

Deel 5: huisartsen en hun kritiek op de RIO's

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@TREVE.NL

Onderstaand de vijfde bijdrage in de serie: 'Indicatiestelling en individualisering: over de paradox van een individualiserend tijdsgewricht'. In dit artikel worden kritiekpunten op en onvolkomenheden van de Regionale Indicatie Organen (RIO's) behandeld. Deze punten betreffen onder andere de financiering van de RIO's en de toezicht op deze organen. Daarna komen de specifieke problemen van huisartsen met de RIO's aan bod.

Kritiek en onvolkomenheden

De kritiek op de RIO's hield in de beginfase onder meer het volgende in: de afstand van de huisarts tot de thuiszorg zou worden vergroot, omdat alles via het RIO zou moeten verlopen; de thuiszorg zou niet meer zelf de indicaties stellen en in veel gevallen vraagtekens zetten bij hetgeen ze door de RIO's aangeleverd zou krijgen; huisartsen moesten via de omweg van het RIO aanvragen doen voor wijkverpleegkundige zorg, een omslachtige weg; de bureaucratie nam toe.

RIO's, huisartsen en thuiszorgorganisaties zijn in een andere verhouding ten opzichte van elkaar komen te staan en daarvoor was een gewenningstijd nodig.

Bureaucratie

Uiteraard hield de kritiek zich minder bezig met wat in breder verband de doelstelling van de RIO's is (reële, onafhankelijke en objectieve indicaties stellen), maar meer met wat men voor zichzelf als belemmeringen zag. Redelijke bedoelingen, zoals het dienen van het algemeen belang, liggen niet altijd binnen het blikveld van wie zich bedreigd voelen door vermeend bureaucratische nieuwigheden. Het begrip 'bureaucratie' is dan een gemakkelijk in de

hand liggend wapen om de ordeverstoorers mee te lijf te gaan. Inmiddels lijkt het RIO beter geaccepteerd te zijn. De aanvankelijke kritiek zal niet in het minst komen doordat elke vernieuwing als vanzelf ook angst voor blokkades en chaos oproept. RIO's, huisartsen en thuiszorgorganisaties zijn in een andere verhouding ten opzichte van elkaar komen te staan en daarvoor was een gewenningstijd nodig.

Van alle problemen waardoor de zorg wordt geplaagd, is dat van het personeelstekort momenteel het meest nijpend.

Tegelijkertijd moeten we alert blijven. Met name spoedsituaties dienen door alle partijen steeds doeltreffend te worden aangepakt. Daarvoor zullen goede afspraken moeten worden gemaakt, ook met het Zorgkantoor. Pijnlijk is het wanneer de huisarts een aanvraag doet voor spoedig in te zetten zorg, het RIO de indicatie met een hoge urgentie categorie naar de wachtlijstbeheerder (het Zorgkantoor) stuurt en de gecontracteerde zorgaanbieder vervolgens geen personeel heeft om de zorg te effectueren. Van alle problemen waardoor de zorg wordt geplaagd, is dat van het personeelstekort momenteel het meest nijpend. De tijd is dan ook voorbij dat in de publieke opinie een beeld kon worden geschetst als zou de komst van het RIO debet zijn aan de lange wachtlijsten in de zorg. Deze, in de begintijd vaak geuite, ongenueanceerde kritiek werd snel ingehaald door de feiten: als het RIO tijdig indiceert en eenmaal het indicatieadvies is afgegeven, blijkt betrokken aanvrager, doordat er wachtlijsten zijn, nog geruime tijd op de gevraagde zorg te moeten wachten. Het voorgaande betekent uiteraard niet dat RIO's een onverantwoord grote achterstand in de afhandeling van aanvragen voor zorg en voorzieningen

mogen oplopen. Dit is zeker een knelpunt, dat samenhangt met weer een ander knelpunt: de financiering van de RIO's.

Enige toekomstige constructie mag niet het gevaar met zich meebrengen dat de zorgverzekeraars straks zowel de financiering, als de wachtlijsten, als de indicatiestelling 'controleren'.

Financiering

RIO's zijn voor hun financiering afhankelijk van de gemeenten in hun regio. Gemeenten hebben weliswaar zorgplicht in het kader van de Wvg, maar geen affiniteit met de AWBZ. Dit feit kan belemmerend werken voor een adequate financiering: gemeenten zullen niet veel willen uitgeven aan iets dat hen niet direct regardeert. Anderzijds wordt door deze financieringsvorm onafhankelijke indicatiestelling in het kader van de AWBZ bevorderd (voor de Wvg ligt dit anders: zie verder). Doordat een substantieel aantal gemeenten blijft weigeren de Wvg bij het RIO onder te brengen, wordt de financiering benadeeld. Immers, de mate waarin een gemeente zich financieel aan het RIO gecommitteerd voelt, blijft gering.

Bijkomend nadeel van inhoudelijke aard is dat geen integratie van indicatiestelling van Wvg-voorzieningen en AWBZ-zorg plaatsvindt. Daarmee wordt een belangrijke pijler aan het RIO-concept onttrokken, en het kan slechts verbazen dat de op dit punt inconsequente overheid geen machtsmiddelen toepast om gemeenten te dwingen hun Wvg-activiteiten bij het RIO onder te brengen. De positie van het RIO blijft zo, naar vorm en inhoud, een halfslachtige. Om deze te verstevigen zou het een optie kunnen zijn de financiering van de RIO's over te hevelen naar de AWBZ en hetzelfde te doen met de uitvoering van de Wvg. Enige toekomstige constructie mag echter niet het gevaar met zich meebrengen dat de zorgverzekeraars straks zowel de financiering, als de wachtlijsten, als de indicatiestelling 'controleren'. Onlangs heeft Rengeling gepleit voor het bij de provincie onderbrengen van de indicatiestelling van AWBZ-zorg en Wvg-voorzieningen.' Deze suggestie is zo gek nog niet, omdat dit de uniformering in financiering van de RIO's ten goede komt en tevens het bezwaar wegneemt dat gemeenten met betrekking tot de indicering in het kader van de Wvg, als belangrijkste finan-

cier van het RIO, een onafhankelijke indicatiestelling van Wvg-voorzieningen in de weg staan. Ook wordt hiermee een al te monopolistische positie van het Zorgkantoor voorkomen.

Toezicht

Ten slotte is er het toezicht op de RIO's. Aangezien gemeenten niks met de AWBZ 'hebben', kunnen ze op de kwaliteit van de indicatiestelling van AWBZ-zorg (waaronder, per 1 januari 2002, die van de gehandicaptenzorg) geen toezicht uitoefenen. Wanneer het de overheid, conform het Zorgindicatiebesluit,² daadwerkelijk ernst is met onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling, dan zal ze het toezicht daarop zo moeten regelen dat 'onafhankelijkheid', 'objectiviteit' en 'integraliteit' daardoor geloofwaardig en zichtbaar worden gewaarborgd. De vraag is gerechtvaardigd of de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die als toekomstig toezichthouder van de RIO's wordt genoemd, wel voldoende is toegerust om de specifieke uitgangspunten waar een RIO zijn bestaansrecht aan ontleent, te beoordelen. Waar dat niet zo is (denk aan het achterblijven van de overdracht van de Wvg, door de gemeenten, aan de RIO's) zal de overheid haar verantwoordelijkheid moeten nemen.

De huisarts en het RIO

Er zijn drie belangrijke onderwerpen waarbij taken van het RIO interfereren met die van de huisarts. Het eerste betreft de indicering van wijkverpleging in het kader van een behandeling, het tweede de uitvoering van de Wet BOPZ voor dementerenden en het derde de verhouding tussen indicatieadviseur en huisarts.

Wijkverpleging

Wat betreft de indicering van wijkverpleging in het kader van een behandeling is niet goed duidelijk waarom het RIO hier als intermediair optreedt. Huisartsen hebben er recht op te weten waarom voor deze opzet is gekozen. Kan dat niet worden duidelijk gemaakt, dan zal de opzet moeten worden heroverwogen.

Wet BOPZ

Ten aanzien van de uitvoering van de Wet BOPZ is de reden van onderbrenging daarvan bij het RIO duidelijker. De Wet BOPZ beschermt dementerenden tegen onvrijwillige opname in een gesloten afdeling van een verpleeghuis. Niet alleen bestaat de indruk dat huisartsen hiervan onvoldoende op de hoogte zijn, ook wekken zij

de indruk deze RIO-taak te verwarren met hun eigen taak van diagnosticering en behandeling. Huisartsen dienen zich te realiseren dat RIO's niet akkoord hoeven te gaan met een aanvraag voor een indicatie voor een psychogeriatrisch verpleeghuis wanneer niet eenduidige zekerheid bestaat over de diagnose dementie conform de bestaande consensus.³ Daarbij is het stellen van de diagnose als zodanig (waar huisartsen, laat daar geen misverstand over bestaan, goed toe in staat zijn) ook nog eens minder van belang dan de vaststelling van de precieze aard van de dementie, de inschatting van ernst en reikwijdte van het beeld alsmede, in het verlengde daarvan, de mate van wilsonbekwaamheid. Juist op dit vlak (de mate van wilsonbekwaamheid) ligt er een opdracht voor het RIO en dient het RIO rechtsgeldige, inhoudelijk onderbouwde, uitspraken te doen. De huisarts moet het RIO dan ook niet belemmeren in de taak om te doen wat nodig is om te kunnen toetsen of betrokkene wel bereid is in een (gesloten) afdeling van een verpleeghuis te worden opgenomen of zich daartegen verzet: hierbij dient, terecht, de grootst mogelijke prudentie te worden betracht. Wanneer het RIO het in een dergelijke situatie, na eigen onderzoek, aangewezen vindt de sociaal of klinisch geriater bij de beoordeling te betrekken, beoogt het niet anders dan het fundament te verstevigen op grond waarvan tot individuele vrijheidsbeneming kan, en mag, worden overgegaan. Niet voor niets voert het RIO deze taak uit onder jurisdictie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dat het RIO zekerheid wil over de precieze implicaties van een dementiebeeld is derhalve allerminst een vrijblijvende zaak, omdat het gaat om de rechtsbescherming van het individu.

De tijd is gelukkig voorbij dat een goed onderhouden relatie tussen hulpverlener en wachtlijstbeheerder bepaalde of iemand voorrang op de wachtlijst kreeg.

Relatie met indicatieadviseur

Het derde aandachtspunt betreft de verhouding tussen indicatieadviseur en huisarts. Twee onderwerpen zijn daarbij van belang. In de eerste plaats spoedsituaties. Wanneer een huisarts van mening is dat zijn patiënt zo spoedig mogelijk moet worden geholpen, dient hij gemakkelijk toegang te kunnen krijgen tot het

meldpunt van het RIO. Het RIO zal vervolgens met voorrang moeten bezien of, en hoe, de zorgvraag ingevuld dient te worden. Korte lijnen tussen RIO, Zorgkantoor en zorgaanbieders zijn daarvoor essentieel. Het vereist ook een goed georganiseerd, zorgvuldig wachtlijstbeheer, want spoedvragers passeren anderen op de wachtlijst en rechtsongelijkheid moet worden vermeden. De tijd is gelukkig voorbij dat een goed onderhouden relatie tussen hulpverlener en wachtlijstbeheerder (en niet de feitelijke zorgsituatie van betrokkene) bepaalde of iemand voorrang op de wachtlijst kreeg. Intussen is de relatie tussen huisarts en RIO zowel inhoudelijk als procedureel niet eenduidig. Huisartsen zijn er vaak in het geheel niet van op de hoogte dat hun patiënt een indicatie voor thuiszorg of een verzorgingshuis heeft aangevraagd. Aan de andere kant van het spectrum is het juist de huisarts zelf die namens zijn patiënt een indicatie voor zorg of een voorziening aanvraagt. Een ander punt: het RIO indiceert volgens bepaalde criteria waarbij – in het geval van aanvragen voor thuiszorg – ook de mogelijkheden van de mantelzorg worden meegewogen. Dit kan leiden tot verschillen in perceptie van de bestaande zorgsituatie. Hetzelfde doet zich voor als het gaat om een aanvraag voor voorzieningen in het kader van de Wvg. Het is niet verkeerd te stellen dat de indicatieadviseur aan de smalle rand van zorg- en voorzieningenverstrekkingen opereert: alleen de soberste doelmatige voorziening prevaleert. Dit kan wel eens tot verschillen van inzicht tussen indicatieadviseur of adviseerend arts en huisarts of hulpverlener leiden, maar in een collectief stelsel waarin solidariteit uitgangspunt is en schaarste eerder regel dan uitzondering, kan de indicatiestelling bezwaarlijk anders ingericht zijn. Helaas ontmoet dit uitgangspunt maar al te vaak onbegrip. Het adagium dat de indicatie sober en doelmatig moet zijn,⁴ en binnen de bestaande criteria moet blijven, lijkt – zowel bij consumenten als bij professionals – steeds minder draagvlak te krijgen, maar is desondanks de meest verkieslijke van alle opties.

Literatuur

1. Rengelink H. Over indicatie en interventie. Beperkingen en mogelijkheden van financiering. *Via Nieuws* 2001;5:4-6.
2. Zorgindicatiebesluit. Staatsblad 447, 1997.
3. Crevel H, Heeren TJ. Herziening consensus bij het dementiesyndroom. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142:25.
4. Handboek modernisering ouderenzorg. Meerjarenafspraken zorgsector. Den Haag: VNG Uitgeverij.