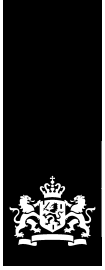


Zorginstituut Nederland

Geriatrische revalidatiezorg

Advies over verbetering van de toegang

Datum 26 juni 2014
Status Definitief

Colofon

Projectleider
Volgnummer 2014071896

Contactpersoon
Sector Zorg – Zorg Dichtbij

Afdeling

Auteurs

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—5

Inleiding—7

1 Aanleiding—9
1.1 Uitvoeringstoets—9
1.2 Motie Leijten/Bruins Slot—9
1.3 Zorginhoudelijke analyse beroepsgroepen—9

2 Wettelijk kader—11
2.1 Zorgverzekeringswet (Zvw)—11
2.2 Besluit zorgverzekering (Bzv)—11

3 Zorginhoudelijke analyse beroepsgroepen—13
3.1 Multidisciplinaire werkgroep—13
3.2 Uitkomsten zorginhoudelijke analyse—13
3.3 Voorwaarden voor implementatie—13

4 Eerste bevindingen Zorginstituut Nederland—15
4.1 Inleiding—15
4.2 Beschrijving van de patiëntengroepen en het indicatieschema—15
4.3 Ontwikkeling in de zorg in relatie tot de GRZ—16

5 Eerste reactie ZN en VAGZ—17

6 Constateringen Zorginstituut Nederland—19

7 Overwegingen Zorginstituut Nederland en vragen ter consultatie—21
7.1 Verbetering toegang tot de aanspraak—21
7.2 Voorwaarden voor implementatie—21
7.3 Spijtoptantenregeling—21

8 Consultatie belanghebbende partijen—23
8.1 Geconsulteerde partijen—23
8.2 Ontvangen reacties—23
8.2.1 Verbetering toegangscriterium—23
8.2.2 Implementatie—24
8.2.3 Spijtoptantenregeling—25

9 Advies Zorginstituut Nederland—27
9.1 Vraag van de minister van VWS—27
9.2 Beoordeling Zorginstituut—27
9.2.1 Verbetering toegangscriterium en implementatie—27
9.2.2 Spijtoptantenregeling—28
9.3 Advies Zorginstituut—29

Bijlagen:
1. Brief minister VWS d.d. 28 april 2014
2. Motie van de leden Leijten en Bruins Slot nr. 460
3. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
4. Reactie partijen

Samenvatting

Per brief van 28 april 2014 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ons verzocht te adviseren over de toegang tot de geriatrische revalidatiezorg (GRZ).

Aan dat verzoek lag een door de betrokken beroepsgroepen opgestelde zorginhoudelijke analyse over een verbeterde toegang ten grondslag. Deze zorginhoudelijke analyse is opgesteld naar aanleiding van de motie van de leden Leijten en Bruins Slot. In die motie werd de regering verzocht uit te laten zoeken of de huisarts, eventueel met tussenkomst van de geriatrisch specialist, direct kan doorverwijzen naar de GRZ als ziekenhuisopname evident overbodig is.

Wij adviseren de toegang tot de GRZ te verbeteren door deze zorg voor een specifieke patiëntengroep ook toegankelijk te maken zonder voorafgaand ziekenhuisverblijf. Bij deze groep patiënten is sprake van een acuut opgetreden aandoening, die, evenzo acuut, leidt tot stoornissen in de mobiliteit en/of achteruitgang in de zelfredzaamheid. Veelal is sprake multimorbiditeit.

Naar ons oordeel betreft het vaststellen van de oorzaak van een dergelijk acuut (en complex) probleem, bij uitstek het werkterrein van de klinische geriater en/of de internist-ouderengeneeskunde, die veelal via een geriatrische team gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor goede zorg voor ouderen met multimorbiditeit in het ziekenhuis. Deze expertise is, ondanks de ontwikkelingen op dit terrein, *op dit moment* nog onvoldoende geborgd in de eerste lijn, ook ingeval een specialist ouderengeneeskunde wordt geconsulteerd.

Voor de korte termijn zijn wij van oordeel dat het geriatrisch assessment (multidomeinbenadering, diagnostiek en opstellen behandelplan) dient plaats te vinden tijdens een behandeling door een klinische geriater en/of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op een geriatrische polikliniek.

Voor een goede invoering van deze verbeterde toegang is het van belang dat:
- zorgverzekeraars en beroepsgroepen concrete afspraken maken over de (continue) beschikbaarheid van geriatrische expertise in het ziekenhuis (SEH of geriatrische spoedkliniek);
- zorgverzekeraars en zorgaanbieders concrete afspraken maken over de toegankelijkheid van GRZ: 24 uur per dag;
- het door de beroepsgroepen opgestelde schematische zorgpad een verdere uitwerking krijgt, waarbij de rol van alle betrokken professionals verdere invulling krijgt en ook alternatieven worden beschreven, met als uiteindelijk resultaat een zorgstandaard.
- parallel aan de invoering van dit extra criterium duidelijkheid ontstaat over de bekostiging van het zogenoemde eerstelijnsverblijf. Een adequate invulling van dit eerstelijnsverblijf binnen de Zvw draagt bij aan gepast gebruik van de GRZ.

Mogelijk kan op de langere termijn (deels) een verschuiving plaatsvinden naar de eerste lijn. Een belangrijke randvoorwaarde hiervoor is dat door betrokken partijen een zorgstandaard wordt opgesteld. Die is nu niet beschikbaar.

Tot slot adviseren wij de zogenoemde ‘spijtoptantenregeling’ niet wettelijk vast te leggen, maar in voorkomende gevallen hierover overleg te laten plaatsvinden tussen de medisch adviseur van de zorgverzekeraar en de specialist ouderengeneeskunde.

Inleiding

Met ingang van 1 januari 2013 is geriatrische revalidatiezorg (verder: GRZ) een te verzekeren prestatie op grond van de Zorgverzekeringswet. Tot die tijd werd de GRZ (toen somatische revalidatie) bekostigd vanuit de AWBZ.

De overgang van deze zorg van de ABWZ naar de Zvw vloeide voort uit het door het Kabinet Balkenende III ingezette beleid om alle op genezing gerichte zorg stapsgewijs onder de werkingssfeer van de Zvw te brengen.

In het Pakketadvies 2009 heeft het toenmalige CVZ advies uitgebracht over de voorgenomen overheveling. In dat advies beschreef het CVZ de doelgroep voor somatische revalidatiezorg aan de hand van een aantal kenmerken, te weten:

- direct voorafgaande aan de somatische revalidatiezorg was sprake van opname voor een medisch-specialistische interventie;
- de primaire medisch-specialistische interventie is afgerond;
- er is geïndiceerd voor (somatische) revalidatiezorg;
- de behandeling is geïndiceerd voor een behandeldoel dat in het algemeen binnen drie tot zes maanden is bereikt;
- het behandeldoel richt zich op terugkeer naar de thuissituatie of terugkeer naar het verzorgingshuis.

Het CVZ gaf daarbij aan dat het aan beroepsgroepen is om de somatische revalidatiezorg uit te werken in (evidence based) richtlijnen en protocollen. Daarnaast vroeg het CVZ aandacht voor de zorgvuldige implementatie van de beoogde overheveling, die immers voor alle betrokken partijen een ingrijpende verandering in de bedrijfsvoering met zich meebrengt.

Het ministerie van VWS is met betrokken partijen nagegaan op welke wijze de omschrijving van de over te hevelen zorg, de financiering, de bekostiging en bijvoorbeeld de gegevensuitwisseling zouden moeten worden vormgegeven. Vervolgens heeft op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg een aantal experimenten plaatsgevonden en heeft per 1 januari 2013 de daadwerkelijke overheveling van de GRZ plaatsgevonden.

1 Aanleiding

1.1 Uitvoeringstoets

Per brief van 28 april 2014 (bijlage 1) heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ons gevraagd te adviseren over het huidige toegangscriterium *voorafgaand ziekenhuisverblijf* in het kader van de te verzekeren prestatie GRZ.

1.2 Motie Leijten/Bruins Slot

Aanleiding voor deze adviesvraag is de aangenomen motie van de leden Leijten en Bruins Slot (Kamerstukken II 2012/13, 29 689, nr. 460). In deze motie (bijlage 2) wordt gesteld dat het niet altijd noodzakelijk is om eerst iemand op te nemen in het ziekenhuis alvorens in het revalidatiecentrum te worden opgenomen. Dit kan ook onnodig kostenverhogend zijn. De regering wordt daarom verzocht uit te laten zoeken of de huisarts, eventueel met tussenkomst van de geriatrisch specialist, direct kan doorverwijzen naar de GRZ als ziekenhuisopname evident overbodig is.

1.3 Zorginhoudelijke analyse beroepsgroepen

Om uitvoering te geven aan deze motie, hebben de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), samen met Verenso, het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) op verzoek van de minister een zorginhoudelijke analyse uitgevoerd.
Doel van deze analyse was enerzijds in beeld te brengen bij wat voor soort aandoeningen GRZ vanuit zorginhoudelijk oogpunt noodzakelijk is, maar waarbij direct voorafgaand ziekenhuisverblijf niet evident noodzakelijk is. Anderzijds zou de analyse van partijen moeten leiden tot het ontwerp van een zorgstandaard of zorgpad, waarbij gepast gebruik wordt gemaakt van GRZ en waarin goede diagnostiek, behandeling, overdracht en vervolgzorg worden beschreven. Randvoorwaarde die de minister daarbij stelde, is dat de definitie van GRZ zorginhoudelijk niet dient te wijzigen.
De zorginhoudelijke analyse van de beroepgroepen treft u aan als bijlage 3.

2 Wettelijk kader

2.1 Zorgverzekeringswet (Zvw)

Artikel 10, onder a, bepaalt dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico de behoefte aan geneeskundige zorg inhoudt.

Artikel 11, derde lid, bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur is het Besluit zorgverzekering.

2.2 Besluit zorgverzekering (Bzv)

In artikel 2.5c Bzv is bepaald dat:

1. Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.
2. De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, indien:
   a. de zorg aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 2.10 in verband met geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 8 van dat besluit in dezelfde instelling, en
   b. de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.10.
3. De duur van de geriatrische revalidatie, bedoeld in het tweede lid, bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode toestaan.

3 Zorginhoudelijke analyse beroepsgroepen

3.1 Multidisciplinaire werkgroep

De zorginhoudelijke analyse is op verzoek van VWS opgesteld door een multidisciplinaire werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), Verenso (specialisten ouderengeneeskunde), het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

Deze werkgroep heeft omschreven onder welke omstandigheden een patiënt in aanmerking kan komen voor GRZ zonder dat er een noodzaak is om de patiënt in het ziekenhuis op te nemen. Deze werkgroep heeft dit gedaan aan de hand van een viertal casussen. Daarnaast heeft de werkgroep een schematische zorgpad omschreven. De integrale zorginhoudelijke analyse treft u aan als bijlage 3. Deze uitkomsten hebben wij hieronder samengevat.

3.2 Uitkomsten zorginhoudelijke analyse

De werkgroep meent dat toegang tot de GRZ zonder voorafgaand ziekenhuisverblijf te realiseren is, mits deze toegang beperkt is tot een specifieke patiëntengroep en ook aan het zorgproces voorwaarden worden gesteld. De definiëring van patiënten en de voorwaarden inzake het zorgproces zijn geoperationaliseerd aan de hand van de volgende criteria:

1. Er is sprake van een acuut opgetreden aandoening waarbij de benodigde diagnostiek is afgerond.
2. De acute aandoening leidt, evenzo acuut, tot mobiliteitstoornissen en/of achteruitgang in de zelfredzaamheid.
3. De kwetsbaarheid van de patiënt en diens bijkomende ziekten zijn voorafgaand aan de GRZ op valide wijze in kaart gebracht.
4. Zorginhoudelijke noodzaak tot GRZ is aanwezig conform de huidige regelgeving inzake GRZ.

In de praktijk vereisen deze voorwaarden dat diagnostiek van het acute probleem, dat wil zeggen een probleem binnen 24 uur ontstaan, en een deskundige beoordeling van kwetsbaarheid en bijkomende ziekten voorhanden moeten zijn. De patiënt zal om deze reden op een spoedeisende hulp, dan wel geriatrische spoedpolikliniek, beoordeeld zijn of deze beoordeling moet integraal in de eerstelijn hebben plaatsgevonden.

Gelet op de noodzaak patiënten strikt voor GRZ-opname te indiceren, meent de werkgroep dat hun kwetsbaarheid niet enkel op basis van een screeningsinstrument geoperationaliseerd kan worden maar dat een multi-domeinbeoordeling (assessment, zoals een comprehensive geriatric assessment) noodzakelijk is. Bijkomend voordeel is dat het opstellen van een initieel behandelplan onderdeel van het assessment is.

3.3 Voorwaarden voor implementatie

Wil men onnodige ziekenhuisopname daadwerkelijk voorkomen, is een directe toegang tot GRZ vereist op moment dat het acute gezondheidsprobleem optreedt. In de praktijk noopt dit tot een 24-uursbeschikbaarheid van geriatrische expertise in het ziekenhuis en 24-uurs toegankelijkheid van GRZ. De werkgroep heeft ook geconstateerd dat ziekenhuisheropname onwenselijk is voor de kleine groep

patiënten die recent opgenomen is geweest in het ziekenhuis én een indicatie voor GRZ ontving maar van deze revalidatiemogelijkheid af zag. De werkgroep stelt voor om de GRZ-toegang voor patiënten met een intramuraal gestelde indicatie voor GRZ (‘spijtoptanten’) ter verruimen tot 5 dagen na ontslag uit het ziekenhuis.

4 Eerste bevindingen Zorginstituut Nederland

4.1 Inleiding

Gegeven de (korte) termijn waarbinnen ons advies moest worden uitgebracht, zijn wij nagaan of de beschrijving van de patiëntengroepen en het indicatieschema (bijlage 3, figuur 1) in de zorginhoudelijke analyse van partijen, voldoende onderscheidend is (zie paragraaf 4.2.).

Daarnaast benoemen wij een aantal ontwikkelingen in de zorg in relatie tot de GRZ. Die ontwikkeling kunnen van belang zijn voor de formulering van een (mogelijk) advies en de implementatie daarvan (zie paragraaf 4.3.).

Verder hebben wij ZN en de VAGZ een eerste reactie gevraagd over de uitvoerbaarheid voor verzekeraars van de implementatie van uitkomsten van de zorginhoudelijke analyse (zie hoofdstuk 5).

4.2 Beschrijving van de patiëntengroepen en het indicatieschema

Wij constateren dat de beroepsgroepen feitelijk alleen zijn ingegaan op de vraag '*Wat voor soort aandoeningen hebben cliënten voor wie Geriatrische RevalidatieZorg (GRZ) zorginhoudelijk noodzakelijk is, maar voor wie direct voorafgaand ziekenhuisverblijf niet noodzakelijk is?'*

De beroepsgroepen hebben aangegeven dat het ontwerpen van een zorgstandaard of een volledig zorgpad (nog) te veel omvattend is. Wel is er een schematisch zorgpad beschreven.

De beroepsgroepen hebben ook overige overwegingen en randvoorwaarden geformuleerd die noodzakelijk zijn om goede gepaste zorg te kunnen realiseren. Wij onderschrijven dat aan een aantal randvoorwaarden moet zijn voldaan om goede zorg te leveren aan kwetsbare ouderen zowel in het ziekenhuis, in de GRZ, als in de thuissituatie.

Op basis van de beschrijving van patiëntengroepen in de zorginhoudelijke analyse, concluderen wij dat uit alle patiëntencasuïstiek blijkt dat het inderdaad niet alleen de acute aandoening is, op grond waarvan een indicatie voor GRZ aanwezig is. Het gaat om een samenloop van aandoeningen in combinatie met de situatie van de individuele patiënt. Dit sluit aan bij de omschrijving onder artikel Zvw 2.5c, eerste lid, van het Bzv; ook deze omschrijving is beoogd als verheldering van de doelgroep.

In alle casussen uit de zorginhoudelijke analyse is sprake van een noodzaak tot zorg in combinatie met verblijf als bedoeld in het huidige artikel 2.10 Bzv. Hierover bestaat geen discussie. Of dit verblijf moet zijn in een ziekenhuis, op een GRZ-afdeling of in een 'eerstelijnsbed', wordt bepaald door de ernst van de onderliggende aandoening, de noodzaak voor revalidatie of de noodzaak voor een veilige verblijfsituatie met voldoende mogelijkheden voor geplande en ongeplande zorg, in combinatie met toezicht en geneeskundige zorg.

De discussie in de casuïstiek (zie bijlage 3) spitst zich toe op het vaststellen of een (voorafgaande) ziekenhuisopname in een acute situatie noodzakelijk is. Hierna gaan wij op deze casussen in.

In de casussen A en B is er sprake van een duidelijk aanwijsbare acute aandoening met acute mobiliteitstoornissen en/of achteruitgang in de zelfredzaamheid. Beide patiënten zijn beoordeeld op de SEH, er is in beide gevallen sprake van een fractuur (respectievelijk bekkenfractuur en bovenarmfractuur). Uit de casussen en de toelichting daarop blijkt dat een fractuur van de bovenarm of een bekkenfractuur alleen onvoldoende indicatie is voor GRZ. De bijkomende medische problematiek, de situatie voorafgaand aan de acute aandoening en de sociale situatie in de thuissituatie maakt dat GRZ wel aangewezen kan zijn. Voor deze situaties is het inderdaad niet gewenst dat er een ziekenhuisopname plaatsvindt. Een voorwaarde voor een beoordeling voor de noodzaak tot GRZ is dat adequate diagnostiek van het onderliggend lijden heeft plaatsgevonden. In de praktijk bestaat dit uit een comprehensive geriatrisch assessment op de SEH of de geriatrische spoedpoli (CGA door geriatrisch team). Het voordeel is dat dit tevens een behandelplan oplevert waarmee de verwijzing naar de GRZ kwalitatief verantwoord kan plaatsvinden.

Casus C is veel complexer. De medische vraag van de huisarts, is de vraag naar de beste verwijzing. De medische overwegingen zijn in het commentaar goed verwoord. Indien de huisarts de mogelijkheid heeft voor verwijzing naar een 'eerstelijnsverblijf', is het meest realistisch dat verzekerde daar kortdurend wordt opgenomen en wordt behandeld voor de urineweginfectie. Blijven er problemen over, dan kan alsnog verwezen worden voor nadere diagnostiek in het ziekenhuis, hetzij naar de klinisch geriater voor een comprehensive geriatrisch assessment en behandeladvies of de neuroloog voor evaluatie Parkinsonmedicatie. Deze casus biedt ons onvoldoende houvast om te kunnen oordelen dat in deze situatie het toegangscriterium *voorafgaand ziekenhuisverblijf* kan vervallen.

In casus D staat de indicatie voor GRZ niet ter discussie. De reden waarom geen gebruik gemaakt is van de mogelijkheid van GRZ is de eigen afweging van patiënt op grond van de sociale situatie thuis met de verantwoordelijkheid van betrokkene voor de zorg van de partner. De beschrijving van de doelgroep voor GRZ in de Zvw, is nooit bedoeld om een groep uit te sluiten van noodzakelijke zorg. Eerder is met partijen afgesproken dat over dit type situaties overleg met de medisch adviseur van de verzekeraar is aangewezen. Als oplossing wordt een spijtoptantenregeling genoemd.

4.3 Ontwikkeling in de zorg in relatie tot de GRZ

Een aantal ontwikkelingen in de zorg (AWBZ en Zvw) heeft ook betrekking op de zorg voor de kwetsbare ouderen en zijn mede reden waarom de discussie voor de toegang tot de GRZ op dit moment speelt.

- Sinds 1 januari 2014 zijn de kortdurende ZZP's 1, 2 en 3 komen te vervallen. Van deze ZZP's werd door huisartsen gebruik gemaakt indien er een noodzaak was voor kortdurend verblijf. ZZP3 is voor 2014 gerepareerd voor diegenen die ontslagen worden uit het ziekenhuis. Voor de huisartsenpopulatie is geen oplossing beschikbaar. Het is terecht dat huisartsen hier een probleem signaleren.
- Per 1 januari 2015 wordt de verpleging overgeheveld naar de Zvw en komt de wijkverpleegkundige functie in de Zvw beschikbaar.
- Wij onderzoeken op verzoek van VWS de extramurale AWBZ behandeling. Bij de invoering van de Wlz (2015), vervalt de aanspraak op extramurale AWBZ-behandeling. Naar verwachting komt hier een subsidieregeling voor in de plaats.
- VWS buigt zich op dit moment over de vraag of, en zo ja welke, acties nodig zijn voor het regelen van eerstelijnsverblijf.

5 Eerste reactie ZN en VAGZ

Vooruitlopend op de consultatie van belanghebbende partijen, hebben wij Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ) gevraagd een eerste reactie te geven op de zorginhoudelijke analyse van de beroepsgroepen.

Voor ZN en de VAGZ staat de noodzaak van gepast gebruik van de GRZ centraal. Vanuit dit perspectief is de conclusie dat het door de beroepsgroepen opgestelde schematische zorgpad onvolledig is en in de praktijk niet werkbaar. Het is geen beslisboom, maar een beschrijving van processtappen die leiden tot GRZ. De alternatieve mogelijkheden zijn niet beschreven.

Ten aanzien van de vier criteria (zie paragraaf 2) voor de operationalisatie van de definiëring van patiënten en de voorwaarden voor het zorgproces zijn ZN en de VAGZ van mening dat een deel van de punten zorginhoudelijk duidelijk en ook achteraf toetsbaar is en daarmee uitvoerbaar voor de zorgverzekeraars. Een aantal onderdelen voldoet hier (nog) niet aan. Dit geldt voor de diagnostiek naar kwetsbaarheid en multimorbiditeit. De eisen aan het multi-domeinassessment door de huisarts zijn niet uitgewerkt; hiervoor is geen richtlijn beschikbaar. De rol van de klinisch geriater in het ziekenhuis is in het schematische zorgpad onderbelicht. Daarnaast is de beschikbaarheid van een klinisch geriater in alle ziekenhuizen en de mogelijkheid van een comprehensive geriatrisch assessment op de SEH of de geriatrische spoedpolikliniek, nog niet gerealiseerd.

De noodzaak tot intramurale revalidatie is onvoldoende uitgewerkt. Het ontwikkelde triagesysteem, gericht op het onderscheid medisch specialistische revalidatie en GRZ, biedt nog onvoldoende duidelijkheid. Ook ontbreekt in de beschrijving de rol van de klinisch geriater in het ziekenhuis.

Het voorstel voor een wettelijke spijtoptantenregeling van 5 dagen onderschrijven ZN en de VAGZ niet. De noodzaak om ook voor deze doelgroep goede zorg te leveren wordt wel volledig onderschreven. Verzekeraars geven aan dat voor dit type situaties de medisch adviseur van de zorgverzekeraar kan adviseren. Dit vindt ook nu al op deze manier plaats. De indruk is dat dit slechts in beperkte mate voorkomt en zal afnemen als weer een mogelijkheid beschikbaar is voor eerstelijnsverblijf.

Het samenvattend oordeel van ZN en de VAGZ luidt als volgt:

1. Mogelijkheid van toegang tot de GRZ via de SEH voor situaties als bedoeld in de casussen A en B is van belang, hierdoor wordt onnodige ziekenhuisopname voorkomen. Vereist is dat op de SEH of de geriatrische spoedpolikliniek adequate diagnostiek wordt uitgevoerd, een comprehensive geriatrisch assessment, en dat de noodzakelijke behandeling in gang wordt gezet.
2. De noodzaak tot GRZ, wordt door middel van triage vastgesteld en vastgelegd. Dit houdt tevens in dat sprake is van een behandeling gericht op verbetering van het functioneren en terugkeer naar huis;
3. Een aparte (wettelijke) spijtoptantenregeling is niet gewenst. Iedere grens geeft nieuwe problemen. Medisch adviseurs van verzekeraars zijn in deze uitzonderingssituaties bereikbaar voor specialisten ouderengeneeskunde. Het inzicht in knelpunten in de uitvoering dat hierdoor ontstaat, biedt tevens mogelijkheden voor bijsturing in de keten;
4. Op dit moment is het volledig laten vervallen van de voorafgaande ziekenhuisopname gezien bovenstaande argumenten niet gewenst. Er ontbreken

nog veel noodzakelijke randvoorwaarden.

5. Met de wijzigingen in de AWBZ vervallen per 1 januari 2015 alle mogelijkheden voor tijdelijke zorg in de AWBZ. Hiervoor zijn nog geen alternatieven beschikbaar binnen de Zvw en/of de Wmo. Vormen van eerstelijnsverblijf in de Zvw moeten nog worden ontwikkeld. Indien deze niet beschikbaar komen zal de druk op de GRZ, het enige alternatief, verder toenemen.

6 Constateringen Zorginstituut Nederland

Op grond van de zorginhoudelijke analyse van de beroepsgroepen en de inbreng van ZN en de VAGZ constateren wij het volgende.

1. Uit de zorginhoudelijke analyse van beroepsgroepen maken wij op dat voor een beperkte groep patiënten een probleem bestaat door de toegangscriterium *voorafgaande ziekenhuisopname* bij de te verzekeren prestatie GRZ. Deze patiënten worden vrijwel allemaal gezien op een SEH of een geriatrische spoedpolikliniek en worden in de huidige situatie (soms) opgenomen alleen om aan het vigerende toegangcriterium voor GRZ te voldoen. De patiëntengroep is gedefinieerd als mensen met een acute aandoening waardoor, evenzo acuut, mobiliteitsstoornissen en/of achteruitgang in de zelfredzaamheid optreedt, waar de kwetsbaarheid en de bijkomende ziekten valide in kaart dienen te worden gebracht en de noodzakelijke behandeling wordt gestart. Indien verwijzing naar de GRZ passend is, kan triage en opname plaatsvinden en is er een behandelplan beschikbaar. Door beroepsgroepen is aangegeven dat toegang tot de GRZ zonder voorafgaand ziekenhuisverblijf te realiseren is, mits deze toegang beperkt is tot deze specifieke patiëntengroep en ook aan het zorgproces voorwaarden worden gesteld.

2. Door de veranderingen in de AWBZ zijn de mogelijkheden voor huisartsen om voor kortdurende opname te verwijzen naar een spoedbed of logeerkamer vervallen. Huisartsen ontbreekt het nu aan een verwijsmogelijkheid voor kortdurend eerstelijnsverblijf voor geneeskundige zorg waarvoor geen ziekenhuisopname noodzakelijk is. De twee alternatieven voor huisartsen zijn GRZ of toch ziekenhuisopname. Dit is geen gewenste ontwikkeling.

3. Een wettelijke ‘spijtoptantenregeling’ is niet noodzakelijk, maar de zorg dient voor deze groep patiënten wel geborgd te worden. De indicatie staat niet ter discussie. Een wettelijke ‘spijtoptantenregeling’ geeft aanleiding tot nieuwe grensdiscussies en werkt verstarrend.

4. Een richtlijn en volledig zorgpad voor de zorg voor kwetsbare ouderen zijn nog niet beschikbaar.

7 Overwegingen Zorginstituut Nederland en vragen ter consultatie

Op grond van de zorginhoudelijke analyse voor de beroepsgroepen en de eerste inbreng van ZN en de VAGZ, hebben wij de volgende overwegingen ter consultatie aan belanghebbende partijen voorgelegd.

7.1 Verbetering toegang tot de aanspraak

Wij overwegen het toegangscriterium *voorafgaande ziekenhuisopname* te verbeteren door de toegang tot de GRZ voor een specifieke patiëntengroep ook zonder voorafgaande ziekenhuisopname mogelijk te maken. Het gaat hierbij om patiënten bij wie sprake is van een acute aandoening waardoor acute mobiliteitsstoornissen en/of afname van zelfredzaamheid is opgetreden en bij wie een geriatrisch assessment is verricht waaruit blijkt dat de cliënt tot de doelgroep voor GRZ behoort, en voor die patiënt een initieel behandelplan is opgesteld.

Ter toelichting: de beoordeling of een patiënt tot deze doelgroep behoort, kan plaatsvinden tijdens een spoedbeoordeling door een geriater op de eerste hulp (SEH) of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. Verwijzing naar de SEH of de geriatrische polikliniek vindt in principe plaats door de huisarts.

Consultatievraag: bent het eens met onze overweging om het huidige toegangscriterium in te verruimen als hierboven beschreven en onderschrijft u de operationalisatie van de groep patiënten die ook zonder voorafgaande ziekenhuisopname in aanmerking zouden moeten komen voor GRZ?

7.2 Voorwaarden voor implementatie

Voor een goede invoering van dit extra criterium is het van belang dat:

- geriatrische expertise in het ziekenhuis (SEH of geriatrische spoedkliniek) continu beschikbaar is;
- GRZ 24 uur per dag toegankelijk is;
- het door de beroepsgroepen opgestelde schematische zorgpad een verdere uitwerking krijgt, waarbij de rol van alle betrokken professionals verdere invulling krijgt en ook alternatieven worden beschreven, met als uiteindelijk resultaat een zorgstandaard.
- parallel aan de invoering van dit extra criterium duidelijkheid ontstaat over de bekostiging van het zogenoemde eerstelijnsverblijf. Een adequate invulling van dit eerstelijnsverblijf binnen de Zvw draagt bij aan gepast gebruik van de GRZ.

Vraag: bent u het eens met de punten die wij hierboven noemen? Missen wij nog aspecten die voor een goede invoering van een extra toegangscriterium van belang zijn?

7.3 Spijtoptantenregeling

Wij overwegen te adviseren om geen wettelijke 'spijtoptantenregeling' van vijf dagen in te voeren. Wanneer zich een situatie voordoet waarin een verzekerde die is geïndiceerd voor GRZ en daar om persoonlijke redenen vanaf afziet, binnen enkele dagen alsnog voor GRZ in aanmerking wenst te komen, kan, om de zorg te borgen,

overleg plaatsvinden tussen de medisch adviseur van de zorgverzekeraar en de klinisch geriater. Dit overleg vindt ook in de huidige uitvoeringspraktijk al plaats. Het in de wet opnemen van een termijn geeft aanleiding tot grensdiscussies en werkt verstarrend.

Vraag: wat is uw mening over onze overweging om een spijtoptantenregeling niet wettelijk te regelen?

8 Consultatie belanghebbende partijen

8.1 Geconsulteerde partijen

Wij hebben ons conceptrapport ter consultatie voorgelegd aan de volgende belanghebbende partijen:

- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- Verenso
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Landelijke Huisartsen Vereniging
- ActiZ
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Zorgverzekeraars Nederland
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie

8.2 Ontvangen reacties

Van of namens alle partijen hebben wij een reactie ontvangen. Hieronder gaan wij in hoofdlijnen op de ontvangen reacties in. De reacties van belanghebbende partijen hebben wij als bijlage 4 bij dit rapport gevoegd.

8.2.1 Verbetering toegangscriterium

ZN is geen voorstander van het volledig laten vervallen van de huidige voorwaarde van voorafgaande ziekenhuisopname, en vindt het uitbreidingvoorstel van het Zorginstituut met spoedconsult SEH/ geriatrische polikliniek niet onredelijk. ZN onderschrijft ook de randvoorwaarden die het Zorginstituut voor de uitbreiding van het toegangscriterium hanteert. ZN is van oordeel dat alleen deskundigen op juiste gronden toegang moeten kunnen verlenen tot de GRZ. In de huidige situatie acht ZN het ongewenst om die indicatiestelling ook bij huisartsen neer te leggen.
De NPCF noemt de uitbreiding van het toegangscriterium met spoedconsult SEH/ geriatrische polikliniek een positieve ontwikkeling. Ook de NVZ reageert positief op dit onderdeel van ons conceptadvies, maar stelt daarbij wel de vraag of een extra criterium, daar waar is gebleken dat er juist één te veel was, de oplossing is voor gewenst maatwerk.
De NVKG kan zich vinden in ons in de door het Zorginstituut geformuleerde verruiming van het toegangscriterium. De formulering sluit aan bij die van de beroepsgroepen in de zorginhoudelijke analyse. De NVKG constateert dat het Zorginstituut het operationaliseren van een directe toegang tot de GRZ vanuit de huisartsenpraktijk onwenselijk acht. Dit in verband met het ontbreken van evidenties voor specifieke patiëntengroepen, bijbehorende uitkomsten en richtlijnen voor een multidomein assessment in de huisartsenpraktijk.

Ook ActiZ steunt de door ons voorgestelde uitbreiding van het toegangcriterium, omdat zij in de praktijk zien dat cliënten niet voor deze zorg in aanmerking komen, terwijl zij daar gelet op hun aandoening, kwetsbaarheid en revalideerbaarheid wel op zijn aangewezen. Dit leidt tot onwenselijke verplaatsingen, ontoereikende zorg en extra opnames in ziekenhuizen of in de AWBZ. Dit is vanuit maatschappelijk en vanuit cliëntperspectief een onwenselijk situatie. Wel pleit ActiZ voor één beoordelingslijn onafhankelijk van de setting of locaties. Dit creëert duidelijkheid en laat de problematiek en de zorgvraag van de cliënt leidend zijn.
Verenso en de NHG, die ook de expertgroep Laego en de LHV heeft geconsulteerd, onderschrijven de uitbreiding van het toegangscriterium, maar niet de wijze waarop

die door het Zorginstituut is geoperationaliseerd.
Verenso en de NHG plaatsen een kanttekening bij de door het Zorginstituut voorgestelde operationalisatie van het aangepaste toegangscriterium. Deze partijen onderschrijven het belang van een assessment en ook de voorwaarde van geriatrische expertise hiervoor. Verenso en de NHG zijn van mening dat deze geriatrische expertise ook buiten het ziekenhuis voorhanden is. Het assessment gebeurt in toenemende mate op een kwalitatief goede manier in de huisartsenpraktijk al dan niet met een specialist ouderengeneeskunde in consultatie. Daarnaast wordt een specialist ouderengeneeskunde in staat geachte aan de poort te beoordelen of een patiënt voor GRZ in aanmerking komt. Bij een verplichte verwijzing van iedere kwetsbare oudere naar de SEH/polikliniek is het de vraag wat het verschil is met het huidige toegangscriterium voorafgaande ziekenhuisopname.

8.2.2 Implementatie

ZN en de NPCF onderschrijven dat de door het Zorginstituut opgesomde factoren van belang zijn voor een goede invoering van een verbeterd toegangscriterium. Vooral een goede beschikbaarheid en een adequate bekostiging van het zogenoemde eerstelijnsverblijf wordt hierbij genoemd.

De NVZ vindt de door het Zorginstituut geformuleerde voorwaarde dat geriatrische expertise continu beschikbaar is te zwaar. De groep patiënten die binnen de huidige regelgeving 'tussen de wal en het schip valt', is beperkt, maar er wordt een zeer kostenintensief criterium opgesteld om deze groep patiënten wel toegang tot de GRZ te geven. Naar de mening van de NVZ staan de baten niet in verhouding tot de kosten. Een (onnodige) kostenopdrijving acht de NVZ ongewenst. Daarnaast vraagt de NVZ zich af wat precies wordt bedoeld met geriatrische expertise. Betreft het hier de expertise van uitsluitend de klinisch geriaters?

De NVKG is het eens met de door het Zorginstituut genoemde voorwaarden voor een goede implementatie van een verbeterd toegangscriterium. Wel tekent de NVKG aan dat op dit moment een 24-uursbeschikbaarheid van geriatrische expertise in het ziekenhuis en ook de toegankelijkheid van de GRZ nog niet 100% aanwezig is. Echter, de ontwikkelingen zijn op dit moment zo voortvarend dat de door het Zorginstituut voorgestelde implementatie reëel is.

Ook ActiZ ziet het belang voor de door het Zorginstituut genoemde implementatievoorwaarden. ActiZ is wel van oordeel dat de noodzakelijk geriatrische expertise niet per definitief een beperking betekent tot een geriater, ook een arts met geriatrische expertise kan deze rol vervullen. ActiZ benadrukt dat naar haar oordeel tot toegang tot de GRZ ook in de eerstelijn kan worden vormgeven, nadat een speciallist ouderengeneeskunde of een huisarts ouderengeneeskunde in consult is geroepen. Een cliënt dient alleen naar de SEH te worden gestuurd als daar een medisch noodzaak voor is. Met betrekking tot de voorwaarde dat de GRZ 24 uur per dag toegankelijk is, merkt ActiZ op dat in verpleeghuizen ANW-diensten (avond, nacht, weekend) worden gedraaid, waardoor er een beschikbaarheidsfunctie is. ActiZ onderschrijft de noodzaak tot duidelijkheid over de bekostiging van het eerstelijnsverblijf.

Verenso is van mening dat continue beschikbaarheid van geriatrische expertise en van GRZ voorwaarden zijn om deze zorg voor de doelgroep toegankelijk te maken. Verenso is van mening dat geriatrische expertise ook in de eerstelijn aanwezig is en juist voor de groep mensen die het hier betreft zou moeten worden ingezet. Verenso is blij met de aandacht in ons advies voor de mogelijkheden van medisch noodzakelijk eerstelijnsverblijf en denkt graag mee over de verdere vormgeving

hiervan.

De NHG stelt voor, vanuit haar optiek dat ook vanuit de eerstelijn toegang tot de GRZ mogelijk moet zijn, om na een proefperiode aan de hand van onderzoek van de gevallen waarbij toegang tot de GRZ is verleend, wordt vastgesteld op de nu in de zorginhoudelijke analyse opgenomen casusbeschrijvingen op grond waarbij toegang tot de GRZ wordt verleend dienen te worden aangescherpt dan wel dienen te worden uitgebreid.

8.2.3 Spijtoptantenregeling

ZN, de NPCF en de NVZ steunen ons voorstel om de 'spijtoptantenregeling' niet wettelijk vast te leggen. De NPCF geeft daarbij aan dat mensen die een indicatie hebben voor GRZ altijd in de GRZ moeten kunnen instromen, zeker wanneer overschatting een onderdeel van het ziektebeeld is. De NVZ concludeert dat de huidige werkwijze, contact tussen de specialist ouderengeneeskunde en de medisch adviseur van de zorgverzekeraar werkbaar is. De NVZ acht het beter deze werkwijze in stand te houden en op termijn, als op basis van data duidelijk om hoeveel 'spijtdagen' het gaat, hier een criterium van te maken.

Ook ActiZ is geen voorstander van de wettelijke regeling voor 'spijtoptanten'.Elke termijn roept nieuwe discussies op, terwijl het oordeel van de arts leidend moet zijn. ActiZ hoort in de praktijk veel klachten ten aanzien van de bereikbaarheid van de medisch adviseurs van zorgverzekeraars en over het ontbreken van de beschikbaarheid van deze medisch adviseurs buiten kantoortijden. Ook meldt ActiZ een wisselend beleid per zorgverzekeraar. Hierdoor acht ActiZ ook de 'spijtoptantenregeling' die het Zorginstituut voorstelt niet werkbaar.

Verenso is van mening dat een 'spijtoptantenregeling' niet wettelijk hoeft te worden geregeld wanneer de beoordeling van de patiënt in de eerstelijn kan plaatsvinden en daarover overleg plaatsvindt tussen de huisarts/specialist ouderengeneeskunde en de medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

De NVKG stelt vast dat het Zorginstituut de toegankelijkheid van GRZ voor 'spijtoptanten' als wenselijk erkent, maar de formele weg daartoe onderbrengt in een aanvullend overleg tussen de zorgverzekeraar en de klinisch geriater. De veelheid van actoren, in casuïstiek met veelal regieverlies bij de patiënt, vergt naar de mening van de NVKG een meer gecentraliseerde werkwijze. De NVKG geeft de voorkeur aan een wettelijke regeling of een aanwijzing. Grensdiscussies acht de NVKG daarbij weinig relevant. Wanneer een dergelijk gecentraliseerde regeling ongewenst is, pleit de NVKG voor een minder complexe procesgang dan door het Zorginstituut voorgesteld: overleg tussen de specialist ouderengeneeskunde en de medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

9 Advies Zorginstituut Nederland

In zijn vergadering van 26 juni 2014 heeft de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland het conceptrapport, de reacties van belanghebbende partijen en het advies van de Adviescommissie Pakket (ACP) besproken en het volgende advies vastgesteld.

9.1 Vraag van de minister van VWS

De minister van VWS heeft ons gevraagd om aan de hand van de zorginhoudelijke analyse van de betrokken beroepsgroepen de huidige voorwaarde voor voorafgaand ziekenhuis voor GRZ te bezien en hierover advies uit te brengen. De minister verzoekt ons daarbij aan te geven op welke wijze de uitkomsten van de zorginhoudelijke analyse zodanig kunnen worden geoperationaliseerd dat de GRZ alleen toegankelijk is voor de doelgroep die voor wie deze zorg ook daadwerkelijk noodzakelijk is.

9.2 Beoordeling Zorginstituut

9.2.1 Verbetering toegangscriterium en implementatie

Wij concluderen dat belanghebbende partijen de door ons voorgestelde verbetering van het toegangscriterium voor de GRZ onderschrijven, maar van mening verschillen over de wijze waarop wij die verbetering in ons conceptadvies hebben geoperationaliseerd.

Cruciaal punt hierbij is of een huisarts (met geriatrische expertise), al dan niet met een specialist ouderengeneeskunde in consult, in staat is op een adequate wijze te beoordelen of een verzekerde op toegang tot GRZ is aangewezen, of dat een degelijke beoordeling moet plaatsvinden door een geriater op de eerste hulp of via een spoedconsult op een geriatrische polikliniek.

Uitgangspunt voor het Zorginstituut is dat de beoordeling of een verzekerde toegang moet krijgen tot de GRZ op een zorginhoudelijk adequate, efficiënte en kwalitatief verantwoorde manier plaatsvindt. Vanuit de optiek van de verzekerde is het van belang dat deze beoordeling, daar waar dat verantwoord is, zo dicht mogelijk in de eigen omgeving plaatsvindt.

Ons advies gaat over een specifieke patiëntengroep die (potentieel) in aanmerking komt voor GRZ. Bij deze patiënten is sprake van een acuut opgetreden aandoening, die, evenzo acuut, leidt tot stoornissen in de mobiliteit en/of achteruitgang in de zelfredzaamheid. Veelal is sprake multimorbiditeit. Deze groep patiënten wordt nu vrijwel in zijn geheel gezien op een SEH of op een geriatrische spoedkliniek.

In geval primair sprake is van een acuut medisch (en complex) probleem, waarvan de oorzaak vastgesteld moet worden door adequate diagnostiek, betreft het bij uitstek het werkterrein van de klinisch geriater en/of internist-ouderengeneeskunde die veelal via een geriatrische team gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor goede zorg voor ouderen met multimorbiditeit in het ziekenhuis. Gezien de omschrijving

van de doelgroep voor GRZ is er een noodzaak voor adequate diagnostiek en behandeling (gevaar van onderdiagnostiek in eerste lijn) en het opstellen van een behandelplan.

Deze expertise is naar ons oordeel, ondanks de ontwikkelingen op dit terrein die door ActiZ en de NHG en de LHV zijn geschetst, *op dit moment* nog onvoldoende geborgd in de eerste lijn, ook ingeval een specialist ouderengeneeskunde wordt geconsulteerd.

Dat is ook de reden dat wij in dit advies onderscheid maken tussen een korte termijn- en een lange termijnoplossing. Voor de korte termijn zijn wij van oordeel dat het geriatrisch assessment (multidomeinbenadering, diagnostiek en opstellen behandelplan) dient plaats te vinden tijdens een behandeling door een klinisch geriater en/of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op een geriatrische polikliniek.

We constateren dat de 24-uursbeschikbaarheid van geriatrische expertise (klinisch geriaters en internist-ouderengeneeskundige) niet in alle ziekenhuizen is gerealiseerd en dat NVZ deze voorwaarde als een zeer kostenintensief criterium benoemd. Het is aan betrokken partijen om deze zorg op adequate wijze te organiseren waarbij een ziekenhuisopname voorkomen kan worden als doorverwijzing naar de GRZ is aangewezen.

Mogelijk kan op de langere termijn (deels) een verschuiving plaatsvinden naar de eerste lijn. Een belangrijke randvoorwaarde hiervoor is dat door betrokken partijen een zorgstandaard wordt opgesteld. Die is nu niet beschikbaar.

De Adviescommissie Pakket adviseert positief over de gekozen lijn die voor de betrokken patiëntengroep een verbetering in de toegang tot de GRZ betekent. De ACP plaatst wel een kanttekening bij de randvoorwaarden dat geriatrische expertise continu beschikbaar moet zijn en dat de GRZ 24 uur per dag toegankelijk moet zijn. De ACP realiseert zich dat indien in een voorkomend geval blijkt dat niet deze aan deze randvoorwaarden is voldaan, de patiënt alsnog door ziekenhuisopname toegang tot de GRZ behoudt.

Verder achten wij het van belang dat op termijn de aanspraak GRZ is ingebed in de zorg voor ouderen in de Zvw, zoals deze verder ontwikkeld wordt met overheveling van de verpleging en verzorging naar de Zvw, het beschikbaar komen van de wijkverpleegkundige functie in de Zvw, verblijf in de eerstelijn en de wijze waarop de extramurale behandeling AWBZ op termijn binnen de Zvw wordt gepositioneerd.

Tot slot merken wij op, naar aanleiding van de discussie in de Adviescommissie Pakket, dat in de huidige te verzekeren prestatie een indicatiebepaling (voorafgaande ziekenhuisopname) is opgenomen in de wet (art 2.5c Bzv). Voor de korte termijn adviseren wij een verbetering van de huidige indicatiebepaling. Op de lange(re) termijn, als een zorgstandaard beschikbaar is, kan de indicatiebepaling mogelijk gestalte krijgen in de uitvoeringspraktijk.

9.2.2 Spijtoptantenregeling

Wij hebben in ons conceptrapport aangegeven dat wij geen voorstaander zijn van een door betrokken partijen in de zorginhoudelijke analyse voorgestelde wettelijke 'spijtoptantenregeling' van vijf dagen. Ook bij het verruimen van de wettelijke termijn blijft sprake van grensproblematiek.

Het merendeel van de belanghebbende partijen en de Adviescommissie Pakket

steunen onze overwegingen om de 'spijtoptantenregeling' niet wettelijk vast te leggen, maar in voorkomende gevallen overleg te laten plaatsvinden tussen de medisch adviseur van de zorgverzekeraar en de klinische geriater. Enkele partijen geven aan dat de bereikbaarheid van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar verbeterd kan worden.

De NVKG heeft terecht opgemerkt dat het moet gaan om een overleg tussen de medisch adviseur van de zorgverzekeraar en de specialist ouderengeneeskunde. De spijtoptant verblijft immers (weer) in de thuissituatie.

9.3 Advies Zorginstituut

Wij adviseren de toegang tot de GRZ te verbeteren door deze zorg voor een specifieke patiëntengroep ook toegankelijk te maken zonder dat voorafgaande ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden. Het gaat hierbij om patiënten bij wie sprake is van een acute aandoening waardoor acute mobiliteitsstoornissen en/of afname van zelfredzaamheid is opgetreden en bij wie een geriatrisch assessment is verricht waaruit blijkt dat de cliënt tot de doelgroep voor GRZ behoort, en voor die patiënt een initieel behandelplan is opgesteld.

Voor een goede invoering van deze verbeterde toegang is het van belang dat:

- zorgverzekeraars en de beroepsgroepen concrete afspraken maken over de (continue) beschikbaarheid van geriatrische expertise in het ziekenhuis (SEH of geriatrische spoedkliniek);
- zorgverzekeraars en zorgaanbieders concrete afspraken maken over de toegankelijkheid van GRZ: 24 uur per dag;
- het door de beroepsgroepen opgestelde schematische zorgpad een verdere uitwerking krijgt, waarbij de rol van alle betrokken professionals verdere invulling krijgt en ook alternatieven worden beschreven, met als uiteindelijk resultaat een zorgstandaard.
- parallel aan de invoering van dit extra criterium duidelijkheid ontstaat over de bekostiging van het zogenoemde eerstelijnsverblijf. Een adequate invulling van dit eerstelijnsverblijf binnen de Zvw draagt bij aan gepast gebruik van de GRZ.

Voor de korte termijn zijn wij van oordeel dat het geriatrisch assessment (multidomeinbenadering, diagnostiek en opstellen behandelplan) dient plaats te vinden tijdens een spoedbehandeling door een klinisch geriater en/of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op een geriatrische polikliniek.

Mogelijk kan op de langere termijn (deels) een verschuiving plaatsvinden naar de eerste lijn. Een belangrijke randvoorwaarde hiervoor is dat door betrokken partijen een zorgstandaard wordt opgesteld. Die is nu niet beschikbaar. Het Zorginstituut is graag bereid de totstandkoming van die zorgstandaard te faciliteren.

Bovendien achten wij het van belang dat een lange termijnoplossing ook voorziet in een goede samenhang met de uitkomsten van andere ontwikkelingen in de zorg, zoals de overheveling van de verpleging naar de Zvw, het beschikbaar komen van de wijkverpleegkundige functie in de Zvw en wijze waarop de extramurale behandeling op termijn binnen de Zvw wordt gepositioneerd.

Tot slot adviseren wij de zogenoemde 'spijtoptantenregeling' niet wettelijk vast te leggen, maar in voorkomende gevallen hierover overleg te laten plaatsvinden tussen de medisch adviseur van de zorgverzekeraar en de specialist ouderengeneeskunde. Een adequate bereikbaarheid van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar is

daarbij van belang.

Het Zorginstituut zal de ontwikkelingen op het terrein van de GRZ, in het bijzonder de implementatie van de verbeterde toegang, monitoren.

Zorginstituut Nederland

Voorzitter Raad van Bestuur

Bijlage 1

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland

Directoraat Generaal Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Postbus 20350
www.rijksoverheid.nl

Contactpersoon

Datum 28 APR 2014

Kenmerk
365643-120315-CZ

Bijlagen
2

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Betreft Advies Geriatrische Revalidatie Zorg

Geachte heer M.,

Bijgaand treft u de zorginhoudelijke analyse die door de Nederlandse Verenging voor Klinische Geriatrie (NVKG), samen met Verenso, het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is uitgevoerd in het kader van de toegankelijkheid van de geriatrische revalidatiezorg (grz)[1].

Deze analyse vloeit voort uit de motie van de leden Leijten en Bruins Slot[2]. In deze motie wordt gesteld dat het niet altijd noodzakelijk is om eerst iemand op te nemen in het ziekenhuis alvorens in het revalidatiecentrum te worden opgenomen en dat dit ook onnodig kostenverhogend kan zijn. Daarom is de regering in de motie verzocht om uit te laten zoeken of de huisarts – eventueel met tussenkomst van de geriatrisch specialist – direct kan doorverwijzen indien ziekenhuisopname evident overbodig is.

Ik wil het Zorginstituut Nederland vragen om aan de hand van deze zorginhoudelijke analyse de huidige voorwaarde voor voorafgaand ziekenhuisverblijf te bezien en mij hierover te adviseren. Het verzoek is om daarbij aan te geven op welke wijze de zorginhoudelijke analyse geoperationaliseerd kan worden zodanig dat de grz alleen door die doelgroep toegankelijk is die ook daadwerkelijk noodzaak hebben tot grz zorg.

Ik verzoek u dit advies vóór de zomer 2014 uit te brengen.

Hoogachtend,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de waarnemend directeur Curatieve Zorg,

drs. F. K.

[1] Kamerstukken II 2013/14, 29689, nr. 501.
[2] Kamerstukken II 2012/13, 29 689, nr. 460.

Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2012–2013

29 689 Herziening Zorgstelsel

Nr. 460

MOTIE VAN DE LEDEN LEIJTEN EN BRUINS SLOT
Voorgesteld 3 juli 2013

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de overheveling van geriatrische revalidatiezorg aanloopt tegen problemen in de verwijzing;

van mening dat het niet altijd noodzakelijk is om eerst iemand op te nemen in het ziekenhuis alvorens in het revalidatiecentrum te worden opgenomen en dat dit ook onnodig kostenverhogend kan zijn;

verzoekt de regering om uit te laten zoeken of de huisarts – eventueel met tussenkomst van de geriatrisch specialist – direct kan doorverwijzen indien ziekenhuisopname evident overbodig is en over dit onderzoek de Kamer te informeren voor de begrotingsbehandeling van 2014,

en gaat over tot de orde van de dag.

Leijten
Bruins Slot

kst-29689-460
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2013

Bijlage 3

Nederlandse Vereniging
voor **Klinische Geriatrie**

Toegankelijkheid Geriatrische Revalidatie Zorg zonder voorafgaande opname in het ziekenhuis.

Inleiding

Najaar 2013 verzocht het ministerie van VWS aan de KNMG een tweetal onderzoeksvragen te beantwoorden in het kader van de toegankelijkheid van de geriatrische revalidatiezorg (briefkenmerk 147393-109452-CZ):

- *Wat voor soort aandoeningen hebben cliënten voor wie Geriatrische RevalidatieZorg (GRZ) zorginhoudelijk noodzakelijk is, maar voor wie direct voorafgaand ziekenhuisverblijf niet noodzakelijk is?*
- *Ontwerp voor deze cliënten een zorgstandaard of zorgpad waarbij gepast gebruik gemaakt wordt van de GRZ en waarin goede diagnostiek, behandeling, overdracht en vervolgzorg beschreven wordt.*

VWS gaf in haar vraagstelling aan dat bij de beantwoording van bovengenoemde vragen 'de definitie van GRZ zorginhoudelijk niet dient te wijzigen'. Ter beantwoording van deze vragen heeft de KNMG de vraagstelling doorgeleid naar de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) met het verzoek om relevante disciplines te betrekken bij de beantwoording.
De definitie van GRZ is bepaald in de zorgverzekeringswet[1] en luidt: Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie (of verzorgingshuis) mogelijk is; De geriatrische revalidatie valt slechts onder de DBC-gefinancierde zorg indien deze met verblijf (=opname in verpleeginstelling) gepaard gaat en voorafgegaan wordt door opname van de patiënt in een ziekenhuis. Patiënten met reeds een verblijf of verblijfsindicatie conform art 9 van het besluit zorgaanspraken AWBZ zijn uitgezonderd van deelname aan GRZ.

Een multidisciplinaire samengestelde werkgroep (deelnemers, zie bijlage 1) bestaand uit vertegenwoordigers van klinisch geriaters, internisten-ouderengeneeskunde, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde heeft omschreven onder welke omstandigheden een patiënt in aanmerking kan komen voor GRZ zonder dat er een noodzaak is om de patiënt in het ziekenhuis op te nemen. De werkgroep heeft de vraagstelling zodanig geïnterpreteerd dat een schematisch zorgpad is omschreven. Een zorgstandaard is een begrip dat in dit verband te omvattend is omdat hierin bijvoorbeeld het perspectief van de patiënt, de organisatiestructuur en indicatoren mee genomen zouden moeten worden.
Bij toepassing van de regelgeving met betrekking tot de GRZ in de huidige praktijk, worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Medisch-specialistische diagnostiek of interventies hebben plaatsgevonden in het ziekenhuis en er is daarbij sprake geweest van een ziekenhuisopname.
- De aandoening of samenstel van aandoeningen leidt tot beperkingen in de zelfredzaamheid met de wens en noodzaak tot revalidatie. Deze revalidatie is niet in

de eerstelijn te realiseren. Soms is sprake van één aandoening (ernstige beroerte) maar veelal heeft de patiënt ook andere problemen in de zin van kwetsbaarheid en comorbiditeit (zoals problemen met de bloedsomloop, psychogeriatrische aandoeningen, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen), die in combinatie leiden tot verminderde leer- en trainbaarheid en/of verlies van regie door de patiënt over zijn functioneren en leven.

- Het betreft steeds intramurale revalidatie op basis van een multidisciplinair en integraal behandelplan zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden . De behandeling richt zich op terugkeer naar de thuissituatie of het verzorgingshuis.
- In geval van doormaken van een delier, bevestigt weliswaar het delier dat sprake is van een kwetsbare patiënt maar zal verwijzing naar GRZ over het algemeen eerst plaatsvinden nadat behandeling van het delier (en onderliggende oorzaken) in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden. Recidief delirante episoden zullen niet steeds hoeven te leiden tot heropname in een ziekenhuis en zullen in beginsel beoordeeld en behandeld worden binnen de GRZ.

Beschrijving patiëntengroepen

De werkgroep is eenduidig dat gepast gebruik van GRZ essentieel is voor de handhaving van (de financiering van) ons zorgstelsel en dat derhalve eisen gesteld worden aan de toegankelijkheid van de GRZ. De werkgroep meent deze op zorginhoudelijk gebied gevonden te hebben in toepassing van een drietal elementen: acute aandoening met doorlopen van bijbehorende diagnostiek – inzicht verkrijgen in mate van kwetsbaarheid en comorbiditeit – vaststellen noodzaak multidisciplinaire intramurale revalidatie.
Om op basis van deze abstracte terminologie de initiële vraag van VWS (soort aandoeningen?) te beantwoorden wordt gebruik gemaakt van een aantal patiëntencasus. Deze casus zijn vignetten om aan te geven of de toegang tot GRZ, zonder direct voorafgaande ziekenhuisopname passend is. Hierbij wordt benadrukt dat GRZ-patiënten altijd een combinatie van aandoeningen hebben en dat karakteristieken op basis van enkelvoudige diagnosen tekort schieten.

Casuïstiek

Casus A is een 80-jarige vrouw die thuis gevallen is. Ze heeft artrose van de heupen en liep voor de val al moeilijk. Recent is op de geheugenpoli vastgesteld dat zij een milde vorm van Alzheimerdementie heeft. Ze was eerder vermagerd waarschijnlijk omdat het koken haar niet goed meer verging. Sinds de inzet van maaltijdservice is haar gewicht stabiel. Op de spoedeisende hulp (SEH) wordt een bekkenfractuur vastgesteld, zij kan nu niet staan of lopen. Een op de SEH geconsulteerd geriatrische team ziet geen andere oorzaken voor haar val, geeft advies ten aanzien van haar botkwaliteit, bevestigt haar kwetsbaarheid en adviseert aanbieding voor GRZ.

Commentaar bij A: Bij patiënte is evident sprake van een acute aandoening met impact op zelfredzaamheid, haar kwetsbaarheid (ten gevolge van de combinatie van cognitieve stoornissen, beperkte mobiliteit, verminderde regie in thuissituatie) is evenzeer duidelijk. Zij is

bovendien niet geholpen met inzet van eerstelijns fysiotherapie of monodisciplinaire zorg in faciliteiten als een zorghotel. Directe aanbieding, zonder ziekenhuisopname, voor GRZ en directe toegankelijkheid tot GRZ is in deze casus passend. Indien dit niet mogelijk zou zijn, dan wordt patiënte één of meerdere dagen in het ziekenhuis opgenomen alvorens te worden doorgeplaatst.

Casus B is een alleenstaande 83 jarige man bekend met COPD en hartfalen waarvoor hij regelmatig in het ziekenhuis opgenomen is geweest. Hij heeft een matige balans en liep nog beperkte afstanden rondom huis. Vandaag viel hij bij een draaibeweging met zijn rollator. Zijn huisarts verwees hem naar de röntgenafdeling voor een foto van zijn bovenarm. Deze bleek gebroken, waarop de SEH een sling adviseerde en hem terug verwees naar de huisarts. De huisartspraktijk doet mee aan projectmatig identificeren van kwetsbaarheid in de huisartspraktijk en kent hem als een kwetsbare oudere (beperkte mobiliteit, frequente ziekenhuisopnames met afnemende zelfzorg). De huisarts belt de specialist ouderengeneeskunde van het verpleeghuis en biedt de patiënt aan voor GRZ.

Commentaar bij B: Zijn revalidatie is gebaat bij afstemming i.v.m. zijn cardio-pulmonale conditie en reeds beperkte zelfzorg en balans. Deze omstandigheden zijn goed in beeld bij de huisarts. Indien dit niet het geval zou zijn, dan zou een gevalideerde beoordeling op kwetsbaarheid in de acute situatie nodig zijn. Dit kan middels een comprehensive geriatrisch assessment van de patient op de SEH of geriatrische spoedpoli (CGA door geriatrie team) of via een multidomeinbeoordeling door huisarts of specialist ouderengeneeskunde in de thuissituatie.
Patiënten met COPD en hartfalen hoeven niet één-op-één kwetsbaar te zijn en kunnen overigens goed in staat zijn om zelf regie te voeren over hun eigen leven en benodigde zorg. Indien dit het geval is dan zouden alternatieve oplossingen mogelijk zijn: thuiszorg met inzet van fysiotherapie en huisarts of eerstelijnsherstelzorg middels opname op een logeerkamer met inzet van genoemde disciplines. De laatste zorgvoorziening is echter niet meer voorhanden in het huidige zorgstelsel. Nu in genoemde casus sprake is van pre-existente beperkingen in zelfzorg en mobiliteit is geïntegreerde multidisciplinaire zorg als bedoeld bij GRZ aangewezen. Zou pre-existent geen mobiliteit/balansstoornis aanwezig zijn dan is GRZ niet obligaat. Beschikbaarheid van eerstelijnsherstelzorg is essentieel om gepast gebruik van GRZ te realiseren en inefficiëntie in de zorg te voorkomen.

Casus C is een 79 jarige vrouw met de ziekte van Parkinson, zij behoeft normaliter hulp van de thuiszorg om zich aan te kleden en te wassen. Haar man begeleidt haar bij de toiletgang. Incidenteel ziet zij kortdurend een vreemd onwaarachtig object voor zich, zij weet dat deze beleving of hallucinatie met haar anti-parkinson medicatie te maken kan hebben. Alleen binnenshuis is zij zelfstandig mobiel. Voorbije dag heeft zij koorts ontwikkeld en ziet zij fietsen in haar woonkamer rijden. Geestelijk reageerde zij eerder vooral traag maar was het begripsvermogen intact. Nu kan zij de aandacht soms moeilijk bij een gesprek houden en kan ze niet meer uit bed komen. De huisarts stelt een blaasontsteking vast en vermoedt dat patiënte hierbij ook een delier heeft. Hij twijfelt over ziekenhuisopname dan wel patiënte aanbieden voor GRZ.

Commentaar bij C: De symptomatologie bij patiënte kan eenduidig verklaard zijn door de blaasontsteking maar dit is niet geheel zeker. Bovendien zijn er aanwijzingen dat patiënte wellicht niet goed is ingesteld op anti-parkinsonmiddelen. Dit vergt analyse en vaak opname in een ziekenhuis. Ontbreekt echter de diagnostische onduidelijkheid en is de psychische conditie stabiel dan zal patiënte wel een geïntegreerd en multidisciplinair revalidatietraject behoeven om weer haar premorbide functioneren te bereiken. In dat geval is directe toegang vanuit de huisartspraktijk naar de GRZ gerechtvaardigd. Binnen de revalidatie in de GRZ kan dan ook de

instelling op anti-parkinsonmiddelen kritisch beschouwd worden. Soms is een soortgelijke ziekte-episode echter al eerder opgetreden, herkennen betrokkenen het beeld en was er steeds een snel herstel. In dat geval is eerstelijnsbehandeling aangewezen.

Casus D is een 89 jarige man. Hij is enkele weken opgenomen geweest met een sepsis ('bloedvergiftiging') vanuit de galwegen. Bij herhaling heeft hij hiervoor endoscopische ingrepen gehad. Hij is delirant geweest maar dit is nu al een week niet meer het geval. Tevoren was hij zelfstandig functionerend en begeleidde hij thuis zijn dementerende echtgenote. Om haar heeft hij veel zorgen nu hij niet bij haar kan zijn. Tijdens zijn ernstige ziekteperiode is hij bedlegerig geweest, zijn spiermassa in zijn bovenbenen 'vloog weg'. Nu kan hij niet altijd zelfstandig uit een stoel overeind komen. In het ziekenhuis wordt hem voorgesteld te revalideren op een GRZ-afdeling. Patiënt erkent zijn beperkingen maar wil vooral zijn echtgenote bijstaan en verkiest (tegen advies) ontslag met uitbreiding van thuiszorg naar huis. Eenmaal thuis valt hij de eerste 2 dagen enkele malen. Hij ziet in dat noch hij, noch zijn echtgenote op dit moment de juiste zorg ontvangen en nu op dood spoor zitten.

Commentaar bij D: Diagnostiek ten aanzien van onderliggend lijden is helder, evenals de indicatie voor GRZ. Toegang tot de GRZ is verloren gegaan nu hij niet aansluitend aan ziekenhuisopname zijn GRZ-indicatie 'verzilverd' heeft. Het is de ervaring van zorgprofessionals dat momenteel patiënten slechts incidenteel GRZ op basis van cognitieve stoornissen weigeren. Sinds de introductie van GRZ is ook de informatieverstrekking erover sterk verbeterd. Casus met 'onterechte' afwijzing van GRZ zijn nu vooral het gevolg van sociale overwegingen bij de patiënt of hun onterechte hoop dat het thuis wel beter zal gaan. De mogelijkheid voor een, in de tijd beperkte, toegang voor GRZ-geïndiceerde patiënten na ontslag uit het ziekenhuis en dus vanuit de thuissituatie lijkt voor deze groep gerechtvaardigd.

Voorwaarden toelating GRZ

De werkgroep is zich bewust dat de groep patiënten die zonder direct voorafgaande ziekenhuisopname toegang zou krijgen tot de GRZ een heterogene groep is. Concretisering van de patiëntgroepen is derhalve niet gedaan aan hand van enkelvoudige diagnoses. Wel aan hand van een aantal kenmerken van de patiënt en diens zorgbehoefte, te weten acuut opgetreden aandoening, valide operationalisering van kwetsbaarheid en noodzaak tot GRZ. Diagnostiek van het acute probleem en deskundige beoordeling van kwetsbaarheid en bijkomende ziekten dienen afgerond te zijn voorafgaand aan toegang tot de GRZ.
De patiënt zal in deze situaties op een spoedeisende hulp dan wel (geriatrische) spoedpolikliniek beoordeeld zijn of in de eerstelijn door de huisarts al dan niet met specialist ouderengeneeskunde in consultatie. De patiënt heeft revalidatie nodig met 24-uurs instellingszorg en zorg door een multidisciplinair team gericht op revalidatie naar huis. Voorwaarde is ook dat het acute gezondheidsprobleem tot acute mobiliteitstoornissen leidde ofwel acute achteruitgang in de zelfredzaamheid van de patiënt tot gevolg had. Wil men onnodige ziekenhuisopname daadwerkelijk voorkomen, dan is een directe toegang tot GRZ vereist op moment dat het acute gezondheids-probleem optreedt. In de praktijk noopt dit tot een 24-uurs toegankelijkheid van GRZ en 24-uursbeschikbaarheid van geriatrische expertise in het ziekenhuis.

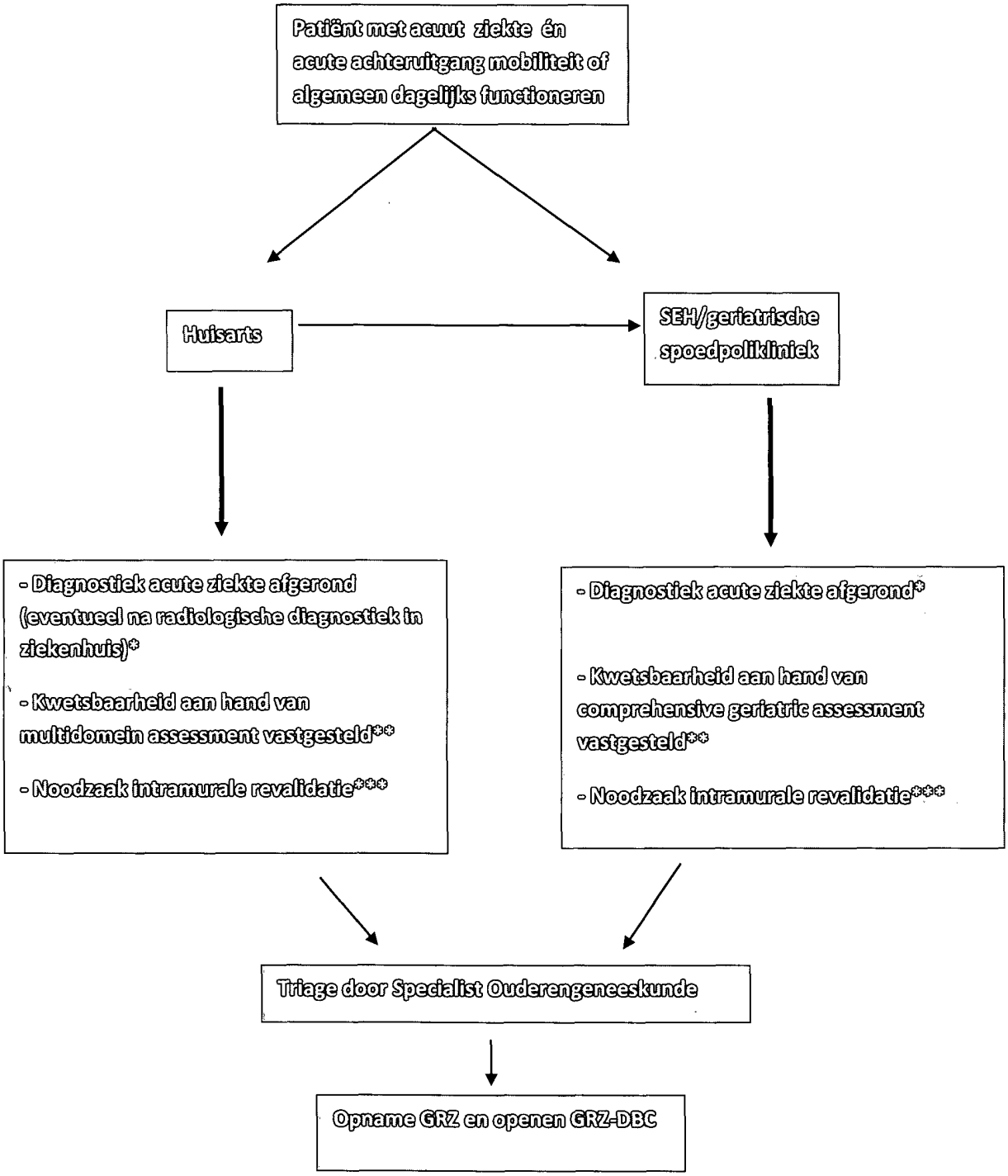
De voorwaarden van een acuut en adequaat geanalyseerd probleem en directe toegang tot GRZ heeft de werkgroep mede gesteld op basis van een tweetal overwegingen: Enerzijds dient er geen prikkel te ontstaan die adequate en tijdige diagnostiek en behandeling aan ouderen onthoudt. 'Ageism', dit wil zeggen op basis van leeftijd verminderde toegang tot zorg, in dit geval ziekenhuiszorg, dient te worden voorkomen. Bovendien is ziekenhuisopname, in de momenteel vigerende toegang tot GRZ, een karakterisering van de patiëntenpopulatie die een zekere urgentie en intensiteit van zorg aangeeft. Met de voorwaarden van acute achteruitgang, adequate analyse en directe toegang tot GRZ wordt zo veel mogelijk een analoge selectie verkregen met de huidige GRZ-deelnemers.
Gelet op de noodzaak patiënten strikt voor GRZ-opname te selecteren meent de werkgroep dat kwetsbaarheid niet enkel op basis van een screeningsinstrument geoperationaliseerd kan worden maar een multidomein-beoordeling (assessment, zoals bijvoorbeeld een comprehensive geriatric assessment) behoeft. Dit assessment behelst een beschrijving van premorbide en actuele functionele status, psychische status en meest bepalende somatische gezondheidsproblemen van de patiënt.[2 3 4] Deze werkwijze is onder meer op een afdeling spoedeisende hulp zinvol en een initieel behandelplan is inherent deel van het assessment.[5 6] De werkwijze kan, samen met de triage GRZ, borgen dat patiënten passende zorgtrajecten wordt geboden waarbij ook andere opties overwogen worden (ziekenhuisopname ten behoeve van behandeling en diagnostiek, terminale zorg, chronische verpleeghuiszorg, aanvullende thuiszorg of herstelzorg). Triage GRZ is het instrument dat ook in de reguliere procesgang naar GRZ gehanteerd kan worden om de gewenste revalidatievorm te bepalen, in casu het onderscheid voor medisch specialistische revalidatie (in revalidatiecentrum) of GRZ (in een verpleeghuis). Normaliter doet de specialist ouderengeneeskunde de triage GRZ, dit in overleg en in afstemming met de verwijzende arts. Daarna bepaalt de patiënt naar welke instelling zijn of haar voorkeur uitgaat. Bij aanvang van de GRZ opent de specialist ouderengeneeskunde van die instelling de GRZ-DBC. Onderstaand (figuur 1) is de werkwijze procesmatig in beeld gebracht.

De werkgroep heeft ook geconstateerd dat ziekenhuisheropname onwenselijk is voor de kleine groep patiënten die recent opgenomen is geweest in het ziekenhuis én een indicatie voor GRZ ontving maar van deze revalidatiemogelijkheid af zag. Eenmaal thuis blijkt revalidatie intramuraal toch noodzakelijk. Rationele en minder rationele beweegredenen liggen veelal aan dit 'niet consumeren van de indicatie' ten grondslag. De werkgroep stelt voor om de GRZ-toegang voor patiënten met een intramuraal gestelde indicatie voor GRZ ('spijtoptanten') te verruimen tot 5 dagen na ontslag uit het ziekenhuis. De werkgroep meent dat de termijn van 5 dagen zodanig is dat de gezondheidstatus van een patiënt en benodigde acties actueel blijven. Naarmate de tijd tussen ziekenhuisopname en GRZ-aanbieding langer is, zal de kans op inadequate duiding van gezondheid en revalideerbaarheid essentieel toenemen.

De werkgroep heeft getracht de potentiële uitbreiding aan patiënten met GRZ te kwantificeren. Cijfermateriaal is hieromtrent echter beperkt voorhanden. Historisch (2008) gezien was directe opname vanuit de eerstelijn ter revalidatie in het verpleeghuis ongeveer 8% van de populatie aldaar.[7] Dit zijn echter data uit de periode voorafgaand aan de herziening van AWBZ-zorg. Meer recente informatie is ontleend aan het AMC-cohort van 175 patiënten met indicatie voor GRZ. 15 van hen (= 8.6%) zouden direct vanuit de afdeling Spoedeisende Hulp naar de GRZ overgeplaatst kunnen worden.[8] Een

onbekend aantal uit deze groep zou mogelijk baat hebben bij eerstelijns herstelzorg. Op de afbakening van eerstelijns herstelzorg en GRZ wordt in het hoofdstuk 'overige overwegingen' nader ingegaan. Actuele cijfers ontbreken over het aantal directe hulpvragen vanuit de eerstelijn voor GRZ.

Figuur 1: Zorgpad 'Toegang GRZ zonder voorafgaande ziekenhuisopname':



* Indien diagnostiek niet is afgerond leidt dit niet tot toegang GRZ
** Indien kwetsbaarheid niet aanwezig of assessment niet uitgevoerd is, geen toegang GRZ
*** Revalidatie wordt nodig en haalbaar geacht, alternatieve herstelzorg of eerstelijnsvoorzieningen zijn niet passend.

Overige overwegingen

De werkgroep is zich ervan bewust dat de introductie van GRZ te kaderen is in een proces van de-institutionalisering van patiëntenzorg. Gepaste zorg betekent dat patiënten waar mogelijk ambulant en met inzet van eerstelijnsvoorzieningen zorg ontvangen. Restrictieve inzet van zowel ziekenhuisopname als GRZ past in dit proces. Daarom ziet de werkgroep noodzaak tot zorgvuldig monitoren van ontwikkelingen van de GRZ. Enerzijds betreft het monitoring van productie-afspraken, budgetbeslag, anderzijds een meer inhoudelijke monitoring aan hand van patiëntkenmerken, zorg(vraag)zwaarte en patiëntengroepen die geïncludeerd worden in de GRZ als ook bijbehorende uitstroom uit de GRZ. Op verzoek van VWS zijn door Verenso indicatoren voor GRZ ontwikkeld welke behulpzaam kunnen zijn bij deze monitoring.

In de huidige systematiek ziet de werkgroep geen conflicten tussen GRZ en zorg geleverd op basis van ZZP9b. Het gaat in die situatie om patiënten die al een indicatie op verblijf al hebben vóór de acute achteruitgang in functioneren en om patiënten waarvan verwacht wordt dat ze gebruik gaan maken van chronisch verblijf (AWBZ-zorg) na de revalidatie. Tussen regio's zijn er verschillen in beschikbaarheid en wachttijd. Dit punt betreft derhalve niet de systematiek maar de capaciteit van zorg.

Afbakening van GRZ en eerstelijns herstelzorg is nodig. GRZ wordt in bepaalde situaties oneigenlijk ingezet als gevolg van het ontbreken van eerstelijns herstelzorg. Optimale benutting van GRZ vereist een voldoende ontwikkelde en beschikbare eerstelijns herstelzorg. Eerstelijns herstelzorg kenmerkt zich door tijdelijke en monodisciplinaire zorg waarbij ADL-zorg voor de patiënt niet op voorhand planbaar is. De huisarts is hierbij de primaire behandelaar en kan laagdrempelig een specialist ouderengeneeskunde in consult vragen. Eerstelijns herstelzorg werd aangeboden via logeerbedden in verzorgingshuizen, huisartsenbedden, zorgpensions of een wijkziekenboeg. Met de afschaffing van de aanspraak op basis van ZZP3 zijn genoemde opvangmogelijkheden in de eerstelijn niet meer beschikbaar. Tevens stelt de werkgroep vast dat alternatieve financiering van deze zorg (bijvoorbeeld via het aanvullend verzekeringspakket) niet voorhanden is. Ook ervaren leden van de werkgroep dat de 'mindset' van patiënten en hun directe omgeving (nog) niet ontwikkeld is om een bedrag per dag voor deze herstelzorg te betalen. Men ziet deze zorg nog als verzekerde zorg. In potentie ontstaat van hieruit een onterechte impuls om GRZ in te zetten. De werkgroep adviseert dan ook om beleid te ontwikkelen ter ontwikkeling en vergoeding van deze zorg en actief de genoemde mindset te doen wijzigen.

Samenvatting

De werkgroep meent dat toegang tot de GRZ zonder voorafgaand ziekenhuisverblijf te realiseren is mits deze toegang beperkt is tot een specifieke patiëntengroep en ook aan het zorgproces voorwaarden worden gesteld. De definiëring van patiënten en de voorwaarden inzake het zorgproces zijn geoperationaliseerd aan de hand van de volgende criteria:

1. Er is sprake van een acuut opgetreden aandoening waarbij de benodigde diagnostiek is afgerond.

2. De acute aandoening leidt, evenzo acuut, tot mobiliteitstoornissen en/of achteruitgang in de zelfredzaamheid.

3. De kwetsbaarheid van de patiënt en diens bijkomende ziekten zijn voorafgaand aan de GRZ op valide wijze in kaart gebracht.

4. Zorginhoudelijke noodzaak tot GRZ is aanwezig conform de huidige regelgeving inzake GRZ.

In de praktijk vereisen deze voorwaarden dat diagnostiek van het acute probleem, dat wil zeggen een probleem binnen 24 uur ontstaan, en deskundige beoordeling van kwetsbaarheid en bijkomende ziekten voorhanden moeten zijn. De patiënt zal om deze reden op een spoedeisende hulp dan wel geriatrische spoedpolikliniek beoordeeld zijn of in de eerstelijn deze beoordelingen integraal ontvangen. Gelet op de noodzaak patiënten strikt voor GRZ-opname te indiceren meent de werkgroep dat hun kwetsbaarheid niet enkel op basis van een screeningsinstrument geoperationaliseerd kan worden maar een multidomein-beoordeling (assessment, zoals bijvoorbeeld een comprehensive geriatric assessment) behoeft. Bijkomend voordeel is dat een initieel behandelplan deel van het assessment is.
Wil men onnodige ziekenhuisopname daadwerkelijk voorkomen, dan is een directe toegang tot GRZ vereist op moment dat het acute gezondheidsprobleem optreedt. In de praktijk noopt dit tot een 24-uursbeschikbaarheid van geriatrische expertise in het ziekenhuis en 24-uurs toegankelijkheid van GRZ.
De werkgroep heeft ook geconstateerd dat ziekenhuisheropname onwenselijk is voor de kleine groep patiënten die recent opgenomen is geweest in het ziekenhuis én een indicatie voor GRZ ontving maar van deze revalidatiemogelijkheid af zag. De werkgroep stelt voor om de GRZ-toegang voor patiënten met een intramuraal gestelde indicatie voor GRZ ('spijtoptanten') te verruimen tot 5 dagen na ontslag uit het ziekenhuis.

Nederlandse Vereniging
voor **Klinische Geriatrie**

Bijlage 1: Deelnemers aan de multidisciplinaire werkgroep 'Toegankelijkheid GRZ'

Drs. A. Arends, klinisch geriater Havenziekenhuis Rotterdam (NVKG)

Dr. R. van Balen, specialist ouderengeneeskunde en leerhuis geriatrische revalidatie, Stichting Laurens Rotterdam (Verenso)

Drs. A.J. de Groot, specialist ouderengeneeskunde Vivium Naarderheem Naarden docent GRZ en onderzoeker, afd. Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde VUmc Amsterdam (Verenso)

Dr. H.A.A.M. Maas, klinisch geriater TweeSteden ziekenhuis en medisch coördinator transmuraal Zorgnetwerk Midden-Brabant Tilburg (NVKG)

Drs. F.J. Roos, directeur Verenso Utrecht (Verenso)

Drs. F.R.M.D. Vrijaldenhoven-Haitsma, kaderhuisarts ouderen-geneeskunde niet praktiserend (NHG-Laego)

Drs. H. Wisselink, huisarts te Deventer en kaderhuisarts ouderengeneeskunde (NHG-Laego)

Drs. J.A.M. Wilmer, klinisch geriater Catharinaziekenhuis Eindhoven (Voorziter, NVKG)

Prof. dr. S.E.J.A. de Rooij, internist-geriater, AMC Amsterdam (NIV)

Referenties:

[1] Zorgverzekeringswet, art 2.5c

[2] Richtlijn comprehensive geriatric assessment, NVKG, Utrecht 2011

[3] Richtlijn comprehensive geriatric assessment, Ned Tijdschr Geneesk 2011;155:A3815

[4] van Mulligen-van de Belt EC, Smalbrugge M, Depla MF. Bewijs voor effectiviteit van Comprehensive Geriatric Assessment in de thuissituatie nog mager: een literatuurreview. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2013;44(5):215-27)

[5] Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993;342(8878):1032-6

[6] Conroy SP, Ansari K, Williams M et al. A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the 'Emergency Frailty Unit'. Age Ageing 2014;43:109-114

[7] Peerenboom PB, Spek J, Zekveld G, Cools HJM, van BalenR, Hoogenboom MJ. Revalidatie in de AWBZ: Omvang , aard en intensiteit. Leusden, ETC Tangram, 2008.

[8] Schriftelijke mededeling prof. dr. S.E.J.A. de Rooij, internist-geriater, Academisch Medisch Centrum, 2014

Bijlage 4:

Reacties van Partijen:

- Nederlandse Huisartsen Genootschap
- Zorgverzekeraars Nederland
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Actiz
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
- Verenco, Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskuknde en Sociaal Geriaters

Per email:
Zorginstituut Nederland
t.a.v. de heer A. M.
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Utrecht, 12 juni 2014
Ons kenmerk : DIR/14-083/RD/LT/ow
Onderwerp : Advies Geriatrische Revalidatie Zorg

Geachte heer/mevrouw ,

Op 28 april hebben wij uw verzoek ontvangen voor commentaar op uw conceptnotitie 2014060877/v4 Versie 22-05-2014 Aan de minister van VWS Betreft: advies geriatrische revalidatiezorg

Het NHG heeft voor deze reactie tevens de expertgroep Laego en de LHV geconsulteerd.

De lacune rond het 'eerstselijnsverblijf' wordt onderkend door het NHG. Het NHG is nauw betrokken bij de uitwerking van het vraagstuk hoe het eerstelijnsverblijf verder vorm moet krijgen binnen de ZVW. Dit heeft raakvlakken met het advies geriatrische revalidatiezorg, maar behoort niet binnen dit advies. Daarom doen wij daar in dit commentaar geen uitspraak over.

We zijn van mening dat er aan verwijzing een probleeminventarisering met een actueel zorgplan ten grondslag moet liggen. Dit gebeurt in toenemende mate op een kwalitatief goede manier in de huisartsenpraktijken waar al of niet een specialist ouderengeneeskunde in consult is gevraagd. Hierdoor is niet altijd een klinisch geriatrische beoordeling van een patiënt als toegangscriterium voor de GRZ nodig. We achten specialisten ouderengeneeskunde in staat om te beoordelen aan de poort of een patiënt in aanmerking komt voor GRZ.

Bij de verdere uitwerking van het nu schematische zorgpad dient vastgehouden te worden aan de door de werkgroep gekozen insteek van casusbeschrijvingen.

-Wat-

Wat betreft de gewenste wijze van invoering van een extra toegangscriterium stellen wij dan ook voor om na een proefperiode aan de hand van onderzoek van de gevallen waarbij toegang is verleend, wordt vastgesteld of de nu geformuleerde casusbeschrijvingen op grond waarvan toestemming wordt gegeven dienen te worden aangescherpt dan wel te worden uitgebreid.

Met vriendelijke groet,

Dr. D., huisarts,
bestuursvoorzitter NHG

S , mw. C.H.M.

Van:
Verzonden: vrijdag 13 juni 2014 9:19
Aan:
Onderwerp: Fwd: 20 juni ACP vergadering over advies GRZ

Zorgverzekeraars Nederland

Postbus 520

3700 AM Zeist

W www.zn.nl

(niet aanwezig op woensdag)

Beoordeling advies ZINL

Voor wat betreft een standpunten van verzekeraars geeft de beschrijving op pagina 5 een goede beschrijving van de standpunten van verzekeraars ten aanzien van de toegang tot GRZ.

Het ZIN stelt voor de huidige aanspraak te verruimen voor cliënten met een acute aandoening bij wie een geriatrisch assessment is verricht waaruit blijkt dat de cliënt tot de doelgroep voor GRZ behoort, en voor die patiënt een initieel behandelplan is opgesteld. Hierbij wordt aangegeven dat de beoordeling of een patiënt tot de GRZ doelgroep behoort kan plaatsvinden tijdens een spoedbeoordeling door een geriater op de eerste hulp (SEH) of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek.

Zoals in het advies opgenomen zijn verzekeraars geen voorstander van het volledig laten vervallen van de voorafgaande ziekenhuisopname gezien bovenstaande argumenten niet gewenst. Er ontbreken nog veel noodzakelijke randvoorwaarden. Gezien de onwenselijkheid om patiënten op te nemen om toegang tot GRZ te krijgen is het advies van het ZINL naar de mening van verzekeraars geen onredelijk advies. Belangrijk voorwaarde voor verzekeraars is dan wel dat in de aanspraak (en de toelichting) de elementen en voorwaarden zoals genoemd in het advies worden vastgelegd. Dus alleen verwijzing GRZ via de SEH bij een acute situatie, na een assessment met betrokkenheid expertise geriater en goede afspraken tussen ziekenhuizen en GRZ instellingen over de doorgeleiding van cliënten. Kernpunt is en blijft dat alleen deskundigen op juiste gronden toegang kunnen verlenen tot het GRZ behandelaanbod. Het is op basis van de huidige inrichting en beschrijvingen ongewenst om deze verantwoordelijkheid voor de GRZ indicatie ook neer te leggen bij de huisartsen.

De overige twee door ZINL genoemden punten zijn volledig terecht. Er dient een goede voorziening in de eerste lijn gecreëerd te worden voor verblijf. Veel van de cliënten waarover nu ihkv de GRZ discussie bestaat zijn niet zozeer GRZ cliënten maar cliënten

die het thuis niet meer reden en tijdelijke verzorging nodig hebben. Voor de realisatie van eerstelijns verblijf wordt een traject opgezet bij de NZa met als doel een prestatie vanaf 1-1-2015.

Ten aanzien van het zorgpad is onduidelijk of hier nu gedoeld wordt op het triage instrument van Verenso of iets anders. Belangrijk voor verzekeraars is dat duidelijker wordt wat nu de criteria zijn om cliënten door te verwijzen naar de verschillende vormen van verpleging dan wel behandeling (wanneer ZZP6, ZZP 9b, GRZ, MSRZ, 1e lijnsverblijf?). Met een dergelijke uitwerking kan er beter toezicht gehouden worden op een juiste plaatsing van de cliënt ipv de huidige praktijk waar beschikbaarheid een grote rol speelt. Het zou wenselijk zijn als ZINL deze noodzakelijke uitwerking nadrukkelijker zou opnemen in het advies en als voorwaarde zou verbinden aan eventuele toekomstige discussies over de toegang tot de GRZ.

Het standpunt tav de spijtoptantenregeling sluit aan bij het standpunt van verzekeraars. Verzekeraars kunnen het advies op dit vlak dan ook steunen.

S , mw. C.H.M.

Van:

Verzonden: donderdag 12 juni 2014 12:22

Aan:

Onderwerp: RE: Consultatie conceptrapport Geriatrische revalidatiezorg

Geachte heer de W., beste J.,

Hierbij reageer ik namens de NVZ op de door u gestelde consultatievragen over 'verruiming' van de aanspraak GRZ, dat in ieder geval de noodzaak van een ziekenhuisopname voorafgaand aan een behandeling in de GRZ geen vereiste meer is.

Consultatie
Wij achten dit een goede ontwikkeling om de druk op ziekenhuizen om hierin mee te bewegen bij patiënten die tussen wal en schip vallen te voorkomen. Overigens maak ik wel bezwaar tegen de suggestie die in het Conceptrapport Geriatrische Revalidatie door u (het Zorginstituut Nederland) wordt gewekt, dat (soms) patiënten onterecht worden opgenomen om aan deze indicatie te voldoen. Dat deze wens (dit verzoek) er wellicht is geweest, betekent nog niet dat hier door ziekenhuizen gehoor aan is gegeven.

24-uursbeschikbaarheid van geriatrische expertise
Daarnaast wordt gesteld dat voor een goede invoering van het gestelde criterium het van belang is: *dat geriatrische expertise in het ziekenhuis (SEH of geriatrische spoedkliniek) continu beschikbaar is.* Naast dat het onduidelijk is wat precies wordt bedoeld met geriatrische expertise (zijn dit alleen de klinisch geriaters of acht u deze groep groter?) vinden wij deze eis zwaar wegen gezien de kosten die hiermee gepaard gaan in verhouding tot het knelpunt welke door deze beleidswijziging is gecreëerd. U geeft zelf aan dat het duidelijk is dat er patiënten tussen wal en schip vallen, maar kunt dit zeer beperkt kwantificeren. Om vervolgens dan wel een zeer kosten intensieve criterium te stellen om deze groep patiënten wel toegang te geven, staat onzes inziens niet in verhouding en lijkt qua financiële business impact te beperkt doordacht. Deze (onnodige) kostenopdrijving kan niet gewenst zijn..

Spijtoptanten
Dat er ook een mogelijkheid komt om patiënten die bij nader inzien het thuis toch niet redden en alsnog van de GRZ gebruik willen maken via de zogenaamde 'spijtoptanten-regeling' vinden wij een goede ontwikkeling. U geeft zelf inderdaad reeds aan dat het alleen de vraag is of deze 5 dagen (werkdagen?) zo strikt wettelijk afgebakend moeten worden. De huidige werkwijze dat contact wordt opgenomen met de medisch adviseur van de zorgverzekeraar, werkt blijkbaar ook. Wellicht is het beter om deze werkwijze in stand te houden en pas als op basis van data die door de medisch adviseurs worden geregistreerd om hoeveel spijt-dagen het gemiddeld gaat, hier (indien gewenst) criterium van te maken.

Missen wij nog aspecten die voor een goede invoering van een extra toegangscriterium van belang zijn?
De vraag is of het stellen van extra criteria, daar waar is gebleken dat er juist één te veel was, de oplossing is voor gewenste maatwerk.

Indien u nog vragen en/of opmerkingen heeft naar aanleiding van deze reactie, hoor ik dit uiteraard graag.
Met vriendelijke groet,

J. B.

beleidsadviseur Besturing & Bekostiging

NVZ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Oudlaan 4
Postbus 9696
3506 GR Utrecht

www.nvz-ziekenhuizen.nl

Aanwezig op: maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag

Van: J.C. de
Verzonden:
Aan:

CC:

Onderwerp: Consultatie conceptrapport Geriatrische revalidatiezorg
Urgentie: Hoog

Geachte dames en heren,

Hierbij leg ik ter consultatie aan uw organisaties voor het conceptrapport van Zorginstituut Nederland over de geriatrische revalidatiezorg (GRZ).

De minister van VWS heeft het Zorginstituut op 28 april gevraagd om te bezien of de huidige toegangsvoorwaarde voor de te verzekeren prestatie GRZ, namelijk *voorafgaand ziekenhuisverblijf,* kan of moet worden aangepast. Daarbij is de vraag hoe de uitkomsten van de zorginhoudelijke analyse van de betrokken beroepsgroepen zodanig kunnen worden geoperationaliseerd dat GRZ alleen voor die doelgroep toegankelijk is die ook daadwerkelijk GRZ nodig heeft.

Ons conceptrapport, en de hierin genoemde bijlagen, treft u aan in bijgesloten attachements. Uw reactie op dit conceptrapport, door middel van een gemotiveerd antwoord op de geformuleerde consultatievragen (paragraaf 9), ontvangen wij graag **uiterlijk op donderdag 12 juni**. Dit is van belang in verband met de tijd die VWS nodig heeft om wijzigingen in de regelgeving aan te brengen.

De vaststelling door de Raad van Bestuur van het Zorginstituut is gepland op 23 juni.

Uw reacties zien wij met belangstelling tegemoet.

Met vriendelijke groet,

J de W
Adviseur
.....
Programma Zorg Dichtbij
Sector Zorg
Zorginstituut Nederland
Eekholt 4 | 1112 XH | Diemen
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen
.....

http://www.zorginstituutnederland.nl
.....

2014060877/v4
Versie 22-05-2014

Aan de minister van VWS

Betreft: advies geriatrische revalidatiezorg

1. Aanleiding

Per brief van 28 april 2014 (bijlage 1) heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ons gevraagd te adviseren over het huidige toegangscriterium *voorafgaand ziekenhuisverblijf* in het kader van de te verzekeren prestatie Geriatrische RevalidatieZorg (GRZ).

Aanleiding voor deze adviesvraag is de aangenomen motie van de leden Leijten en Bruins Slot (Kamerstukken II 2012/13, 29 689, nr. 460). In deze motie (bijlage 2) wordt gesteld dat het niet altijd noodzakelijk is om eerst iemand op te nemen in het ziekenhuis alvorens in het revalidatiecentrum te worden opgenomen. Dit kan ook onnodig kostenverhogend zijn. De regering wordt daarom verzocht uit te laten zoeken of de huisarts, eventueel met tussenkomst van de geriatrisch specialist, direct kan doorverwijzen naar de GRZ als ziekenhuisopname evident overbodig is.

Om uitvoering te geven aan deze motie, hebben de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), samen met Verenso, het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) op verzoek van de minister een zorginhoudelijke analyse uitgevoerd.
Doel van deze analyse was enerzijds in beeld te brengen bij wat voor soort aandoeningen GRZ vanuit zorginhoudelijk oogpunt noodzakelijk is, maar waarbij direct voorafgaand ziekenhuisverblijf niet evident noodzakelijk is. Anderzijds zou de analyse van partijen moeten leiden tot het ontwerp van een zorgstandaard of zorgpad, waarbij gepast gebruik wordt gemaakt van GRZ en waarin goede diagnostiek, behandeling, overdracht en vervolgzorg worden beschreven.
Randvoorwaarde die de minister daarbij stelde, is dat de definitie van GRZ zorginhoudelijk niet dient te wijzigen.

2. Uitkomsten zorginhoudelijke analyse

Een multidisciplinaire werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van eerder genoemde partijen, heeft omschreven onder welke omstandigheden een patiënt in aanmerking kan komen voor GRZ zonder dat er een noodzaak is om de patiënt in het ziekenhuis op te nemen. Deze werkgroep heeft dit gedaan aan de hand van een viertal casussen. Daarnaast heeft de werkgroep een schematische zorgpad omschreven. De integrale zorginhoudelijke analyse treft u aan als bijlage 3. Deze analyse hebben wij hieronder samengevat.

De werkgroep meent dat toegang tot de GRZ zonder voorafgaand ziekenhuisverblijf te realiseren is, mits deze toegang beperkt is tot een specifieke patiëntengroep en ook aan het zorgproces voorwaarden worden gesteld. De definiëring van patiënten en de voorwaarden inzake het zorgproces zijn geoperationaliseerd aan de hand van de volgende criteria:
1. Er is sprake van een acuut opgetreden aandoening waarbij de benodigde medische diagnostiek is afgerond.
2. De acute aandoening leidt, evenzo acuut, tot mobiliteitstoornissen en/of achteruitgang in de zelfredzaamheid.

Opmerking [PG1]: Graag deze verduidelijking toevoegen: Functionele diagnostiek vindt plaats in de GRZ

CONCEPT

3. De kwetsbaarheid van de patiënt en diens bijkomende ziekten zijn voorafgaand aan de GRZ op valide wijze in kaart gebracht.
4. Zorginhoudelijke noodzaak tot GRZ is aanwezig conform de huidige regelgeving inzake GRZ.

In de praktijk vereisen deze voorwaarden dat diagnostiek van het acute probleem, dat wil zeggen een probleem binnen 24 uur ontstaan, en een deskundige beoordeling van kwetsbaarheid en bijkomende ziekten voorhanden moeten zijn. De patiënt zal om deze reden op een spoedeisende hulp, dan wel geriatrische spoedpolikliniek, beoordeeld zijn of deze beoordeling moet integraal in de eerstelijn hebben plaatsgevonden . Gelet op de noodzaak patiënten strikt voor GRZ-opname te indiceren, meent de werkgroep dat hun kwetsbaarheid niet enkel op basis van een screeningsinstrument geoperationaliseerd kan worden maar dat een multi-domeinbeoordeling (assessment, zoals een comprehensive geriatric assessment) noodzakelijk is. Bijkomend voordeel is dat het opstellen van een initieel behandelplan onderdeel van het assessment is.

Wil men onnodige ziekenhuisopname daadwerkelijk voorkomen, is een directe toegang tot GRZ vereist op moment dat het acute gezondheidsprobleem optreedt. In de praktijk noopt dit tot een 24-uursbeschikbaarheid van geriatrische expertise in het ziekenhuis en 24-uurs toegankelijkheid van GRZ. De werkgroep heeft ook geconstateerd dat ziekenhuisheropname onwenselijk is voor de kleine groep patiënten die recent opgenomen is geweest in het ziekenhuis én een indicatie voor GRZ ontving maar van deze revalidatiemogelijkheid af zag. De werkgroep stelt voor om de GRZ-toegang voor patiënten met een intramuraal gestelde indicatie voor GRZ ('spijtoptanten') ter verruimen tot 5 dagen na ontslag uit het ziekenhuis.

3. Aanspraak GRZ in Bzv

Artikel 2.5c Bzv
1. Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.
2. De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, indien:
   a. de zorg aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 2.10 in verband met geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 8 van dat besluit in dezelfde instelling, en
   b. de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.10.
3. De duur van de geriatrische revalidatie, bedoeld in het tweede lid, bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode toestaan.

4. Aanpak advies Zorginstituut

Binnen de gegeven (korte) termijn waarbinnen ons advies moest worden uitgebracht, zijn wij nagaan of:
- de beschrijving van de patiëntengroepen en het indicatieschema (bijlage 3, figuur 1) in de zorginhoudelijke analyse van partijen, voldoende onderscheidend is (zie paragraaf 5);
- de voorgestelde beschrijving van patiëntengroepen in relatie tot de overwegingen

CONCEPT

en randvoorwaarden per 1 januari 2015 kan worden gerealiseerd binnen het kader van de wijzigingen in de AWBZ en de Zvw (zie paragraaf 6).

Verder hebben wij ZN en de VAGZ gevraagd om een reactie over de uitvoerbaarheid voor verzekeraars van de implementatie van uitkomsten van de zorginhoudelijke analyse (zie paragraaf 7).

5. Beoordeling beschrijving patiëntengroepen en indicatieschema

Wij constateren dat de beroepsgroepen feitelijk alleen zijn ingegaan op de vraag *'Wat voor soort aandoeningen hebben cliënten voor wie Geriatrische RevalidatieZorg (GRZ) zorginhoudelijk noodzakelijk is, maar voor wie direct voorafgaand ziekenhuisverblijf niet noodzakelijk is?'*

De beroepsgroepen hebben aangegeven dat het ontwerpen van een zorgstandaard of een volledig zorgpad (nog) te veel omvattend is. Wel is er een schematisch zorgpad beschreven.

De beroepsgroepen hebben ook overige overwegingen en randvoorwaarden geformuleerd die noodzakelijk zijn om goede gepaste zorg te kunnen realiseren. Wij onderschrijven dat aan een aantal randvoorwaarden moet zijn voldaan om goede zorg te leveren aan kwetsbare ouderen zowel in het ziekenhuis, in de GRZ, als in de thuissituatie.

Op basis van de beschrijving van patiëntengroepen in de zorginhoudelijke analyse, concluderen wij dat uit alle patiëntencasuïstiek blijkt dat het inderdaad niet alleen de acute aandoening is, op grond waarvan een indicatie voor GRZ aanwezig is. Het gaat om een samenloop van aandoeningen in combinatie met de situatie van de individuele patiënt. Dit sluit aan bij de omschrijving onder artikel Zvw 2.5c, eerste lid, van het Bzv; ook deze omschrijving is beoogd als verheldering van de doelgroep.

In alle casussen uit de zorginhoudelijke analyse is sprake van een noodzaak tot zorg in combinatie met verblijf als bedoeld in het huidige artikel 2.10 Bzv. Hierover bestaat geen discussie. Of dit verblijf moet zijn in een ziekenhuis, op een GRZ-afdeling of in een 'eerstelijnsbed', wordt bepaald door de ernst van de onderliggende aandoening, de noodzaak voor revalidatie of de noodzaak voor een veilige verblijfsituatie met voldoende mogelijkheden voor geplande en ongeplande zorg, in combinatie met toezicht en geneeskundige zorg.

De discussie in de casuïstiek (zie bijlage 3) spitst zich toe op het vaststellen of een (voorafgaande) ziekenhuisopname in een acute situatie noodzakelijk is. Hierna gaan wij op deze casussen in.

In de casussen A en B is er sprake van een duidelijk aanwijsbare acute aandoening met acute mobiliteitstoornissen en/of achteruitgang in de zelfredzaamheid. Beide patiënten zijn beoordeeld op de SEH, er is in beide gevallen sprake van een fractuur (respectievelijk bekkenfractuur en bovenarmfractuur). Uit de casussen en de toelichting daarop blijkt dat een fractuur van de bovenarm of een bekkenfractuur alleen onvoldoende indicatie is voor GRZ. De bijkomende medische problematiek, de situatie voorafgaand aan de acute aandoening en de sociale situatie in de thuissituatie maakt dat GRZ wel aangewezen kan zijn. Voor deze situaties is het inderdaad niet gewenst dat er een ziekenhuisopname plaatsvindt. Een voorwaarde voor een beoordeling voor de noodzaak tot GRZ is dat adequate diagnostiek van het onderliggend lijden heeft plaatsgevonden. In de praktijk bestaat dit uit een comprehensive geriatrisch assessment op de SEH of de geriatrische spoedpoli (CGA

CONCEPT

door geriatrisch team). Het voordeel is dat dit tevens een behandelplan oplevert waarmee de verwijzing naar de GRZ kwalitatief verantwoord kan plaatsvinden.

Casus C is veel complexer. De medische vraag van de huisarts, is de vraag naar de beste verwijzing. De medische overwegingen zijn in het commentaar goed verwoord. Indien de huisarts de mogelijkheid heeft voor verwijzing naar een 'eerstelijnsverblijf', is het meest realistisch dat verzekerde daar kortdurend wordt opgenomen en wordt behandeld voor de urineweginfectie. Blijven er problemen over, dan kan alsnog verwezen worden voor nadere diagnostiek in het ziekenhuis, hetzij naar de klinisch geriater voor een comprehensive geriatrisch assessment en behandeladvies of de neuroloog voor evaluatie Parkinsonmedicatie. Deze casus biedt ons onvoldoende houvast om te kunnen oordelen dat in deze situatie het toegangscriterium *voorafgaand ziekenhuisverblijf* kan vervallen.

In casus D staat de indicatie voor GRZ niet ter discussie. De reden waarom geen gebruik gemaakt is van de mogelijkheid van GRZ is de eigen afweging van patiënt op grond van de sociale situatie thuis met de verantwoordelijkheid van betrokkene voor de zorg van de partner. De beschrijving van de doelgroep voor GRZ in de Zvw, is nooit bedoeld om een groep uit te sluiten van noodzakelijke zorg. Eerder is met partijen afgesproken dat over dit type situaties overleg met de medisch adviseur van de verzekeraar is aangewezen. Als oplossing wordt een spijtoptantenregeling genoemd.

6. Ontwikkelingen in de zorg in relatie tot de GRZ

Een aantal ontwikkelingen in de zorg (AWBZ en Zvw) heeft ook betrekking op de zorg voor de kwetsbare ouderen en zijn mede reden waarom de discussie voor de toegang tot de GRZ op dit moment speelt.

- Sinds 1 januari 2014 zijn de kortdurende ZZP's 1, 2 en 3 komen te vervallen. Van deze ZZP's werd door huisartsen gebruik gemaakt indien er een noodzaak was voor kortdurend verblijf. ZZP3 is voor 2014 gerepareerd voor diegenen die ontslagen worden uit het ziekenhuis. Voor de huisartsenpopulatie is geen oplossing beschikbaar. Het is terecht dat huisartsen hier een probleem signaleren.
- Per 1 januari 2015 wordt de verpleging overgeheveld naar de Zvw en komt de wijkverpleegkundige functie in de Zvw beschikbaar.
- Wij onderzoeken op verzoek van VWS de extramurale AWBZ behandeling. Bij de invoering van de Wlz (2015), vervalt de aanspraak op extramurale AWBZ-behandeling. Naar verwachting komt hier een subsidieregeling voor in de plaats.
- VWS buigt zich op dit moment over de vraag of, en zo ja welke, acties nodig zijn voor het regelen van eerstelijnsverblijf.

7. Ontvangen reacties Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de VAGZ

Voor ZN en de VAGZ staat de noodzaak van gepast gebruik van de GRZ centraal. Vanuit dit perspectief is de conclusie dat het door de beroepsgroepen opgestelde schematische zorgpad onvolledig is en in de praktijk niet werkbaar. Het is geen beslisboom, maar een beschrijving van processtappen die leiden tot GRZ. De alternatieve mogelijkheden zijn niet beschreven.

Ten aanzien van de vier criteria (zie paragraaf 2) voor de operationalisatie van de definiëring van patiënten en de voorwaarden voor het zorgproces zijn ZN en de VAGZ van mening dat een deel van de punten zorginhoudelijk duidelijk en ook achteraf toetsbaar is en daarmee uitvoerbaar voor de zorgverzekeraars. Een aantal onderdelen voldoet hier (nog) niet aan. Dit geldt voor de diagnostiek naar kwetsbaarheid en multimorbiditeit. De eisen aan het multi-domeinassessment door

CONCEPT

de huisarts zijn niet uitgewerkt; hiervoor is geen richtlijn beschikbaar. De rol van de klinisch geriater in het ziekenhuis is in het schematische zorgpad onderbelicht. Daarnaast is de beschikbaarheid van een klinisch geriater in alle ziekenhuizen en de mogelijkheid van een comprehensive geriatrisch assessment op de SEH of de geriatrische spoedpolikliniek, nog niet gerealiseerd.

De noodzaak tot intramurale revalidatie is onvoldoende uitgewerkt. Het ontwikkelde triagesysteem, gericht op het onderscheid medisch specialistische revalidatie en GRZ, biedt nog onvoldoende duidelijkheid. Ook ontbreekt in de beschrijving de rol van de klinisch geriater in het ziekenhuis.

Het voorstel voor een wettelijke spijtoptantenregeling van 5 dagen onderschrijven ZN en de VAGZ niet. De noodzaak om ook voor deze doelgroep goede zorg te leveren wordt wel volledig onderschreven. Verzekeraars geven aan dat voor dit type situaties de medisch adviseur van de zorgverzekeraar kan adviseren. Dit vindt ook nu al op deze manier plaats. De indruk is dat dit slechts in beperkte mate voorkomt en zal afnemen als weer een mogelijkheid beschikbaar is voor eerstelijnsverblijf.

Het samenvattend oordeel van ZN en de VAGZ luidt als volgt:
1. Mogelijkheid van toegang tot de GRZ via de SEH voor situaties als bedoeld in de casussen A en B is van belang, hierdoor wordt onnodige ziekenhuisopname voorkomen. Vereist is dat op de SEH of de geriatrische spoedpolikliniek adequate diagnostiek wordt uitgevoerd, een comprehensive geriatrisch assessment, en dat de noodzakelijke behandeling in gang wordt gezet.
2. De noodzaak tot GRZ, wordt door middel van triage vastgesteld en vastgelegd. Dit houdt tevens in dat sprake is van een behandeling gericht op verbetering van het functioneren en terugkeer naar huis;
3. Een aparte (wettelijke) spijtoptantenregeling is niet gewenst. Iedere grens geeft nieuwe problemen. Medisch adviseurs van verzekeraars zijn in deze uitzonderingssituaties bereikbaar voor specialisten ouderengeneeskunde. Het inzicht in knelpunten in de uitvoering dat hierdoor ontstaat, biedt tevens mogelijkheden voor bijsturing in de keten;
4. Op dit moment is het volledig laten vervallen van de voorafgaande ziekenhuisopname gezien bovenstaande argumenten niet gewenst. Er ontbreken nog veel noodzakelijke randvoorwaarden.
5. Met de wijzigingen in de AWBZ vervallen per 1 januari 2015 alle mogelijkheden voor tijdelijke zorg in de AWBZ. Hiervoor zijn nog geen alternatieven beschikbaar binnen de Zvw en/of de Wmo. Vormen van eerstelijnsverblijf in de Zvw moeten nog worden ontwikkeld. Indien deze niet beschikbaar komen zal de druk op de GRZ, het enige alternatief, verder toenemen.

CONCEPT

8. Constateringen Zorginstituut

Op grond van de zorginhoudelijke analyse van de beroepsgroepen en de inbreng van ZN en de VAGZ constateren wij het volgende.

1. Uit de zorginhoudelijke analyse van beroepsgroepen maken wij op dat voor een beperkte groep patiënten een probleem bestaat door de toegangscriterium *voorafgaande ziekenhuisopname* bij de te verzekeren prestatie GRZ. Deze patiënten worden vrijwel allemaal gezien op een SEH of een geriatrische spoedpolikliniek en worden in de huidige situatie (soms) opgenomen alleen om aan het vigerende toegangcriterium voor GRZ te voldoen. De patiëntengroep is gedefinieerd als mensen met een acute aandoening waardoor, evenzo acuut,

mobiliteitsstoornissen en/of achteruitgang in de zelfredzaamheid optreedt, waar de kwetsbaarheid en de bijkomende ziekten valide in kaart dienen te worden gebracht en de noodzakelijke behandeling wordt gestart. Indien verwijzing naar de GRZ passend is, kan triage en opname plaatsvinden en is er een behandelplan beschikbaar. Door beroepsgroepen is aangegeven dat toegang tot de GRZ zonder voorafgaand ziekenhuisverblijf te realiseren is, mits deze toegang beperkt is tot deze specifieke patiëntengroep en ook aan het zorgproces voorwaarden worden gesteld.

2. Door de veranderingen in de AWBZ zijn de mogelijkheden voor huisartsen om voor kortdurende opname te verwijzen naar een spoedbed of logeerkamer vervallen. Huisartsen ontbreekt het nu aan een verwijsmogelijkheid voor kortdurend eerstelijnsverblijf voor geneeskundige zorg waarvoor geen ziekenhuisopname noodzakelijk is. De twee alternatieven voor huisartsen zijn GRZ of toch ziekenhuisopname. Dit is geen gewenste ontwikkeling.

3. Een wettelijke 'spijtoptantenregeling' is niet noodzakelijk, maar de zorg dient voor deze groep patiënten wel geborgd te worden. De indicatie staat niet ter discussie. Een wettelijke 'spijtoptantenregeling' geeft aanleiding tot nieuwe grensdiscussies en werkt verstarrend.

4. Een richtlijn en volledig zorgpad voor de zorg voor kwetsbare ouderen zijn nog niet beschikbaar.

9. Overwegingen Zorginstituut en consultatievragen
Op grond van de zorginhoudelijke analyse voor de beroepsgroepen en de inbreng van ZN en de VAGZ leggen wij ter consultatie de volgende vragen aan u voor. Uw reactie hierop, betrekken wij bij de formulering van ons advies aan de minister van VWS.

- **Advisering over verruiming toegang tot de aanspraak**

Wij overwegen het toegangscriterium *voorafgaande ziekenhuisopname* uit te breiden met een criterium dat de toegang tot de GRZ voor een specifieke patiëntengroep ook zonder voorafgaande ziekenhuisopname mogelijk maakt. Het gaat hierbij om patiënten bij wie sprake is van een acute aandoening waardoor acute mobiliteitsstoornissen en/of afname van zelfredzaamheid is opgetreden en bij wie een geriatrisch assessment is verricht waaruit blijkt dat de cliënt tot de doelgroep voor GRZ behoort, en voor die patiënt een initieel behandelplan is opgesteld.

Ter toelichting: de beoordeling of een patiënt tot deze doelgroep behoort kan plaatsvinden tijdens een spoedbeoordeling door een geriater op de eerste hulp (SEH) of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. Verwijzing naar de SEH of de geriatrische polikliniek vindt in principe plaats door de huisarts.

Vraag: bent het eens met onze overweging om het huidige toegangscriterium in te verruimen als hierboven beschreven en onderschrijft u de operationalisatie van de groep patiënten die ook zonder voorafgaande ziekenhuisopname in aanmerking zouden moeten komen voor GRZ?

Reactie ActiZ op vraag 1
ActiZ ondersteunt dat cliënten ook zonder voorafgaande ziekenhuisopname binnen de Geriatrische Revalidatiezorg kunnen worden opgenomen. Dit omdat zij in de praktijk ziet dat cliënten nu niet in aanmerking komen voor zorg waar zij wel recht

CONCEPT

op hebben gegeven hun aandoeningen, kwetsbaarheid en revalideerbaarheid. Dit leidt tot onwenselijke verplaatsingen, ontoereikende zorg en extra opnames in ziekenhuizen of in de AWBZ . Vanuit maatschappelijk en clientperspectief een onwenselijke situatie die extra nodeloze kosten (ziekenhuisopnames, langdurige opname AWBZ) in de hand werkt.

ActiZ onderschrijft de vier criteria die geformuleerd zijn t.a.v. deze doelgroep, met onderstaande wijziging:
1. Er is sprake van een acuut opgetreden aandoening waarbij de benodigde medische diagnostiek is afgerond.
2. De acute aandoening leidt, evenzo acuut, tot mobiliteit stoornissen en/of achteruitgang in de zelfredzaamheid.
3. De kwetsbaarheid van de patiënt en diens bijkomende ziekten zijn voorafgaand aan de GRZ op valide wijze in kaart gebracht.
4. Zorginhoudelijke noodzaak tot GRZ is aanwezig conform de huidige regelgeving inzake GRZ.

Wel pleit ActiZ voor één beoordelingslijn onafhankelijk van setting of locatie. Dit creëert duidelijkheid en laat problematiek en zorgvraag van cliënt leidend zijn.

Geriatrische expertise in 2e lijn
Het is bekend dat de beschikbaarheid van geriaters in de 2e lijn niet op alle plaatsen gemeengoed is. Niet alle ziekenhuizen hebben geriatrische capaciteit in de zin van een "klinisch geriater" beschikbaar. Op veel plaatsen vult de specialist ouderengeneeskunde deze specialistische expertise aan in het ziekenhuis. Graag zou ActiZ dan ook zien dat er gesproken wordt over een arts met 'geriatrische expertise'

Dit zou betekenen dat de beoordeling of een patiënt tot deze doelgroep behoort kan plaatsvinden tijdens een spoedbeoordeling door een geriater ***(vervangen door: een arts met geriatrische expertise)*** *op de eerste hulp (SEH) of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. Verwijzing naar de SEH of de geriatrische polikliniek vindt in principe plaats door de huisarts. De triage voor de Geriatrische Revalidatiezorg en het opstellen van een behandelplan voor de GRZ blijft een taak voor de Specialist Ouderengeneeskunde..*

Van belang is dat als een Specialist Ouderengeneeskunde in een (gestandaardiseerde triage) tot het oordeel komt dat de GRZ rechtmatig is, dat dit de basis is voor een eventuele controle op rechtmatige zorg achteraf. Het is het vak van Specialisten Ouderengeneeskunde om een juiste triage uit te voeren, een behandelplan op te stellen en de geriatrische revalidatiezorg uit te voeren.

Geriatrische expertise in 1e lijn
ActiZ herkent vanuit haar leden en vanuit de huisartsen signalen dat huisartsen in de 1e lijn ook met cliënten geconfronteerd worden met cliënten die voldoen aan de criteria van de Geriatrische Revalidatiezorg, gegeven hun aandoeningen, revalideerbaarheid en kwetsbaarheid. Dit kunnen danwel "spijtoptanten" zijn die uit het ziekenhuis ontslagen zijn zonder vervolgzorg (al dan niet op aangeven van cliënt zelf), danwel cliënten waarvan de aard van de aandoening (bijv. een val met flinke kneuzingen) in combinatie met bestaande kwetsbaarheid en multimorbiditeit leidt tot een revalidatienoodzaak binnen de GRZ.
ActiZ zou dan ook graag pleiten voor een zelfde beoordelingslijn (op basis van de 4 bovengenoemde criteria en geriatric assessment) door de huisartsen, als op de SEH.

In de eerstelijn is steeds meer sprake van geriatrische expertise door danwel de Specialist Ouderengeneeskunde die door huisartsen geconsulteerd kan worden,

CONCEPT

danwel door huisartsen met een opleiding ouderengeneeskunde.
ActiZ pleit voor een beoordelingslijn onafhankelijk van setting of locatie.
Zij zou dan ook graag zien dat er, conform het zorginhoudelijke advies van NVKG, Verenso en NHG (figuur 1, advies), twee parallelle lijnen blijven

- **Advisering over implementatie**

Voor een goede invoering van dit extra criterium is het van belang dat:
- geriatrische expertise in het ziekenhuis (SEH of geriatrische spoedkliniek) continu beschikbaar is;
- GRZ 24 uur per dag toegankelijk is;
- het door de beroepsgroepen opgestelde schematische zorgpad een verdere uitwerking krijgt, waarbij de rol van alle betrokken professionals verdere invulling krijgt en ook alternatieven worden beschreven, met als uiteindelijk resultaat een zorgstandaard.
- parallel aan de invoering van dit extra criterium duidelijkheid ontstaat over de bekostiging van het zogenoemde eerstelijnsverblijf. Een adequate invulling van dit eerstelijnsverblijf binnen de Zvw draagt bij aan gepast gebruik van de GRZ.

Vraag: bent u het eens met de punten die wij hierboven noemen? Missen wij nog aspecten die voor een goede invoering van een extra toegangscriterium van belang zijn?

Reactie ActiZ op vraag 2

ActiZ herkent bovenstaande implementatie adviezen die geschetst worden:
- *ActiZ onderschrijft de noodzaak tot geriatrische expertise in het ziekenhuis maar geeft hierbij aan dat dit, niet per definitie een geriater hoeft te zijn, zie opmerking boven, maar een arts met geriatrische expertise die een goede beoordeling van kwetsbaarheid, multimorbiditeit, revalideerbaarheid en belastbaarheid kan uitvoeren.*
- *Daarnaast ziet ActiZ hier ook graag de toevoeging vanuit de 1e lijn genoemd, gegeven ontwikkelingen in de 1e lijn. Dit betekent dan dat de instroom vanuit de huisarts, vormgegeven kan worden volgens bovenstaande vier criteria, nadat een specialist ouderengeneeskunde of een huisarts ouderengeneeskunde in consult is geroepen. Cliënten insturen naar de SEH dient alleen te gebeuren als hier medische noodzaak toe is, anders betekent dit ook weer aanvullende lange wachttijden.*
- *Ten aanzien van de opmerking dat GRZ 24 uur per dag beschikbaar is, geldt dat er in alle verpleeghuizen ANW diensten gedraaid worden, er is dus een beschikbaarheidsfunctie. Eerder werden cliënten (voor 2013) ook vanuit de SEH of huisartsen opgenomen, dus dit is een situatie die reeds eerder bestond. In het geval van spoed of crisisbedden is deze mogelijkheid er nog steeds.*
- *ActiZ onderschrijft de noodzaak tot duidelijkheid over het zogenoemde 'eerstelijnsverblijf' of herstelzorg als voorwaarde voor het verlaten van het noodzakelijke verblijf in het ziekenhuis voor de GRZ. ActiZ onderschrijft dat er t.a.v. toegang afspraken met elkaar gemaakt moeten worden en vindt dat de huidige beschrijving in zorgpad op korte termijn voldoende houvast biedt om de cliënten juist te triëren. Zij zou voorstander zijn van het verder uitbreiden en door ontwikkelen van het bestaande triage instrument met een geriatric assement.*

- **Advisering over spijtoptantenregeling**

Wij overwegen te adviseren om geen wettelijke 'spijtoptantenregeling' van vijf dagen in te voeren. Wanneer zich een situatie voordoet waarin een verzekerde die is

CONCEPT

geïndiceerd voor GRZ en daar om persoonlijke redenen vanaf afziet, binnen enkele dagen alsnog voor GRZ in aanmerking wenst te komen, kan, om de zorg te borgen, overleg plaatsvinden tussen de medisch adviseur van de zorgverzekeraar en de klinisch geriater. Dit overleg vindt ook in de huidige uitvoeringspraktijk al plaats. Het in de wet opnemen van een termijn geeft aanleiding tot grensdiscussies en werkt verstarrend.

Vraag: wat is uw mening over onze overweging om een spijtoptantenregeling niet wettelijk te regelen?

Reactie ActiZ op vraag 3

Wij herkennen de noodzaak tot het formeren van een oplossing voor de 'spijtoptanten', maar zijn geen voorstander van het hanteren van een wettelijke termijn van '5 dagen' zoals voorgesteld. Elke termijn roept weer nieuwe grensdiscussies op, terwijl het oordeel van een arts hier leidend in moet zijn. Wel zien we ten aanzien van deze kleine groep cliënten in bepaalde gevallen onwenselijke situaties optreden. Deze treden op wanneer cliënten het recht op GRZ wordt ontzegd, terwijl zij hier vanuit medische problematiek en criteria wel voor in aanmerking zouden komen. Ons voorstel is dan ook om het criterium '(2e) ziekenhuisopname' voor deze doelgroep te laten vervallen. In het antwoord op vraag 1 formuleren wij een wijze waarop dit vorm gegeven zou kunnen worden, middels consultatie van een arts met geriatrische expertise. Een beoordelingslijn onafhankelijk van setting of locatie creëert duidelijkheid.

In de tekst wordt gesproken van het inschakelen van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. In de praktijk horen wij klachten ten aanzien van de bereikbaarheid van de medisch adviseurs, wisselend beleid per zorgverzekeraar, en het ontbreken van beschikbaarheid van medisch adviseurs buiten kantooruren. Voor ons is dit geen werkbare oplossing.

10.Consultatie

11.Advies

CONCEPT

Nederlandse Vereniging
voor **Klinische Geriatrie**

ZiNL
J. de W.

Utrecht, 10 juni 2014

Ons kenmerk: U-1406152
Kenmerk rapport: **2014060877/v4**

Betreft: Commentaar concept consultatierapport Geriatrische revalidatiezorg

Geachte heer De W.

Hierbij reageren wij zoals gevraag op bovengenoemd rapport.

Punt 9: Overwegingen Zorginstituut en consultatievragen
Vraag: bent het eens met onze overweging om het huidige toegangscriterium in te verruimen als hierboven beschreven en onderschrijft u de operationalisatie van de groep patiënten die ook zonder voorafgaande ziekenhuisopname in aanmerking zouden moeten komen voor GRZ?

De NVKG meent dat de beschreven verruiming en operationalisatie in lijn zijn met de zorginhoudelijke analyse van de beroepsgroepen. We kunnen ons er derhalve in vinden. Kennelijk wordt het ontbreken van evidenties voor specifieke patiëntengroepen, bijbehorende uitkomsten en richtlijnen voor een multidomein assessment in de huisartspraktijk zodanig geduid dat operationalisering van een directe toegang vanuit de huisartspraktijk als een onwenselijke ontwikkeling wordt geacht.

Vraag: bent u het eens met de punten die wij hierboven noemen? Missen wij nog aspecten die voor een goede invoering van een extra toegangscriterium van belang zijn?
De NVKG is het eens met genoemde punten, stelt vast dat beschikbaarheid van zowel 24-uursbeschikbaarheid van geriatrische expertise in het ziekenhuis als ook de toegankelijkheid van GRZ momenteel nog niet 100% aanwezig is in Nederland.

NVKG
Dutch Geriatrics Society
Mercatorlaan 1200
Postbus 2704
3500 GS Utrecht

E info@nvkg.nl
W www.nvkg.nl

Ontwikkelingen in deze zijn echter zo voortvarend dat voorgestelde implementatie reëel is. Het ligt voor de hand dat binnen regio's hierover afspraken gemaakt worden tussen ketenpartners.

Vraag: wat is uw mening over onze overweging om een spijtoptantenregeling niet wettelijk te regelen?
De NVKG stelt vast dat het Zorginstituut de toegankelijkheid van GRZ voor 'spijtoptanten' als wenselijk erkent maar de formele weg daartoe onderbrengt in een aanvullend overleg tussen zorgverzekeraar en klinisch geriater. Wij vragen ons af of deze werkwijze afdoende zal aansluiten op de praktijk: de patiënt is immers na ontslag aangewezen op eerstelijnszorg en onder primaire medische verantwoordelijkheid van de huisarts; daarenboven heeft de medisch specialist uit het ziekenhuis reeds de gewenste behandelrichting aangegeven en de beoogde GRZ zal onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde uitgevoerd worden. In de praktijk is sprake van een veelheid van zorgverzekeraars zonder eenduidig loket. Deze veelheid van actoren, in casuïstiek met veelal regieverlies bij de patiënt, vergt ons inziens een meer gecentraliseerde werkwijze. Ons inziens kan dit door alsnog een wettelijke regeling of aanwijzing te introduceren. Grensdiscussies achten we in deze weinig relevant. Daarentegen verwachten we dat een centrale of wettelijke regeling administratieve druk zal verminderen. In geval een centrale regeling als ongewenst wordt beoordeeld dan staan we, met borging van de zorg, een minder complexe procesgang voor: Overleg door de specialist ouderengeneeskunde (verantwoordelijk voor de uitvoering van de GRZ) met de medisch adviseur van de desbetreffende zorgverzekeraar over de inzet van GRZ.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

p/o

Dhr. dr. M.
Klinisch geriater
Vertegenwoordiger NVKG project GRZ

NVKG
Dutch Geriatrics Society
Mercatorlaan 1200
Postbus 2704
3500 GS Utrecht

E info@nvkg.nl
W www.nvkg.nl

S , mw. C.H.M.

Van:

Verzonden: donderdag 12 juni 2014 15:18

Aan:

Onderwerp: RE: Consultatie conceptrapport Geriatrische revalidatiezorg

Geachte heer mevrouw,
Hierbij doen we u onze reactie toekomen op het conceptrapport van Zorginstituut Nederland over de geriatrische revalidatiezorg (GRZ). U vraagt ons een reactie te geven op een drietal vragen, gesteld in paragraaf 9.

Verruimen toegangscriterium

Wij vinden het een positieve ontwikkeling dat het toegangscriterium verruimd wordt. Hierdoor is voor een selectieve cliëntengroep ziekenhuisopname niet meer noodzakelijk om voor GRZ in aanmerking te komen. Het is namelijk onwenselijk dat cliënten onnodig in het ziekenhuis opgenomen worden, alleen om in aanmerking voor GRZ te komen.

Advisering implementatie

In het rapport beschrijft u de implementatie. Het is van groot belang dat de bekostiging van het zogenoemde eerstelijnsverblijf geregeld wordt. Er is een groep mensen die met de afschaffing van ZZP 3 tussen wal en schip valt. Het gaat dan om mensen die het thuis niet redden, waarvoor het ziekenhuis ook niet de optimale plaats is en GRZ ook niet geïndiceerd is. Bijvoorbeeld een long patiënt van wie de medicatie opnieuw ingesteld moet worden of een patiënt en partner die het thuis (tijdelijk) niet redden. Voor deze mensen is eerstelijns herstelzorg in de vorm van bijvoorbeeld logeerbedden in verzorgingshuizen, huisartsenbedden of zorgpensions een goede oplossing.

Advisering spijtoptantregeling

M.b.t. uw advisering over de spijtoptantregeling. U beschrijft dat het in de wet opnemen van een termijn aanleiding geeft tot grens discussies. Mensen die een indicatie voor GRZ hebben moeten ten alle tijden in de GRZ in kunnen stromen. Zeker wanneer overschatting een onderdeel van het ziektebeeld van die persoon is.
Mocht u nog vragen hebben of een toelichting wensen, dan horen wij dat graag.

Met vriendelijke groet,

C. van H. | Beleidsmedewerker

NEDERLANDSE PATIËNTEN CONSUMENTEN FEDERATIE

Samen de zorg beter maken

Aanwezig op maandag, woensdag, donderdag, vrijdag |
Churchilllaan 11 -6, 3527 GV | Postbus 1539, 3500 BM Utrecht |www.npcf.nl

Volg ons op:

Van:
Verzonden: donderdag 22 mei 2014 10:24
Aan:

Onderwerp: Consultatie conceptrapport Geriatrische revalidatiezorg
Urgentie: Hoog

Geachte dames en heren,

Hierbij leg ik ter consultatie aan uw organisaties voor het conceptrapport van Zorginstituut Nederland over de geriatrische revalidatiezorg (GRZ).

De minister van VWS heeft het Zorginstituut op 28 april gevraagd om te bezien of de huidige toegangsvoorwaarde voor de te verzekeren prestatie GRZ, namelijk *voorafgaand ziekenhuisverblijf,* kan of moet worden aangepast. Daarbij is de vraag hoe de uitkomsten van de zorginhoudelijke analyse van de betrokken beroepsgroepen zodanig kunnen worden geoperationaliseerd dat GRZ alleen voor die doelgroep toegankelijk is die ook daadwerkelijk GRZ nodig heeft.

Ons conceptrapport, en de hierin genoemde bijlagen, treft u aan in bijgesloten attachements. Uw reactie op dit conceptrapport, door middel van een gemotiveerd antwoord op de geformuleerde consultatievragen (paragraaf 9), ontvangen wij graag **uiterlijk op donderdag 12 juni**. Dit is van belang in verband met de tijd die VWS nodig heeft om wijzigingen in de regelgeving aan te brengen.

De vaststelling door de Raad van Bestuur van het Zorginstituut is gepland op 23 juni.

Uw reacties zien wij met belangstelling tegemoet.

Met vriendelijke groet,

J de W
Adviseur
.....
Programma Zorg Dichtbij
Sector Zorg
Zorginstituut Nederland
Eekholt 4 | 1112 XH | Diemen
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen
.....

http://www.zorginstituutnederland.nl
.....

DISCLAIMER:

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Als u niet de geadresseerde bent of als dit bericht abusievelijk aan u is verstuurd, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Zorginstituut Nederland aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was mistakenly sent to you, please inform the sender and delete the message. The National Health Care Institute accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

Reactie van Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters, op het conceptrapport geriatrische revalidatiezorg door Zorginstituut Nederland (ZIN) van 22-05-2014.

In deze reactie wordt een reactie gegeven op de drie consultatievragen die in het rapport in paragraaf 9 (pagina 6 en 7) gesteld worden. De advisering/toelichting voorafgaand aan elke vraag uit het rapport is overgenomen om de context duidelijk te maken.

Overwegingen Zorginstituut en consultatievragen
Op grond van de zorginhoudelijke analyse voor de beroepsgroepen en de inbreng van ZN en de VAGZ leggen wij ter consultatie de volgende vragen aan u voor. Uw reactie hierop, betrekken wij bij de formulering van ons advies aan de minister van VWS.

1 Advisering over verruiming toegang tot de aanspraak
Wij overwegen het toegangscriterium *voorafgaande ziekenhuisopname* uit te breiden met een criterium dat de toegang tot de GRZ voor een specifieke patiëntengroep ook zonder voorafgaande ziekenhuisopname mogelijk maakt. Het gaat hierbij om patiënten bij wie sprake is van een acute aandoening waardoor acute mobiliteitsstoornissen en/of afname van zelfredzaamheid is opgetreden en bij wie een geriatrisch assessment is verricht waaruit blijkt dat de cliënt tot de doelgroep voor GRZ behoort, en voor die patiënt een initieel behandelplan is opgesteld.

Ter toelichting: de beoordeling of een patiënt tot deze doelgroep behoort kan plaatsvinden tijdens een spoedbeoordeling door een geriater op de eerste hulp (SEH) of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. Verwijzing naar de SEH of de geriatrische polikliniek vindt in principe plaats door de huisarts.

Vraag 1 (ZIN):
Bent het eens met onze overweging om het huidige toegangscriterium in te verruimen als hierboven beschreven en onderschrijft u de operationalisatie van de groep patiënten die ook zonder voorafgaande ziekenhuisopname in aanmerking zouden moeten komen voor GRZ?

Reactie:
In de toelichting wordt gesteld dat beoordeling op de SEH/polikliniek (door de klinisch geriater) moet hebben plaatsgevonden. Wij zijn het ermee eens dat er een assessment moet hebben plaatsgevonden en ook dat voor dit assessment geriatrische expertise een voorwaarde is. Deze expertise is echter ook buiten het ziekenhuis voorhanden. Hierdoor is niet altijd een klinisch geriatrische beoordeling van een patiënt als toegangscriterium voor de GRZ nodig. Klinisch geriatrie is helaas ook niet in elk ziekenhuis beschikbaar. Het assessment gebeurt in toenemende mate op een kwalitatief goede manier in de huisartsenpraktijken waar al of niet een specialist ouderengeneeskunde in consult is gevraagd. Daarnaast wordt een specialist ouderengeneeskunde in staat geacht om te beoordelen aan de poort of een patiënt in aanmerking komt voor GRZ.
Bij verplichte verwijzing van iedere kwetsbare ouderen naar de SEH/polikliniek is het de vraag wat het verschil is met de (zware) belasting van de patiënt en de (hoge) zorgkosten waarvan sprake is bij een ziekenhuisopname.

Als toelichting kan opgenomen worden: de beoordeling of een patiënt tot deze doelgroep behoort kan plaatsvinden tijdens een spoedbeoordeling door een arts met geriatrische expertise. Uiteindelijke beoordeling vindt plaats door de triage van de specialist ouderengeneeskunde.

---

2 Advisering over implementatie

Voor een goede invoering van dit extra criterium is het van belang dat:

- geriatrische expertise in het ziekenhuis (SEH of geriatrische spoedkliniek) continu beschikbaar is;
- GRZ 24 uur per dag toegankelijk is;
- het door de beroepsgroepen opgestelde schematische zorgpad een verdere uitwerking krijgt, waarbij de rol van alle betrokken professionals verdere invulling krijgt en ook alternatieven worden beschreven, met als uiteindelijk resultaat een zorgstandaard.
- parallel aan de invoering van dit extra criterium duidelijkheid ontstaat over de bekostiging van het zogenoemde eerstelijnsverblijf. Een adequate invulling van dit eerstelijnsverblijf binnen de Zvw draagt bij aan gepast gebruik van de GRZ.

Vraag 2:
Bent u het eens met de punten die wij hierboven noemen? Missen wij nog aspecten die voor een goede invoering van een extra toegangscriterium van belang zijn?

Reactie:
Wij zijn met ZIN van mening dat continue beschikbaarheid van geriatrische expertise en van GRZ voorwaarden zijn om de toegankelijkheid van GRZ voor de genoemde doelgroep mogelijk te maken. Kanttekening is, in lijn met de reactie in vraag 1, dat deze geriatrische expertise ook in de eerste lijn aanwezig is en juist bij deze doelgroep ingezet zou dienen te worden.
Voor optimale uitvoering van het voorgestelde zorgpad zal een concretere uitwerking ervan van belang zijn.

Wij zijn blij met de aandacht voor de mogelijkheden van medisch noodzakelijke eerstelijnsverblijf. Wij vinden het een goede zaak dat patiënten met minder gecompliceerde problematiek, die tijdelijk niet thuis kunnen zijn en die niet in aanmerking komen voor de GRZ, voor een korte periode op medisch inhoudelijke gronden in eerstelijnsverblijfsetting kunnen worden opgenomen. Wij denken graag mee over de verdere opzet van vormen van dit eerstelijnsverblijf.

---

3 Advisering over spijtoptantenregeling

Wij overwegen te adviseren om geen wettelijke 'spijtoptantenregeling' van vijf dagen in te voeren. Wanneer zich een situatie voordoet waarin een verzekerde die is geïndiceerd voor GRZ en daar om persoonlijke redenen vanaf afziet, binnen enkele dagen alsnog voor GRZ in aanmerking wenst te komen, kan, om de zorg te borgen, overleg plaatsvinden tussen de medisch adviseur van de zorgverzekeraar en de klinisch geriater. Dit overleg vindt ook in de huidige uitvoeringspraktijk al plaats. Het in de wet opnemen van een termijn geeft aanleiding tot grensdiscussies en werkt verstarrend.

VRAAG 3:
Wat is uw mening over onze overweging om een spijtoptantenregeling niet wettelijk te regelen?

Reactie:
Wij zijn van mening dat een spijtoptantenregeling niet wettelijk geregeld hoeft te worden indien - in lijn met de eerder gegeven reacties - de beoordeling van de patiënt in de eerste lijn kan plaatsvinden en overleg daarover tussen huisarts/specialist ouderengeneeskunde en medisch adviseur plaatsvindt.

Drs F.J. R., directeur Verenso, 10 juni 2014