

Concurrentie tussen verpleeghuis en revalidatiecentrum bedreigt kwaliteit

# CVA-revalidatie gaat samen beter

drs. A.J. de Groot,  
specialist ouderengeneeskunde, Vivium Zorggroep  
Naarderheem en VUmc

drs. L. van der Dussen,  
revalidatiearts, de Trappenberg  
Almere

drs. E.C. van Diepen,  
specialist ouderengeneeskunde, Viva! Zorggroep Heemskerk

dr. J.M.A. Visser-Meily,  
revalidatiearts, UMC Utrecht  
en De Hoogstraat Utrecht

Correspondentieadres:  
aj.degroot@vumc.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

De veranderende bekostiging van CVA-revalidatie zou kunnen uitmonden in een concurrentiestrijd tussen verpleeghuizen en revalidatiecentra. De patiënt is echter meer gebaat bij samenwerking tussen de twee, liefst op één locatie.

**D**e financiering van alle kortdurende opnames in het verpleeghuis (geriatrische revalidatie) wordt in 2012 overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw).<sup>1</sup> In 2007 betrof het 27 duizend opnames, bijna de helft van het totale aantal somatische opnames in verpleeghuizen. Een kwart van de kortdurende opnames in ver-

pleeghuizen betreft patiënten met een beroerte.<sup>2</sup> Voor de op herstel gerichte zorg in verpleeghuizen, die als oneigenlijk wordt gezien binnen de AWBZ, worden momenteel in opdracht van VWS diagnosebehandelcombinaties (DBC's) ontwikkeld naar het voorbeeld van de specialistische revalidatie. Er gaan dus voor patiënten met een beroerte twee typen revalidatie naast elkaar bestaan: specialistische revalidatie en geriatri-sche ('somatische') revalidatie.

Het verpleeghuis en het naburig revalidatiecentrum kunnen elkaars concurrenten worden binnen één stroke service. Ze kunnen echter ook, elkaars expertise kennend, kiezen voor afstemming en samenwerking. Dan kunnen ze ervoor zorgen dat iedere CVA-patiënt die intramurale zorg nodig heeft na de ziekenhuisfase, een passende revalidatiebehandeling krijgt op de daarvoor meest geschikte plek.

## Veranderingen

De laatste vijf jaar is er veel veranderd in de organisatie, kennis en financiering van CVA-zorg. CVA-zorg is om te beginnen in het vrij onderhandelbare B-segment terechtgekomen.<sup>3</sup> Ziekenhuizen hebben er nu financieel baat bij

Als verpleeghuis en revalidatiecentrum samenwerken, kan iedere CVA-patiënt een passende revalidatiebehandeling krijgen op de meest geschikte plek.

beeld: iStockphoto



als CVA-patiënten snel worden overgenomen door verpleeghuizen en revalidatiecentra. Ziekenhuizen proberen daarom (hernieuwde) afspraken te maken over ligduur en wachtdagen.

In 2009 verscheen de multidisciplinaire beroerterichtlijn van het CBO.<sup>4</sup> Hierin staat een groot aantal aanbevelingen die voor verbeteringen moeten zorgen in de revalidatiezorg.<sup>5</sup> Enkele daarvan, zoals verhoging van de behandelintensiteit en cognitieve revalidatie, zijn al standaard in revalidatiecentra. De zorgverzekeraar vraagt nu aan alle instellingen om de richtlijn te gaan volgen.

De laatste grote verandering betreft de kaderopleiding geriatrische revalidatie voor specialisten ouderengeneeskunde. Die is in 2005 gestart en inmiddels zijn er 41 kaderartsen in dit aandachtsgebied opgeleid en werkzaam.<sup>6</sup>

Deze kaderartsen kunnen een brug slaan tussen ouderengeneeskunde en revalidatie.

### Flexibele werkverdeling

Een mogelijke reactie op al deze veranderingen is het invoeren van een werkwijze waarbij het revalidatiecentrum en het verpleeghuis hun samenwerking ten behoeve van patiënten met beroerte hebben geformaliseerd en gezamenlijk op één locatie de CVA-afdeling bemensen. Dit is een organisatie-model waarin de revalidatiearts en de specialist ouderengeneeskunde het hoofdbehandelaarschap verdelen door toewijzing van patiënten. Het multidisciplinaire team, dat uitstekend geëquipeerd is, kan in dienst zijn van het revalidatiecentrum of van het verpleeghuis. De afdeling is van voldoende omvang om kwalitatief goede CVA-zorg en doorstroming te kunnen reali-

### Het spoedige herstel van meneer M.

De onderstaande, fictieve casus laat zien hoe het herstel van een CVA-patiënt kan verlopen als de revalidatiearts en de specialist ouderengeneeskunde samenwerken op één locatie.

De heer M., 73 jaar, wordt op de stroke unit van de afdeling Neurologie gezien door de revalidatiearts. Hij is vannacht onwel geworden en opgenomen met een ischemisch CVA in de linkerhemisfeer. Op de eerste hulp was hij aanspreekbaar en voerde hij opdrachten uit, waarbij er woordvindingsstoornissen waren, naast een hemiparese rechts en lichte sensibiliteitsstoornissen. Volgens protocol wordt de behandeling door fysiotherapie, ergotherapie en logopedie meteen op dag 1 gestart onder leiding van de revalidatiearts. Patiënt is diabeet en heeft artrose van de linkerheup. Zijn echtgenote is hulpbehoevend door slechtziendheid en lichte vergeetachtigheid. Het echtpaar woont in een eengezinswoning en slaapt boven. De dagbesteding van meneer M. bestaat uit computeractiviteiten en sociale activiteiten met de familie.

Hij wordt gemobiliseerd, waarbij hij op dag 3 een transfer van bed naar stoel met één helper kan maken en een klein stukje met rollator en fysiotherapeut kan lopen. Hij is twee keer een uur uit bed, in de stoel. Zelfverzorging (wassen) is deels zelfstandig en er wordt geen apraxie gezien. Op communicatief gebied worden lichte begripsstoornissen en woordvindingsstoornissen gevonden.

Op dag 5 wordt meneer M. na overleg tussen de revalidatiearts en de specialist ouderengeneeskunde overgeplaatst naar de CVA-revalidatie-unit, gehuisvest op de geriatrische revalidatieafdeling in het ziekenhuis. Aldaar wordt de revalidatiebehandeling voortgezet, waarbij de revalidatiearts eindverantwoordelijk is voor de revalidatiebehandeling, en de specialist ouderengeneeskunde voor de overige medische zorg. De intensiteit van de behandeling is zo hoog mogelijk, met dagelijks fysiotherapie, ergotherapie en logopedie.

Maatschappelijk werk heeft een intakegesprek met de echtgenote, en de psycholoog verricht cognitieve screening en beoordeelt de stemming. De verpleging verzorgt en traint de patiënt in de dagelijkse activiteiten volgens de principes van de neurorevalidatie. In het MDO van de CVA-revalidatie-unit wordt op dag 10 besloten om de revalidatiebehandeling voort te zetten binnen de revalidatie van het verpleeghuis, gehuisvest op dezelfde afdeling geriatrische revalidatie. De specialist ouderengeneeskunde neemt de regie in het behandelplan nu over van de revalidatiearts. Al na 8 weken revalidatie kan de heer M. met thuiszorg worden ontslagen. Aansluitend volgt hij nog zes weken somatische dagbehandeling. Het echtpaar schrijft zich in voor een zorgwoning.

beeld: iStockphoto



## SAMENVATTING

- Samenwerking tussen revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde is erop gericht om iedere CVA-patiënt na de acute fase passende revalidatiebehandeling op de daarvoor meest geschikte plek te bieden.
- De intensiteit van behandeling moet ook voor de laag belastbare CVA-revalidant omhoog.
- De (voorgenomen) veranderingen in de financiering van CVA-revalidatie kunnen leiden tot concurrentie en versnippering, terwijl interdisciplinaire samenwerking betere resultaten geeft.

seren. Dit betekent dat er minimaal vijftien bedden nodig zijn.

Er wordt naar gestreefd patiënten zo vroeg mogelijk van de neurologieafdeling over te nemen voor revalidatie. Aan het multidisciplinair overleg (MDO) in het ziekenhuis neemt de revalidatiearts of de specialist ouderengeneeskunde deel. Tussen hen bestaat een flexibele werkverdeling.

In deze opzet is sprake van een intensief revalidatieprogramma, dat zes dagen per week wordt aangeboden. Naast de individuele therapie wordt er ook gewerkt met groepen. Er is een actief doorplaatsingsbeleid, waarbij cliënten die wachten op een (chronisch) vervolgbed zo spoedig mogelijk worden overgeplaatst.

### Tweedekeusmodel

Aangezien het verpleeghuis en het revalidatiecentrum meestal (nog) niet op één locatie zijn gesitueerd, is dit model nog bijna nooit werkelijkheid. Er is echter een goed 'tweedekeusmodel': het verpleeghuis met revalidatieafdeling en het revalidatiecentrum hebben een intensieve kennisuitwisseling en werken samen ten behoeve van deze doelgroep. Dit model wordt nu op vele plekken in Nederland ingevoerd. Er zijn duidelijke afspraken over de indicatiestelling, en triage vindt niet alleen plaats in het ziekenhuis. Ook in het verpleeghuis en het revalidatiecentrum wordt na een paar weken bekeken of iemand wel op de juiste plek zit. De twee instellingen zijn niettemin gesitueerd op

twee locaties. Het personeel van de instellingen kent elkaar en elkaars specifieke kwaliteiten goed. Patiënten kunnen, indien geïndiceerd, zeer snel worden overgeplaatst tussen de instellingen. Er

wordt gebruikgemaakt van de kennis van de revalidatiearts en de expertise van het revalidatiecentrum om de oudere CVA-patiënt met comorbiditeit een optimaal revalidatieprogramma te bieden in het verpleeghuis.

### Voorwaarden


Daar is wel wat voor nodig. De voorwaarden voor een dergelijk programma zijn:

- commitment van het management van beide instellingen;
- afdelingen van tien tot vijftien CVA-bedden in beide instellingen;
- overeenstemming tussen behandelaars over patiënttoewijzing naar revalidatiecentrum of revalidatieafdeling in het verpleeghuis;

- personele uitwisseling met *bedside teaching*;
- uitstekende informatieoverdracht;
- voortzetting van diagnostiek en prognostiek zoals gestart in de acute fase;
- mogelijkheid van een tweede triage in de tweede week na het CVA;
- deskundigheid van medewerkers van het multidisciplinaire verpleeghuisteam in activerende, intensieve en doelgerichte revalidatie, zowel motorisch als cognitief;
- uitbreiding van het therapeutisch arsenaal met groepstherapie, training door de verzorgende en het aanbieden van eigen oefenprogramma's;
- gerichte mantelzorgondersteuning.

### Zware jaren

Verpleeghuizen en revalidatiecentra kunnen zich in de nieuwe situatie zoals gezegd ook als concurrenten gedragen. Als de kortdurende verpleeghuisopname uit de AWBZ verdwijnt en overgaat naar de zorgverzekering, ontstaat in zekere zin een vrije markt. De dynamiek die dan ontstaat kan echter ongewild de focus te veel verleggen van kwaliteit naar bedrijfsvoering. Het is namelijk de vraag of marktwerking alle cliënten met een beroerte van goede zorg gaat verzekeren.

Het verbeteren van de zorg voor de patiënt – waar die zich ook bevindt in de keten – is de afgelopen jaren juist een bindende factor geweest tussen revalidatiecentra en verpleeghuizen, waardoor methoden en technieken uit de revalidatiegeneeskunde ingebed zijn geraakt in de verpleeghuisrevalidatie. Dit met de benodigde vertaalslagen vanwege de geriatrische aspecten van deze zorg, want de geriatrische revalidant is kwetsbaar en verkeert in een andere levensfase. Financiële factoren staan een hoogwaardige revalidatiezorg in verpleeghuizen momenteel in de weg. De financiering op basis van zorgzwaartepakketten (ZZP's) bepaalt de armslag van de (para)medische disciplines, en ZZP9 met toeslag voor CVA geeft onvoldoende behandelruimte om te voldoen aan de vereiste intensiteit van therapie. Terwijl de overheveling naar passende financiering in de Zvw nog op zich laat wachten tot 2012, wordt 'richtlijn-niveau' in de CVA-zorg terecht al wel vereist. Juist voor verpleeghuizen met veel expertise op het gebied van de geriatrische revalidatie kunnen het financieel zware jaren worden vanwege hun relatief grote revalidatieafdelingen. De intensieve vorm van samenwerking die wij hier beschrijven, biedt nieuwe mogelijkheden. En de CVA-revalidant zal er zeker de voordelen van plukken. 

## Financiële factoren staan een hoogwaardige revalidatiezorg in verpleeghuizen in de weg

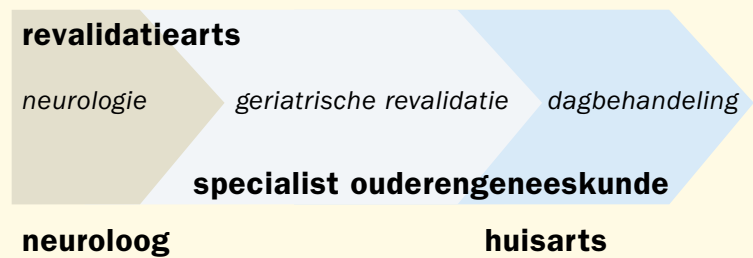


De literatuurlijst vindt u onder dit artikel op onze website [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

## Literatuur

1. Beter zonder AWBZ, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2008.
2. Rapport Revalidatie in de AWBZ, Omvang Aard en Intensiteit, ETC Tangram en LUMC, 2008.
3. Klink A. Uitbreiding B-segment en taakstelling ziekenhuizen 2009: Voorhang aanwijzing ex WMG. Kamerstuk, 11 juni 2008.
4. Richtlijn Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte, CBO, 2009, [www.cbo.nl](http://www.cbo.nl).
5. Krikke-Sjardijn T, Kwakkel G, Meijer R, Visser-Meily J. Herziene CBO-richtlijn beroerte 2008, consequenties voor de organisatie en inhoud van de revalidatie. TvV 2009; 34: 62.
6. Groot AJ de. Kaderopleiding Gerontorevalidatie; TvV 2007, 32: 194-6.

### Behandelaars tijdens het CVA zorgtraject



De neuroloog is hoofdbehandelaar bij opname. De revalidatiearts is medebehandelaar vanaf opname en eindverantwoordelijke voor het revalidatiebehandelplan. Hij draagt deze verantwoordelijkheid rond de tiende dag over aan de specialist ouderengeneeskunde. Vanaf de overplaatsing naar geriatrische revalidatie neemt de specialist ouderengeneeskunde de medische zorg over van de neuroloog.