



# Op zoek naar

De Chinese atleet Hou Bin zoekt voortdurend zijn grens. Zijn hoogste sprong was 1 meter 92.

De revalidatie is voortdurend in beweging. Telkens worden grenzen verkend en verlegd. Ook de recente invoering van de marktwerking zal weer een verschuiving teweegbrengen. Maar welke kant deze opgaat, kan niemand exact voorspellen. Wel is duidelijk dat patiënten steeds meer invloed zullen krijgen op het aanbod van de zorgverleners. • Door John Ekkelboom

# nieuwe grenzen

Dat het niet eenvoudig is om richting te geven aan het vak revalidatiegeneeskunde, bleek toen de Werkgroep Profilering van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) zichzelf vorig jaar voortijdig ophief. Het doel van de werkgroep was het vaststellen van het primaire takenpakket van de revalidatiearts, met daarbij een verkenning van de grenzen van het vak, en te onderzoeken in welke richting de revalidatiegeneeskunde zich in de toekomst zou moeten ontwikkelen. Een van de leden was Karin Lesuis, revalidatiearts bij het Scheper Ziekenhuis in Emmen. Zij vertelt dat er behoefte is aan een afbakening van het vakgebied. 'Wij krijgen als revalidatieartsen vanuit het werkveld wel eens de vraag of we aan programma's willen meedoen die voor ons op een grensgebied liggen. Dan moet je denken aan revalidatie van bijvoorbeeld oncologiepatiënten of van mensen met het chronisch vermoeidheidssyndroom. Je kunt je afvragen of daar revalidatiegeneeskundige kennis voor nodig is. Bovendien moeten we ervoor waken dat specialistische revalidatie onder onze auspiciën wordt uitgevoerd en niet door andere zorgverleners. Een duidelijk beroepsprofiel kan hierin helderheid verschaffen, ook voor derden.'

## Helderheid

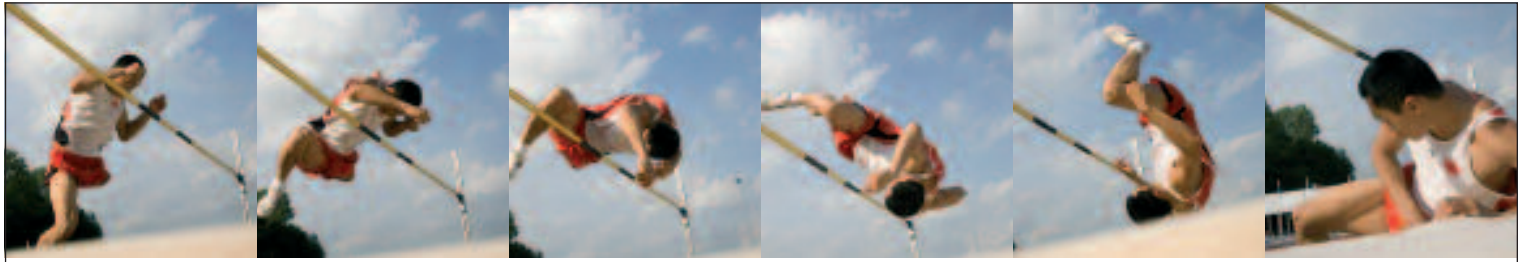
Echter, zo ver is het niet gekomen. De werkgroep is om verschillende redenen vorig jaar beëindigd. Enerzijds bleek de wijze waarop een beroepsprofiel gevormd zou moeten worden lastige discussies op te leveren. Anderzijds rees de vraag wat de consequenties van een taakafbakening zouden kunnen zijn, en dan met name de wijze waarop zorgverzekeraars op die afbakening zullen inspringen. Toch is hiermee de poging niet definitief van de baan. In het nieuwe VRA-beleidsplan wordt duidelijk aangegeven dat profilering een belangrijke positie moet krijgen. De Beroepsbelangencommissie, waarvan Lesuis ook lid is, zal op verzoek van het bestuur eerst bekijken op welke wijze de profileringsprofiel moet worden uitgewerkt. Daarna zal een nieuwe werkgroep de taak van haar voorganger voortzetten. Lesuis: 'Het stellen van grenzen is overigens niet alleen belangrijk om de buitenwereld meer helderheid te verschaffen, maar ook om eenduidige opleidingseisen te kunnen stellen.'

## Onderscheid

Revalidatiearts Michael Bergen, lid van de raad van bestuur van Rijndam Revalidatiecentrum in Rotterdam en vicevoorzitter van Revalidatie Nederland, legt uit dat er duidelijk onderscheid gemaakt moet worden tussen de revalidatiegeneeskunde als medisch specialisme en de overige vormen van revalidatie die zowel in de eerste lijn, in verpleeghuizen als in de revalidatie-instellingen kunnen plaatsvinden. In het eerste geval gaat het volgens hem om complexe aandoeningen waarbij gespecialiseerde diagnostiek en therapie noodzakelijk zijn om tot een gewenst resultaat te komen. Daartoe horen ook de gespecialiseerde vormen van orgaanrevalidatie. Of deze en bijvoorbeeld arbeidsrevalidatie worden aangeboden, hangt af van de vraag naar dat soort revalidatie en de deskundigheid die in huis is. 'Over de gespecialiseerde revalidatie zijn we het wel met elkaar eens. Maar in het grote veld daaromheen van niet-gespeciali-

## 'Wij streven naar goede ketenzorg'

Karin Idema, consultant van de Nederlandse CVA-vereniging Samen Verder: 'Over de marktwerking hebben we nog geen discussies gehad met patiënten. Wat voor ons voorop staat, is de kwaliteit van de revalidatiezorg. Het landelijk kennisnetwerk CVA is aan het formuleren welke prestatie-indicatoren instellingen kunnen gaan meten. We zullen daarop sturen. Een ander belangrijk aspect voor ons is dat de zorgverlening gebeurt binnen een keten. Onderzoek heeft aangetoond dat zorg die op elkaar is afgestemd, een belangrijke meerwaarde heeft voor de kwaliteit van leven van de patiënt. Als iemand bijvoorbeeld vanuit het ziekenhuis naar een revalidatie-unit van een verpleeghuis gaat, en na enige tijd blijkt dat deze keuze niet goed was, dan moet hij of zij in goed overleg moeiteloos doorverwezen kunnen worden naar een revalidatie-instelling. Continuïteit van goede zorg is een voorwaarde.'



> seerde revalidatievormen bij enkelvoudige problematiek van het houdings- en bewegingsapparaat, het zenuwstelsel of bijvoorbeeld van hart- en longaandoeningen, zien we verschillen tussen revalidatie-instellingen in de mate waarin zij ingaan op de vraag naar dit type zorg.’

### Dynamisch

Bergen vertelt dat ieder specialisme zijn eigen grensgebieden kent, maar dat die gebieden ook dynamisch zijn. Zo ging iemand met diabetes in het verleden altijd naar een internist, terwijl de eenvoudige vormen van suikerziekte tegenwoordig tot het domein van huisartsen en diabetesverpleegkundigen behoren. Ook binnen de revalidatie zal op sommige gebieden zo’n verschuiving plaatsvinden. Maar, voorspelt de vicevoorzitter van Revalidatie Nederland, de relatief weinig voorkomende aandoeningen binnen de revalidatie zullen altijd door een revalidatiearts behandeld blijven worden. Deskundigheid kan immers alleen worden opgebouwd door ervaring.

**‘We hechten aan onderscheid tussen specialistische en niet-specialistische revalidatiezorg’**

### Concurrentie

Ook de marktwerking zal volgens Bergen verschuivingen veroorzaken. Deze zal zorgverleners in eerste instantie ertoe dwingen duidelijkheid te verschaffen over wat ze doen en wat de resultaten daarvan zijn. Transparantie en kwaliteit zijn de sleutelwoorden. De Rotterdamse revalidatiearts vindt de ontwikkeling van prestatie-indicatoren in dit kader dan ook van allergeenotst belang. ‘Er zal concurrentie komen, en misschien zelfs binnen de branche zelf. Niet ieder centrum heeft dezelfde knowhow in huis. Je kunt je afvragen of dat ook nodig is. Zo zijn er in ons land acht locaties voor klinische revalidatie van dwarslaesiepatiënten. Is dat niet aan de hoge kant? Dat geldt ook voor bijvoorbeeld de klinische kinderrevalidatie. Minder locaties zouden gewenst zijn, denk ik, wil je voldoende expertise op dat gebied behouden.’

### Allianties

Als mogelijke concurrent van buitenaf noemt Bergen de verpleeghuizen. Daarbij denkt hij vooral aan patiënten met een beroerte. ‘We zullen helder moeten maken dat onze doelgroep op dat gebied anders is dan de doelgroep in een verpleeghuis, waar het om reactivering gaat. We hechten aan onderscheid tussen specialistische en niet-specialistische revalidatiezorg.’

Wanneer we als sector een kwalitatief goed product voor een goede prijs leveren, en dat ook voldoende voor het voetlicht brengen, denk ik dat die concurrentie uiteindelijk wel zal meevallen. Wellicht dat er door de overheveling van de AWBZ-gefinancierde verpleeghuiszorg naar de Zorgverzekeringswet zelfs samenwerkingsverbanden ontstaan. Bijvoorbeeld dat verpleeghuizen allianties aangaan of afspraken maken met revalidatiecentra voor ondersteuning van hun niet-specialistische zorg. Dat kan de kwaliteit van dat type zorg ten goede komen.’

### Prestaties

De komst van de Diagnose-Behandelcombinaties zal volgens Coos de Vries grote gevolgen hebben. Hij is zorginkoper tweedelijnszorg van de VGZ-IZA-Triasgroep. De Vries vertelt dat in de ziekenhuissector inmiddels is gebleken dat deze DBC’s veel verheldering geven over wat aan kwaliteit en prestaties verwacht kan worden. ‘Doordat we als zorgverzekeraars straks DBC’s bij revalidatie-instellingen gaan inkopen, kun je prestaties afspreken per DBC. Ik denk dat we veel meer inzicht krijgen in de wijze waarop de zorg aan onze verzekeren verleend gaat worden. Daardoor kunnen we hen beter informeren, en dat is waar we uiteindelijk naar toe willen. Zo’n DBC omschrijft immers precies de zorg die geleverd wordt: de multidisciplinaire revalidatiegeneeskundige zorg. Of wij andere DBC’s dan revalidatie-DBC’s zullen inkopen bij de revalidatiecentra – zoals voor reactivering – zal afhangen van de prijsvoordelen of een passende plaats in de zorgketen.’

### Eén financieringsstroom

De Vries laat weten dat aanbodgerichte zorg steeds meer zal plaatsmaken voor vraaggestuurde zorg, waarbij verzekeren de regie gaan voeren. De zorgverzekeraars zullen die verzekeren dan ondersteunen door zorg in te kopen met de daarbij geleverde prestatie-indicatoren. Wat De Vries betreft, zal echte revalidatiegeneeskunde alleen bij revalidatie-instellingen worden ingekocht en niet bij verpleeghuizen. Hij pleit voor het overhevelen van de verpleegzorgkosten vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet, waaronder ook de revalidatie valt. ‘Als in de toekomst de verpleeghuiszorg wordt verdeeld in woonzorg en verpleegzorg en vervolgens die verpleegzorg gewoon in de basisverzekering komt, dan zit zowel de reactivering van het verpleeghuis als de revalidatie in dezelfde verzekering. In overleg met het ziekenhuis kun je dan bepalen of bijvoorbeeld een CVA-patiënt naar een verpleeghuis kan of, als gespecialiseerde revalidatie nodig is, beter naar een revalidatie-instelling doorgestuurd kan worden. We willen graag die zorg in één financieringsstroom houden, zodat je de ketenzorg ook als één geheel kunt inkopen. Voor iedereen wordt het zo inzichtelijker. Bovendien is het gestoei over welk onderdeel AWBZ is en welk deel uit de ziektekostenverzekering betaald moet worden, dan ook definitief voorbij. Het is voor ons allen een leerproces om te luisteren naar wat de klant wil, zodat we er gezamenlijk een nog mooier product van kunnen maken.’