

Aanpak beroerte baart zorgen

22 juni 2009 | Het Financieele Dagblad

Elsbeth Reitsma en Albert Hagedoorn

Pleidooi: breng alle CVA-zorg onder één dak in nieuw te vormen herstelcentra

In Nederland worden naar schatting jaarlijks 40.000 mensen getroffen door een eerste beroerte (CVA). Naar verwachting stijgt dit aantal tot 2025 met ruim 40%. De huidige financiering en zorg zijn niet ingericht op adequate behandeling. De separate financieringsvormen werken eilandvorming in de hand.

De patiënt is daar het slachtoffer van en moet 'hoppen' van de ene naar de andere zorgverlener. Hoog tijd om CVA-zorg en zorg bij ziektebeelden met een gelijk verloop onder te brengen onder één dak: een herstelcentrum. Een herstelcentrum is een nieuwe organisatievorm waarin cure en care verweven zijn.

Door financiering uit de ziektekostenverzekering, de AWBZ en de Wmo is het onmogelijk om zorg vanuit één visie, aanpak en team van professionals te organiseren. Onduidelijkheid, onzekerheid en geldverspilling zijn het gevolg. Vanuit een herstelcentrum kan de zorg worden gecoördineerd. Voor ziekenhuizen of verpleeg- en verzorgorganisaties lijkt hier een mooie rol weggelegd. Wie pakt de handschoen op?

Uitgangspunt is dat de inkomsten uit de drie financieringsstromen na de eerste diagnose in het ziekenhuis op één hoop komen en het herstelcentrum verantwoordelijk wordt voor de verdeling. Het centrum biedt zorg in het hele ziekteproces.

Krijgt een CVA-patiënt nu te maken met vele gezichten - alleen al tien fysiotherapeuten is geen uitzondering - in een herstelcentrum krijgt hij te maken met één vast team van zorgprofessionals. Met gerichte expertise en altijd een vertrouwde vraagbaak, ook bij terugval. Ziekenhuizen zullen altijd de eerste opname en diagnose blijven verzorgen, vooral vanwege de expertise (klachten kunnen diverse oorzaken hebben) en de hoge kosten van diagnostische apparatuur.

De huisarts, ambulancedienst en het ziekenhuis worden op dit moment betaald uit de zorgverzekering. De polikliniek revalidatie in een ziekenhuis, het verpleeghuis, het revalidatiecentrum, de thuiszorg en andere eerstelijns zorgverleners worden gedeeltelijk gefinancierd uit de zorgverzekering, de AWBZ en de Wmo.

Afspraken over instroom, doorstroom en uitstroom zijn onderwerp van gesprek in de zorgketen. Helaas vertalen investeringen in de keten door een zorgorganisatie zich niet door in opbrengsten voor de betreffende ketenpartner. Ook de kosten voor het in stand houden van de keten zijn niet gecalculeerd. Dat komt vooral door de gescheiden potjes. Als er iets voor elkaar komt, is dat vanwege een zorginhoudelijke drive en goede persoonlijke verstandhoudingen, niet door de financieringswijze.

Bij een beroerte gaan ziek zijn, overleven, herstellen en het leren omgaan met de gevolgen van de beroerte vloeiend in elkaar over. Daar moet de zorg en dus de financiering op worden ingericht.

Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO publiceert binnenkort een nieuwe richtlijn beroerte. De richtlijn vraagt vooral tijdens de revalidatiefase meer inzet dan organisaties nu bieden. Daarom is de ontwikkeling van herstelcentra in het algemeen en CVA-centra in het bijzonder nu meer dan ooit actueel.

Drs. Elsbeth Reitsma MCM en drs. Albert J. Hagedoorn RC zijn adviseurs bij C3 Adviseurs & Managers in Zorg.