

# De ratio van de RIO's

## *Meerwaarde van onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling*

W.G.M. Beemsterboer\*

De maatschappelijke repercussies van duurzame verzorging en verpleging zijn aanzienlijk. Het gaat om schaarse voorzieningen waaraan hoge kosten zijn verbonden, die door de gemeenschap moeten worden opgebracht. Daar komt bij dat het zicht op de feitelijke zorgvraag wordt vertroebeld door onduidelijke criteria bij de indicatiestelling en door zeer divers wachtlijstbeheer. De lengte van wachtlijsten kan dus geen objectieve maat zijn voor de werkelijke zorgvraag. De indicatiestelling voor duurzame verzorging en verpleging is daarom geen zaak meer van de behandelende en hulpverlenende sector alleen. Deze dient voor een belangrijk deel over gelaten te worden aan specialisten, die de grenzen van regelgeving inzake zorg en voorzieningen goed kennen en geen belang hebben bij de richting waarin een indicatie gaat. Door daarnaast functiegericht in plaats van aanbodgericht te indiceren en bij het oplossen van een 'care'-probleem zowel oplossingen in de sfeer van de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) als in de sfeer van de Wvg (Wet voorzieningen gehandicapten) in de overwegingen te betrekken, wordt invulling gegeven aan het RIO-concept van onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling. In dit artikel wordt gereageerd op kritiek op dit concept en wordt de essentie daarvan nog eens toegelicht. Daarbij wordt ook de mandatering ter discussie gesteld. Voorts wordt bediscussieerd of het wel mogelijk is een 'objectieve zorgbehoefte' vast te stellen en wordt het wachtlijstbeheer gezien in het licht van inhoudelijke criteria. Tot slot wordt gepleit voor een toezichtsorgaan op de (deskundige en procedurele) werkwijze van de RIO's, dat de visitatie van de RIO's op zich moet nemen, waarbij de feitelijke uitwerking van het Zorgindicatiebesluit leidraad dient te zijn.

Trefwoorden: indicatiestelling, objectieve zorgbehoefte, wachtlijstbeheer, mandatering, visitatie

### INLEIDING

Mede als uitvloeisel van de beoogde modernisering van de ouderenzorg, die in gang is gezet aan de hand van de conclusies van de commissie Dekker (1987) en van de commissie Welschen (1994), is gekozen voor onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling van zorg en voorzieningen. Onder 'onafhankelijk van de zorgaanbieder indiceren' wordt verstaan, dat men niet voor zijn eigen produkt indiceert, omdat daarmee het risico bestaat dat de feitelijke zorgbehoefte wordt veronachtzaamd (er wordt dan óver of ónder geïndiceerd of verkeerd geïndiceerd). Daarnaast betekent onafhankelijk indiceren: 'los van de zorgverzekeraar/financier', omdat budgettaire redenen niet oneigenlijk mogen interfereren met de te indiceren zorgvorm. Dan 'objectief indiceren': er wordt gestreefd naar een uniforme, landelijke indiceringssystematiek, gebaseerd op protocollen en derhalve reproduceerbaar, waarbij gewaakt wordt voor een al te vrije regionale invulling (landelijke bandbreedtes formuleren). En ten slotte 'integraal indiceren': binnen de

AWBZ wordt breed gekeken welke zorgvorm voldoet (thuiszorg, transmurale of intramurale zorg) en er wordt rekening gehouden met de mogelijkheden van andere wetgeving in het kader van voorzieningen zoals de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) en de Algemene Bijstandswet (ABW).

Om onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling te realiseren moest de taak van de gemeentelijke indicatiecommissies worden uitgebreid met de indicatiestelling voor de thuiszorg (AWBZ) en de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) om zo schotten weg te nemen tussen zorg en voorzieningen die een vergelijkbare doelgroep hebben, namelijk ouderen en gehandicapten. Er werden andere, bijkomende, voordelen voorzien door de instelling van indicatieorganen nieuwe stijl. Enkele honderden gemeentelijke indicatiecommissies zouden verdwijnen en er zouden zo'n tachtig indicatieorganen voor in de plaats komen, die regionaal werkzaam zijn. Door een goede registratie van de geïndiceerde zorg zou het mogelijk worden goed zicht te krijgen op de feitelijke, regionale zorgvraag. Inmiddels hebben landelijke partijen een *Plan van aanpak wachtlijsten in de Verpleging en Verzorging* opgesteld waarin de problema-

\*Arts Sociaal Medische advisering en Indiciestelling, RIO Noord-Limburg, Horst

tiek rond de wachtlijsten systematisch wordt behandeld, met een vierspoerenbeleid om tot maatregelen ter bestrijding van de wachtlijsten te komen.<sup>1</sup>

De RIO's (Regionale Indicatie Organen) ontmoeten veel, soms oneigenlijke, weerstand.<sup>2-4</sup> Deze weerstand is deels begrijpelijk, omdat zorgaanbieders (AWBZ, waaronder de thuiszorg) en gemeenten (Wvg-afdelingen) hun indiceringsbevoegdheid dienen over te dragen aan de RIO's, zij het dat dit in goed overleg (dat is: binnen een functionerende regionale Zorgketen) dient te geschieden, om aldus een modus te vinden die recht doet aan ieders eigen verantwoordelijkheid. De kritiek op de RIO's spitst zich toe op de vermeende objectiverbaarheid van de zorgbehoefte, ongewenste interferentie tussen indicatiestelling en wachtlijstbeheer (het schaarstemotief) en het niveau van deskundigheid bij de RIO's.

### ZORGBEHOEFTE

Door middel van onafhankelijke en objectieve indicatiestelling wordt beoogd een zo reëel mogelijk beeld te krijgen van de feitelijke zorgbehoefte. Opvallend is dat de 'feitelijke' zorgbehoefte vaak wordt afgeleid uit (a) wat in enquêtes door ouderen op vragen wordt geantwoord (cave: correctie voor subjectiviteit) en (b) het uitstaande zorggebruik. Dat het objectiveren van de algemene of individuele zorgbehoefte niet gemakkelijk is, is bekend.<sup>5-11</sup> Een probleem is de 'vooringenomenheid' van de enquêteurs, die de resultaten van de enquête niet ontdoen van subjectieve invloeden (vragen over de zorgbehoefte) of onvoldoende zorgvuldig extrapoleren naar de toekomst (meten van het actuele zorggebruik). Het gevaar van ongefundeerde generalisaties is niet denkbeeldig.<sup>12</sup> De conclusie is gerechtvaardigd, dat 'objectieve zorgbehoefte' eigenlijk onvoldoende omschreven is. Als een verslechtering van de gezondheidstoestand betekent dat de medische consumptie toeneemt,<sup>13</sup> wil dat nog niet zeggen dat daarmee de 'objectieve zorgbehoefte' gegeven is.<sup>6</sup> Voorkeuren van ouderen als zodanig<sup>14</sup> kunnen bezwaarlijk als vanzelf als de 'objectieve zorgbehoefte' worden aangeduid. Eerst zou overeenstemming bereikt moeten worden over onder welke randvoorwaarden we van een bij benadering 'objectieve zorgbehoefte' spreken.

Een aanpak die het bepalen van de objectieve zorgbehoefte zou kunnen bevorderen, zou een combinatie kunnen zijn van een gestandaardiseerd interview plus gericht lichamelijk onderzoek.<sup>15</sup> Zo bezien zou het persoonlijke, geprotocolleerde, gesprek – gevoerd met behulp van de op het modelprotocol<sup>16</sup> gebaseerde formulierenset – een waarborg kunnen zijn voor een zekere mate van objectiviteit. Of de nieuwe werkwijze de vergelijking met de oude<sup>17</sup> kan doorstaan zal nog moeten worden afgewacht. Hiervoor zal het gebruik van de formulierenset te zijner tijd geëvalueerd dienen te worden.

De indicatieadviseur van het RIO zal de zorgvraag op geleide van de formulierenset terugbrengen naar z'n feitelijke merites. Als bijvoorbeeld met een vervoersvoorziening (Wvg) en met dagverzorging (AWBZ) kan worden volstaan om de eenzaamheid op te heffen, is een indicatie voor een verzorgingshuis niet nodig, hoewel die wel is aangevraagd.

Ook kan voor een woningaanpassing (Wvg) worden gekozen in plaats van de aangevraagde aanleunwoning. Uiteraard moet de indicatieadviseur wel formulieren hanteren die een betrouwbare theoretische basis hebben,<sup>18</sup> maar aan het adagium zo mogelijk een 'sobere en doelmatige' voorziening te indiceren, wordt hier richting gegeven. Immers het uitgangspunt in het beleid van de gezondheidszorg is dat mensen worden behandeld c.q. verpleegd en/of verzorgd in de lichtst mogelijke zorgvoorziening.<sup>19</sup> Terecht mag de vraag zijn of de zorgbehoefte niet vaak ook door andere, niet gemeten factoren, wordt bepaald. Het betreft hier factoren (beschikbare hulpmiddelen in het verpleeghuis, onderscheiden verpleegconcepten) die de actuele zorgbehoefte mede bepalen, maar die niet direct worden gemeten.<sup>20</sup> De indruk bestaat dat, waar het gaat om objectivering van de zorgbehoefte c.q. van de feitelijke zorgvraag, nog het nodige onderzoek gedaan moet worden.<sup>6</sup>

Daarbij intrigeert het fenomeen van een zorgvraag, die in een welvaartsmaatschappij zelfgenererend ('oneindig') is. Deze zou – zo bezien – weleens intrinsiek inflatoir kunnen werken. Zoals het indammen van inflatie in de economie alleen kan door het nemen van onaangename maatregelen, lijkt het terugdringen van irrealistische zorgvragen daar ook niet zonder te kunnen. Overigens speelt hier het primaat van de deskundigheid een rol, een deskundigheid die door de 'mondige' burger ondermijnd dreigt te worden. De vraag is of met 'mondigheid' ooit bedoeld is dat men bepaalde behandelingen of zorg kan 'opeisen' zonder over vergelijkbare deskundigheid te beschikken als de persoon die men consulteert. Toch gebeurt het. In welke mate? Als daar teveel aan wordt toegegeven wordt het zorggebruik als uitgangspunt voor een te meten zorgbehoefte ongelooftwaardig,<sup>21</sup> a fortiori wanneer men extrapoleert naar de toekomst. Soms wordt de te objectiveren zorgbehoefte geheel vanuit de subjectiviteit bezien en als zodanig gerechtvaardigd.<sup>22</sup> Dit is niet onbegrijpelijk, omdat het hier een groep betreft die daar een direct (zorg)belang bij heeft. Ook in andere opzichten en om andere redenen, zoals belangen van zorgaanbieders en financiers, is het nodig de op de zorgbehoefte gebaseerde zorgvraag beter te omschrijven.<sup>7</sup>

### KOPPELING VRAAG EN AANBOD

Een verband leggen<sup>5</sup> tussen het zorgaanbod en de definitie die de Nationale Raad voor de Volksgezondheid hanteerde voor indicatiestelling (indiceren 'naar aard, inhoud en omvang'), lijkt in theorie logischer dan het in werkelijkheid is. Volgens deze benadering zouden vraag en aanbod impliciet gekoppeld worden en dreigt naar schaarste geïndiceerd te worden.<sup>23,24</sup> Maar de indicatieadviseur doet vooreerst niets meer of minder dan de zorgbehoefte in beeld brengen. Benoeming van wat betrokkene nodig heeft (bijvoorbeeld thuiszorg, verzorgingshuis, transmurale zorg) dient vanzelf voort te vloeien uit de verrichte functieanalyse. Het is dan moeilijk vol te houden, dat de indicatieadviseur voor een *embarras de choix* geplaatst zou worden en verleid tot indiceren naar aanbod. Waarom zou de indicatieadviseur dat doen? Zoiets is precies tegengesteld aan zijn opdracht en dus fout. Aangezien de indicatieadviseur (anders dan voorheen

de zorgaanbieder of de zorgverzekeraar/financier) in casu geen enkel belang heeft bij de ene of andere keuze, is ook niet vanzelf gegeven dat aanbodgericht geïndiceerd zou worden. Weliswaar dient het publiek nog steeds in termen van het aanbod geformuleerde aanvragen in – men vraagt om een indicatie voor een verzorgingshuis of om een aanleunwoning – maar niet wat iemand *vraagt* is onderwerp van de indicatiebeoordeling, maar wat iemand *mankeert*. Derhalve wordt gekeken naar de gebrekkige functies die iemand heeft en die voortkomen uit stoornissen, die op hun beurt gevolg zijn van ziekte of gebrek. Het is dan wat gezocht in deze context indicatiestelling 'naar aard, inhoud en omvang' als aanbodgericht te afficheren. De zorgvorm die wordt geïndiceerd vloeit logisch voort uit de functiegerichte analyse en dit heeft vooralsnog niets van doen met enige op het aanbod – dan wel op schaarste – gerichte aanpak. Vooralsnog, want er is in dit verband wel een nuance aan te brengen. Er kan namelijk niet worden volgehouden dat wanneer niet uitstelbare zorg ('spoed') geen wachtlijstplaatsing duldt en daarom moet worden uitgekeken naar een *second best*-oplossing, er sprake zou zijn van 'wegindiceren'<sup>15</sup> van wachtlijstproblematiek. De nuance schuilt in het verschil tussen 'spoed' en 'geen spoed'. Niet uitstelbare zorg ('spoed') impliceert dat direct zorg moet worden geboden. Het betreft hier een betrekkelijk kleine groep van geïndiceerden. Want niet iedere zorgsituatie noopt – gelukkig – tot een 'spoed'-indicatie. Het spreekt daarom vanzelf, dat de indicatieadviseur in spoedsituaties nadenkt over *second best*-mogelijkheden. Het gros van de (wel uitstelbare) zorggeïndiceerden wordt intussen gewoon op de, bij de gestelde indicatie passende, wachtlijst geplaatst en wacht z'n beurt af – of die wachtlijst nu lang is of niet. Dat de overheid en de zorgverzekeraar/financier na enige tijd willen weten hoe groot het verschil is tussen gestelde en geëffectueerde indicaties van de onderscheiden zorgvormen, om *daarmee een idee te krijgen van bij welke zorgvorm sprake is van schaarste*, is iets heel anders dan dat RIO's naar schaarste zouden indiceren.

#### WACHTLIJSTEN, URGENTIES EN ONAFHANKELIJKHEID

Volgens Van der Most<sup>25</sup> moet de uitvoering van de AWBZ voldoen aan wat bij elke verzekering normaal is. Dat wil zeggen dat als de indicatie eenmaal is gesteld, de zorg direct dient te worden geleverd. Maar is de AWBZ wel een 'gewone' verzekering? Soms lijkt de AWBZ meer een bron van subsidiëring.<sup>26</sup> Het karakter van de AWBZ is bovendien niet uitgekristalliseerd en eerder onderwerp van permanente discussie.<sup>27</sup> De AWBZ is een *verplichte* verzekering. Daarnaast kent een indicatie volgens de AWBZ graden van urgentie. Een hoge urgentie behoeft onmiddellijke uitvoering, een gewone urgentie niet. Kent de 'gewone' verzekering ook graden van urgentie? Het verschil in urgenties is niet voor niets: in het ene geval ('spoed') is de nood hoger dan in het andere. Hiermee wordt om voor de hand liggende redenen genuanceerd omgegaan en derhalve hoeft het primaat van de 'gewone' verzekering niet onvoorwaardelijk te gelden. De criteria die door het RIO worden gehanteerd en die tot de indicatie van een bepaalde zorgvorm met een

'gewone' urgentie, dan wel met een 'spoed'-urgentie leiden, zijn van wezenlijk belang in de interactie tussen RIO en zorgaanbieder. De criteria dienen immers te beantwoorden aan algemeen aanvaarde standaarden. Het verbaast daarom niet dat het Zorgindicatiebesluit<sup>28</sup> gewag maakt van noodzakelijke – zorginhoudelijke en protocollaire – afstemming tussen RIO's en regionale zorgaanbieders. RIO's indiceren niet vanuit een ivoren toren. Zij zijn voor wat betreft de gehanteerde indicatiecriteria vooreerst relatief onafhankelijk. RIO's bewaken afgesproken bandbreedtes en nuanceren eenzijdige zorgvragen door ze in een breder verband te plaatsen en doen dat als exponent van een zelfde deskundigheidsniveau als waartoe de zorgaanbieders behoren die de indicatiebesluiten ter uitvoering ontvangen.

Het samen met de regionale zorgaanbieders formuleren van een 'grootste gemene deler' (bandbreedte) per zorgvorm is wezenlijk, omdat de indicatiecriteria voor de 'gewone' urgenties zich op de juiste wijze dienen te verhouden tot de indicatiecriteria voor de 'spoed'-urgenties. Dit is belangrijk in verband met noodzakelijke regionale consensus over zorginhoudelijk wachtlijstbeheer. Initiatiefnemers voor regionaal wachtlijstbeheer – dat zijn conform centraal gemaakte afspraken de deelnemers aan de Regiovisie en het Zorgkantoor<sup>29</sup> – dienen zich ervan bewust te zijn dat men er met administratieve of organisatorische afstemming van wachtlijsten niet is, noch met intentieverklaringen om daartoe te komen. Men komt pas waar men wezen wil als de gezamenlijke regionale zorgaanbieders overeenstemming hebben bereikt over inhoudelijk wachtlijstbeheer met criteria die mede door het RIO – als hoeder van aanvaardbare bandbreedtes – kunnen worden onderschreven.

In dit verband dient de onafhankelijkheid van de RIO's in het juiste perspectief te worden geplaatst. Het RIO is een onafhankelijke partij, die met andere partijen – regionale zorgaanbieders – praat over bandbreedte en inhoud van indicatiecriteria binnen landelijk vastgestelde grenzen. Dat de overheid aandringt op transparantie en regionale afstemming van de wachtlijstproblematiek is logisch. Individuele zorgaanbieders (verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties) zullen daarvoor autonomie moeten willen inleveren. Wanneer geen werkelijke bereidheid bestaat in zorginhoudelijk opzicht ten behoeve van het regionaal belang gedeeltelijk eigen autonomie in te leveren, is geïntegreerd regionaal wachtlijstbeheer tot mislukken gedoemd. Een indringende gedachtenwisseling tussen partijen is onontkoombaar en vereist de nodige evenwichtskunst en een intelligente regie.<sup>30</sup>

Zoveel zorgaanbieders betekent zoveel ideeën over wachtlijstbeheer. Zonder een geloofwaardige, zichtbare inbreng van de zorgverzekeraar<sup>31,32</sup> als centrale regisseur en initiator van het Zorgkantoor, zal dit niet gemakkelijk gaan. Het spreekt vanzelf dat partijen in de regio bereid moeten zijn de Regiovisie (de door de overheid gewenste en door de provincie te coördineren regionale samenwerking) gestalte te geven. Anders is zij ten detrimente van 'een gezamenlijke visie op de toekomst, gericht op de vraag en de kwaliteit van de zorg'<sup>33</sup> gedoemd te mislukken en komt regionaal wachtlijstbeheer niet van de grond.

De Regiovisie wil regionaal gekrakeel voorkomen en regionaal *commitment* bevorderen. Wachtlijstbeheer is in deze opzet niet langer iets dat elke zorgaanbieder voor zichzelf regelt, maar dat door een open en transparante aanpak, waarbij vergelijkbare criteria voor urgentiebepaling worden ontwikkeld, naar een systematiek leidt die voor iedereen duidelijk is.<sup>1</sup>

Publicaties over hoe wachtlijsten te beheren verschijnen er nauwelijks. Wel publicaties waarin wordt gewezen op de noodzaak van gezamenlijk, regionaal wachtlijstbeheer volgens ketenafspraken.<sup>34</sup> Waar het wachtlijstbeheer van vele inhoudelijke haken en ogen vergeven is, zal gestreefd moeten worden naar verdere uniformering, wil er ooit – in samenhang met de indicatiestelling – tot een goed uitgangspunt voor het formuleren van beleidsdoeleinden kunnen worden gekomen.<sup>21</sup>

### **DESKUNDIGHEID RIO'S**

Het Zorgindicatiebesluit is vaag over de invulling van de medische deskundigheid bij de RIO's.<sup>28</sup> Weliswaar kunnen RIO's gebruik maken van gegevens waarover de behandelende sector beschikt, maar tegelijkertijd is niet duidelijk waar de RIO's zelf hun medische deskundigheid van betrekken.<sup>35</sup> Waar het uitgangspunt van zowel de AWBZ als de Wvg-indicatiestelling 'ziekte of gebrek' is, zal er – zowel in vakdeskundige als in procedurele zin – op moeten worden toegezien dat inhoudelijke en/of procedurele waarborgen zijn ingebouwd dat 'ziekte of gebrek' daadwerkelijk uitgangspunten zijn en blijven bij de feitelijke indicatiestelling.<sup>36</sup> Anders zouden AWBZ- en Wvg-verstrekingen nog slechts een soort veredelde sociale voorzieningen zijn.

Een als zodanig gepresenteerde ziekte, of gepresenteerd gebrek, dient steun te vinden in de medische feiten. Het spreekt daarom vanzelf dat de interpretatie van medische gegevens, die RIO's van derden betrekken, op gelijkwaardig niveau van deskundigheid dient te geschieden. Dit betekent dat medische gegevens die het RIO van behandelaars ontvangt, worden beoordeeld door een medicus en niet door een indicatieadviseur. Hier gelden regels van vakdeskundige competentie met – in het verlengde daarvan – een kwaliteitsniveau van aanpak en beoordeling zoals dat in de zorg vigeert.<sup>37</sup> De RIO's zullen hun geloofwaardigheid niet kunnen waarmaken wanneer zij niet zichtbaar investeren in deskundigheid en deze deskundigheid zich uitstrekt tot zowel de vlakken 'soberte en doelmatigheid' als 'ziekte en gebrek'. Deze notie is al direct – naast het ontbreken van een integrale indicatiestelling (vide infra) – een ander argument om de mandatering van de indicatiestelling van thuiszorgaanvragen te beëindigen (zie hierover ook Van der Most<sup>25</sup>). Gemandateerde thuiszorgindicaties ontberen de noodzakelijke onafhankelijke medische toets, die bij de RIO's gewaarborgd is doordat RIO's zelf artsen in dienst nemen of hun onafhankelijke medische deskundigheid betrekken van adviesinstellingen als Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) of Zorgvoorzieningen Nederland (ZVN Advies).

Het spreekt intussen vanzelf dat het deskundigheidsniveau van RIO's onderwerp zou moeten zijn van toekomstige

visitatie. Hetzelfde geldt voor de in protocollen vastgelegde werkwijze van de RIO's. Betwijfeld wordt<sup>25,38</sup> of de minister al die protocollen – van al die individuele RIO's – op hun merites kan beoordelen. Dit probleem kan worden overvragen door de instelling van een toezichtsorgaan voor visitatie, dat de inhoudelijke en procedurele werkwijze van de RIO's toetst aan de per zorgvorm vastgestelde landelijke bandbreedtes en aan de uitgangspunten volgens het Zorgindicatiebesluit. Die zijn: onafhankelijkheid, objectiviteit en integraliteit. Dat onafhankelijkheid deels door protocollering kan worden gewaarborgd<sup>38</sup> mag overigens niet leiden naar de conclusie, dat massale mandatering de optie kan zijn. Dan zal immers niet langer sprake zijn van integrale indicering (van AWBZ-zorg en Wvg-voorzieningen). Voor de goede orde zij vermeld, dat de staatsecretaris van VWS – in haar recente nota *Zicht op Zorg*<sup>39</sup> – nog eens heeft gewezen op de noodzaak zowel RIO's als Zorgkantoren op hun kwalitatief functioneren te beoordelen.

Het multidisciplinaire team van de RIO's bestaat uit deskundigen (artsen, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen), die speciaal geschoold zijn op het vlak van zorg (AWBZ) en voorzieningen (Wvg) waarvoor het RIO indiceringsbevoegdheid heeft. Weliswaar is het Zorgindicatiebesluit hierover vaag, maar men hoeft niet te twifelen aan wat wordt bedoeld, daar de onderscheiden zorgvormen waarvoor het RIO indicaties afgeeft de weg wijzen. Bij elk van die zorgvormen past immers een bepaalde deskundigheid. Zo zal een arts, werkzaam bij het RIO, geschoold dienen te zijn in psychogeriatric, alsook in de medische beoordeling van restcapaciteit (validiteitsschattingen). Opleidingsmodules zullen, voor zowel Wvg- als AWBZ-indicatiebeoordelingen, in de loop van de tijd verder ontwikkeld dienen te worden zodat aan de eis van deskundigheid daadwerkelijk kan worden voldaan.<sup>40</sup>

### **MANDATERING**

Regelmatig wordt aan RIO's gevraagd enkelvoudige thuiszorgindicaties te mandateren. Het Zorgindicatiebesluit<sup>28</sup> staat een dergelijke mandatering toe, mits in protocollen wordt vastgelegd volgens welke procedurele en inhoudelijke criteria de zorgaanbieder zou moeten indiceren. De eindverantwoordelijkheid voor de indicatiestelling blijft bij de RIO's berusten. In zogenaamde verticale zorgconcerns<sup>41,42</sup> wordt een dergelijke constructie gerealiseerd. Het is in die situatie direct duidelijk dat een geloofwaardige integrale indicatiestelling het onderspit delft. Wanneer medewerkers van zorgaanbieders de (AWBZ-)indicatiestelling blijven doen, kan niet verwacht worden dat deze voldoende deskundig zijn ingevoerd in de – ook door de onderscheiden visies van gemeenten – uiteenlopende (on!)mogelijkheden van de Wvg. Dit werpt een ander licht op de notie dat 'eenvoudige hulpvragen' (gemandateerd) sneller beoordeeld moeten (kunnen) worden door de zorgaanbieders. Het helpt dan ook niet wanneer een en ander geschiedt 'met de werkwijze en onder het toezicht van het RIO'.<sup>43</sup> Het is niet realistisch te verwachten dat zorgaanbieders zich gaan verdiepen in de onderscheiden gemeentelijke verordeningen, noch dat zij – om meer dan één reden

– deskundigheid verwerven in het inschatten van Wvg-aspecten aan enige zorgvraag, afgezien van de vraag of zij bekend zijn met de uitgebreide jurisprudentie terzake. Uitspraken als zouden professionals professioneel genoeg zijn om onafhankelijk te handelen<sup>44</sup> zijn om hun dubbelzinnigheid én om de impliciete ontkenning van noodzakelijke gespecialiseerde deskundigheid (wet- en regelgeving, sobere en adequate indicatiestelling, objectivering van de zorgvraag, integrale benadering) niet geloofwaardig.

De geschetste overwegingen leiden naar de conclusie, dat door mandatering het adagium dat indicatiestelling 'sober en doelmatig' dient te zijn, wordt ondergraven. Ook 'ziekte of gebrek' als basis voor indicatiestelling, wordt bij een aan de thuiszorg gemandateerde indicering – door een tekort aan medisch-inhoudelijke supervisie – onvoldoende deskundig ingeschat, waardoor mis-indicering dreigt. Mandatering is derhalve een 'keuze' die op gespannen voet staat met zowel het uitgangspunt van 'ziekte of gebrek' als dat van 'sobere en doelmatigheid'. Ook is het in strijd met de integrale indicatiestelling, omdat de verweving met de Wvg dan geen reële kans krijgt. De onafhankelijke indicatieadviseur, die is ingevoerd in de AWBZ- én Wvg-indicatiestelling, is het beste toegerust om én integraal, én sober, én doelmatig te indiceren. Met het onderbrengen van de Wvg bij de RIO's zal het mandateren van de indicatiestelling in de thuiszorg vanzelf moeten verdwijnen.

## SLOT

De redelijkheid van de komst van de RIO's is gegeven door de maatschappelijke repercussies, die aanvragen voor langdurige verpleging en verzorging met zich meebrengen. Behandelaars en hulpverleners moeten hun 'cure'-taken zonder tussenkomst van derden kunnen uitvoeren. Voorzover 'care'-taken direct samenhangen met de 'cure', dat wil zeggen aantoonbaar aan de 'cure' bijdragen, is de vraag of onafhankelijke indicatiestelling wel opportuun is. Regelmatig wordt door behandelaars en hulpverleners evenwel ingezet op zorg (waaronder thuiszorg) en voorzieningen (zoals woningaanpassingen) die langdurig noodzakelijk worden geacht. Wie zal zeggen of die noodzaak van deze voor de samenleving even dure als schaarse voorzieningen ook objectief aanwezig is, terwijl wellicht met goedkopere – maar even adequate – voorzieningen kan worden volstaan? In het antwoord ligt de ratio van de RIO's besloten. Een functiegerichte analyse van de gestelde zorgvraag door een deskundig indicatieadviseur, vrij van banden met financiers of zorgaanbieders, dient het genuanceerde antwoord op die zorgvraag te zijn. De gestelde indicatie, met de bijbehorende urgentiegraad, dient leidraad te zijn voor inhoudelijk wachtlijstbeheer in de breedste zin, waarbij noodzakelijke beleidsaanpassingen zoals opheffen van schaarste en het bestrijden van tekorten, zijn inbegrepen.

Om het RIO-concept op een geloofwaardige manier te kunnen uitvoeren dient evenwel aan een tweetal voorwaarden te worden voldaan. De eerste is dat het RIO structureel wordt getoetst op de beweerde onafhankelijke, objectieve en integrale werkwijze. Is de gehanteerde formulierenset werkelijk een garantie voor functiegericht analyse en ligt de

gestelde indicatie daadwerkelijk ten grondslag aan de uitkomst daarvan? Ter beoordeling hiervan – alsook ter beoordeling van een aanpak volgens landelijk vastgestelde protocollen – is de instelling van een orgaan ter visitatie van de RIO-werkwijze onontbeerlijk. Een tweede voorwaarde voor een geloofwaardige uitvoering van het RIO-concept is de plaats die de gestelde indicatie inneemt in de regionale Zorgketen. Zonder een goed functionerend Zorgkantoor, dat zich – rekening houdend met de Regiovisie – inspant een transparant wachtlijstbeheer te realiseren, blijven gestelde indicaties, van welke urgentie dan ook, in de regionale lucht hangen; dit omdat zorgaanbieders voortgaan elk hun eigen interpretatie aan indicatie en urgentiegraad te geven, waardoor wachtlijsten het onzuivere karakter houden dat zij tot nu toe hadden.

## ABSTRACT

### *The ratio of independent, objective and integrated judgment of demands for care*

Longstanding need for care is pretty expensive for society and therefore deserves an accurate, broad estimation of what exactly is need. The demand for care is 'endless', but the means are not. Besides, there are different possibilities to solve a longstanding (care) problem. The cheapest, suitable help is the option. The increasingly complexity of municipal and national rules in social welfare makes it necessary that demands for longstanding care are – according to generally accepted standards – investigated by special experts, who are acquainted with the breadth and diversity of possibilities (in care and in resources in case of disability). Initial substantial support for a system of independent, objective and integrated judgment of demands for care is diminishing. Organizations for care prefer to select their clients on their own terms and do not like to let this task to 'independent experts'. Fear for loss of autonomy is also a problem in managing waitinglists for care. There are many different ways of managing waitinglists and there is no uniform definition of urgency in care. It is therefore, that the Dutch government does not want anymore to consider waitinglists as a standard for the lack of care. In this article the advantages of independent, objective and integrated judgment of demands for care are discussed. The author wants to give an answer on critics on the new unique system in estimation of individual need for care in the Netherlands, which – in a proper approach – is not a question of what one wishes, but a question of what one really needs.

*Keywords: demands for care, independent judgment, standards in care, managing waitinglists*

## LITERATUUR

- 1 Vliegenthart H. Plan van aanpak wachtlijsten in de Verpleging en Verzorging. Den Haag, juli 1999.
- 2 Beemsterboer WGM. Zorg om onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling. Med Contact 1998; 53: 977-9.
- 3 Schrijvers AJP. Invoering indicatie-organen moet en kan beter. ZorgVisie 1997; 2: 11.

- 4 Uppelschoten M, Zijp C van. Gemeenten willen wel, maar zien nog praktische bezwaren. Vier regiobijeenkomsten rond overheveling van WVG naar RIO. *Handicap & Beleid* 1999; 2: 9.
- 5 Gevers JKM. Externe indicatiestelling; kanttekeningen bij het zorgindicatiebesluit. *Tijdschr Gezondheidsr* 1998; 22: 343-352.
- 6 Groot W. Hebben we genoeg zorg? Oratie Universiteit Maastricht, 1998.
- 7 Vries Th de. 'Wat is de échte zorgvraag?', interview. *Zorgverzekeraars Magazine*. Juni/juli 1997: 6-8.
- 8 Post M, Willemse C. Behoeftonderzoek, een containerbegrip. 1: Behoeftewaaraan? Hoe bepaal je behoefte? *Med Contact* 1986; 41: 881-3.
- 9 Post M, Willemse C. Behoeftonderzoek, een containerbegrip. 2: Behoeftebepaling door medici. *Med Contact* 1986; 41: 918-20.
- 10 Post M, Willemse C. Behoeftonderzoek, een containerbegrip. Slot: Ervaren en uitgesproken behoefte; determinanten van gezondheid; een plan. *Med Contact* 1986; 41: 953-6.
- 11 Timmermans JM, Heide F, Klerk MMY de, Kooiker SE, Ras M, Dugteren FA van. Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen. Rijswijk; Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997.
- 12 Hamers H, Bartels J. Het bepalen van de behoefte aan zorgvoorzieningen. Consumenten-inbreng bij de planning. *Kwaliteit en Zorg* 1996; 2: 63-72.
- 13 Boelena JR, Groothoff JW, Post D. Determinanten van medische consumptie bij oudere ziekenfondsverzekerden. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1994; 138: 1473-8.
- 14 Wielink G, Klerk MMY de en Huijsman R. Voorkeuren voor hulpverlening. Resultaten van een onderzoek onder alleenwonende ouderen. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1995; 73: 367-74.
- 15 Bootsma-Van der Wiel A, Westendorp RGJ en Knook DL. Dagelijks functioneren en zorggebruik onder personen van 85 jaar en ouder. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1997; 141: 2170-6.
- 16 Modelprotocol geïntegreerde indicatiestelling voor het terrein van wonen, welzijn en zorg. Den Haag, VNG Uitgeverij, 1997.
- 17 Dijkstra GJ, Groothoff JW, Post D. De indicatie voor een verzorgingshuis of verpleeghuis. De weging van psychische klachten en lichamelijke beperkingen. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1999; 30: 114-120.
- 18 Schippers A, Witte L de. Dilemma's bij de geïntegreerde indicatiestelling. Een kasteel op drijfzand? *Med Contact* 1997; 52: 1282-3.
- 19 Handboek modernisering ouderenzorg. Meerjarenafspraken zorgsector. VNG Uitgeverij, Den Haag.
- 20 Dijkstra GJ, Groothoff JW, Dassen Th. Vergelijking van lichamelijke zorgbehoefte van ouderen in drie typen instellingen. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1995; 73: 135-40.
- 21 Koopmanschap MA. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. Van zorgbehoefte naar zorggebruik. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1997; 75: 366-7.
- 22 Zeijden A van der. Beleidsdoelstellingen als uitgangspunt voor gezondheidsonderzoek: wie wordt er uitgedaagd? *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1995; 73: 328-9.
- 23 Kemenade YW van, Vos P, Veen EB van. Indiciestelling en zorg op maat. In Schrijvers AJP (red): Toegang tot de zorg. Utrecht: De Tijdstroom, 1995.
- 24 Lanphen J. Voorwoord. In Schrijvers AJP (red): Toegang tot de zorg. Utrecht: De Tijdstroom, 1995.
- 25 Most JM van der. Indiciestelling in de AWBZ. Wettelijk geregelde duisternis. *Tijdschr Gezondheidsr* 1999; 23: 2-16.
- 26 Lieshout P van. 'De lange wachtlijsten impliceren dat de AWBZ eigenlijk geen echte verzekering is.' Interview. *ZorgVisie* 1997; 8: 6-10.
- 27 Algra W. Het offensief van de zorgkantoren. AWBZ moet verzekering blijven. *ZetN* 1998: 10-3.
- 28 Zorgindicatiebesluit. *Staatsblad* 447 (1997).
- 29 ZN/LVT/WZF/NVvz/VNG. Afspraken over bevordering ketenbenadering sector verpleging en verzorging. Zeist, 19 januari 1999.
- 30 Reinking D. Samenwerking in de psychogeriatric. Utrecht: Trimbos instituut, 1997.
- 31 Nistelrooij LJJ van. 'Regiovisies ook voor verzekeraars van groot belang.' Interview. *Zorgverzekeraars Magazine*; 1997: 14-6.
- 32 Jong N de. 'Het zorgkantoor wordt een huis waar de cliënt echt terecht kan.' Interview. *Zorg en Welzijn*, juli 1999.
- 33 Huijsman R, Wijngaarden J van. Regio's nemen hun verantwoordelijkheid. Modderen met visie en regie in poldermodel. *Ouderenzorg* 1999; 45: 20-3.
- 34 Huijsman R, Degen J. Rio's als schakel in een regionale keten. Betrokken partijen zijn het spoor enigszins bijster. *Ouderenzorg* 1999; 45: 20-1.
- 35 Indiciestelling. Oktober 1998.
- 36 Beemsterboer WGM. Over medisch-objectieve deskundigheid bij de RIO's. Een onafhankelijk arts als waarborg voor het algemeen belang. *Handicap & Beleid* 1999; 2: 13-5.
- 37 Jaarrapportage 1997. Jaarrapportage 1997 van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Rijswijk, augustus 1998.
- 38 Donker MHC. Indiciestelling in de care-sector. Kwaliteitsbevordering of kostenbeheersing? *Kwaliteit en Zorg* 1996; 4: 159-66.
- 39 Vliegthart M. Zicht op zorg. Plan van aanpak modernisering AWBZ. Den Haag, juni 1999.
- 40 Trompeter Th. De vitaliteit van de regionale indicatieorganen. *Med Contact* 1998; 53: 566.
- 41 Versluijs H, Vaessens J. Fusie slechts stap in transformatieproces. Rivas Zorggroep Gorinchem eerste Nederlandse zorgketenorganisatie. *Zorgmagazine* 1999; 3: 10-3.
- 42 Degen J, Huijsman R. RIO's rukken op. Van decennialange discussie tot razendsnelle revolutie. *Zorg & Ondernemen* 1998; 7: 14-7.
- 43 Huijsman R. Ruim baan voor de regio. Een AWBZ-breed plan van aanpak. *Ouderenzorg* 1999; 7: 16-9.
- 44 Zwet-de Savornin Lohman HHJ van. Hoezo onafhankelijk? Hoezo gouden randjes? *Ned Tijdschr Ergotherapie* 1998; 26: 209-13.

#### CORRESPONDENTIEADRES

W.G.M. Beemsterboer, Hoogbrugstraat 20-B, 6221 CR Maastricht, tel. 077 3209607/600, fax 077 3209609 (RIO Noord-Limburg te Horst).

Voor publicatie geaccepteerd op 14 januari 2000