

Deel 4: het RIO-loze tijdperk, een tijd om naar terug te verlangen?

W.G.M. BEEMSTERBOER, STAFARTS SOCIAAL MEDISCHE ADVISERING & INDICATIESTELLING, TROMPETTER & VAN EEDEN SOCIAAL MEDISCHE EXPERTISE TE HILVERSUM, VICE-VOORZITTER VAN DE VERENIGING VAN INDICERENDE EN ADVISERENDE ARTSEN (VIA), CONTACTADRES: WILLIBRORD.BEEMSTERBOER@TREV.NL

Onderstaand de vierde bijdrage in de serie: 'Indicatiestelling en individualisering: over de paradox van een individualiserend tijdsgewricht'. In dit artikel wordt de problematiek rond de Regionale Indicatie Organen (RIO's) behandeld. Het doel is opheldering te verschaffen over de filosofie achter deze (voor de gemeentelijke indicatiecommissies in de plaats gekomen) RIO's, waartegen de huisartsen en thuiszorgorganisaties grote bezwaren hadden. Wat is de meerwaarde van de RIO's vanuit maatschappelijk perspectief? Is het RIO-loze tijdperk een tijd om naar terug te verlangen?

Elke verandering roept weerstanden op, vooral wanneer niemand goed begrijpt waarom de verandering nodig is. Wat is de meerwaarde van de Regionale Indicatie Organen (RIO's) vanuit maatschappelijk perspectief? Vooropgesteld is dat met de individualisering, met bijbehorende strikt privé gekleurde 'eisen' en wensen, de complexiteit van de samenleving is toegenomen. Om het voor iedereen overzichtelijk te houden is, of we willen of niet, niet te ontkomen aan een zekere vereenvoudiging. Dit leidt paradoxaal genoeg – zeker op korte termijn – tot het verwijt dat het allemaal veel ingewikkelder, 'bureaucratischer' is geworden. Men moet intussen, om iets te kunnen begrijpen van de verder strekkende betekenis van veranderingen, natuurlijk wel bereid zijn de eigen grenzen 'over te steken' en open willen staan voor afwegingen van algemeen belang.

Een belangrijk punt van kritiek op de regionalisering betrof het verlies van kleinschaligheid.

Voor en na het RIO

Hoe was de zorgverlening georganiseerd toen de RIO's er nog niet waren? Kortweg komt het hierop neer: er was een ratjetoe van instellingen,

regelingen en voorzieningen die elk hun eigen leven leidden en niet op elkaar afgestemd waren. Het betrof instellingen, regelingen en voorzieningen voor ouderen en gehandicapten. De Wet op de Bejaardenoorden (WBO) viel onder de provincie. De Thuiszorg en het Groene Kruis (beide AWBZ) stelden indicaties voor hun eigen klanten en konden zo de lengte van hun eigen wachtlijsten beïnvloeden (waarbij ook andere dan zorginhoudelijke motieven werden gehanteerd en regelmatig werd over- of ondergeïndiceerd). Ook bleek dat door dit systeem van (ongecontroleerd) wachtlijstbeheer personen vaak op meerdere wachtlijsten stonden, waardoor op een kunstmatige manier 'lange' wachtlijsten in stand werden gehouden (de oplossing hiervoor was natuurlijk om bij de overheid aan te kloppen voor meer geld). De Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) werd door de gemeenten uitgevoerd, de gemeentelijke indicatiecommissies stelden (AWBZ-)indicaties voor verzorgings- en verpleeghuizen en voor transmurale zorg. Geldstromen liepen langs de weg van de AWBZ (zorgverzekeraars), de WBO (provincies) en de Wvg (gemeenten). Er waren ruim 300 gemeentelijke indicatiecommissies actief, die – net zoals de zojuist genoemde thuiszorginstellingen – elk hun eigen aanpak in indicatiestelling hadden, zodat in Middelburg geheel andere uitgangspunten werden gehanteerd dan in Groningen. Uniformering en regionalisering moesten hieraan een eind maken. Een belangrijk punt van kritiek op de regionalisering betrof het verlies van kleinschaligheid. Het is niet meer de gemeentelijke indicatiecommissie van een betrekkelijk klein dorp die de indicaties stelt voor het enige verzorgingshuis dat zo'n gemeente rijk is, maar een RIO dat in een grote stad verderop resideert. De enige huisarts van de gemeente kan niet meer bellen met de directeur van het verzorgingshuis of met de voorzitter van de indicatiecommissie om voor zijn patiënt een

plaats in het verzorgingshuis te 'regelen': men moet eerst te biecht bij het RIO. Zo ook bij aanvragen voor thuiszorg: een telefoontje naar de rayonmanager van de thuiszorg levert niets meer op. Hetzelfde geldt voor een vraag die de huisarts aan de opnamecoördinator van het verpleeghuis richt: steeds zal hij worden doorverwezen naar het RIO om aldaar eerst een indicatie aan te vragen.

Het RIO stelt eerst vast of er werkelijk een noodzaak voor enige zorg bestaat, en zo ja, welke zorg dat dan zou moeten zijn.

Het RIO: iets om je voordeel mee te doen

De vraag is gerechtvaardigd of huisartsen, thuiszorgorganisaties, verzorgings- en verpleeghuizen inmiddels niet hun voordeel doen met de nieuwe inrichting van de indicatiestelling. Is het in het algemeen niet een verbetering dat een onafhankelijk beoordelingsorgaan als het RIO eerst eens beziet wat nu het werkelijke zorgprobleem van iemand is alvorens enige zorgaanbieder bij de problematiek van de persoon in kwestie wordt betrokken? En is het niet goed dat het RIO de eerste beoordelaar is van die specifiek persoonsgebonden zorgvragen, nevenproduct van voortschrijdende individualisering, die in een solidair stelsel niet gehonoreerd (hoeven) worden? En laten we wel zijn: ook huisartsen kunnen op een gegeven moment niet meer overzien welke vormen van transmurale (AWBZ-)zorg nog mogelijk zijn en hoe de mogelijkheden van de Wvg (woningaanpassingen!) zich daartoe verhouden. Het RIO stelt daarom eerst vast of er werkelijk een noodzaak voor enige zorg bestaat, en zo ja, welke zorg dat dan zou moeten zijn. Vervolgens wordt door het Zorgkantoor (de wachtlijstbeheerder) gekeken of de gevraagde zorg ergens in de regio voorhanden is. Met andere woorden, er wordt niet meer alleen naar de voorhanden zijnde capaciteit aan zorg *in de eigen woonomgeving* gekeken, maar naar de capaciteit *in de gehele regio*. Hetzelfde geldt voor indicaties voor verzorgings- en verpleeghuizen. Het spreekt voor zich dat deze opzet een beter gebruik bevordert van de regionaal beschikbare capaciteit en dat daarnaast, met name in spoedsituaties, ook regionaal wordt gezocht naar oplossingsmogelijkheden.

'Oneindige' zorg of onterechte claim op zorg?

Bezwaarlijk kan worden beweerd dat in de geschetste nieuwe opzet, zowel inhoudelijk als procedureel, niet eenduidiger en transparanter met zorgvragen wordt omgegaan dan tot voor kort het geval was. De rechtspositie van de cliënt is wat betreft de schriftelijk vastgelegde indicatie (die betrokkene als bewijsstuk krijgt) en de beroepsmogelijkheid die men heeft wanneer men het daar niet mee eens is, duidelijk vooruitgegaan. De rechten van op wachtlijst geplaatsten worden beter: zij krijgen straks regelmatig informatie over hun precieze plaats op de wachtlijst. Weerstand tegen deze positieve veranderingen in systematiek van indicatiestelling, toewijzing en uitvoering van zorg hebben een hoog zwartkijkersgehalte en gaan ook gauw voorbij aan het feit dat zo'n inhaalslag tijd kost (denk aan de problemen in de beginfase van de RIO's en de tijd die de inrichting van de Zorgkantoren kost). Geheel los hiervan staat dat momenteel sprake is van een bedroevend tekort aan personeel in de zorg.

Hoewel de Landelijke Vereniging van Thuiszorgorganisaties (LVT) moeite blijft houden met de ingevoerde veranderingen, gaat haar verzet vooral over de voor haarzelf verloren gegane autonomie, maar uiteraard niet om de winst in transparantie in indicatiestelling en wachtlijstbeheer met, in het verlengde daarvan, vooruitgang in de rechten voor de cliënt. Daarmee strekt het LVT-verzet niet verder dan een armzalige, laatste stuip trekking tegen wat onvermijdelijk was geworden.

In dit verband is vermeldenswaard dat RIO's, bij verzoeken om herindicaties voor thuiszorg, in toenemende mate op in het verleden royaal geïndiceerde zorgarrangementen stuiten die vanuit de objectieve zorgbehoefte beslist geen stand kunnen houden en desondanks geruime tijd, soms jarenlang, zijn gehandhaafd. Met name blijkt dan bij betrokkene geen, of onvoldoende, medische grond (meer) te bestaan voor de inzet van zorg of er wordt vastgesteld dat kerngezonde gezinsleden geen enkele bijdrage aan het huishouden leveren, terwijl kostbaar zorgpersoneel wordt ingezet dat veel beter ingezet had kunnen worden in gezinnen die het werkelijk nodig hebben. Dit mag wel een schoolvoorbeeld worden genoemd van verlies aan zorgcapaciteit door misindicatie en het is bovendien de spiegel die wij diegenen zouden willen

voorhouden die de zorgvraag 'oneindig' believen te noemen: inderdaad kost het in voorkomende gevallen de grootste moeite mensen ervan te overtuigen dat zij ten onrechte zorg krijgen, maar dat is iets heel anders dan dat de mentale vasthoudendheid van deze consumenten, vooral gericht tegen verlies van 'hun' zorg, uitdrukking zou zijn van een 'onbegrensde' zorgvraag: een zorgvraag zonder aantoonbare behoefte kan nog bezwaarlijk als zodanig worden geïdentificeerd. We spreken dan liever over *een ontorechte claim op zorg*.

Verschil tussen 'voor' en 'na' de RIO's?

Anders dan bij de opgeheven ruim 300 gemeentelijke indicatiecommissies, zijn bij alle 80 RIO's dezelfde indicatieformulieren in gebruik. Hierin wordt een op de ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) gebaseerde systematiek van functiegerichte indicering

gehanteerd. Uitgangspunt is te inventariseren wat de precieze beperkingen zijn en zo vast te stellen waar tekorten bestaan. De ingevoerde organisatorische veranderingen zijn wellicht nog het best te illustreren aan de hand van de functie van de indicatieadviseur. Deze werkte voor de komst van de RIO's bij het Groene Kruis, een thuiszorgorganisatie, een gemeentelijke indicatiecommissie of de Wvg-afdeling van een gemeente, en werkt nu bij een RIO en is geschoold in basisdeskundigheid op het terrein van wijkverpleegkunde, thuiszorg, verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg, beperkingen bij geestelijke en lichamelijke handicaps en de Wet voorzieningen gehandicapten (voor verzoersvoorzieningen en woningaanpassingen). De indicatieadviseur heeft kennis van lokale en regionale welzijnsvoorzieningen en een taak bij de indicatiestelling van woonzorgcomplexen (wozoco's) en aanleunwoningen (woontussenvoorzieningen). Hij is derhalve met recht 'allround' bekend te noemen met zorg en voorzieningen voor ouderen en gehandicapten. Waar de indicatieadviseur kennis ontbeert, beschikt het RIO over (para)medische deskundigen die zo nodig bij de indicatiestelling betrokken kunnen worden. De indicatieadviseur heeft de handen vrij: er is niemand die hem dwingt de cliëntbeoordeling deze of gene richting uit te sturen. Wel is de indicatieadviseur gebonden aan het gebruik van het landelijk gehanteerde, reeds genoemde, functiegerichte standaardformulier, en gebonden aan de gemeentelijke (Wvg-)verordening en de door de zorgverzekeraar vastgestelde criteria en bandbreedtes voor AWBZ-zorg. Het zijn, zoals eerder opgemerkt, de zorgverzekeraars (AWBZ) en de gemeenten (Wvg) die het voor het zeggen hebben als het erom gaat te bepalen waar de grenzen liggen van wat, binnen de door hen beheerde collectieve regelingen/solidariteitsverzekering, nog kan of mag. Uiteraard bemoeit de politiek zich hier intensief mee: hetzij de *gemeentelijke* politiek (opstellen van de Wvg-verordening), hetzij de *landelijke* politiek (denk aan de recente kabinetsnota 'Vraag aan bod' over een nieuw zorgstelsel). Ook een basispakket beperkt uiteraard de mogelijkheden en damt individuele zorgwensen in, omdat prevalentie wat werkelijk nodig is. Wil men in voorkomende gevallen beslist beschikken over bepaalde particuliere zorg of voorzieningen, dan zal men zelf voor de kosten daarvan moeten opdraaien.

Is dit de **hele** **kuur,** **dokter?**



Een 3 daagse kuur met langdurig effect

ZITHROMAX
AZITROMYCINE

3 dagen 1dd 1 tablet

Mini-kuur..... Maxi-effect

Pfizer B.V., Postbus 37, 2900 AA Capelle a/d IJssel

Bijskulter: zie elders in dit blad