

INDICATOREN VOOR GERIATRISCHE REVALIDATIE VOLDOEN NOG NIET

Toegang geriatrische revalidatie verschilt

De geriatrische revalidatie blijft een zorgenkind. Er zijn grote regionale verschillen in de toegankelijkheid van deze zorg. De vraag is of dat verbetert, nu instellingen zullen worden afgerekend op indicatoren waarvan de waarde nog niet is aangetoond.

Vanaf januari 2015 is de toegang tot geriatrische revalidatiezorg (GRZ) versoepeld. Het wordt mogelijk om ook zonder – de eerder vereiste – voorafgaande ziekenhuisopname in aanmerking te komen voor deze zorg. ‘Een goede ontwikkeling’, vindt Ellen Vreeburg, specialist ouderengeneeskunde en stafdocent bij de kaderopleiding geriatriche revalidatie van Gerion, een onderwijsinstelling op het gebied van ouderenzorg. ‘Denk aan die 80-jarige patiënt met multimorbiditeit, die valt en een bekkenfractuur krijgt. Hoewel er geen operatie nodig is, kan de patiënt door de breuk niet staan of lopen, en kan hij niet terug naar huis. Deze oudere kan nu zonder dure ziekenhuisopname direct starten met revalidatie in een GRZ-instelling. Het enige dat nodig is op de Spoedeisende Hulp is een röntgenfoto van het bekken en een goede triage voor GRZ.’

Assessment

Voorwaarde voor GRZ is dat een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde, op basis van een geriatrich assessment, heeft vastgesteld dat de patiënt kwetsbaar is, tot de doelgroep behoort én

dat er een initieel behandelplan is opgesteld. Uit zo’n assessment moet blijken welke zorg is aangewezen, bijvoorbeeld of de oudere gebaat is bij geriatriche revalidatie of beter in een medisch-specialistische revalidatiesetting (MSR) geholpen kan worden (zie *kader*). Minister Schippers benadrukt in haar wetswijziging dat de beroepsgroepen concrete afspraken moeten maken over de continue beschikbaarheid van geriatriche expertise in het

ziekenhuis. ‘Een zware en dure eis’, zegt de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen in een reactie. De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie geeft in een rapport aan dat zowel de 24-uursbeschikbaarheid van geriatriche expertise in het ziekenhuis als de 24-uurstoegankelijkheid van geriatriche revalidatiezorg in Nederland momenteel nog niet 100 procent is.

Met een goed triagesysteem zou het ziekenhuisbezoek bij sommige patiënten zelfs achterwege kunnen blijven: de huisarts kan bijvoorbeeld een kwetsbare patiënt met multimorbiditeit, die al uitgebreid in kaart is gebracht en bij wie door een pneumonie sprake is van een plotselinge functionele achteruitgang, rechtstreeks naar de GRZ verwijzen. Daar kan de specialist ouderengeneeskunde de

WAT IS GERIATRISCHE REVALIDATIE?

Geriatriche revalidatiezorg (GRZ) is een relatief nieuw subspecialisme binnen de ouderengeneeskunde. Hierbij gaat het om kortdurende, multidisciplinaire, op herstel gerichte zorg voor kwetsbare patiënten die na een ziekenhuisopname voor een revalidatiebehandeling in een verpleeghuis worden opgenomen. Net als bij de medisch-specialistische revalidatie (MSR), is het doel deze patiënten te laten terugkeren naar huis. In het algemeen is MSR meer geschikt voor patiënten die medisch stabiel zijn, een hoge intensiteit van therapie aankunnen en voor wie meer specifieke revalidatiefaciliteiten nodig zijn. De GRZ richt zich op patiënten die medisch slechts matig stabiel zijn, gematigd tot laag belastbaar, maar die toch enigszins gemotiveerd en goed te trainen zijn voor revalidatie.

triage verrichten. 'Maar, dat is vreemd genoeg nog niet mogelijk', zegt Romke van Balen, specialist ouderengeneeskunde werkzaam in de GRZ in Rotterdam. Terwijl de specialist ouderengeneeskunde volgens hem bij uitstek geschikt is voor dergelijke zorgdiagnostiek. Ook Verenso en NHG zien een rol voor selectie aan de poort. Toch acht minister Schippers, die zich liet adviseren door

Bij sommige patiënten is vooraf onduidelijk hoe zij zullen revalideren

Zorginstituut Nederland, deze expertise op dit moment 'nog onvoldoende gewaarborgd in de eerste lijn', zo blijkt uit de Kamerbrief. 'Tot er een breed gedragen zorgstandaard is, blijft een beoordeling in het ziekenhuis noodzakelijk.' Het veld wordt nog interessanter als de revalidatie zich straks grotendeels poliklinisch gaat afspelen. 'Wat in de medisch-specialistische revalidatie al heel gebruikelijk is – zo'n 90 procent van de revalidatie vindt poliklinisch plaats – is bij de geriatrische revalidatie ook in opkomst', aldus Van Balen. 'In 2015 wordt de financiering al aantrekkelijker.'

Afwijkende praktijk

Geriatrische revalidatie is, net als specialistische revalidatie, een vorm van kortdurende zorg. Om die reden werd GRZ in

2013 vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voor ouderen die een acute achteruitgang in functioneren doormaken, waardoor acute mobiliteitsstoornissen of een afname van zelfredzaamheid is opgetreden, is het sindsdien mogelijk via een dbc te revalideren. Het is de bedoeling dat deze patiënten binnen zes maanden terugkeren naar huis – alleen onder die voorwaarde kan de specialist ouderengeneeskunde de dbc openen.

De praktijk is soms anders. Bij sommige patiënten is vooraf onduidelijk hoe zij zullen revalideren. Ellen Vreeburg: 'Hoevel ik soms bij aanvang niet weet of terugkeer naar huis zal lukken, open ik in zo'n geval toch een dbc. Andere collega's vragen juist door twijfel een verblijfs-



ANP PHOTO

indicatie aan. Maar op een chronisch-somatische verblijfsafdeling mis je behandeluren en expertise.' In de verblijfsindicatie staat slechts 1,5 uur per week geraamd voor behandeling; in de dbc zijn gemiddeld zeven behandeluren per week beschikbaar voor een CVA-patiënt en vijf uur voor patiënten met andere aandoeningen, zoals revalidatie na heup-fractuur of een electieve operatie. 'Een fatsoenlijk revalidatietraject is met een verblijfsindicatie echt onmogelijk. Iemand die recht heeft op revalidatie, moet niet worden afgevoerd naar een verblijfsafdeling', vindt Vreeburg. Vreeburg, die in haar functie van stafdocent artsen uit allerlei regio's in het land opleidt en hun verhalen hoort, noemt de huidige situatie 'absoluut niet transparant'. Ze maakt zich zorgen en vindt dat alle artsen op basis van zelfde redeneringen moeten kiezen tussen dbc en verblijfsindicatie. 'Op dit moment is het afhankelijk van de behandelend arts of de patiënt in aanmerking komt voor geriatrische revalidatiezorg', zegt ze. 'De arts vraagt ten onrechte een verblijfsindicatie aan als een patiënt mogelijk niet zal terugkeren naar huis, in plaats van een revalidatie-indicatie.' Volgens de kaderarts zijn de verpleeghuizen bang te worden afgerekend op hun lage percentage patiënten dat terugkeert naar huis. En die angst is terecht.

Prestatie-indicatoren

Nu de geriatrische revalidatiezorg is opgenomen in de dbc-systematiek wordt het door de zorgverzekeraars jaarlijks ingekocht. Maar op basis van welke gegevens onderhandelen de partijen? Vorig jaar gaf Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aan nog niet te beschikken over de benodigde informatie voor goede zorginkoop, waarop het veld een aantal prestatie-indicatoren ontwikkelde. Een van de uitkomstmaten is bijvoorbeeld waar de patiënt naartoe gaat ná de revalidatie. Hoe meer patiënten naar huis kunnen, hoe efficiënter de zorginstelling zou presteren. Een andere indicator is het verschil in functioneren tussen opname en ontslag – op patiëntniveau gemeten door

tweemaal een ADL-score af te nemen (de Barthel-index). Ook de kwaliteit van leven en tevredenheid van de patiënt worden gemeten door tijdens en na opname vragenlijsten af te nemen.

De set prestatie-indicatoren is ontwikkeld door een Verenso-werkgroep in samenwerking met patiëntenfederatie NPCF. Romke van Balen werkte destijds

'Deze indicatoren zeggen niets over de kwaliteit van zorg'

mee en benadrukt: 'De indicatoren zijn ontwikkeld met het oog op kwaliteitsverbetering en om patiënten beter te kunnen laten kiezen, en zeker niet ten behoeve van zorginkoop.' Toch is de set inmiddels aangeboden aan de opdrachtgever VWS en worden de indicatoren nu in de praktijk getoetst op waarde, zo is op de website van Verenso te lezen. Van Balen: 'De hele set van zeven indicatoren wordt nog niet in veel instellingen bijgehouden. Het blijft onduidelijk wie zich gaat bemoeien met het verzamelen en analyseren van deze gegevens.' Vreeburg beaamt dit. Volgens haar is het nog niet duidelijk of er een landelijke verzameling van gegevens gaat plaatsvinden. De beroepsvereniging wil de indicatoren eerst nog in de praktijk toetsen en volgens de werkgroep zijn zij niet bedoeld voor zorginkoop.

Zorguitkomsten

Toch zijn de indicatoren al in gebruik. Volgens ZN dringen de verzekeraars er voor 2015 bij de aanbieders op aan 'deze indicatoren te registreren, zodat de uitkomsten van deze registraties kunnen worden meegenomen in de inkoop'. Dat

blijkt ook uit de zorginkoopdocumenten van Menzis en CZ. Menzis verlangt elk kwartaal informatie van de GRZ-instelling over de gemiddelde behandelduur, het percentage dat daadwerkelijk binnen zes maanden ontslagen wordt en naar huis kan, en het beschikbare aantal bedden (zo is de minimumeis voor CVA-revalidatie vijftig patiënten per jaar). Volgens Vreeburg zeggen deze indicatoren niets over de kwaliteit van zorg, de tevredenheid van de patiënt en de efficiënte inzet van behandeluren. Voor gebieden waar weinig zorgaanbieders gevestigd zijn en de reisafstand tot een alternatieve aanbieder meer dan 20 kilometer bedraagt, maakt Menzis een uitzondering in de volumenorm. Ook CZ heeft een dergelijke lijst en heeft 'de intentie om een (financiële) beloning beschikbaar te stellen voor aanbieders die in 2015 een bijdrage hebben geleverd aan de ontwikkeling van deze prestatie-indicatoren'. In 2015 zal CZ sturen op een minimumvolume van 55 CVA-patiënten en/of 65 overige cliënten. De relatie tussen volume, concentratie en effectiviteit blijft ook in de toekomst een aandachtspunt in het inkoopbeleid, aldus CZ.

Een woordvoerder van CZ laat weten dat verpleeghuizen de volumenorm soms niet halen, ook niet als er samenwerkingsverbanden worden gesloten. Dit zou momenteel 10 procent van de zorgaanbieders betreffen. Volgens Vreeburg is het aantal bedden, de volumenorm, nu onterecht leidend. 'Dat leidt natuurlijk niet tot de gewenste kwaliteitsverbetering. De zorgverzekeraars kunnen op dit moment nog niet kiezen op kwaliteit. En ook de patiënt moet kunnen kiezen waar hij heen wil. In de praktijk is dit nog niet het geval en bestaan er vaak samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen. Ik zie dat er nog absoluut geen sprake is van samenwerking.' ■

web

Eerdere artikelen over dit onderwerp kunt u vinden op medischcontact.nl.