

Maak ambulante revalideren voor kwetsbare ouderen beter toegankelijk

Regeltjes staan beste revalidatiezorg in de weg

Geriatrische revalidatiezorg helpt ouderen na een terugval om thuis weer goed te kunnen functioneren. Behandeling in de eigen omgeving is vaak het best, maar de huidige regelgeving en financiering verhinderen dit.



dr. Ellen Vreeburg
kaderarts en manager, GR Vivium
Naarderheem, Naarden

Aafke de Groot
specialist ouderengeneeskunde, afdeling
Ouderengeneeskunde, Amsterdam UMC

prof. dr. Wilco Achterberg
hoogleraar ouderengeneeskunde, LUMC,
Leiden

eder jaar krijgen ruim 50 duizend kwetsbare ouderen die na een ziekenhuisopname permanent zorgafhankelijk dreigen te worden, een aantal weken geriatrische revalidatie in een verpleeghuis. Daarna kan het merendeel van hen weer thuis functioneren. Voor degenen die dat nog niet kunnen is er, aansluitend aan deze verpleeghuisopname, ambulante revalidatie mogelijk. Zo kunnen kwetsbare ouderen in hun eigen woonomgeving verder revalideren, wat zijzelf ook vaak het liefste willen.

Omdat deze ambulante revalidatie zeer succesvol blijkt, zou het mooi zijn als deze direct na ziekenhuisopname al kan starten. Regelgeving en financieringsstructuur zitten echter in de weg (zie *casus*).

Kans op heropname

Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat oudere mensen na bijvoorbeeld een heupfractuur of een beroerte graag direct naar huis gaan als zij een partner thuis hebben wonen, en het qua zorgvraag met elkaar kunnen redden.¹ Zij zijn vaak te moe en ervaren de reis en het uit hun omgeving weg zijn als erg belastend. Het vervoer naar een polikliniek is voor kwetsbare ouderen een hele toer, het neemt veel tijd in beslag en het beroep doen op mantelzorgers om hierbij te ondersteunen lukt vaak niet. Om al deze redenen zien kwetsbare oudere patiënten af van deze mogelijkheid en maken geen gebruik van geïntegreerde revalidatieprogramma's. Daarmee neemt niet alleen hun kans op beter functioneel herstel, meer sociale participatie, en hogere kwaliteit van leven gedurende langere tijd af, er is ook een grotere kans op heropname in het ziekenhuis. Kwetsbare patiënten die bij voorkeur thuis willen revalideren hebben slechts twee opties: óf geriatrische revalidatiezorg (GR) met opname in het verpleeghuis óf naar huis zonder geïntegreerde multidisciplinaire revalidatie.

Deze patiënten kunnen, afhankelijk van hun verzekeringsstatus, uiteraard wel fysiotherapie of ergotherapie in de eerste lijn krijgen, maar geen geïntegreerde behandeling die aansluit op hun complexe revalidatiezorgvraag. Een belangrijk verschil tussen ambulante geriatrische revalidatie en nabehandeling door eerstelijnsbehandelaars is de interdisciplinaire aanpak onder centrale

regie van een specialist ouderengeneeskunde. Dit houdt in dat onderlinge afstemming van therapieën en advisering plaatsvindt op basis van de persoonlijke doelen en de meestal beperkte belastbaarheid van de revalidant en vaak ook diens naaste.

Voorwaarden

Als de patiënt veilig thuis kan zijn, met behulp van planbare (thuis)zorg en in een veilige omgeving, kan het revalidatieteam de patiënt aan huis behandelen, waar nodig en mogelijk gecombineerd met poliklinische zorg. De afbakening met eerstelijns paramedische zorg is duidelijk. Een specialist ouderengeneeskunde heeft de regie en er zijn minimaal twee behandeldisciplines betrokken die samenwerken aan de doelen van de patiënt. Eerstelijnsparamedici en de wijkverpleegkundige kunnen deel uitmaken van het revalidatieteam. Voorwaarden voor goede kwaliteit van ambulante geriatrische revalidatie liggen derhalve besloten in de transmurale samenwerking als revalidatieteam en in de reële bekostiging van deze zorg.

CASUS

Eigen tuin onderhouden en eten koken

Mijnheer G. is 86 jaar en heeft COPD en hartfalen. Hij wordt acuut opgenomen in het ziekenhuis vanwege een ischemisch CVA rechts. Na trombolysie blijven als restverschijnselen een dysartrie, slikstoornissen en een lichte hemiparese links met balansstoornissen over. Hij kan zichzelf nu niet meer zelfstandig wassen en aankleden. De ziekenhuislogopedist adviseert ingedikte dranken en gemalen eten, de fysiotherapeut een rollator. In het mdo wordt besproken dat mijnheer op zich veilig naar huis kan, maar dat er wel een multidisciplinaire revalidatiebehandeling nodig is, bij voorkeur thuis, zodat hij functioneel kan oefenen in de eigen omgeving. Zelf wil mijnheer G. dit ook graag. Hij wil namelijk zijn tuin weer onderhouden en zelf zijn eten koken. Of er ook cognitieve gevolgen zijn die hem zullen beperken in zijn dagelijkse handelingen moet nog blijken. Volgens de revalidatiearts en de specialist ouderengeneeskunde past deze mijnheer meer in de geriatrische revalidatiezorg, vanwege zijn belastbaarheid, beperkte participatiedoelen en complexe multimorbiditeit. Ambulante geriatrische revalidatiezorg direct aansluitend op ziekenhuisopname wordt echter niet vergoed. Alleen als deze zorg aansluit op een intramurale revalidatieopname. Maar mijnheer G. wil absoluut niet worden opgenomen in het verpleeghuis, hij wil thuis zijn bij zijn licht demente echtgenote om haar te ondersteunen. Hij zou behandeling aan huis wel willen, maar haar liever niet alleen laten om naar de polikliniek van het revalidatiecentrum te gaan. Ook is hij veel te moe om deze reis twee keer per week aan te kunnen.

REKENVOORBEELD

Opname geriatrische revalidatiezorg na heupfractuur, bekostiging bij kortere opnameduur van 35 naar 28 dagen met een ambulant natraject van twee weken:

praktijk	dbc-product	dbc-opbrengst NZa-tarief 2021	geschatte werkelijke kosten*
opname 35 dagen met 30 behandelingen	overige diagnoses klinische dagen: 29-56 behandelingen: 27-36	€ 13.961,24	€ 12.275
opname 28 dagen plus 14 dagen ambulant; totaal 30 behandelingen (excl. reistijd)	overige diagnoses klinische dagen: 15-28 behandelingen: 18-41 klinisch of ambulant	€ 8357,62	€ 10.420

* Geschatte kosten op basis van gemiddelde: ligdag 265 euro, behandelaar 100 euro. Kosten zijn exclusief opslag voor reistijd, e-health en innovatie.

Uit deze tabel blijkt dat bij de huidige dbc-systematiek de vergoeding van ambulante revalidatie na opname niet voor alle producten kostendekkend is. In het voorbeeld is het tarief bij 28 dagen opnameduur niet kostendekkend voor een ambulant traject met tweemaal per week thuisbehandeling door een ergotherapeut en fysiotherapeut. Hoewel dbctarieven gebaseerd zijn op gemiddelde kostprijzen, zal een aanzienlijke verschuiving van intramurale naar ambulante trajecten zorgorganisaties mogelijk in financiële problemen brengen.

Het huidige financieringsmodel is niet flexibel genoeg

Financieringsmodel

Naast het ontbreken van een betaaltitel voor directe ambulante geriatrische revalidatiezorg zonder voorafgaande opname, is ook het huidige financieringsmodel ervan niet flexibel genoeg. Zo is bijvoorbeeld de bekostiging van de reistijd voor ambulante trajecten vanuit de huidige dbc onvoldoende. Daarnaast stimuleert de opbouw van de dbc-trajecten niet om de opnameduur nog verder te verkorten. De huidige dbc-producten werken met tijdvakken van twee, vier en zelfs acht weken. Daardoor is het voor organisaties niet doelmatig om in kortere eenheden op te nemen. Bij ontslag aan het eind van een twee- of vier-weeksproduct kan de gemiddelde kostprijs per GR-dag zo laag uitkomen dat de kosten niet meer gedekt zijn. Ook het aantal ingezette behandeluren komt dan in de knel (zie *rekenvoorbeeld* op blz. 19). Gevolg is dat de patiënt beter een aantal dagen langer opgenomen kan blijven, om zo in een volgend product te komen waardoor gemaakte kosten gedekt zijn. Terwijl met het oog op de verwachte toename van het aantal kwetsbare ouderen, de opdracht juist is om deze opnameduur te verkorten. Voor een toekomstbestendige geriatrische revalidatiezorg is dus een andere dbc-structuur nodig, die beter aansluit op de wensen van de patiënt en daarnaast rekening houdt met een betaalbare organisatie van deze zorg.

Groeiende vraag

Wanneer er een indicatie wordt gesteld voor geriatrische revalidatiezorg kan ook beoordeeld worden of deze zorg klinisch of ambulant, of in een combinatie daarvan geïndiceerd is. Financiering met behulp van een dagprijs met aparte bekostiging voor de behandeling kan bijdragen aan een doelmatige inzet. Dan kunnen effectieve zorgpaden beter ingezet worden en wordt intramurale GR-capaciteit optimaal benut. Dit is belangrijk gezien de groeiende vraag door de vergrijzing en de daarbij achterblijvende toename in zorgpersoneel. Ambulant revalideren, juist in de geriatrische revalidatiezorg, zal blijken meer patiëntgericht te zijn dan binnen het huidige model mogelijk is, en leiden tot tevredener revalidanten, betere zorg, en minder kosten voor de maatschappij. ●

contact
e.vreeburg@vivium.nl
cc: redactie@medischcontact.nl



→ De voetnoot en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

Eefje Suintjens is
waarnemend huisarts in
de regio Amsterdam



Kort maar krachtig

Hij stopt halverwege om op adem te komen en loopt daarna mijn spreekkamer binnen. Deze man ken ik via zijn zus die zes maanden geleden bij ons aan de bel trok. Het lukte hem niet meer een kop koffie te zetten. Hij is een oud-kunstenaar en dichter, een zorgmijder met een beperkt netwerk. Hij komt niet vaak bij ons. En toen kwam ineens de diagnose dementie. Ik ken hem als een breedspakige man die liever praat over zijn dichtbundels dan over zijn klachten. Nu zit hij voor me en oogt kwetsbaar. Hij pakt een briefje uit zijn binnenzak. 'Ik heb pijn op mijn borst en mijn adem is kort. Zonder uw behandeling denk ik niet dat ik nog de oude word.'

Met een saturatie van 89 procent en een afwijkend ecg stuur ik hem naar het ziekenhuis; hij blijkt een hartinfarct te hebben. Ik denk aan de eerdere keren dat ik hem zag. Ik vond het lastig om tot de kern van zijn hulpvraag te komen door zijn ruis van breedspakigheid. Regelmatig had ik het idee dat ik de essentie had gemist nadat hij mijn kamer had verlaten. Was het door tijdgebrek in onze overvolle spreekuren? Of lag het aan mij en begreep ik het gesprek niet genoeg? Doordat hij het vandaag kort moest houden kwam zijn boodschap beter over. Ik neem mij voor vaker aan te sturen op deze

'Zonder uw behandeling denk ik niet dat ik nog de oude word'

bondigheid. Het is tijdens het schrijven van mijn eerste column dat ik opnieuw aan dit voornemen denk. Van mijn breedspakige blogs naar een beknopte column vergt ook voor mij een andere tactiek. Ik hoop met mijn reflecties en anekdotes uit het huisartsenvak een goede opvolger te zijn voor deze Veldwerk-rubriek!



→ De blogs van Eefje Suintjens vindt u op [medischcontact/eefjesuintjens](https://medischcontact.nl/eefjesuintjens).