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.

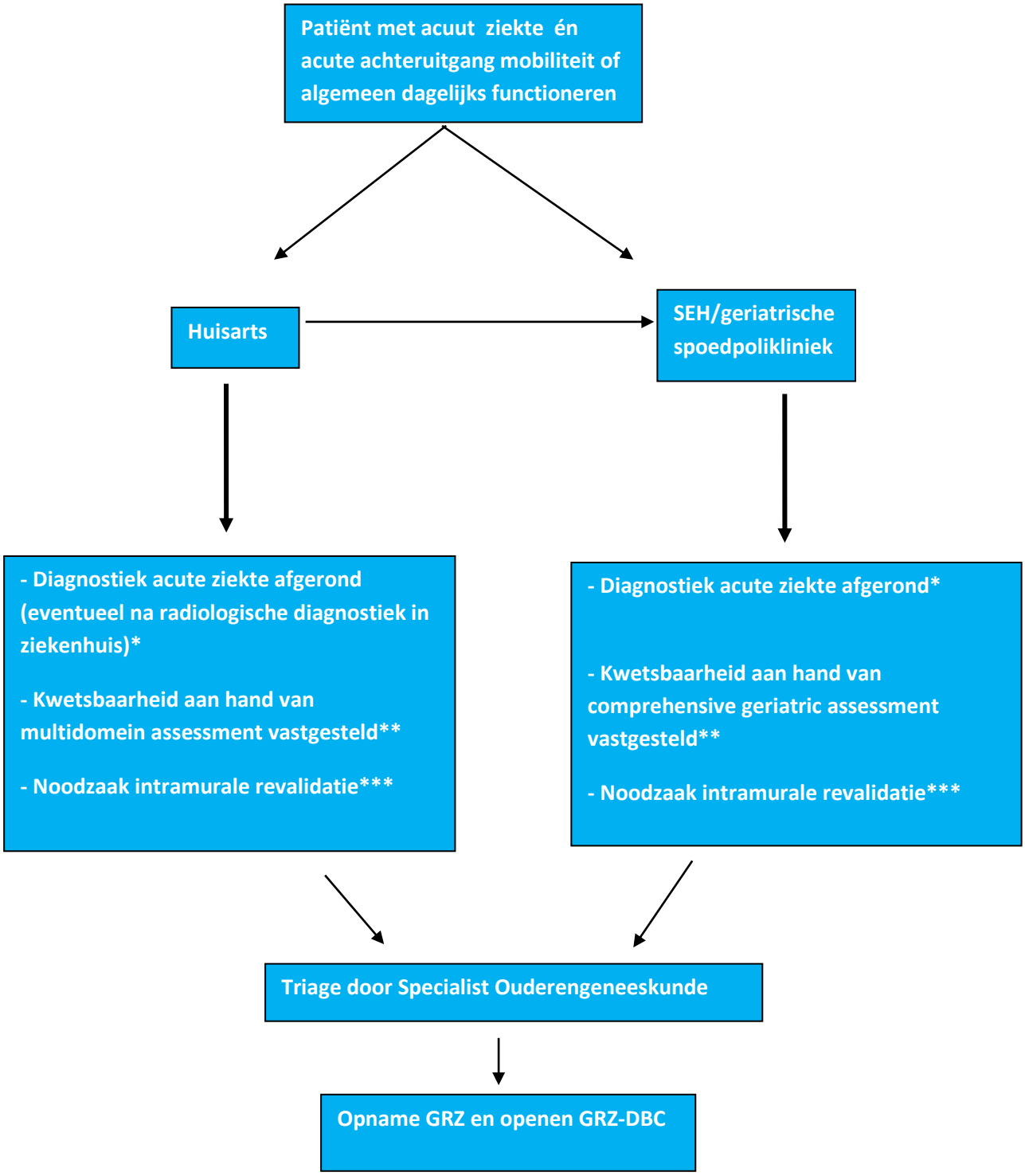
De voorwaarden van een acuut en adequaat geanalyseerd probleem en directe toegang tot GRZ heeft de werkgroep mede gesteld op basis van een tweetal overwegingen: Enerzijds dient er geen prikkel te ontstaan die adequate en tijdige diagnostiek en behandeling aan ouderen onthoudt. 'Ageism', dit wil zeggen 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