

Aanvullend informatie van Stichting MESO (Multidisciplinaire Eerstelijns Ouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde) op de beantwoorde vragen uit brief van mevr. Van Ark

Met belangstelling hebben we kennisgenomen van uw brief met Kenmerk 1798592-215729-LZ
In deze bijlage geven we toelichting op de beantwoording van uw vragen.

We onderschrijven de noodzaak om de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de MGZ voor ouderen (en vg) beter te faciliteren. Daarbij willen we graag onze kennis en ervaringen inbrengen vanuit ruim 10 jaar ervaring met Stepped Care eerstelijnsouderenzorg aan ouderen met en zonder wlz-indicatie door huisartspraktijken, SO's en het lokale netwerk.

Wij willen u uitnodigen om de problematiek vanuit de behoefte van de patiënt (met en zonder wlz-indicatie) te benaderen en van hieruit te onderzoeken welke regel- en declaratiesystemen daar dan het beste bij passen.

Patiënten reis

Ons pleidooi is daarmee om deze huidige problematiek van beschikbaarheid van MGZ te bezien vanuit **de kant van de patiënten reis**. In ons antwoord concentreren we ons op de problematiek van de oudere maar er zijn vergelijkingen mogelijk m.b.t. de problematiek van verstandelijk gehandicapten.

De huisarts: stap 1

De huisarts is de geneeskundige die langdurig en continue medische zorg verleent aan haar of zijn patiënten (vanuit de zvw). Deze vorm van zorg met de huisarts als generalistische en continue medisch raadvrouw of man, wordt door patiënten hoog gewaardeerd. De positie van de huisarts als poortwachter naar complexere en duurdere zorgvormen staat niet alleen in Nederland voor doelmatige zorg, maar staat wereldwijd in hoog aanzien. Patiënten worden ouder en krijgen te maken met veroudering en daarmee samenhangende klachten en aandoeningen. Het grootste deel van deze (complexe) klachten en aandoeningen bij ouderen kunnen prima door de huisarts zelf behandeld worden. We noemen dit stap 1 in de stepped care ouderenzorg.

De praktijkondersteuner: stap 2

Wanneer de kwetsbaarheid van ouderen toeneemt en meer zorg nodig is, kan de praktijkondersteuner ouderen of wijkverpleegkundige worden ingeschakeld. Dit is stap 2.

De SO-er consulteren: stap 3

Wanneer POH-O en/of de wijkverpleegkundige en huisarts er samen niet uitkomen, kunnen zij een specialist ouderengeneeskunde consulteren, stap 3.

Verwijzen naar de SO: stap 4

Stap 4: Blijkt de situatie te complex voor behandeling vanuit de huisartsenpraktijk, dan kan de huisarts naar een praktijk ouderengeneeskunde onder regie van de SO verwijzen. De arts en verpleegkundige van de praktijk ouderengeneeskunde bezoeken de ouderen thuis, maken een behandelplan, bespreken dat met de huisarts, patiënt en mantelzorgers en in een Multi Disciplinair Overleg met de betrokken hulpverleners. Zij voeren het behandelplan zelf uit in samenwerking met

alle eerstelijnszorgverleners en betrokkenen uit het sociale domein die elk een onderling afgestemd stukje bijdragen aan het gewenste eindresultaat.

Gemiddeld behandelt en begeleidt de praktijk ouderengeneeskunde zes maanden mee, aanvullend aan de huisarts, die hoofdbehandelaar blijft en nog beschikbaar blijft voor de reguliere huisartsgeneeskunde. Wanneer een nieuw evenwicht is bereikt en het voor de ouderen en steunsysteem duidelijk is wat zij -ook in de toekomst- kunnen verwachten, wordt de oudere weer volledig terugverwezen naar de huisarts.

Ervaringen en resultaten

Bovenstaande werkwijze blijkt voor de huisartspraktijken haalbaar, motiverend, ontlastend, voorkomt crisissituaties en maakt optimaal gebruik van beschikbare kennis, kunde en capaciteit van huisarts en SO. Ook blijkt door deze werkwijze de oudere langer thuis te kunnen wonen met meer welbevinden tegen lagere kosten (zie Herma Barnhoorn en Ester Bertholet, Kernelementen en resultaten van multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde in Velp. *Bijblijven* (2015) 31: 900-914).

Wat werkt?

MGZ in de eerste lijn is in Nederland al decennia goed en doelmatig belegd bij de huisartsen. Via de HDS is ook de MGZ in de anw gegarandeerd. MGZ voor ouderen (en vg) was in het verleden goed en doelmatig belegd bij SO's (en AVG-artsen) in instellingen.

Om meerdere redenen wonen steeds meer ouderen ook met hoog-complexe problematiek, (langer) thuis of in kleinschalige woonvormen. De huisartsgeneeskunde is onvoldoende toegerust om de specifieke en hoog-complexe problemen van kwetsbare ouderen te diagnosticeren, te behandelen en te begeleiden.

We hebben de afgelopen ruim 10 jaar ervaren dat via enige uitbreiding in de huidige zvw bovenstaande werkwijze goed is te financieren. En dat deze werkwijze ook kan worden toegepast in kleinschalig wonen en bij ELV. En wij zien mogelijkheden een dergelijke werkwijze met enige aanpassing ook uit te breiden naar de intramurale ouderengeneeskunde.

Huisartsen kunnen vanuit de zvw stap 1 en 2 van de ouderenzorg leveren. Voor stap 3 is een consulttarief voor de SO nodig, zoals nu opgenomen in de GZSP. De zorgverzekeraars verbinden aan de contractering van het SO-consult echter voorwaarden die het voor samenwerkingsverbanden van SO's erg lastig maakt om deze zorg te contracteren en die ook nooit voor huisartsgeneeskunde hebben gegolden.

Wat is er nodig voor een goede patiënten reis?

- ✓ MGZ in het kader van de GZSP die onder dezelfde voorwaarden gecontracteerd kan worden als de MGZ in het kader van huisartsenzorg: geen verplichting een WTZi-instelling te zijn, geen eigen risico of eigen bijdrage;
- ✓ Een integraal tarief nodig voor diagnostiek en (coördinatie van) de behandeling om de situatie van ouderen met (hoog)complexe problematiek op een hoger plan te brengen;
- ✓ Een heldere taakverdeling: de huisartspraktijk zorgt voor huisartsgeneeskundige zorg en de SO voorziet in consultatie of tijdelijke medebehandeling.

De praktijk leert ons dat dit goed werkt: we kunnen doelmatig zijn, we kunnen het werkplezier van artsen verhogen en jonge artsen een aantrekkelijk beroepsperspectief bieden.

Ouderen hoeven geen afscheid te nemen van hun eigen huisarts, met wie ze een vaak langdurige

vertrouwensrelatie hebben opgebouwd en krijgen tijdelijk te maken met een medebehandelaar, die werkt op verwijzing van en in samenwerking met de eigen huisarts, die beiden hetzelfde verhaal vertellen.

Aanvullend zien we meer mogelijkheden

Huisartsen en HDS-sen zijn in staat 24/7 uurs huisartsgeneeskundige zorg te leveren aan alle patiënten tot een bepaald niveau aan complexiteit en specialisme van de problematiek. Indien de huisartsen ondersteuning nodig hebben van een SO, kunnen zij in de regio een SO benaderen die dienst heeft. Dat hoeft niet per se een SO van de praktijk te zijn; indien het beleid en de verwachtingen met de patiënt helder zijn besproken en verwoord, kan elke collega-SO dit overnemen. Deze dienstdoende collega-SO zou overigens ook heel goed op de HDS-sen aanwezig kunnen zijn, waar zij samen met de huisarts en geriatrieverpleegkundige de zorg voor de oudere patiënten in ANW-uren samen continueren. Eén dienstdoende SO kan dan voor een grotere regio dus voor meerdere collega-SO's de ANW-uren invullen.

Intramuraal is de populatie vaak veel homogener dan in de eerste lijn. Diagnostiek op grote ziektebeelden als 'dementie' en 'Parkinson' is vaak al gedaan (en uitgevoerd om tot een indicatie voor verblijf te komen). Een hoog opgeleide verpleegkundige of geriatrisch verpleegkundig specialist kan een groot deel van de dagelijkse werkzaamheden overnemen, die nu door SO's worden uitgevoerd. Ook in die situatie zou de SO heel efficiënt op consultbasis of voor tijdelijke verwijzing voor een integraal traject diagnostiek en (coördinatie van) de behandeling kunnen worden ingezet, vanuit dezelfde tarieven in de zvw.

Het is zelfs denkbaar dat de huisarts net als in de eerste lijn met de SO samen een duo vormt en de werkzaamheden vergelijkbaar verdeelt als in de thuissituatie.

De financiering voor al deze vormen zou in eenvoudige wet- en regelgeving bepaald moeten kunnen zijn.