nu over nagedacht. In onze regio kennen wij geen verstopte SEH en slechts sporadisch ten onrechte opgenomen kwetsbare ouderen. Het transparante en snelle verwijssysteem draagt volgens ons werkelijk bij.

Vast tarief

Het ELV heeft een integraal tarief voor zorg en behandeling, afgeleid uit de vroegere Wlz-tarieven.² Dit zijn tarieven

voor chronische zorg, die dus niet ingesteld zijn op de inzet van behandelaars en verzorgenden met als doel snelle terugkeer naar huis. Juist opname en ontslag zijn intensieve zorgfasen en vergen veel personele uren. Ook is er soms meer nodig, bijvoorbeeld het doen van een cognitief onderzoek naar dementie. Zo'n 'diagnostisch ELV' kan soms heel wenselijk zijn. Wij pleiten dan ook voor een vast tarief voor verblijf en verpleging (dagprijs) en om alle behandelingen op basis van reguliere eerstelijnsprestaties te financieren. Dat is meer passend in de geest van de zorgverzekeringswet.

Een andere omissie is dat de specialist ouderengeneeskunde in het ELV laag-complex (waar de huisarts doorgaans de hoofdbehandelaar is) geen consulten mag declareren. Dit lijkt een ongelijkheid in toegang tot soms noodzakelijke zorg. Op dit moment onderzoekt de Nederlandse

Zorgautoriteit (NZa) samen met ActiZ en Verenso of er een andere bekostiging van het ELV dient te komen.

Onnodige belasting

Als er kort na opname in het ELV toch sprake blijkt te zijn van een revalidatiebehoefte, kan revalidatiezorg niet worden ingezet. Volgens de aanspraak GRZ moet er namelijk voorafgaand aan de revalidatie een ziekenhuisopname zijn geweest of een beoordeling door de klinisch geriater zijn gedaan. Als de patiënt al helemaal in kaart is gebracht door de specialist ouderengeneeskunde in het ELV is de gang naar de SEH of de geriater niet alleen verspilling van geld, maar vooral een onnodige belasting voor de (vaak kwetsbare) patiënt. Op sommige plekken is al georganiseerd dat de klinisch geriater hiervoor naar het verpleeghuis komt (zie artikel van Achterberg e.a. op blz. 12), maar de noodzaak blijft onduidelijk. Een

verandering in de wetgeving over deze aanspraak is dan ook noodzakelijk. Het organiseren van ELV vereist een gedegen samenwerking tussen zorgverleners en bestuurders van zorginstellingen. Overgangen van zorg zijn ingrijpend voor patiënten en hun directe omgeving. Daarom zijn de afspraken over hoe we dit stroomlijnen essentieel. Wij denken in onze regio een mooie stap te hebben gezet. ■

contact

e.vreeburg@vivium.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

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

PRAKTIJKPERIKEL

LEVE DE TRAPLIFT!

Ze is 88 en nog zo kwiek als wat. Alleen het lopen gaat lastig. Haar enkel laat het afweten: artrose na een eerdere fractuur. Daarvoor haalt ze elke drie maanden een spuit bij de orthopeed, zodat ze weer even uit de voeten kan. Helaas helpt het maar een beetje.

Zeker de steile trap in haar huis komt ze met moeite op en af. Het gaat bijna niet meer. Een bed beneden zou kunnen, maar de badkamer is boven. En wassen bij de gootsteen: daar past ze voor. Bovendien is ook haar atelier boven, haar lust en haar leven waar ze menig uurtje spendeert, dromerig over de weilanden kan kijken en vele schilderijen maakt. Ze vraagt een traplift aan bij de gemeente. Die weigert vriendelijk doch beslist. Ze kan beter in een gelijkvloerse woning gaan wonen, tussen de bejaarden. Maar dat weigert ze: zo oud is ze immers niet. Daar komt bij: ze woont hier al 63 jaar, was de eerste bewoonster en heeft hier haar dochter gekregen. Nee, ze gaat hier alleen tussen vier planken weg.

Ze wordt boos over zoveel onrecht en vecht voor wat ze waard is. Keer op keer wimpelt de gemeente haar bezwaar echter af. Ze vraagt of ik niet een briefje wil schrijven?

Geheel tegen mijn gewoonte in stem ik toe. Ik ben teleurgesteld dat de gemeente niet mee wil werken in het sterker en zelfstandiger maken van haar burgers. We spreken af samen een taartje te gaan eten als er een traplift komt. Helaas raakt de gemeente mijn brief kwijt, en komt er geen traplift. Een kopie gestuurd. Nog steeds blijft het stil. Dan ineens is het mirakel geschied en gaat de gemeente alsnog akkoord. Waarom? De procedure heeft bijna anderhalf jaar geduurd. Misschien heeft het eindeloos zeuren en bellen effect gehad? We malen er niet om.

Ik kom mijn belofte na en kom haar traplift bewonderen. Ze is supertrots en straalt van oor tot oor. Ze schenkt koffie in met slagroom en ik krijg een enorme taartpunt. Ze laat mij haar schilderijen zien en ik ben oprecht diep onder de indruk. We praten over haar overleden man, over haar wens tot een groot gezin, iets wat haar niet gegeven was. En we kletsen over verliefd zijn. Ze heeft net een blauwtje gelopen bij een man van de bridgeclub. Maar niet getreurd: er komt vast wel een ander.

We nemen weer afscheid, een druk middagspreekuur wacht op mij. De glimlach blijft de hele middag hangen.