

Overgang naar dbc's laat veel patiënten zwemmen

Kwetsbare ouderen tussen wal en schip

dr. Ellen Vreeburg,
drs. Aafke de Groot,
beiden specialist
ouderengeneeskunde bij
Vivium Naarderheem en
kaderdocent bij Gerion/VUmc

prof. dr. Wilco Achterberg,
hoogleraar institutionele zorg
en ouderengeneeskunde, LUMC

dr. Ton Bakker,
specialist ouderengeneeskunde
Argos Zorggroep, senior onder-
zoeker VUmc/EMGO en NPO-
onderzoek ZPH-Erasmus MC

Correspondentieadres:
e.vreeburg@vivium.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

beeld: Getty Images

Kortdurende geriatrische revalidatiezorg is overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Daarmee krijgen ouderen een op maat gesneden intensieve behandeling. Maar veel mensen vallen nu buiten de criteria waardoor onderbehandeling dreigt, constateren specialisten ouderengeneeskunde.

Tot nu toe was de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) in verpleeghuizen gefinancierd met zorgzwaartepakketten (ZZP's) binnen de AWBZ (zie ook het artikel op blz. 418). ZZP 9a was bedoeld voor ouderen die uit de thuissituatie kwamen, en als doelstelling hadden weer terug te gaan naar een zelfstandige woonomgeving, 9b voor hen die al een intramurale verblijfs-indicatie hadden vóór de acute terugval, bijvoorbeeld ten gevolge van een heupfractuur. ZZP 9a is nu overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw), met als reden dat dit kort-durende behandeling is, die verzekeraar is. Het pakket 9b blijft in de AWBZ, en is

bestemd voor ouderen die al een verblijfsindicatie binnen de AWBZ hebben. De overheveling van 9a biedt veel kansen om betere GRZ te leveren, omdat er met de nieuwe dbc's een op maat

gesneden behandeling mogelijk is, met meer differentiatiemogelijkheden in intensiteit van de behandeling. Maar de aanspraak binnen de Zvw is niet exact dezelfde als binnen de AWBZ. Zo kon aanspraak op ZZP9a worden gemaakt als bij de start van de behandeling het perspectief *in principe* terugkeer naar huis of verpleeghuis was. Maar in de aanspraak voor de dbc GRZ is dat criterium veel explicieter

gemaakt, zodat meer mensen deze dbc zullen mislopen. Onderstaande voorbeeldcasuïstiek laat zien hoe patiënten in de nieuwe situatie tussen wal en schip kunnen raken.

Criteria

De heer A, 82 jaar, woont alleen thuis. Hij krijgt driemaal per week thuiszorg. Op de andere dagen zorgt zijn dochter voor hem. Zij geeft aan deze taak naast haar werk en een wat ziekelijke echtgenoot zwaar te vinden. De heer A is een paar maal gevallen en zijn gewicht is verminderd omdat hij zich niet lekker voelt. De laatste tijd zijn er ook enige tekenen van geheugenproblemen, door de huisarts geduid als behorend bij de leeftijd. De heer A wordt vrij acuut in het ziekenhuis opgenomen vanwege benauwdheid en hoge koorts die niet reageert op het voorgeschreven antibioticum. Na de nodige behandelingen (pneumonie en urineretentie), ook voor tussentijdse complicaties (hartfalen en ritmestoornissen), is hij medisch specialistisch uitbehandeld en behoorlijk verzwakt. Zijn cognitieve problemen zijn toegenomen, hij komt depressief over en is angstig om alleen thuis te wonen. Tijdens het triageoverleg in het ziekenhuis wordt besloten de heer A voor een revalidatieprogramma over te plaatsen naar het verpleeghuis.

De heer A voldoet niet aan de criteria van de dbc-GRZ, omdat het onwaarschijnlijk is dat hij binnen een halfjaar naar huis of verzorgingshuis ontslagen kan worden. Hij voldoet ook niet aan de AWBZ-criteria van ZZP 9b, omdat

De heer A voldoet niet aan de dbc-criteria, maar ook niet aan de AWBZ-criteria

er niet eerder een AWBZ-verblijfsindicatie is afgegeven. Hij kan dus niet revalideren in een verpleeghuis met een passende financiering. De heer A is een voorbeeld uit de grote groep kwetsbare, thuis al matig zorgbehoevende ouderen met dementie of chronische somatische ziekten zoals COPD en hartfalen. Van de 70-plussers die in het ziekenhuis worden opgenomen, komt 35 procent slechter functionerend uit het ziekenhuis. Voor 90-plussers is dit 66 procent.⁵ Prevalentieonderzoek in een regionaal ziekenhuis laat zien dat 42 procent van de 65-plussers in het ziekenhuis vier of meer serieuze risicofactoren heeft naast de opnamediagnose.⁶ Het gaat hierbij om zaken als cognitief functioneren op of onder het dementieomslagpunt, drie of meer psychiatrische symptomen, polyfarmacie, vallen thuis en evenwichtsverlies. Ook Heim e.a. vinden op basis van het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) een percentage van 39 procent kwetsbare ouderen met een

ongunstige behandeluitkomst. Dit zou neer kunnen komen op een behoefte aan geriatrische triage en mogelijke revalidatie van meer dan honderdduizend patiënten op jaarbasis in Nederland.⁷

Uitgesloten

Mevrouw B, 83 jaar, is thuis gevallen. Zij heeft enorm veel pijn en een mobiliteitsbeperking. Ze wordt door de huisarts ingestuurd voor een foto. De chirurg op de EHBO constateert een bekkenfractuur. Mevrouw B kan nu niet staan en lopen, zij heeft hulp nodig bij de zelfzorg. Er is niet zoveel bekend van mevrouw B; ze kwam weinig bij de huisarts en heeft ook geen AWBZ-indicatie. Ze woont alleen en heeft sinds een jaar geheugenproblemen. Daar is nog geen onderzoek naar gedaan, maar haar dochter merkte op dat zij zich de laatste tijd wat verwaarloost.

Patiënten als mevrouw B, met een onbekende mate van cognitieve achteruitgang, worden bij voorkeur direct na het onderzoek op de

Van de 70-plussers die in het ziekenhuis worden opgenomen, komt 35 procent er slechter functionerend weer uit.



SAMENVATTING

- Met de overgang van de geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw hebben kwetsbare ouderen een grotere kans geen revalidatie-dbc te krijgen na triage.
- Crisisopnames via de huisarts of de spoedeisende hulp vallen niet binnen de dbc.
- Ook wordt poliklinische vervolgbehandeling niet bekostigd.

Ook parkinsonpatiënten worden nu uitgesloten van geriatrische revalidatie

Spoedeisende Hulp na consultatie of triage door een specialist ouderengeneeskunde op een revalidatieafdeling van een verpleeghuis opgenomen. Daar is een gestructureerd programma met observatie door geschoolde verzorgenden, zodat de kans op delier vermindert. Zij volgen een multidisciplinair revalidatieprogramma, gericht op terugkeer naar huis. Er kan ook cognitieve diagnostiek plaatsvinden. Sinds 1 januari kan er voor mevrouw B geen ZZP 9a meer worden geopend, maar ook geen dbc-GRZ. Voor de dbc-GRZ is een ziekenhuisopname vooraf noodzakelijk, en voor een ZZP 9b is een verblijfsindicatie voorafgaand aan het huidige zorgtraject nodig. Alleen om deze reden zou mevrouw B dus eerst een 24-uursopname in het ziekenhuis moeten ondergaan, voordat aan haar herstel kan worden gewerkt.

Patiënten met een revalidatievraag in het verpleeghuis opnemen via de SEH van het ziekenhuis of als 'crisisaanmeldingen van de huisarts' zonder ziekenhuisopname is niet meer mogelijk.

Een ander voorbeeld van geriatriche revalidatie zonder voorafgaande ziekenhuisopname is de kortdurende revalidatie van parkinsonpatiënten in het verpleeghuis, die

definitieve verpleeghuisopname dikwijls kan uitstellen.⁸ Daarbij is naast revalidatie ook het optimaal instellen op medicatie behandeldoel. Ook deze groep wordt expliciet uitgesloten van de aanspraak op een dbc-GRZ, ondanks het feit dat de setting en de multidisciplinaire behandeling in het verpleeghuis voor deze groep bij uitstek geschikt en aantoonbaar effectief zijn.

Ambulant vervolgetraject


Mevrouw C, 78 jaar, wordt opgenomen in het ziekenhuis met een bloedig CVA links, met als gevolg afasie en een slikprobleem. De mobiliteit is beperkt door een rechtszijdige parese. Zij heeft hartfalen in de voorgeschiedenis en wordt zo snel mogelijk voor revalidatie opgenomen in het verpleeghuis. Tijdens deze opname doen zich behalve een urineweginfectie geen complicaties voor. Na zes weken kan mevrouw veilig slikken; wel zijn er nog woordvindstoornissen. Ze kan met een rollator veilig binnenshuis lopen, maar lopen zonder hulpmiddel is haar wens en lijkt haalbaar. Ook is de buitenmobiliteit nog niet voldoende getraind. Ze heeft thuis hulp nodig bij het douchen wegens lichte balansproblemen. Verder wil zij zo zelfstandig mogelijk functioneren.

Mevrouw C heeft een revalidatietraject nodig als zij thuis is. Dit wil zij in het verpleeghuis, poliklinisch, voortzetten.

Op dit moment is de financiering binnen de dbc-GRZ voor poliklinische geriatriche vervolgrevalidatie door verpleeghuisteams nog een hindernis. Tot 1 januari bestond de mogelijkheid van indicatie voor somatische dagbehandeling voor verdere revalidatie. Binnen de Zvw is die aanspraak vervallen. Het ambulante traject valt binnen de dbc die in het verpleeghuis is geopend. Het zal duidelijk zijn dat het aantal behandelingen dat nu in die dbc zit niet toereikend is voor het extra ambulante traject. Hier zal snel een aanpassing van de dbc moeten komen.

Knelpunten

De overgang van een deel van de GRZ naar de Zorgverzekeringswet wordt door alle veldpartijen erkend als een goede stap naar betere zorgtrajecten. De beleidsregels zorgen er echter voor dat bij de uitvoering nieuwe knelpunten ontstaan, zowel in het zorgverzekeringsdeel als in het AWBZ-deel van de GRZ.

De beleidsgrenzen die een dbc geriatriche revalidatie alleen toestaan aansluitend aan ziekenhuisopname, en waarbij AWBZ-geriatriche revalidatie is voorbehouden aan patiënten die al een AWBZ-verblijfsindicatie hebben, zorgen ervoor dat veel ouderen die hun functioneren zouden kunnen verbeteren met de juiste behandeling, deze niet of minder zullen krijgen. Ook zijn de financiële voorwaarden voor poliklinische revalidatie aansluitend aan verpleeghuisrevalidatie onvoldoende uitgewerkt. Uit eerder onderzoek is gebleken dat in ieder geval theoretisch een belangrijke verkorting van de klinische revalidatieduur kan worden bereikt. Namelijk als in de fase dat cliënten geen ongeplande zorg meer nodig hebben en zij dus naar huis kunnen gaan, er ook inderdaad ambulante vervolgbehandeling mogelijk is.⁹ Revalideren vanuit de thuissituatie sluit daarnaast het beste aan bij de reële behoeften van de revalidant en is maatschappelijk wenselijk. Het moet mogelijk zijn om kwetsbare of zorgbehoevende patiënten die na triage niet in aanmerking blijken te komen voor GRZ, toch zo snel mogelijk naar een plaats voor passende zorg en behandeling inclusief de benodigde revalidatie te kunnen verwijzen. Zo niet, dan zijn de risico's op onderbehandeling aanzienlijk. 



De referenties, verwijzingen naar websites met aanvullende informatie en een eerder MC-artikel over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl. Het artikel 'Aanpak geriatriche revalidatie niet sluitend' vindt u hier ook.