



Betekenis onbekend? foto: Peete van Spankeren

Indicatiestelling speelt een belangrijke rol in alle delen van de gezondheidszorg, maar levert veel verwarring en discussie op. De auteurs beogen enige duidelijkheid in gehanteerde begrippen. Als illustratief voorbeeld worden enkele ontwikkelingen in de ouderenzorg belicht. Het artikel is mede gebaseerd op het advies over indicatiestelling dat de Nationale Raad voor de Volksgezondheid onlangs heeft uitgebracht.

INDICATIESTELLING?

De inhoud van het begrip

Dr. Y.W. van Kemenade, dr. R. Huijsman en drs. P. Vos

Yvonne van Kemenade is beleidsmedewerker bij de NRV en heeft een eigen onderzoek- en adviesbureau in de gezondheidszorg. Robbert Huijsman is hoofddocent Beleid en Organisatie Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Pieter Vos is algemeen secretaris van de NRV. Beide NRV-medewerkers schreven dit artikel op persoonlijke titel.

Door middel van indicatiestelling wordt primair de hulpbehoefte vastgesteld en

vervolgens het hulpaanbod op de hulpvraag afgestemd en de basis gelegd voor verstrekking én financiering van de zorg. Er zijn diverse ontwikkelingen aan te wijzen waardoor indicatiestelling eigenlijk steeds belangrijker wordt. Ten eerste verandert de aard van de zorgvraag doordat het aantal chronisch zieken, gehandicapten en ouderen toeneemt. Indicatiestelling vormt juist voor deze groeiende groepen patiënten met zorgvragen op verschillende terreinen (gezondheid, welzijn, wonen) een essentieel onderdeel van het zorgproces en is het instrument bij uitstek voor de continuïteit van zorg en het afstemmen van vraag en aanbod. Ten tweede is er het probleem van de groeiende

schaarste: naarmate de kloof tussen beschikbare middelen en zorgvraag groter wordt, neemt het belang van indicatiestelling als verdelingsmechanisme toe. Dit geldt met name in een situatie waarin de overheid het zorgstelsel een strakkere financiële taakstelling oplegt, terwijl er sprake is van een expanderende zorgvraag. Hierdoor wordt de toegang tot zorgverlening en daarmee indicatiestelling cruciaal. Ten derde kunnen de ontwikkelingen in het zorgbeleid genoemd worden. In het klassieke, voorzieningengerichte verstrekkingstelsel vormen verstrekking, voorziening (veelal een 'instituut') en indicatie één geheel. Indien de zorgaanpak in meer functiegerichte termen worden om-

schreven, kunnen de diverse onderdelen van de zorg in onderlinge samenhang worden gezien. Bovendien verschaft deze ontwikkeling de actoren op lokaal niveau meer flexibiliteit bij het afstemmen van het hulpaanbod op de vraag. Ook het Regeerakkoord (1994) besteedt aandacht aan indicatiestelling, maar werkt dat niet verder uit: 'De uitvoering van de AWBZ is in handen van de zorgverzekeraars, zij het dat de toegang tot de verstrekkingen via een onafhankelijke indicatiestelling zal plaatsvinden'.

Omdat de indicatiestelling van groot belang is en de relevantie ervan in de toekomst zal toenemen, is het zinvol met elkaar af te spreken wat we daaronder verstaan. Het advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV, 1994) over indicatiestelling is hiervan het resultaat. Dit artikel over de inhoud van het begrip indicatiestelling is dan ook gebaseerd op een deel van dit advies.

BEGRIJSBEPALING

In de praktijk worden wisselende betekenissen gegeven aan de termen indicatie, indicatiebeoordeling en indicatiestelling. Van Dale geeft alleen een omschrijving van indicatie: 'Aangewezen geneeswijze van een ziekte; -ziekteverschijnsel dat aanleiding is een bepaald medicijn of therapie voor te schrijven of toe te passen: operaties worden op indicatie verricht, er moet een grondige reden voor bestaan; voor abortus was vroeger een strikt medische indicatie vereist, nu wordt ook een psychische of zelfs sociale indicatie als voldoende reden beschouwd.' In deze definitie komt naar voren dat indicatie een vertaling is van de hulpvraag in de feitelijke zorgverlening. Een voorwaarde voor deze vertaling is het aanwezig zijn van 'een grondige reden', hetgeen strikt medisch kan zijn gericht, maar ook psychisch of sociaal. In het zorgveld is een aantal variaties op deze definitie in omloop, die alle samenhangen met de specifieke rol die indicatiestelling in een gegeven situatie speelt. Het kan daarbij gaan om specifieke hulpverleningssituaties, waarbij voor verschillende zorgvormen wordt geïndiceerd. Gelet op de veelheid aan omschrijvingen van het begrip indicatiestelling, die momenteel in het veld worden gehanteerd is het zinvol hierin eenduidigheid te verkrijgen. Een goede definitie is te vinden in het NRV-advies (1994):

'Indicatiestelling is een geformaliseerd proces van het op objectieerbare wijze vaststellen van de hulpbehoefte en het vervolgens aangeven van de in dat kader aangevoerde zorg naar aard, inhoud en omvang.'

De keuze voor de plaats waar de zorg uiteindelijk wordt gerealiseerd moet worden gezien als een stap ná de indicatiestelling. De indicatiestelling moet informatie opleveren op grond waarvan verantwoorde beslissingen omtrent de inzet en financiering van zorg mogelijk zijn, mede ter effectuering van de zorgaanspraken.

Het woord 'objectieerbare' in de definitie heeft betrekking op de toetsbaarheid, hetgeen kan worden gezien als één van de voorwaarden van indicatiestelling. In deze definitie komt verder naar voren dat bij indicatiestelling de zorgvrager en diens zorgbehoefte centraal staat. De indicatiestelling mag niet op voorhand worden beïnvloed door schaarste in het zorgaanbod. Het begrip zorg wordt in deze definitie breed opgevat en betreft de totale hulpbehoefte van de cliënt. Zo kan naast gezondheidszorg worden gedacht aan

Om pragmatische redenen delegeren deze hun verantwoordelijkheid vaak naar de indicatiestellers.

In aansluiting op de indicatiebeoordeling dient de zorgtoewijzing plaats te vinden. Rekening houdend met de beschikbaarheid van het zorgaanbod, wordt bepaald wie de zorg verleent en waar, wanneer en in welke omvang. Indicatiestelling leidt niet automatisch tot zorgtoewijzing, omdat er sprake kan zijn van capaciteitstekort en wachtlijsten. In die gevallen kan, door bij de indicatiestelling zorgalternatieven te formuleren, worden gekozen voor toewijzing van een van de zorgalternatieven.

EFFECTUERING VAN INDICATIEADVIEZEN

Mede door het bestaan van capaciteitstekorten en wachtlijsten, ontstaan er problemen bij de effectuering van indicatieadviezen. Met name bij de indicatiecommissies ex artikel 6j van de Wet op de bejaardenzorg (WBO) is hierna enig onderzoek gedaan, omdat de reikwijdte van de WBO-indicatiecommissies de laatste jaren in belangrijke mate is verbreed (zie ook bijlage

ZORGAANBIEDERS KUNNEN INDICATIESTELLERS ZIJN, ALS ZIJ GEEN FINANCIËLE BELANGEN DAARBIJ HEBBEN

bijvoorbeeld de behoefte aan woningaanpassing, maaltijdverstrekking, alarmeringsystemen of oppashulp. Bij een integrale benadering van de hulpvraag kunnen ook behoeften op aangrenzende gebieden van de zorg, zoals huisvesting, welzijn en onderwijs, worden meegewogen. Momenteel wordt voor de afzonderlijke terreinen separaat geïndiceerd. Een zoveel mogelijke integrale benadering van de hulpvraag is gewenst; daarvoor is geïntegreerde indicatiestelling noodzakelijk.

VERZEKERINGSINDICATIE

Indicatiestelling zoals hierboven gedefinieerd wordt ook wel zorgindicatie genoemd en moet worden onderscheiden van de verzekeringsindicatie. Onder dat laatste wordt verstaan 'een norm waaraan afgemeten wordt of en in welke omvang een verzekerde gezien zijn zorgbehoefte in aanmerking komt voor een verzekeringsprestatie' (Van der Most, 1994). Het afmeten van de zorgindicatie aan een dergelijke norm noemen we indicatiebeoordeling. Het beoordelen van de indicaties is de verantwoordelijkheid van verzekeraars.

3 bij het NRV-advies over indicatiestelling). In de praktijk houden bijna alle WBO-indicatiecommissies in hun adviezen rekening met het plaatselijke voorzieningenniveau (VNG, 1990), maar het is niet altijd duidelijk of er onderscheid wordt gemaakt tussen realiseerbare en niet-realiseerbare adviezen, in relatie tot het aanbod van en wachtlijsten voor voorzieningen. Voor het effectueren van adviezen werden in 1990 door de VNG zowel interne knelpunten genoemd (capaciteit en deskundigheid van de commissie) als externe problemen (in de relaties met instellingen), naast het gebrek aan samenhang en coördinatie tussen instellingen en de indicatiecommissie. Ook noemde de VNG als probleem dat instellingen geringe waarde toeschreven aan de adviezen van indicatiecommissies ex WBO. Soms had een commissie geen inzicht in de aard en omvang van wachtlijsten en ontbrak de relatie tussen indicatiecriteria van de commissie en de opname-criteria zoals instellingen die hanteerden.

huisvesting voor ouderen zou moeten worden gekoppeld. De Commissie-Welschen (1994) heeft dit idee overgenomen en ook de hulpmiddelenvoorziening (WVG) aan het loket toegevoegd. De eerste concretisering daarvan wordt thans in Amsterdam ondernomen. Daar is expliciet gekozen voor een onafhankelijke commissie (in de vorm van een B3-stichting) voor geïntegreerde indicatiestelling ten behoeve van ouderen én gehandicapten (inclusief de WVG), gefinancierd door de gemeente en met een bestuur waarin ook de zorgverzekeraar (ZAO), de gemeente (als WBO-financier) en de zorgaanbieders zitting hebben. Een vergelijkbare aanpak is ook in Groningen ontwikkeld (zie ook het artikel van Berkhout elders in dit nummer). Een bijkomend voordeel van het 'één-loket', is dat daaraan gekoppeld ook het wachtlijstbeheer centraal kan worden uitgevoerd of gecoördineerd.

ke kaders van indicatiestelling duidelijk, dat dient te worden gestreefd naar een integrale indicatiestelling.

De onafhankelijkheid die in het Regeerakkoord wordt genoemd kan op verschillende wijze worden uitgewerkt. De traditionele WBO-indicatiecommissie kende een wettelijke basis voor haar objectiviteit en onafhankelijkheid waaraan ook nu nog in het algemeen sterk wordt gehecht. Voor verpleeghuisindicaties blijkt het principe van onafhankelijkheid echter vaak te zijn losgelaten, mede omdat aanmeldingen van ouderen vaak direct bij de instellingen zelf worden gedaan, zoals onder meer blijkt uit onderzoek in Limburg en van de VNG (1990). Aansluitend bij het NRV-advies betekent onafhankelijkheid dat de indicatiestelling plaatsvindt los van de bedrijfsgebonden en financiële doelen van de zorgaanbieders, financiers/zorgverzekeraars en de subjectieve belangen van de

bepaling, naast eisen ten aanzien van indicatiecriteria en werkwijzen.

REGELGEVING

Indien het gewenst is dat in de praktijk indicatiestelling ook aan de genoemde voorwaarden voldoet, zullen deze algemene eisen inclusief sanctiemogelijkheden ergens vastgelegd dienen te worden. Zoals in het advies van de NRV (1994) aanbevolen, vormt een wettelijke regeling, die gezien moet worden als een kaderwet, hiervoor een goede basis. In een dergelijke regeling kunnen ook andere zaken worden geregeld zoals de rechten van de patiënt en de verantwoordelijkheidsverdeling bij indicatiestelling.

Maar wettelijk regelen kan en mag nooit het reguliere overleg tussen partijen vervangen. Pas als zij er mondeling niet uitkomen moet men aan een ultimatum remedium als een wettelijk regeling denken. **Indicatiestelling: een zaak van partijen!** ♦

INDICATIESTELLING MAG NIET OP VOORHAND WORDEN BEÏNVLIED DOOR SCHAARSTE IN ZORGAANBOD

ONAFHANKELIJKHEID EN ANDERE WAARBORGEN

Zoals in het Regeerakkoord (1994) vermeld zal de toegang tot verstrekkingen plaatsvinden via onafhankelijke indicatiestelling. Indien er overeenstemming is over de inhoud van het begrip indicatiestelling kunnen vervolgens de voorwaarden waaraan indicatiestelling moet voldoen worden vastgesteld. Zoals in de definitie naar voren komt, dient indicatiestelling op objectieveerbare wijze plaats te vinden en de hulpvraag van de cliënt centraal te stellen. Met objectieverbaar wordt bedoeld, op een inzichtelijke, gestructureerde en zo mogelijk geprotocolleerde wijze. Waarschijnlijk zijn wij het er allemaal mee eens dat de indicatiestelling op een zorgvuldige en deskundige wijze (met andere woorden met de noodzakelijke deskundigheid) plaats dient te vinden. Verder komt uit de definitie naar voren dat de indicatiestelling niet op voorhand mag worden beïnvloed door schaarste. Het is daarom zinvol om naast de geïndiceerde zorg, onafhankelijk van de schaarste, een aantal zorgalternatieven te formuleren die, afhankelijk van de preferenties van de hulpvrager, de verzekeringsindicatie en de aanwezige capaciteit, uiteindelijk worden gerealiseerd (zorgtoewijzing). Ook werd bij de beschrijving van de huidige wettelijk-

hulpvrager. In deze omschrijving heeft de onafhankelijkheid dus betrekking op de financiële belangen van betrokkenen. Niettegenstaande het feit dat er in de ouderenzorg een breed draagvlak is voor een onafhankelijke commissie, zijn er voor de bestuurlijke constellatie van de indicatiecommissies diverse modellen in omloop. Steeds vaker komt men tot vormen waarbij naast gemeenten (traditionele WBO-aanpak) ook zorgverzekeraars/financiers in het bestuur participeren. De Commissie-Welschen (1994) suggereert in haar advies over de modernisering van de ouderenzorg dat ouderen(bonden) als derde partij zouden moeten toetreden tot het bestuur (participatie op uitvoerend niveau in de commissie zelf komt in de ouderenzorg al vaker voor). Discussiepunt is of ook de zorgaanbieders bestuurlijke verantwoordelijkheid zouden moeten krijgen. Wij stellen ons op het standpunt dat zorgaanbieders indicatiestellers kunnen zijn onder de voorwaarde dat zij geen financiële belangen bij het resultaat hebben. Dat dat in de praktijk tot werkbaar vormen kan leiden, blijkt uit de zojuist beschreven aanpak in Amsterdam. Ook kunnen voorwaarden worden genoemd als het aangeven van een geldigheidsduur van de indicatiestelling (niet eeuwig geldig) en het wel of niet opnemen van een urgentie-

Literatuur

- ♦ *Commissie-Welschen. Ouderen met Toekomst. Advies van de Commissie modernisering ouderenzorg aan de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk, mei 1994.*
- ♦ *Most, J.M. van der, Functiegerichte verstrekkingen-omschrijving; Tijdschr. voor Gezondheidsrecht 1991, 464 - 480.*
- ♦ *Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Indicatiestelling en zorg op maat. 1994.*
- ♦ *Pedroli, I.M.O. en J.P. de Wit, Beeld en ideaalbeeld van de indicatie-advisering in Zuid-Holland. Den Haag: Overleg Bejaardenbeleid in Zuid-Holland en Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, maart 1992.*
- ♦ *Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Den Haag, VNG, 1990.*
- ♦ *Voorlopige Raad voor het ouderenbeleid. Wonen met zorg. Rijswijk, december 1991.*