



Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken

Afspraken over Geriatrische Revalidatie Zorg in de regio Haaglanden: triage, uitstroom uit het ziekenhuis en instroom op de revalidatie afdeling

In overleg met de projectleiders geriatrische revalidatie uit de ziekenhuizen en de VVT sector in de regio Haaglanden zijn op 29 november 2012 onderstaande afspraken gemaakt. Deze afspraken zijn ook besproken in het coördinatieoverleg transferpunten. In de loop van 2013 kunnen deze afspraken op basis van de ervaringen worden aangepast en /of uitgebreid. Voorstellen hiervoor kunnen worden gezonden aan Patricia Huijbregts patricia.huijbregts@transmuralezorg.nl.

1. Triage

Op basis van de volgende twee screeningsvragen wordt, net als nu, in het ziekenhuis vastgesteld of er sprake is van revalidatiezorg:

- Zijn er één of meer aandoeningen die na ziekenhuisopname (blijvende) beperkingen opleveren.
- Heeft de patiënt voor het opheffen / verminderen van de beperkingen meer hulp nodig dan basis monodisciplinaire behandeling en / of basis verpleegkundige zorg.

Als er bij vraag 1 of 2 twijfel bestaat dan wordt de revalidatiearts en / of de Specialist Ouderengeneeskunde (S.O.) in consult geroepen. De S.O. van de organisatie van voorkeur van de patiënt voor uitplaatsing wordt hiervoor benaderd.

De SO wordt in ieder geval geconsulteerd voor de patiënten van wie verwacht wordt dat ze na de revalidatie niet terug kunnen keren naar de eigen woonvoorziening en voor de patiënten die niet belastbaar zijn bij opname in het verpleeghuis.

Als revalidatiezorg aangewezen is dan wordt de keuze gemaakt tussen Revalidatiecentrum of Geriatrische Revalidatie in een verpleeghuis. Hiervoor wordt de huidige werkwijze gehandhaafd.

Het bovenstaande is conform het triage-instrument zoals opgesteld door Verenso (1^e versie, juli 2012)

Ten behoeve van de overname van de zorg in het verpleeghuis of de revalidatie instelling en ten behoeve van de eventuele consultatie van de S.O. doet de transferverpleegkundige in overleg met de verpleegafdeling de aanvraag in POINT. In het tabblad aanvullende gegevens wordt voor deze patiëntengroep de situatie van de patiënt omschreven volgens de SAMPC methodiek (Somatisch functioneren, ADL en mobiliteit, Maatschappelijk functioneren, Psychisch functioneren/cognitie en Communicatie).

2. Geriatrische Revalidatie

Voor Geriatrische Revalidatie wordt vanaf 2013 de nieuwe DBC-structuur van kracht. Indien geriatrische revalidatie is aangewezen dient er een keuze gemaakt worden tussen DBC geriatrische revalidatie zorg (zorgverzekering) en ZZP 9B (AWBZ)

Cliënten die bij de start van het revalidatietraject al een ZZP inclusief Behandeling hebben, krijgen een ZZP 9B en blijven in de AWBZ: In de praktijk is dit een kleine groep, minder dan 10%. De beleidslijn is dat er alleen sprake is van ZZP 9B op basis van “herkomst”: dus simpel administratief te bepalen en niet een zaak van triage.

Alle andere cliënten GRZ komen in de nieuwe DBC Productstructuur. Reden hiervoor is dat de DBC-structuur naar verwachting meer mogelijkheden biedt voor revalidatiezorg aan cliënten en zo een duidelijk en doelmatig onderscheid te maken is.

3. Instroom DBC- revalidatietraject

De S.O. opent de DBC GRZ. Kort na opname op de revalidatieafdeling wordt de inschatting gemaakt of iemand in aanmerking komt voor het reguliere of voor het intensieve traject. Daar wordt het behandeltraject op afgestemd.

Voorwaarde voor het intensieve traject is:

- Binnen 8 weken naar huis of verzorgingshuis.
- Voldoen aan de norm van het aantal behandeluren.

Op basis van registratie wordt na afloop van het revalidatietraject bepaald of voldaan is aan deze voorwaarden; als hieraan niet voldaan is geldt het reguliere DBC- tarief

Bijlage: nadere formulering aanspraak GRZ, zoals recent gepubliceerd door het CVZ

Geriatrische revalidatiezorg

Bron: website CVZ, geactualiseerd op: 08 november 2012

Vanaf 1 januari 2013 is geriatrische revalidatiezorg (GRZ) onderdeel van de Zvw.

Tot 2013 was deze zorg geregeld in de AWBZ. Hieronder de meest gestelde vragen van zorgaanbieders op een rij, met de antwoorden.

Hoe luidt de aanspraak op GRZ in de Zvw per 1 januari 2013?

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.

Wat wordt bedoeld met kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit?

Kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit zijn omschreven in de Toelichting bij het Besluit van houdende wijziging van onder meer het Besluit zorgverzekering, en het Besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met maatregelen 2013 in het zorgpakket (Stb. 2012, 512). Omschrijving kwetsbaarheid: er is sprake van kwetsbaarheid indien er een gelijktijdige afname is op meer gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden, waarbij sprake is van verlies aan vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk.

Omschrijving complexe multimorbiditeit: er is sprake van complexe multimorbiditeit indien de aanwezigheid van ziekten, stoornissen, beperkingen en handicaps leidt tot het verlies van welbevinden, waarbij de oorzaken van de problemen moeilijk te ontrafelen zijn en de effecten van de behandeling van de afzonderlijke ziekten anders kunnen zijn dan verwacht.

Voor wie is de geriatrische revalidatiezorg verzekerde zorg?

De geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen met multimorbiditeit die in het ziekenhuis een medisch-specialistische behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte of botbreuk of voor een nieuwe knie of heup, maar nog niet in staat zijn terug te keren naar huis. Deze geriatrische patiënten kunnen aangewezen zijn op multidisciplinaire geriatrische revalidatiebehandeling met als doel terugkeer naar huis. Cumulatieve voorwaarden voor de geriatrische revalidatie zijn dat de geriatrische zorg moet aansluiten op het verblijf in het ziekenhuis en dat de verzekerde vóór de ziekenhuisopname niet in een verpleeghuis verbleef. Bovendien moet de geriatrische revalidatie bij aanvang gepaard gaan met verblijf. Deze laatste voorwaarde kan mogelijk op termijn komen te vervallen indien de zorg op basis van cliëntenkenmerken en zorgpaden geleverd kan worden.

Voor de terminologie met betrekking tot het ziekenhuisverblijf is aangesloten bij hetgeen in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering is geregeld. Voor de terminologie met betrekking tot het verblijven in een verpleeghuis is aangesloten bij de terminologie die in artikel 15 van het Besluit zorgaanspraken is gehanteerd, namelijk dat er sprake is van verblijf en behandeling in dezelfde instelling.

Als de geriatrische revalidatie start, is er geen indicatie meer voor het verblijf in verband met medisch-specialistische zorg. De cliënt kan nog wel onder controle van de medisch-specialist zijn en de *dbc* voor de ziekenhuiszorg hoeft dus nog niet te zijn afgesloten. Wel is de behandeling voor de aandoening waarvoor geriatrische revalidatie is aangewezen aan de specialist ouderengeneeskunde overgedragen.

**Is proefverlof mogelijk als de cliënt geriatrische revalidatiezorg ontvangt?
Waar ligt de verantwoordelijkheid voor de zorg tijdens proefverlof?**

De zorgaanbieder kan een afwezigheidsdag registreren als een cliënt met proefverlof gaat. Verzekerde blijft tijdens het proefverlof onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde, de zorg wordt geregeld en betaald vanuit de instelling.

Indien er sprake is van een indicatie voor GRZ, maar verzekerde tegen advies in zelf besluit om naar huis te gaan, kan GRZ dan in een latere fase nog ingaan?

Een essentieel kenmerk van de aanspraak op GRZ is de noodzaak tot intramurale GRZ. Als een cliënt tegen het advies in zelf besluit om naar huis te gaan is er geen aanspraak meer op GRZ. De geriatrische revalidatiezorg vindt dan immers niet aansluitend aan ziekenhuisopname plaats. In deze bijzondere gevallen kan de verzekerde contact opnemen met de zorgverzekeraar om mogelijke oplossingen te vinden.

Welke mogelijkheid is er voor een cliënt die niet direct belastbaar of minder belastbaar is, maar wel is aangewezen op geriatrische revalidatie?

Juist de (zeer) geringe belastbaarheid karakteriseert de doelgroep van de GRZ, de kwetsbare, multimorbide geriatrische patiënt. Indien er sprake is van een situatie waarbij de medisch specialistische behandeling nog niet is afgerond dan is behandeling in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist aangewezen. Indien de medisch specialistische behandeling is afgerond, kan GRZ zijn aangewezen voor deze cliënt, de GRZ dient op maat te worden aangeboden.

Is het krijgen van een acuut delier een indicatie voor GRZ?

Een delier is een ernstig symptoom van onderliggende ziekte en vereist adequate medisch specialistische diagnostiek en behandeling in het ziekenhuis. Indien er sprake is van een delier is het aannemelijk dat er sprake is van kwetsbaarheid (en waarschijnlijk ook multimorbiditeit). Aansluitend kan verzekerde, mits redelijkerwijs aangewezen, na behandeling van het delier en de onderliggende medische problematiek in het ziekenhuis, in aanmerking komen voor verwijzing voor GRZ.

Is opname in het verpleeghuis voor het instellen van medicatie onder verantwoordelijkheid van de neuroloog, bijvoorbeeld bij de ziekte van Parkinson, geriatrische revalidatiezorg?

Het instellen op medicatie bij bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson valt niet onder de GRZ. Verzekerde voldoet niet aan de cumulatieve voorwaarden van de aanspraak op GRZ. De verantwoordelijkheid voor het instellen van Parkinson medicatie ligt bij de neuroloog en vindt veelal ambulante plaats. Al of niet in combinatie met extramurale fysiotherapie en/of ergotherapie. Ook is dagbehandeling binnen de *AWBZ* mogelijk.

Welke zorg is van toepassing als een cliënt in principe enkelvoudige paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie) nodig heeft, bijvoorbeeld na behandeling van een beenbreuk in het ziekenhuis, en er dus geen indicatie bestaat voor GRZ, maar vanwege zijn thuissituatie niet terug naar huis kan?

Verzekerde moet zo snel als mogelijk ontslagen worden naar huis. Extramurale fysiotherapie kan aangewezen zijn. De eerste 20 behandelingen vallen niet onder de basisverzekering en zijn voor eigen rekening. Indien er noodzaak is voor verpleging of verzorging kan een *AWBZ* indicatie worden gevraagd.