

Henri Plagge

arts maatschappij & gezondheid,
master of change management
(MCM), voorzitter raad van bestuur
de Zorgboog

OP AFSTAND VAN DE ZORG EEN INSCHATTING MAKEN WERKT NIET

CIZ moet geen indicaties stellen

Voor opname in een verpleeghuis blijft een zorgindicatie van het CIZ noodzakelijk. Patiënten dreigen hierdoor in de knel te raken, omdat het CIZ los van de zorg oordeelt en er daardoor vaak naast zit, zegt arts en zorgbestuurder Henri Plagge.



ROBIN UTRECHT/HOLLANDSE HOOGTE

Bijna elke professional in de zorg kent de bureaucratische werkwijze van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Het heeft zich in opdracht van de politiek ontwikkeld als organisatie waar, zo wordt verondersteld, objectieve indicaties worden gesteld voor de chronische zorg betaald uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).¹

Onder het bewind van staatssecretaris Bussemaker werd, jaren geleden alweer, een beleid ingezet waarbij de indicatiestelling deels werd gemandateerd aan zorgaanbieders en het CIZ werd ingekrompen. Het huidige kabinet leek dit beleid voort te zetten en ook uit te brei-

De rol van de professionals lijkt niet langer van belang

den naar de intramurale zorg; aangezien het voortdurend benadrukt hoe belangrijk de professionele inzichten en werkwijzen zijn, zou je dat verwachten. Maar vreemd genoeg is dit niet het geval. In de wijkverpleging wordt, mede op basis van de resultaten van experimenten waarbij wijkverpleegkundigen zelf de

indicatie stellen, de rol van het CIZ geheel afgeschaft. Echter, met de komst van de Wet langdurige zorg (Wlz) is er sprake van een merkwaardige herpositionering van de rol van het CIZ bij de indicatiestelling voor langdurige verblijfszorg, zoals opname in een verpleeghuis. Gemandateerde uitvoering van de CIZ-indicatiestelling door zorgaanbieders wordt hier juist weer afgeschaft: het CIZ gaat de indicatiestelling weer geheel zelf doen en de rol van de professionals lijkt opeens niet langer van belang. Staatssecretaris Van Rijn geeft in de Tweede Kamer aan dat hij altijd mogelijkheden heeft om de professionals hun rol weer terug te geven, maar kiest nu – zonder duidelijke uitleg

CASUS

Mevrouw T. (83) had al jaren klachten van algehele malaise, ongewild gewichtsverlies, meerdere wervelinzakkingsfracturen, ernstige thoracale kyfose, zware osteoporose en serieuze pijnklachten. Samen met cognitieve problemen, onderbevoeding (lichte decompensatio cordis), multinodulair struma, een slechte loopveiligheid en mobiliteitsbeperkingen waren dit de redenen om thuis al een multidisciplinair behandel- en zorgprogramma in te stellen. Een aangepaste elektrische rolstoel, ergotherapie, fysiotherapie en medicamenteuze (pijn)behandeling konden het totaalbeeld niet verbeteren. Haar gewicht bleef ondanks bijvoeding en dieetadvies dalen. Het lukte niet om haar te leren omgaan met de elektrische rolstoel. Ze was intussen geheel onzelfstandig geworden en kreeg naast professionele thuiszorg (wijkverpleging en huishoudelijke hulp) vrijwel dagelijks zorg van haar dochter(s). Na een (herhaalde) val uit haar bed werd mevrouw T. met ernstige pijnklachten en 'niet kunnen bewegen' in september 2013 opgenomen in het ziekenhuis. Na enkele weken ziekenhuisopname is ze met ernstige mobiliteitsbeperkingen, pijn en de eerdergenoemde problematiek begin oktober 2013 opgenomen in het verpleeghuis met een zzp-9B-indicatie, met het doel te revalideren. Na een niet-geslaagde 'revalidatieperiode' van bijna zes maanden bleek er sprake van een permanente grote zorgbehoefte ten gevolge van diverse somatische beperkingen, ernstige pijn, een recidiverend delier en cognitieve beperkingen. Daarom vroeg het behandelteam begin 2014 een zzp 6 aan. Het CIZ stelde begin maart 2014 als reactie op de aanvraag dat 'uit aanvullende telefo-

nisch onderzoek was gebleken dat er geen sprake was van een zzp-6- maar een zzp-4-indicatie'.

De familie was het hier niet mee eens en startte, gemachtigd door mevrouw T., een bezwaarprocedure en nodigde het CIZ uit een medisch adviseur naar mevrouw te laten kijken. Pas na negentien weken nam een jurist van de bezwaarunit telefonisch contact op. De inhoud van het telefoongesprek was vooral een herhaling van het CIZ-standpunt en procedurele informatie. Er werd echter ook afgesproken dat de zaakwaarnemer – zelf arts – van mevrouw T. later gehoord zou worden in een telefonische hoorzitting. Dit nadat er aanvullende informatie bij de behandelend specialist ouderengeneeskunde zou zijn ingewonnen en de medisch adviseur van het CIZ zijn visie zou hebben gegeven. Na drie weken werd de informatie bij de specialist ouderengeneeskunde ingewonnen en weer enkele weken later was de hoorzitting. In deze telefonische hoorzitting bleek dat de medisch adviseur geen duidelijke uitspraak had gedaan en ontspon zich een inhoudelijke discussie tussen de juriste van het CIZ en de arts-zaakwaarnemer van mevrouw T. De hoorzitting eindigde met de conclusie van de juriste dat ze opnieuw met de medisch adviseur zou gaan overleggen. Ruim een week later en een halfjaar na het indienen van het bezwaar werd telefonisch medegedeeld dat alsnog met het bezwaar werd ingestemd en er een zzp-6-indicatie zou worden afgegeven. Mevrouw T. is nooit door een medisch adviseur noch door een andere professional van het CIZ gezien.

– opnieuw voor het CIZ als eigen controle-instituut.² Merkwaardig is dat de zorgverzekeraars, als uitvoeringsorganen van de Wlz, opnieuw geen echte rol hebben gekregen bij het vaststellen van de noodzaak van verzekerde zorg.

Geen toegevoegde waarde

Het begrip ‘indicatiestelling’ wordt vaak gebruikt zonder dat goed wordt gedefinieerd wat nu feitelijk het doel van de indicatiestelling is.³ Zorgindicaties worden het beste gesteld door professionele hulpverleners. Er is geen enkele reden om aan te nemen dat het voor sommige zorgvragen, zoals een verpleeghuisopname, belangrijk is dat anderen dan de betrokken behandelaren en zorgverleners de door hen gestelde indicatie gaan overdoen. Bepalen of er terecht gebruik wordt gemaakt van een verzekering (de verzekeringsindicatie) is in goede handen bij de zorgverzekeraars; ook in hun rol van uitvoeringsorgaan voor de Wlz. Zij kunnen zich hierbij door hun eigen professionals (artsen en verpleegkundigen) laten ondersteunen. Dit doen ze immers ook in hun rol als uitvoerder van de Zorgverzekeringswet, waarbij – net als in de Wet langdurige zorg – sprake is van veel kostbare en chronische zorg. De wetgever, tot slot, dient vooral helder aan te geven waar wel of geen recht van vergoeding uit een sociale verzekering voortvloeit. Het CIZ heeft in dit geheel geen toegevoegde waarde.

Op afstand

Het CIZ werkt op basis van beleidsregels van het ministerie van VWS en legt deze op een geheel eigen wijze zelf uit. Sterker nog, het CIZ geeft ook adviezen over de effecten van de beleidsregels, zo meldt de website. Met behulp van het digitale systeem Portero wordt de aanvraag verwerkt. Het merendeel van de aanvragen wordt ‘op afstand’ verwerkt. Dat wil zeggen dat de besluiten over indicaties, en daarmee de toegang tot bepaalde vormen van zorg, doorgaans worden genomen zonder enig persoonlijk contact met de zorgvrager. De manier van communiceren met patiënten is doorspekt met

(beleids)jargon en voor de gemiddelde Nederlander – en ook voor de gemiddelde zorgprofessional – niet te bevatten. Dit staat haaks op het huidige beleid dat als kern heeft dat we in de (langdurige) zorg steeds meer mensgericht willen werken en maatwerk willen leveren.

De afgelopen decennia is het aantal opgenomen ouderen in instellingen sterk gedaald en mensen kiezen ervoor om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Een beslissing tot opname in bijvoorbeeld een verpleeghuis wordt zelden lichtvaardig genomen en is anno 2014 doorgaans het

De communicatie met patiënten is doorspekt met jargon



MICHEL PORRO/HOLLANDSE HOOGTE

sluitstuk van een periode waarin de patiënt steeds minder kan en de mantelzorg aan het einde van haar mogelijkheden is gekomen. In goed overleg met de betrokken behandelaren en zorgverleners wordt dan een zorgindicatie gesteld en geoordeeld dat een opname de beste optie is. Het CIZ moet dan vervolgens op basis van ‘objectieve criteria’ gaan bepalen of er sprake is van Wlz-zorg en in welke vorm die zorg wordt geleverd. Uit de casus van mevrouw T. (zie kader op blz. 399) blijkt een werkwijze die vervreemdend werkt. Zonder de patiënt ooit te bezoeken, te onderzoeken of te bevragen wordt op basis van aannames, papieren informatie en met behulp van een digitale kruisjeslijst een oordeel geveld over de noodzakelijke zorg. Zonder enig probleem wijkt het CIZ hierbij af van het oordeel van de hoofdbehandelaar, zorgverleners en de familie die daadwerkelijk met die zorg bezig zijn. Pas na een lang-

durig bezwaartraject, waarbij het CIZ de geldende termijnen zonder enige verklaring of toelichting aan zijn laars lapt, valt het besluit dat een halfjaar eerder al was aangevraagd.

Bezwaarprocedure

In het laatste op internet vindbare jaar-document (2013) valt te lezen dat bij het CIZ nog steeds heel veel geld omgaat.⁴ Met een omzet van 105 miljoen euro, een begroting voor 2014 van 127 miljoen euro en met 1258 medewerkers (exclusief inhuur) is het CIZ groter dan menig zorgaanbieder. Ondanks aangekondigde reorganisaties blijft er ook in 2015 nog een aanzienlijke organisatie over. De toegevoegde waarde van het CIZ in de Nederlandse gezondheidszorg is al jaren onduidelijk, maar het kabinet heeft besloten om dit orgaan en de nieuwe Wlz opnieuw de rol van poortwachter en controleur te geven. Blijkbaar is het kabinet van mening dat mensen kiezen voor een (verpleeghuis)opname alsof ze een vakantie boeken en wordt er niet vertrouwd op het oordeel van de betrokken behandelaars

De objectiviteit van het CIZ bestaat vooral op papier

over de noodzaak. Patiënten, artsen en andere professionals hebben daardoor nog jaren ‘plezier’ van de vervreemdende werkmethode van het indicatieorgaan, ondanks de toezegging dat het CIZ nu gaat ‘investeren in persoonlijke ontmoetingen’.⁵

Met de grote veranderingen in het zorgstelsel in het vizier en vooral de grote bezuinigingen die daarmee gepaard gaan, ook in de thuiszorg en wijkverpleging, is het niet ondenkbaar dat er veel mensen in de knel gaan komen. Het verdient aanbeveling om deze mensen te ondersteunen in hun discussies met de ambtenaren van het CIZ en de bureaucratie. Een idee zou zijn om als zorgaanbieder daar waar het CIZ afwijkt van het professionele oordeel bezwaarprocedures te

voeren namens de patiënten. In veel gevallen zal de rechter oordelen dat de inschatting van de hoofdbehandelaar bij het vaststellen van de indicatie meer gewicht heeft dan die van een ambtenaar met een kruisjeslijst. De cliënt moet gezien en gehoord worden, voordat er ingrijpende besluiten ‘op afstand’ worden genomen over diens leven. We kunnen niet vaak genoeg herhalen dat de objectiviteit van het CIZ vooral op papier bestaat en dat we in de praktijk van de patiëntenzorg met mensen en hun directe omgeving te maken hebben. ■

contact

plagge.advies@wxs.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Voetnoten en meer informatie vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

REACTIE CIZ

Dat we collega Plagge in zijn aanhoudende strijd tegen het CIZ niet meer van mening zullen doen veranderen, accepteren wij al als een voldongen feit. Desondanks heeft de lezer van Medisch Contact recht op een repliek.

Want de heer Plagge laat onvermeld waarom in de jaren negentig is gekozen voor onafhankelijke AWBZ-indicatiestelling. Belangrijkste reden was immers dat de individuele aanspraken destijds vooral afhankelijk waren van het lokaal beschikbare zorgaanbod. We hebben dan wellicht niet aan alle politieke doelstellingen kunnen voldoen, door de onafhankelijk gepositioneerde indicatiestelling is de individuele hulpvraag wel het uitgangspunt geworden bij het vaststellen van de aanspraak op collectief gefinancierde zorg.¹ In de ontwerpfasen van de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz) zijn het dan ook met name de cliëntorganisaties geweest die erop hebben aangedrongen om deze onafhankelijke indicatiestelling te behouden.

Daarbij, in elk stelsel bestaat de mogelijkheid van perverse prikkels. Bij blind vertrouwen is het bijna onvermijdelijk dat

sommige spelers daarvan onbedoeld gebruikmaken. Onafhankelijk toezicht daarop is nodig. In 2013 heeft de huidige staatssecretaris daarover de Tweede Kamer nog geïnformeerd en maatregelen aangekondigd.²

Ook wij hechten aan persoonlijk contact met de zorgvrager om een goed beeld te kunnen vormen van diens situatie. Onder het regime van de Wlz krijgen wij dan ook meer ruimte om de zorgvrager in persoon te zien en te spreken. En wel door één van onze professionals – verpleegkundigen en artsen – met ruime ervaring in de zorg.

Tot slot is het onnavolgbaar dat de heer Plagge aan de hand van één kennelijk moeizaam verlopen proces – op een totaal van bijna 900.000 per jaar – het hele instrument ter discussie wil stellen. Krachtiger hadden wij het gevonden als we ook nog in de gelegenheid waren gesteld om op de casus zelf, in geanonimiseerde vorm, te reageren. Op deze uitnodiging is collega Plagge helaas niet ingegaan.

Marcel de Krosse

arts, strategisch adviseur CIZ