

Knelpunten in de zorg, die door het Ouderenberaad Zuid-Holland Noord worden gesignaleerd, in het kader van de zorgverzekeringswet

1. Inleiding

Door het Ouderenberaad Zuid Holland Noord is deze lijst met knelpunten met betrekking tot de zorgverzekeringswet opgesteld. Het betreft een momentopname van juni 2016.

In dit document wordt kort de zorgverzekeringswet beschreven en de relatie met de Wet Langdurige Zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning. Vanwege de veelheid van onderwerpen wordt de prioriteitsstelling van het ouderenberaad vermeld.

Per onderwerp wordt het knelpunt met name gericht op ouderen genoemd met zo mogelijk een voorbeeld uit de praktijk en eventueel een oplossing. Niet altijd is een heldere oplossing te noemen. Het is van belang hiervoor verbeteringen aan te dragen.

Niet alle aangedragen knelpunten hebben direct met de uitvoering te maken. Het zijn wel zaken die onder de aandacht van het landelijk beleid kunnen worden gebracht.

2. De zorgverzekeringswet

In het basispakket zorgverzekering 2016 zijn onder meer opgenomen: geneeskundige zorg door huisartsen, medisch specialisten en verloskundigen; verblijf in het ziekenhuis; wijkverpleging (inclusief het persoonsgebonden budget (pgb) voor wijkverpleging); medicijnen; hulpmiddelen voor behandeling, verpleging, revalidatie, verzorging of een specifieke beperking (niet rollators en andere eenvoudige loophulpmiddelen); ziekenvervoer; revalidatiezorg voor ouderen (geriatrische revalidatiezorg). Zie de bijlage voor de volledige lijst.

In aanvulling daarop kunnen aanvullende verzekeringen worden afgesloten met diverse vergoedingen. Deze vergoedingen zijn niet bij deze inventarisatie betrokken omdat het daarbij gaat om een breed aanbod van voorzieningen afhankelijk van de eventuele individuele pakketkeuze. Eventueel kan dit in een volgend stadium hieraan ook aandacht worden geschonken.

Hoewel de aandacht gericht is op het basispakket van de zorgverzekering wordt in voorkomende situaties door het Ouderenberaad een relatie gelegd met de Wet langdurige zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning.. Daarbij komt als knelpunten naar voren:

2.1 De afstemming en samenwerking tussen de betrokken partijen (zorgverzekeraar, zorgkantoor en de gemeente). Voor de verzekerde (en zeker veel ouderen) is onduidelijk wat waar wordt verstrekt en welke bijdrage daarvoor wordt gevraagd. Zoals bij:

- de dagbesteding voor cliënten met dementie. Het transport erheen/naar huis, de eigen bijdrage voor de dagbesteding, de fysiotherapie en eventuele ergotherapie bij de dagbesteding.
- Intensieve zorg thuis, huishoudelijke hulp, wijkverpleging en aanvragen van verpleeghuisindicatie.
- Het keukentafelgesprek.

Een sluitend overzicht van voorzieningen en voorlichting hierover is nodig in bijvoorbeeld de vorm van een brochure, die specifiek gericht is op ouderen. Het Ouderenberaad kan hieraan een bijdrage leveren

2.2. Belangrijk is dat de zorg aansluit bij de cultuur van patiënt en familie. Daarbij speelt ook mee dat veel allochtone ouderen het Nederlands slecht beheersen en mede daardoor de informatie over ziekte en behandeling niet begrijpen. Ook bij slecht nieuwsgesprekken is hiervoor extra aandacht nodig.

3. Onderwerpen

3.1 Dementie

Het casemanagement dementie wordt erg gemist. De Casemanager Dementie blijft de cliënt met dementie en de betrokkenen gedurende het hele ziekteproces begeleiden in de thuissituatie. Zij kent namelijk de vele mogelijkheden op het gebied van zorg en ondersteuning in de regio en wijst daarin de weg en waar nodig biedt zij ondersteuning. Zij geeft advies, informatie en ondersteuning

- inventariseert de zorgbehoefte en geeft begeleiding
- heeft een signalerende functie
- bemiddelt bij hulp- en zorgverlening
- behartigt de belangen van de cliënt en zijn/haar mantelzorgers

Van belang is dat de casemanager over een groot netwerk beschikt van personen die betrokken zijn bij de zorg voor de dementerende cliënt en zijn/ haar mantelzorgers. Zij kent velen vaak “persoonlijk” en dat maakt dat zij de cliënt maximaal goed kan ondersteunen en verwijzen. Zonder casemanagement blijkt dat de signalering, begeleiding en verwijzing niet goed loopt. De samenwerking met de GGZ verloopt vaak stroef, geen overleg tussen dagbehandeling en cliënten, late verwijzing naar dagbehandeling en korte lijnen naar huisarts of praktijkondersteuner ontbreken vaak. Hierdoor wordt het omgaan met deze ziekte zwaarder en moeilijker te dragen voor patiënt en mantelzorg. De reguliere wijkverpleegkundige heeft de taken van de gespecialiseerde casemanager overgenomen. De wijkverpleegkundige heeft echter jaren nodig om al de praktijkkennis op te bouwen die een casemanager heeft. Het is van belang om dementie vanaf het eerste niet pluisgevoel met de huisarts of thuiszorg te kunnen bespreken en dat iemand met specifieke kennis hierover wordt ingezet. Het spreekt voor zich dat de alleenwonende demente oudere extra aandacht vraagt. Bij voortschrijdende dementie dreigt door vaak wegvallen van de dagbesteding overbelasting van de mantelzorg

Op 15 december 2015 is in de Tweede Kamer een motie aangenomen van mevrouw H. Bruins-Slot waarin zij stelt dat casemanagement dementie een aparte aanspraak in de zorgverzekering moet worden. Dit casemanagement dementie zou moeten voldoen aan de zorgstandaard dementie. In

deze zorgstandaard staat beschreven hoe goede zorg aan mensen met dementie en hun mantelzorgers eruit moet zien. Het gaat om zorg in de stadia voor, tijdens en na de diagnose.

3.2 Eerste lijns zorg

3.2.1 Ouderen hebben moeite met het nieuwe werken van de eerste lijn. In het verleden was er een één op één contact met de huisarts met als start het open spreekuur. Nu bestaat een praktijk uit meerdere huisartsen en praktijkondersteuners die een deel van de huisartsen taak hebben overgenomen. Als men (telefonisch) een afspraak wil maken, krijgt men de assistente aan de lijn die een triage doet. Hierdoor kan men een gevoel krijgen dat de privacy onvoldoende wordt geborgd, maar ook dat men kan worden “afgescheept”.

De bereikbaarheid van de huisarts per telefoon verdient aandacht. Het duurt vaak lange tijd voordat men de telefoon opneemt, in het bijzonder gedurende de lunchtijd.

Voorlichting over het “nieuwe werken” kan meer duidelijkheid geven. Voorstel is om bij groepspraktijken tenminste door 1 persoon de telefoon te bemannen en het aantal wachtenden te noemen.

3.2.2 de huisarts wordt beschouwd als de coördinator van alle benodigde zorg voor de patiënt. Hij/zij is aanspreekpunt voor de patiënt, kent het hele gezinssysteem, kent de voorgeschiedenis van de patiënt, weet alle ziekteproblemen, weet welke 2^e lijnszorg is ingezet en het medicijngebruik. Hij/ zij houdt dus overzicht over de totale situatie van de patiënt en coördineert de zorg. Veelal verwacht de patiënt van de huisarts dat deze na bijvoorbeeld een ziekenhuisopname contact opneemt om zich te informeren over de situatie, of het thuis lukt, of er vragen zijn, of er voldoende zorg is, of het medicijngebruik helder is etc. Een knelpunt is echter de financiering van de huisarts als deze zelf contact opneemt met de patiënt indien dit nodig lijkt voor diens gezondheid. Dit mag namelijk niet worden gedeclareerd, tenzij de patiënt daar zelf om vraagt. Dit is staat haaks op het principe van de taak van de huisarts.

Dit vraagt om betere regelgeving, waardoor als de huisarts uit zichzelf informeert naar de situatie (hulp, mantelzorg, medicatie et cetera) van de patiënt -dit wel mag declareren bij de zorgverzekeraar.

Ook bij multimorbiditeit zou de huisarts in staat moeten worden gesteld de regie over de samenwerking te hebben.

3.2.3 Voor de verzorging en verpleging bij cliënten thuis wordt vaak een groot aantal wisselende hulpverleners ingezet. Men weet vaak niet wie er vandaag zal komen, dit geldt ook voor de nachtzorg, welke zorg extra kwetsbaar is. Door opsplitsing van bevoegdheden in de zorg wordt het aantal hulpverleners nog groter. De één mag wel helpen met douchen, maar geen medicijnen verstrekken etc.

Ook lichte zorg door hoger opgeleide zorgverlener laten uitvoeren, misschien minder zorgpartijen in het veld en werken in kleinere teams zoals bij Buurtzorg.

3.2.4 Knelpunt is de vergoeding van fysiotherapie en oefentherapie vanaf de 21e behandeling bij chronische aandoeningen, die op de chronische lijst staan. Deze lijst is voor ouderen te beperkt,

hierbij valt te denken aan ernstige osteoporose, ernstige evenwichtsstoornissen, ernstige immobiliteit, ernstige artrose et cetera. Gepleit wordt voor een uitbreiding van de lijst gericht op de gezondheid van ouderen.

3.2.5 Bij de dagbehandeling is vaak fysio- en ergotherapie weggefallen. Deze zorg moet via huisarts aangevraagd worden en is tijdens de dagbehandeling zeer beperkt mogelijk.

3.2.6 In het Geriatriesch netwerk werd door verschillende deelnemers aangegeven dat bij patiënten met veel zorg, vergoed vanuit de zorgverzekeringswet en de Wmo, regelmatig gestuurd wordt om een verpleeghuis indicatie aan te vragen. De zorg valt dan onder de Wlz. Het gebeurt dat de indicatie afgegeven wordt zonder dat er plaats is in een verpleeghuis, soms ook terwijl patiënten de consequenties ervan niet overzien en ze eigenlijk niet naar een verpleeghuis willen. Dit heeft voor de patiënten het nadeel dat de eigen bijdrage hoger is, maar ook dat er vaak minder thuiszorg geleverd wordt en de zorg afneemt. De kwetsbare patiënt valt daardoor van de regen in de drup.

Bij het indiceren van zorg dient het belang van de patiënt voorop te staan en niet de financiering van de zorg.

3.2.7 Bij transport door en opname via 112 wordt de huisarts hiervan niet geïnformeerd. De huisarts, maar ook andere hulpverleners die bij cliënt betrokken zijn, zijn hiervan niet dus op de hoogte. Het gebeurt dat de wijkverpleegkundige voor een dichte deur komen te staan, de huisarts weet ook van niets. Vraag: kan de patiënt de deur niet open doen? Is hij gevallen, onwel geworden? etc. Hoe moet er dan gehandeld worden, navraag doen bij burens, moet de hulpverlener zich toegang tot het huis verschaffen

3.2.8. Het maken van röntgenfoto's in deze regio wekt verbazing. Als er bij het bezoek aan de huisartsen post van het Alrijne Ziekenhuis, vestiging Leiderdorp, een röntgenfoto moet worden gemaakt, leidt dat verplicht tot een verwijzing naar de 2e lijn met alle kosten en vertraging in de behandeling van dien. Bij een röntgenfoto in het LUMC bij een bezoek aan de huisartsenpost is dat niet het geval.

3.3 Tweede lijns zorg

3.3.1 Bij ziekenhuisopname is het voor de patiënt vaak zeer onduidelijk welke artsen er zorg verlenen. Een hoofd behandelende verantwoordelijke arts is noodzakelijk. Hierdoor heeft de patiënt een vast aanspreekpunt en kan de zorg optimaal op elkaar afgestemd worden. Dat geeft de patiënt vertrouwen in de behandeling en komt de rust en daarmee de genezing van de patiënt ten goede .

3.3.2 (Acute) ziekenhuis opname in ander ziekenhuis dan waar de poliklinische zorg verleend wordt is voor kwetsbare ouderen met vaak co morbiditeit "slecht". Veelal ontbreken patiëntengegevens en continuering van al ingezet beleid kan doorkruist worden.

3.3.3 Terecht worden gesprekken en onderzoeken in ziekenhuizen achter elkaar op dezelfde dag gepland. Voor ouderen kan dat echter, zeker als ze alleen zijn, een flinke extra belasting betekenen, omdat het vaak een langdurig bezoek is en op veel verschillende locaties in het ziekenhuis moet plaatsvinden.

Een mogelijkheid is het inschakelen van vrijwilligers, die ouderen opvangen en begeleiden in het ziekenhuis. De zorgverzekeraar zou het inschakelen van vrijwilligers, “moeten” faciliteren.

3.3.4. Nu ouderen langer zelfstandig wonen is het zaak na te gaan hoe de zorg in de eigen (sociale) omgeving zo optimaal mogelijk kan worden georganiseerd. Dat moet resulteren in minder bezoeken aan het ziekenhuis maar meer zorg vanuit het ziekenhuis in de omgeving van de patiënt in samenhang met de huisartsenpraktijk. Het is aannemelijk is dat de afstemming van zorg door specialisten en huisarts samen tot betere zorg zal leiden en de belasting voor cliënt en mantelzorg minder zal zijn.

Een goed voorbeeld van een werkwijze is Sassembourg, waar in samenwerking met Alrijne Poliklinische zorg voor chronische aandoeningen dichterbij de patiënt is georganiseerd.

3.3.5 Tijdelijke opvang en verzorging buiten de eigen omgeving moet meer naar de patiëntomgeving worden gebracht. Door opname elders vervreemd men van de eigen omgeving. Voor het sociale netwerk wordt het ook moeilijker contact te hebben en ondersteuning te geven.

Dit kan bijvoorbeeld door opvang in een brede huisartsenpraktijk in samenwerking met andere zorgverleners en vrijwilligers.

3.3.6 Het is vaak onmogelijk om een poliklinische afspraak te maken voor een periode langer dan 3 maanden. Ouderen vergeten daardoor vaker om een nieuwe afspraak te maken.

Het ziekenhuis zou dan het initiatief moeten nemen om een afspraak te plannen.

3.3.7 De vaak lange wachttijd op meestal bekende onderzoekitslagen. Ouderen zijn vaak afhankelijk van een volgende poliklinische bezoek, soms een telefonische afspraak. Het is bij een aantal ziekenhuizen mogelijk om digitaal in te loggen in het eigen patiënten dossier, maar ouderen beschikken vaak niet over computer waardoor zij niet in het elektronisch patiëntendossier kunnen kijken.

Gezocht kan worden naar een alternatief. Bijvoorbeeld in de vorm van een schriftelijke rapportage en een toelichting.

3.3.8 Het gebeurt regelmatig dat bloedonderzoek niet door de behandelende specialist wordt aangevraagd, maar dat de huisarts, op verzoek van de specialist, bloedonderzoek moet aanvragen. Dit brengt dus een extra bezoek aan de huisarts en laboratorium met zich mee. Dit bloedonderzoek komt zo niet uit de diagnose-behandel-combinatie gelden.

3.3.9 De transfer naar andere zorginstelling of naar huis is soms een probleem.

De vraag is hoe ver men is met het implementeren van het Transmurale Zorgbrug programma. De Transmurale Zorgbrug combineert proactieve ziekenhuiszorg voor de oudere patiënt met een transmurale interventie door een wijkverpleegkundige, die de patiënt in het ziekenhuis bezoekt en vervolgens in de thuissituatie verder begeleidt, samen met de huisarts en mantelzorg. Dit heeft als doel om de transfer vanuit het ziekenhuis en het herstel thuis te optimaliseren. Zorg daarbij is het regelen van de financiering.

3.3.10 De huisarts krijgt het ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis vaak wel per computer aangeleverd, maar niet waar heen of naar welke andere zorginstelling.. De huisarts kan de patiënt soms moeilijk vinden en bezoeken om zich op de hoogte brengen van de toestand van de patiënt.

3.3.11 Formeel moet de ontslagen patiënt de huisarts om een telefonisch consult of een visite vragen. Vaak is de patiënt hier niet toe in staat en rekt op de zorg van de huisarts na ontslag. Het is voor kwetsbare oudere patiënten erg belangrijk dat de huisarts zich goed kan informeren over de lichamelijke- en geestelijke conditie na ontslag uit een ziekenhuis- of verpleeghuis, of het thuis lukt met of zonder hulp en of de medicatie goed geregeld is.

Zie in dit verband ook 3.2.2

3.3.12 De medicatie overdracht is niet altijd duidelijk

3.3.13 In ziekenhuizen wordt vaak maar matige voorlichting gegeven over de mogelijke zorg partijen die na ziekenhuisopname zorg kunnen verlenen. Dit betreft zowel intramurale (herstel) zorgverlening als zorg aan huis.

3.4 Apotheek

3.4.1 Voor ouderen blijkt het vergoedingensysteem van geneesmiddelen niet duidelijk te zijn. Dat betreft het eigen risico, eigen bijdrage en voorlichtingskosten over de medicijnen. Het voorlichtingsgesprek houdt vaak niet veel in en gebeurt zelden door de apotheker.

3.4.2 Wisselend uiterlijk van de generieke medicijnen geeft aanleiding tot verwarring, informatie ontbreekt vaak over de eventueel veranderde samenstelling van de medicijnen. *De kleur, vorm en maat van medicijnen die ouderen chronisch gebruiken niet veranderen. Indien dat toch noodzakelijk is heel duidelijke schriftelijke informatie “voorzien van plaatjes” en duidelijke uitleg meegeven.* Hierdoor is de veelal oudere patiënt onzeker over de inname van medicijnen en kunnen gevaarlijke situaties ontstaan door verkeerd medicijngebruik.

3.4.3 De avond- en nachtverstrekking van medicijnen is heel erg duur.

3.4.4 In Alphen is geen nachtapotheek open. Alphenaren moeten naar de LUMC-apotheek.

3.4.5 Voor huisartsen spoedhulp moet men na 23:00 uur naar de SHR-post in het Alrijne Ziekenhuis, vestiging Leiderdorp, maar als er medicijnen nodig zijn is de apotheek daar dicht en moet men naar de nachtapotheek in het LUMC.

3.4.6 Men moet vaak terugkomen om de medicijnen op te halen, de voorraden zijn zeer beperkt.

3.4.7 Bij langdurig voorschrijven van chronische medicatie dient er met enige regelmaat een medicatiecheck te gebeuren. Is de indicatie nog aanwezig, zijn er interacties tussen de medicijnen, dosering adequaat , wordt chronische medicatie ook genomen door patiënt etc.?

3.4.8 De apotheek zou het in initiatief kunnen nemen om contact op te nemen met de patiënt als de chronische dagelijkse medicijnen waarschijnlijk op zullen zijn.

3.4.9 Patiënten reageren wisselend op medicijnen zoals onder andere simvastatine en SSRI's met alle negatieve gevolgen van dien.

Indien mogelijk vooraf bepalen door (bijv. door bloed of speeksel onderzoek) welke medicijnen de patiënt kan verdragen en nare bijwerkingen kunnen worden voorkomen.

3.5 . Preventie

3.5.1 Bij preventie is het knelpunt dat nog niet alle mogelijkheden van preventie binnen de zorg optimaal worden benut. In de praktijk doen zorgverleners in veel gevallen minder aan preventie dan de richtlijnen en standaarden voorschrijven en blijken minder preventieve activiteiten plaats te vinden dan de wet en regelgeving mogelijk maakt. Daardoor worden mogelijkheden gemist om ziekten te voorkomen, uit te stellen en/of te minimaliseren.

Zorgverzekeraars en zorgverleners kunnen de mogelijkheden die de Zorgverzekeringswet biedt, beter benutten; het verzekerde risico kan ruimer worden opgevat dan nu gebeurd. Zo kunnen preventieve interventies die door patiënten op indicatie van een arts buiten de zorg worden genoten, ook voor vergoeding in aanmerking komen.

Met betrokken partijen zou kunnen worden nagegaan of alle mogelijkheden in de preventieve sfeer worden benut. Hierbij is ook aandacht nodig voor bewegen en sport voor ouderen. Met gelden uit de Zorgverzekeringswet, mogelijk samen met Wmo gelden van de gemeente kan de preventieve aanpak gestimuleerd worden.

3.5.2 Knelpunt is de overbelasting van de mantelzorg.

De mantelzorger is een belangrijke partner in de zorg voor de cliënt en de professional. Het is daarom van belang dat tijdens het zorgproces een goed samenspel ontstaat tussen cliënt, professional en mantelzorger om de zorg optimaal te kunnen uitvoeren. Geleidelijk breidt mantelzorg zich uit, vaak zonder dat de mantelzorger en zorgvrager daar erg in hebben. Aandacht is nodig voor goede ondersteuning van de mantelzorgers zodat deze niet overbelast raken en de mantelzorg zo goed en lang mogelijk kunnen blijven bieden. Ten gevolge van overbelasting kan de mantelzorger zelf problemen krijgen en de zorg kan op veel manieren ontsporen.

In Leiden is het mantelzorgakkoord door veel partijen getekend. In dit akkoord is afgesproken dat professionals de mantelzorgers erkennen als partners in de zorg en er ondersteuning wordt geboden aan de mantelzorgers zodat: De draagkracht van de mantelzorgers in standgehouden wordt of vergroot wordt en de draaglast van de mantelzorger wordt verminderd.

Hoe wordt uitvoering gegeven aan het Mantelzorgakkoord?

Toegang tot goed geutiliteerde dagbesteding en respijtzorg moet gemakkelijk gemaakt worden.

Aandachtspunt is de oudere die geen sociaal systeem meer heeft.

3.5.3 Valpreventie, hoe kunnen thuiswonenden geattendeerd worden op valpreventie.

Het vallen van ouderen levert veel complicaties op. Door een aantal maatregelen is het risico op vallen te verminderen. Door voldoende te bewegen, veilige gewoontes aan te leren en aanpassingen in huis te doen, wordt de kans op vallen aanzienlijk verkleind.

De valpreventie bestaat uit een brede aanpak: Zorg dat de woning veilig is. Zorg dat het zicht goed blijft. Test daarom elk jaar de ogen. Let op de bijwerkingen van medicijnen. Deze veroorzaken soms slaperigheid of kunnen bijvoorbeeld het reactievermogen beïnvloeden. Maak indien nodig gebruik van hulpmiddelen bij het lopen, zoals een rollator. Zorg voor stevig schoeisel. Zorg voor voldoende beweging.

Samen met de zorgverzekeraar, Holland Rijnland, huisartsen, thuiszorg, fysiotherapeuten, sportscholen, welzijn ouderen en het Ouderenberaad kan worden nagegaan hoe de preventie zo goed mogelijk in samenhang kan worden vorm gegeven. Hiervan kan de bij 4a genoemde brochure onderdeel uitmaken. vaak komt het voor dat mantelzorgers onder emotionele druk worden gezet door de degene voor wie ze zorgen. Daar is niet altijd oog voor. Bovendien is de zorgvrager niet altijd gewezen op het belang om een mantelzorg of een deskundige aanwezig te laten zijn bij het gesprek.

Toegang tot goed geoutilleerde dagbesteding en respijtzorg moet gemakkelijk gemaakt worden

3.5.4 Kennis over keuzes in de laatste levensjaren ontbreekt vaak bij ouderen. Hierdoor worden vaak onder druk verregaande beslissingen genomen door de oudere en diens sociale netwerk.

Voorlichting over de keuzes in de laatste levensjaren zou in de preventieve sfeer gegeven kunnen worden. De Commissie Palliatie van ZONMW heeft onlangs het LUMC en de Vrije Universiteit gevraagd een ingediend projectidee tot voorzetting van de al 7 gehouden bijeenkomsten in deze regio nader uit te werken, in afwachting van daadwerkelijke subsidieverlening. De beslissing hierover valt deze zomer. Het Ouderenberaad zal deze nieuwe reeks blijvend faciliteren.

3.6 Overige punten

3.6.1 De laatste jaren zijn veel programma's ontwikkeld die in de praktijk voldeden. Deze zijn niet doorgezet omdat het voordelige effect voor de zorgkosten niet hard kon worden gemaakt. Misschien kan dat door Z&Z samen met het ouderenberaad, LUMC en ZonMW worden uitgediept.

3.6.2 De tandheelkundige zorg voor ouderen heeft aandacht nodig. In veel gevallen wordt door de oudere en de omgeving de kauwfunctie veronachtzaamd. Veel ouderen die wonen in een verzorgings- of verpleeghuis, krijgen nauwelijks tandheelkundige zorg, maar ook in de thuis situatie is er vaak nauwelijks tandheelkundige zorg voor kwetsbare ouderen. Daar zou volgens een op te stellen protocol aandacht aan moeten worden gegeven. Mobile tandheelkundige zorg is nodig in samenwerking met bijvoorbeeld huisarts en verzorgings- en verpleeghuis afhankelijk van de woonsituatie.

3.7 Palliatieve zorg.

Hospices komen in problemen doordat ze te weinig vergoeding krijgen voor hun cliënten. Patiënten die het liefst thuis sterven, maar die hun huis nooit meer zien, omdat de zorg thuis door ingewikkelde

regels niet meer te regelen is. Volgens belanghebbenden zijn er nog te veel knelpunten waardoor mensen hun laatste weken of maanden niet kunnen doorbrengen op de plaats van hun keuze. De meeste mensen, 73 procent, zouden het liefst thuis willen sterven. Maar als het erop aankomt, blijkt het nog veel te vaak voor te komen dat mensen noodgedwongen in een verpleeghuis of ziekenhuis sterven. Een probleem is Wlz-indicatie: 'Eens een Wlz-indicatie, altijd een Wlz-indicatie, met een maximum van 200 euro per dag voor een volledig pakket thuis. Je komt er nauwelijks nog vanaf en het is niet mogelijk om daarnaast wijkverpleging in te kopen. Volgens insiders komt het zeer regelmatig voor dat patiënten thuis willen sterven, maar dat zij alsnog hun laatste weken in een verpleeghuis moeten doorbrengen, omdat ze vastzitten aan die indicatie. Vaak kan een cliënt best naar huis met extra zorg. Maar het blijkt dan te moeilijk om die tijdig vergoed te krijgen. Eerst moet de cliënt worden aangenomen waarna pas bij het zorgkantoor een verzoek in kan worden gediend voor meerzorg. Dat geeft hoe dan ook administratief gedoe en daar gaat kostbare tijd overheen. Soms volgt zelfs helemaal geen toekenning door het zorgkantoor. Overigens de nachtzorg in de thuissituatie is niet altijd goed te regelen.

Toelichting: Palliatieve zorg wordt thuis verleend en in instellingen als een hospice/bijna-thuis-huis, het verpleeg-, verzorgings- of ziekenhuis. In deze regio ondertekende Transmuralis een intentieverklaring om samen te werken met andere palliatieve netwerken in het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ). Samen vormen ze een consortium onder de naam Propallia.

Als een arts aangeeft dat iemand niet lang meer heeft te leven, moet de Wlz-indicatie snel te ontbinden zijn. Maak daar een eenvoudige procedure van zodat iemand die thuis kan sterven met de benodigde zorg thuis ontvangen. Het komt nogal eens voor dat cliënten door de goede zorg in een Hospice opknappen en in het Hospice gedoogd worden ten koste van anderen.

3.8 Hartfalen

Knelpunten zijn de diagnostiek van hartfalen in de eerste lijn en het realiseren van een optimale nazorg ter voorkoming van heropnamen en ter verbetering van de kwaliteit van leven. Daarnaast is de afstemming tussen de eerste- en tweedelijnszorg voor verbetering vatbaar en worden CT-mogelijkheden als tele-monitoring onderzocht.

Toelichting: In Nederland zijn er bijna 142.000 patiënten met hartfalen. Naar schatting neemt dit aantal verder toe tot 195.000 in 2025. Bij hartfalen is de pompfunctie van het hart verminderd. Het hart pompt niet genoeg bloed rond en er ontstaan klachten zoals vermoeidheid of vocht vasthouden. In het begin merk je hier niets van. Het hart compenseert dit zelf door harder te werken of extra spieren aan te maken. Op een gegeven moment werkt dit niet meer en ontstaan er klachten. Er zijn verschillende oorzaken voor hartfalen, zoals langdurige hoge bloeddruk, een hartinfarct en een aangeboren hartafwijking. Ook een hartritmestoornis zoals boezemfibrilleren kan ertoe bijdragen dat iemand hartfalen krijgt.

Er is in het voorjaar 2016 een zorgprogramma hartfalen ontwikkeld door knooppunt ketenzorg. Het Ouderenberaad adviseert Zorg en Zekerheid dit programma te ondersteunen. Hierdoor zal de afstemming van de hartfalenpoliklinieken met de eerstelijnszorg verder verbeterd worden. De huisarts kan een belangrijke rol spelen bij de behandeling van bijkomende comorbiditeit en is medeverantwoordelijke 'bewaker' van interacties met andere medicijnen. Ten aanzien van zowel

hartfalen als bijkomende problematiek zal een betere samenwerking tussen huisartsen en hartfalenpoliklinieken de zorg voor de patiënt ten goede komen.

4. Prioriteitstelling

Vanwege de brede omvang van de aandachtspunten is door het Ouderenberaad de volgende prioriteitstelling benoemd van zaken die bij voorrang bespreking behoeven:

1. Casemanagement dementie, met aandacht voor dagopvang (punt 3.1).
2. Er komen vaak teveel hulpverleners bij (complexe) zorg aan huis (punt 3.2.3).
3. De Transmurale Zorgbrug (punt 3.3.9).
4. Afstemming tussen zorgverzekeraar, zorgkantoor en gemeente (punt 2.1).
5. Brochure met informatie over wat wel/niet bij welke zorg, eigen bijdrage, vergoedingen, aanvullende verzekering, apotheek, valpreventie (punt 2.1).
6. Voorlichting over keuzes laatste levensjaren (punt 3.5.4).
7. Openstelling van nacht-apotheken, (punt 3.4)
 - in Alphen en in Leiden bij SHR posten.
 - het wisselen van uiterlijk, vorm en kleur, van generieke medicijnen.

Juni, werkgroep Achterbanraadpleging namens het Ouderenberaad versie Beter Oud

Bijlage Inhoud basispakket zorgverzekeringen 2016

geneeskundige zorg door huisartsen, medisch specialisten en verloskundigen;

verblijf in het ziekenhuis;

wijkverpleging (inclusief het persoonsgebonden budget (pgb) voor wijkverpleging);

medicijnen;

specialistische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ), inclusief behandeling door een psychiater;

Basis GGZ, inclusief de eerstelijnspsycholoog en een internetbehandeltraject;

de eerste 3 jaar verblijf in een ggz-instelling;

hulpmiddelen voor behandeling, verpleging, revalidatie, verzorging of een specifieke beperking (dus niet rollators en andere eenvoudige loophulpmiddelen);

fysiotherapie tot 18 jaar;

(beperkte) fysiotherapie en oefentherapie vanaf de 21ste behandeling bij chronische aandoeningen die op de chronische lijst staan;

bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie tot en met de 9e behandeling;

logopedie en ergotherapie;

tandheelkundige zorg (controle en behandeling) voor kinderen tot 18 jaar;

tandheelkundige chirurgische zorg (kaakchirurg) en kunstgebit;

fluoridebehandeling voor kinderen onder de 6 jaar die 'blijvende' tanden en kiezen krijgen;

ziekenvervoer;

vervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf bij intensieve kindzorg. Er moet een medische indicatie zijn.

noodzakelijk ambulancevervoer bij jeugd-ggz.

kraamzorg;

maximaal 3 behandeluren dieetadvies;

vervolgtesten (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) bij een positieve Niet-Invasieve Prenatale Test (NIPT) die vrouwen in het buitenland hebben ondergaan.

3 ivf-behandelingen;

stoppen-met-rokenprogramma;

zorg voor gehandicapten die niet goed horen of zien of een taalontwikkelingsstoornis hebben;
revalidatiezorg voor ouderen (geriatrische revalidatiezorg).