

Toegang Geriatriische Revalidatiezorg zonder voorafgaande opname in het ziekenhuis

Versie 1.1

3 december 2020

verenSo
vereniging van specialisten
ouderengeneeskunde

Samenwerking

Dit document is een samenwerking van Verenso, de Nederlandse Vereniging van Klinische Geriatrie (NVKG), de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Werkgroep

- Mw. drs. E.A.M. Bardelmeijer, Specialist Ouderengeneeskunde, Kaderarts GRZ, namens Verenso
- Mw. drs. N.M. Haarman, Specialist Ouderengeneeskunde, Kaderarts GRZ, namens Verenso
- Mw. drs. I.S. Hilgeman, Klinisch Geriater, namens NVKG
- Mw. drs. S.L.E. Lambooy, Internist Ouderengeneeskunde, namens NIV
- Dhr. drs. W.W.A. van Maarschalkerweerd, Klinisch Geriater, namens NVKG
- Mw. dr. E.M. Vreeburg, Specialist Ouderengeneeskunde, Kaderarts GRZ, namens Verenso
- Mw. drs. H.P.P.R. de Wever, Specialist Ouderengeneeskunde, Kaderarts GRZ, namens Verenso
- Dhr. drs. H. Wisselink, Kaderhuisarts Ouderengeneeskunde, namens het NHG

Organisatie

Verenso

Ondersteuning

Mw. drs. Y. Lensink, beleidsadviseur Verenso

Inhoud

Inleiding.....	4
Wetgeving toegang tot de GRZ.....	5
Zorgpaden.....	6
Uitgangspunt patiënt.....	6
Toegang tot de GRZ.....	7
Aanbevelingen regionale afstemming	9
Geriatrisch assessment en triage.....	10
Referenties.....	11

Inleiding

In de toegang tot de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is het belangrijk om patiënten zo min mogelijk te belasten. De zorg en diagnostiek dient op de juiste plaats voor de patiënt te worden geregeld. Vanaf 2020 kan de diagnostiek door de specialist ouderengeneeskunde plaatsvinden. Dit is belangrijk op de zorgpaden naar de GRZ waar geen ziekenhuisopname aan vooraf gaat. Kwetsbare patiënten worden zo niet belast met een extra gang naar het ziekenhuis. Deze leidraad is geschreven voor alle zorgverleners in GRZ keten en geeft richting aan zorgpaden zonder voorafgaande ziekenhuisopname, de voorwaarden en de samenwerking tussen huisarts, klinisch geriater, internist ouderengeneeskunde en specialist ouderengeneeskunde. De leidraad is geschreven door een multidisciplinaire werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van beroepsverenigingen van klinisch geriater, internisten-ouderengeneeskunde, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde.

GRZ is sinds start in 2013 een te verzekeren prestatie op grond van de Zorgverzekeringswet. In het traject voorafgaande aan toegang tot de GRZ worden patiënten onderzocht om de achterliggende problematiek en oorzaak van de (acute) revalidatievraag in kaart te brengen en eventueel ander lijden uit te sluiten die andere vormen van zorg behoeven (bijvoorbeeld thuiszorg, eerstelijnsvoorzieningen, terminale zorg, ziekenhuiszorg). De behoefte aan dit onderzoek gold voor de oude situatie en blijft bestaan in de nieuwe zorgpaden buiten het ziekenhuis zoals in deze leidraad wordt omschreven. Uit ervaring van klinisch geriater blijkt dat in tien tot twintig procent van de gevallen de beoordeling voor GRZ leidt tot een indicatie voor een klinische behandeling in het ziekenhuis. Dat betekent dat een belangrijk deel van de somatiek niet in het ziekenhuis behandeld dient te worden. De kunst is deze groep te identificeren én geen vertraging in de diagnostiek te laten ontstaan. Alarmsymptomen in het onderzoek voorafgaand aan toegang tot GRZ zullen daarom onder meer gericht zijn op somatische multimorbiditeit, polyfarmacie, collaps eci; knik in het cognitief functioneren of duidelijke symptomen van een somatische aandoening.

De zorgpaden van patiënten naar de GRZ tot 2020 lopen:

- Via een ziekenhuisopname.
- Via diagnostiek op de SEH of spoedkliniek geriatrie/ouderengeneeskunde zonder ziekenhuisopname.

Het onderzoek vindt in het laatste geval plaats door een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde. Bij beoordeling door de klinische geriater of internist ouderengeneeskunde wordt een comprehensive geriatric assessment (CGA) uitgevoerd. Naast dit 'rondmaken van de diagnostiek' voert de specialist ouderengeneeskunde triage uit. De voorwaarden voor toegang tot GRZ zijn in het Besluit Zorgverzekering weergegeven (zie Wetgeving).

De ervaring van de afgelopen jaren leert echter dat voor een deel van de patiënten, die niet in het ziekenhuis zijn opgenomen, de gang naar het ziekenhuis een belastende route is. Ook specialisten ouderengeneeskunde hebben ervaring om diagnostiek voorafgaande aan GRZ te doen. Zij gebruiken het geriatrisch assessment (GA) als leidraad voor hun onderzoek. Verschillende branche- en beroepsorganisaties hadden daarom de wens geuit dat ook de specialist ouderengeneeskunde toegang tot de GRZ kan verlenen voor patiënten zonder voorafgaande opname in het ziekenhuis. Tijdens de Covid-19 crisis in het voorjaar 2020 werd deze behoefte meer urgent. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) werkte daarom in opdracht van VWS-onderzoeksvragen uit rondom de toegang tot de GRZ binnen de wetgeving¹ met onder meer de vraag:

"Mag de specialist ouderengeneeskunde een geriatrisch assessment uitvoeren voor toegang tot de GRZ, zonder tussenkomst van een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde?"

Hier antwoordde zowel de NZa als het Zorginstituut positief bevestigend op. Met de individuele betaaltitel van de specialist ouderengeneeskunde in de Zorgverzekeringswet vanaf 1 januari 2020, kan deze ook het assessment ten behoeve van achterliggende oorzaak van de revalidatievraag en

eventueel ander onderliggend somatisch lijden uitvoeren. Startpunt voor deze leidraad is het document dat eind 2013² is opgesteld vanuit de NVKG in samenwerking met NIV, VerenSo en NHG. Dit document bevat een ontwerp van een zorgstandaard of zorgpad voor patiënten waarbij gepast gebruik gemaakt wordt van de GRZ en waarin goede diagnostiek, behandeling, overdracht en vervolgzorg beschreven wordt.

Wetgeving toegang tot de GRZ

Als het gaat om toegang tot de GRZ dient te worden voldaan aan artikel 2.5c van het Besluit Zorgverzekering. In artikel 2.5c staat het volgende geschreven:

- 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 binnen een week aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 2.12 in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf in een instelling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a, van de Wet langdurige zorg gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, van die wet in dezelfde instelling, en*
 - b. de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12.*
- 3. Het tweede lid, onderdeel a, is niet van toepassing indien er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van zelfredzaamheid en waar sprake is van voorafgaande medisch-specialistische zorg voor deze aandoening.*
- 4. De duur van de geriatrische revalidatie, bedoeld in het eerste lid, bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode toestaan.*

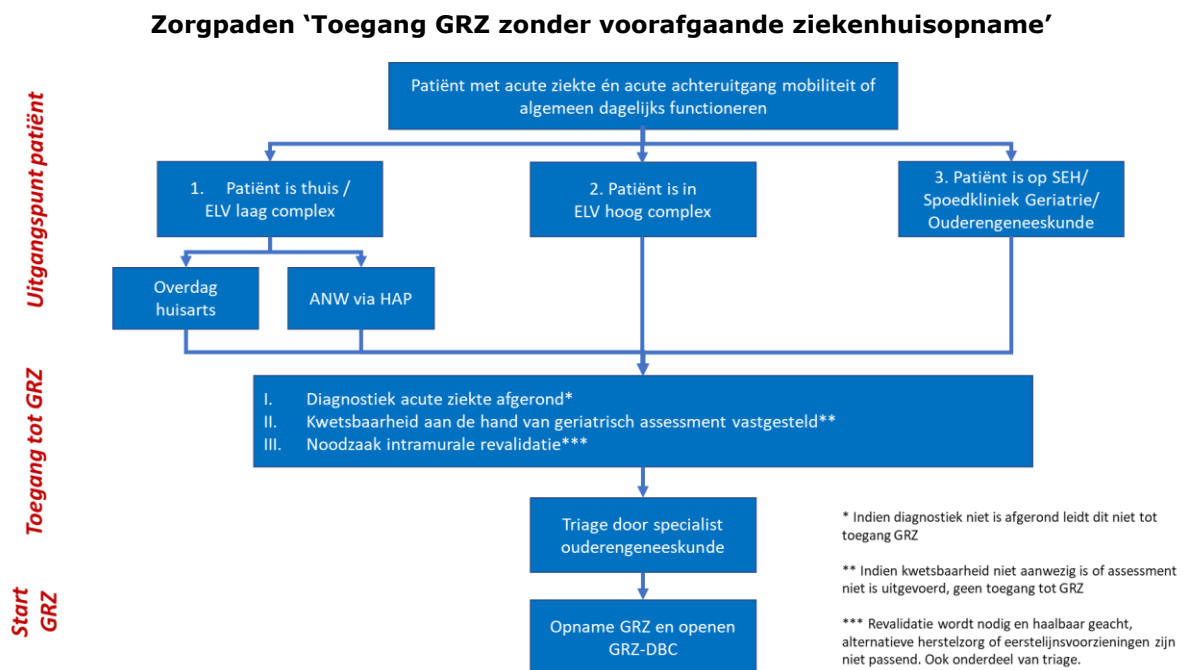
Ten aanzien van de vraag die de NZa gesteld heeft kwam het volgende antwoord terug van het Zorginstituut: "Sinds de toetreding van de specialist ouderengeneeskunde met een individuele betaaltitel in de zorgverzekeringswet vanaf 2020 kan ook de specialist ouderengeneeskunde met behulp van een geriatrisch assessment of gelijkwaardige vorm van indicatiestelling een indicatie stellen voor de GRZ. Daarmee is de toegankelijkheid van deze zorg, zoals beschreven in het eerste lid van 2.5c Besluit zorgverzekering, vanuit de eigen omgeving, mogelijk. Een onderdeel van het arsenaal van de specialist ouderengeneeskunde is het geriatrisch assessment om onder andere aan de hand daarvan interventies te bepalen. Dit betekent concreet dat de specialist ouderengeneeskunde per 2020 met behulp van een geriatrisch assessment een indicatie kan stellen voor de GRZ."

Ook de NZa geeft aan dat binnen de regelgeving van de NZa geen voorwaarde wordt gesteld wie het geriatrische assessment moet uitvoeren om toegang tot de geriatrische revalidatiezorg te krijgen, dit volgt alleen uit artikel 2.5c.

Wanneer een verzekerde Wlz-zorg ontvangt, waarbij sprake is van verblijf met behandeling, dan is GRZ uit de Zvw niet mogelijk. De herstelgerichte behandeling wordt dan vanuit de Wlz geboden.

Zorgpaden

We onderscheiden een aantal zorgpaden voor een patiënt die zonder voorafgaande opname in het ziekenhuis naar de GRZ wordt verwezen. In alle paden zal de huisarts van de patiënt een belangrijke rol vervullen en nauw samenwerken met de specialist ouderengeneeskunde. Voor alle paden geldt het uitgangspunt dat de specialist ouderengeneeskunde degene is die verwijzing van de patiënt krijgt, onderzoek doet om de achterliggende problematiek en oorzaak van de (acute) revalidatievraag in kaart te brengen en om eventueel ander onderliggend somatisch lijden uit te sluiten waarvoor opname in ziekenhuis noodzakelijk is met behulp van het GA. Tenzij beoordeling door de klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde al heeft plaatsgevonden en uit de CGA blijkt dat de patiënt baat kan hebben bij opname voor GRZ. Zie voor voorbeelden de uitwerking van het pad via de SEH. Onderstaand schema geeft de grote lijnen weer. Vanuit regionale samenwerking en situatie worden lokaal afspraken gemaakt (verder uitgewerkt in Aanbevelingen regionale afstemming).



NB: Dit schema geeft een beperkt deel van de zorgpaden naar de GRZ weer namelijk de reguliere zorgpaden zonder opname in het ziekenhuis. Twee paden naar de GRZ vallen buiten dit schema

- De situatie bij toegang tot GRZ vanuit het ziekenhuis wijzigt niet.
- Experimenten zoals observatie- en schakelafdelingen worden in dit schema vanwege de tijdelijke aard niet weergegeven.

Uitgangspunt patiënt

Waar de patiënt zich bevindt is bepalend voor het zorgpad. Voor alle paden geldt dat afspraken over samenwerking in de keten essentieel zijn. Een patiënt dient altijd gezien te zijn door een arts (huisarts, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist) voordat deze aan de toegang tot GRZ start. De specialist ouderengeneeskunde wordt betrokken bij de indicatiestelling om het zorgpad te bepalen welke bij de patiënt past conform het afwegingsinstrument genoemd in GA en triage. Zie ook het hoofdstuk GA en triage voor gebruikte documenten.

1. Wanneer een patiënt thuis is of opgenomen in een instelling op basis van financiering van ELV (eerstelijnsverblijf) laagcomplex wordt de hulp van de specialist ouderengeneeskunde ingeroepen via:
 - de eigen huisarts overdag op weekdays;
 - de dienstdoende huisarts bij de huisartsenpost (HAP) tijdens avond, nacht en weekend.Uitgangspunt is dat de arts met kennis van zaken (huisarts of specialist ouderengeneeskunde uit de eerste lijn) de patiënt altijd gezien heeft voordat deze samen met de specialist ouderengeneeskunde (uit de eerste lijn of van een GRZ instelling) gaat bepalen wat de beste vervolgstappen zijn voor de patiënt. Een GA kan bij de patiënt thuis worden afgenomen of direct in de intramurale setting door de specialist ouderengeneeskunde. Bij onduidelijkheid ten aanzien van een onderliggende somatische aandoening kan een patiënt eerst naar de SEH of ziekenhuis worden gestuurd voor aanvullend onderzoek voordat eventueel toegang tot GRZ wordt gegeven.
2. Vanuit het ELV hoog complex. De specialist ouderengeneeskunde is hier meestal de regiebehandelaar. Indien een patiënt in aanmerking komt voor GRZ, zal bij het GA en de triage door de specialist ouderengeneeskunde bij de patiënt de noodzaak tot ziekenhuisbezoek op dat moment worden uitgesloten middels adequate beoordeling met eventueel aanvullende diagnostiek.
3. Met betrekking tot patiënten op de SEH/Spoedkliniek Geriatrie/Ouderengeneeskunde zijn een tweetal subgroepen te onderscheiden:
 - een groep patiënten waar de specialist ouderengeneeskunde beoordeling op/in de SEH/Spoedkliniek Geriatrie/Ouderengeneeskunde wenselijk acht. Bijvoorbeeld indien de patiënt op de SEH/Spoedkliniek Geriatrie/Ouderengeneeskunde terecht komt en de casus voorafgaand al bekend is bij de specialist ouderengeneeskunde. Indien er geen reden wordt gevonden voor opname in het ziekenhuis kan snel worden geschakeld;
 - een groep patiënten die primair in zorg is op SEH / Spoedkliniek Geriatrie / Ouderengeneeskunde en aldaar beoordeeld wordt. De verantwoordelijk medisch specialist zal met de specialist ouderengeneeskunde overleggen welke verdere beoordeling zal plaatsvinden.

Voor een vlotte doorloop van het zorgproces worden regionale samenwerkingsafspraken (gericht op beide onderscheiden groepen) wenselijk geacht. Zie ook het Hoofdstuk Regionale Afstemming verderop in dit document.

Naast deze reguliere zorgpaden zijn op een aantal plekken via experimenten tijdelijk observatie- of schakelafdelingen ingericht waar patiënten terecht komen voor wie niet direct helder is wat de beste vervolgstap is. Deze experimenten zijn (nog) niet in de reguliere zorgpaden en bekostiging opgenomen. Specialist ouderengeneeskunde nemen in de experimenten een leidende rol in afstemming met de huisarts om de toegang tot de GRZ te regelen en het GA af te nemen.

Toegang tot de GRZ

Het indiceren van GRZ kan in drie fasen worden opgedeeld. Een specialist ouderengeneeskunde zal alle drie fasen doorlopen om te bepalen of een patiënt inderdaad revalideerbaar is in de GRZ:

1. Bepalen of diagnostiek acute ziekte is afgerond (evt. na diagnostiek in ziekenhuis). Met name de acute achteruitgang die leidt tot een revalidatievraag dient in kaart te worden gebracht. Zie ook Geriatisch assessment en triage.
2. Kwetsbaarheid aan de hand van het GA vaststellen.
3. Noodzaak intramurale revalidatie bepalen: revalidatie wordt nodig en haalbaar geacht, alternatieve herstellende zorg of eerstelijnsvoorzieningen zijn niet passend. In het algemeen zal dit onderdeel van de triage door de specialist ouderengeneeskunde gedaan worden om de juiste plek en plan voor de patiënt te bepalen. Zie ook GA en triage.

Mevrouw M, 81 jaar, weduwe, leeft alleen in een gelijkvloerse woning. Ze is bekend met COPD, hypertensie en DM type 2. Mevrouw heeft zich altijd goed kunnen redden en krijgt huishoudelijke hulp. Ze heeft geen familie en een beperkt netwerk om haar heen. Vorige week is mevrouw M in de ochtend gestruikeld. Een fractuur werd uitgesloten middels röntgenonderzoek. Sindsdien komt ze nog nauwelijks uit bed en eet slecht. Omdat ze steeds verder achteruitgaat belt haar huishoudelijke hulp de huisarts. De huisarts beoordeelt de patiënt en belt voor advies met een specialist ouderengeneeskunde. Gezien de acute knik in functioneren en omdat acute pathologie werd uitgesloten, is een ziekenhuisopname niet aan de orde. De specialist ouderengeneeskunde voert bij de patiënt thuis de diagnostiek uit volgens het geriatrisch assessment: functioneel, lichamelijk, sociaal en psychisch (volgens SFMPC). Tevens wordt medicatie nagekeken in het kader van polyfarmacie. De indicatie GRZ wordt gesteld. Het doel van de geriatrische revalidatie voor mevrouw M is om mobiliteit te verbeteren, inname van voedsel te verbeteren en daarmee ook het verbeteren van de glycemiewaarden en het verbeteren van zelfredzaamheid en de conditie. Aanvullend onderzoek zijnde laboratoriumonderzoek, bladderscan en ECG wordt in het verpleeghuis verricht om onderliggende pathologie uit te sluiten. Er wordt een multidisciplinair behandelplan opgesteld.

Aanvullend op de beschreven zorgpaden is een aantal uitgangspunten te benoemen wanneer en hoe de samenwerking met de klinisch geriater en internisten ouderengeneeskunde zal plaatsvinden. Deze uitgangspunten zijn bedoeld als leidraad voor betrokken artsen om veiligheid van goede zorg voor de patiënt te borgen. Het is aan de specialisten ouderengeneeskunde om hier in de specifieke situatie afwegingen te maken:

- Zoek afstemming met de huisarts van de patiënt: welke problematiek is nieuw en welke is al langer aanwezig. Maak samen een afweging wat nodig is en sluit onderliggende somatische problematiek uit.
- Kunnen alle noodzakelijke onderzoeken in het verpleeghuis zelf gebeuren of zijn aanvullende onderzoeken in het ziekenhuis/huisartsenlaboratorium nodig? Specialist ouderengeneeskunde doen zelf onderzoeken zoals laboratoriumonderzoek (bloed en urine), ECG en bladderscan. Uitgangspunt is om passende, patiëntvriendelijke logistiek hieromtrent te realiseren. Het is een professionele afweging tussen 'insturend' en 'ontvangend' arts of een patiënt direct gezien moet worden bij opname om een inschatting van veilige zorg te maken.
- Indien uitslagen complex zijn kan een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde worden ingeschakeld om aanvullende beeldvorming te overwegen en aanvullende interpretatie te geven. Bijvoorbeeld doordat extreme waarden worden gemeten, bij onverklaarbaar somatisch lijden, vermoeden van fractuur of CVA, acuut delier, vermoeden dementie die niet past in het standaard klassiek beeld. Vanuit het onderzoek kan er ook een vraag naar voren komen die heel gericht kan worden gesteld aan bijvoorbeeld een reumatoloog.

Aanbevelingen regionale afstemming

Bij de invulling van de zorgpaden spelen bestaande regionale afspraken, experimenten en situatie omtrent beddenscapaciteit een belangrijke rol. De invulling van de samenwerking in de zorgpaden zal daarom altijd regionaal bepaald worden. Het vertrouwen komt uit regionale verbindingen. Het gezamenlijke advies van NVKG, NIV, NHG en Verenso is daarom om in de regio de ruimte te nemen om dit zelf in te richten. Hierbij geeft de werkgroep een aantal aanbevelingen:

- Voor alle regio's geldt dat een huisarts voor spoedgevallen altijd een specialist ouderengeneeskunde bij een GRZ-instelling kan bereiken, 24/7. Het is belangrijk deze bereikbaarheid aan zorgverleners in de regio bekend te maken.
- Maak duidelijke afspraken in de regio wie welke aanvullende diagnostiek kan doen, omdat de organisatie van de keten per regio verschillend is.
- Maak afspraken over de vindbaarheid van de juiste zorg. Dat komt de veiligheid ten goede. Het verdient de aanbeveling om een regionaal aanspreekpunt te organiseren.
- In regio's met een beddentekort wordt geadviseerd om afspraken te maken met verschillende zorgverleners over verantwoordelijkheden. Onderzoek daarbij ook transregionale mogelijkheden. Onderzoeken en bijhouden van capaciteit is onderdeel van beoogde regionale transferpunten om noodzakelijke beddenbeschikbaarheid te borgen.
- Maak gebruik van communicatiemiddelen in de regio: regionale transmurale afspraken of MDO's. Of richt deze in indien ze nog niet beschikbaar zijn. Zorg daarbij ook voor een mechanisme om elkaar feedback te geven, te evalueren en bij te sturen.

Geriatrisch assessment en triage

Geriatrisch assessment

Welke mogelijkheden voor de diagnostiek relevant zijn voor de patiënt wordt bepaald door de arts vanuit zijn of haar kennis en ervaring. De specialist ouderengeneeskunde gebruikt het GA als hulpmiddel. Met de [Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment van de NVKG](#)³ als basis heeft Verenso in 2014 de handreiking Geriatrisch Assessment gecreëerd. Hier verwijzen we naar als het gaat om het [geriatrisch assessment van de specialist ouderengeneeskunde](#)⁴. Dit vormt de basis voor de zorgpaden van toegang tot de GRZ waar het GA door de specialist ouderengeneeskunde zal worden gedaan.

Triage

Na het GA volgt definitieve triage door de specialist ouderengeneeskunde van de GRZ-instelling. Na opname in de GRZ zal de specialist ouderengeneeskunde zich altijd vergewissen dat de diagnose voldoende is afgerond om de behandeling te starten en vindt tijdens de behandeling regelmatig opnieuw triage plaats. Dit is het reguliere bestaande traject, waarvoor we verwijzen naar [het Triage instrument revalidatiezorg van Verenso](#)⁵ en [Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf 2.0](#)⁶.

Referenties

1. Memo NZa, Toegang tot de geriatrische revalidatiezorg, 7 april 2020
2. Rapportage Toegankelijkheid Geriatrische Revalidatie Zorg zonder voorafgaande opname in het ziekenhuis, NVKG, 2014
3. De richtlijn Comprehensive geriatric assessment, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2012
4. Handreiking Geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde, Verenso, 2014
https://www.verenso.nl/asset/public/Richtlijnen_kwaliteit/VER-003-36_handrGeriatrischAssesement_v5.pdf
5. Triage Instrument Geriatrische Revalidatiezorg, Verenso, 2013
<https://www.verenso.nl/asset/public/Thema-en-projecten/GRZ/Verensotriage-instrument-GRZversie-maart-2013.pdf>
6. Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf 2.0, Verenso, 2016
https://www.verenso.nl/asset/public/Thema-en-projecten/Eerstelijns/Afwegingsinstrument_eerstelijns_verblijf_2_0_9_november_2016-defdef.pdf