



Winst van revalidatie zit vooral in functionele verbeteringen

Auteur: Daniël Dresden, medisch journalist

Revalidatie levert ziekenhuizen minder inkomsten op dan andere specialismen, maar volgens revalidatiearts Anne Marie ter Steeg van Reade zit de winst van revalidatie vooral in de toegenomen participatie van mensen en het gunstige effect op de samenleving als geheel. "Cliënten en partners ervaren een hogere kwaliteit van leven, keren op een goede manier terug naar de arbeidsmarkt of hebben minder zorg nodig."

De productstructuur van medisch specialistische revalidatie (MSR) leidt sinds 2013 zorgproducten af op basis van de vastgestelde diagnose en de tijd (in aantal minuten) die er aan de zorg wordt besteed. De prijs voor een DBC zorgproduct is gekoppeld aan één van de zeven diagnosegroepen en gebaseerd op een gemiddelde van de kosten die voor dit zorgproduct worden gemaakt. Dit betekent dat de werkelijke kosten van de behandeling kunnen afwijken van de gemiddelde kosten. "Na invoering van de productstructuur in 2013 bleek in de praktijk dat we minder verdienen dan voorheen op basis van dezelfde zorg", legt Ter Steeg uit. Ze is revalidatiearts en voorzitter van de divisie Revalidatie bij Reade, centrum voor Reumatologie en Revalidatie te Amsterdam. "Dat betekent dat we onze zorg transparanter en efficiënter moeten maken. Een belangrijke uitdaging is om onderscheid te maken tussen wat echt binnen MSR moet plaatsvinden en wat in de eerste lijn uitgevoerd kan worden. Dit blijft in de praktijk lastig. Nog steeds worden veel cliënten pas doorverwezen naar de revalidatiearts op het moment dat ze helemaal zijn vastgelopen."

Traumatisch hersenletsel

Bij cliënten die een ernstig ongeluk hebben doorgemaakt, merkt Ter Steeg een duidelijke discrepantie tussen de aandacht voor de zichtbare en niet-zichtbare gevolgen van het hersenletsel. De niet-zichtbare problematiek is vaak heel subtiel, zoals iets minder goed kunnen plannen of organiseren of een verminderde mentale belastbaarheid, waarbij iemand sneller moe is en een korter lontje heeft, wat kan leiden tot conflicten op het werk. Daarnaast zijn er vaak problemen op relationeel gebied,

ALS ER NIET WORDT BEHANDELD,
KOST HET UITEINDELIJK MEER

bijvoorbeeld door gedragsveranderingen. Cliënten kunnen weliswaar de meeste dingen weer doen, maar dat lukt vooral in een gestructureerde omgeving.

Deze cliënten weten niet altijd dat ze een traumatisch hersenletsel hebben gehad of ze hebben daar niet zo lang bij stilgestaan. Door het niet erkennen van de niet-zichtbare gevolgen van een traumatisch hersenletsel kunnen ze echter volledig uit het arbeidsproces raken, wat veel ellende kan veroorzaken. Doordat de cliënt niet begrijpt wat hij heeft, kan hij ook angstig worden. Bovendien begrijpen werkgevers dit vaak niet goed, waardoor cliënten uiteindelijk een burn-out kunnen ontwikkelen. Achteraf gezien blijkt er een knik in het functioneren geweest te zijn, die na het hersenletsel ontstaan is. Het is dus van belang dat de cliënt zich bewust is van de mogelijke gevolgen van traumatisch hersenletsel en gezien wordt door een revalidatiearts als de problemen langer blijven bestaan. Goede diagnostiek en behandeling blijken een gunstig effect op het functioneren van de cliënt zelf en op het systeem rondom de cliënt (mantelzorgers, red.) te hebben, zo ziet Ter Steeg in de praktijk.



foto Annemarie Ter Steeg

Problemen in de chronische fase

Bij cliënten met een doorgemaakt cerebrovasculair accident (CVA) gaat de revalidatie minimaal twee jaar tot na het einde van de acute behandeling door. Doordat veel problemen pas op een later moment ontstaan, bijvoorbeeld gedurende de acceptatiefase of tijdens de uitvoering van het werk, adviseert Ter Steeg om hen langer te volgen. Overigens betekent dat niet dat de behandeling veel langer doorgaat, maar dat de revalidatieartsen samen met de ketenpartners een vinger aan de pols houden. Ze pleit dan ook voor bewustwording om indien nodig de revalidatiearts te consulteren, ook in de chronische fase.

Daarnaast ziet ter Steeg ouderen die midden in het leven staan (*healthy ageing*), maar bijvoorbeeld tijdens het racefietsen een trauma oplopen. "Dat kunnen ook zeventigers zijn. Bij de revalidatie kijken we niet alleen naar de leeftijd, maar ook naar iemands functioneren en de mate van comorbiditeit. Als zeventigers en tachtigers nog zelfstandig wonen, kunnen ze veel terugwinnen. Oudere cliënten met veel comorbiditeit komen sowieso niet bij ons, want die gaan naar de geriatrische revalidatie."

Ook cliënten met een dwarslaesie of spierziekte kunnen in de chronische fase problemen ontwikkelen. Zij hebben vaak al lange tijd een handicap, maar na enkele jaren kunnen bijkomende problemen ontstaan – bijvoorbeeld ten gevolge van inactiviteit. Revalidatieartsen kunnen ook in deze fase hun expertise inzetten. Door de bewustwording kunnen cliënten meer en verbeteren ze zowel hun kwaliteit van leven als hun participatieniveau.

Financiering

Gezien de positieve effecten van revalidatie op arbeidsparticipatie en persoonlijke levenssfeer, ziet Ter Steeg enkele verbeterpunten in de huidige financieringssystematiek. "Wij zijn goed in het opheffen en verminderen van beperkingen door cliënten meer eigen regie en mogelijkheden te geven om zelfstandig te functioneren en te participeren in de maatschappij. Als de cliënt deze zorg niet krijgt, kan hij vastlopen. De daarbij komende kosten worden echter niet door de ziektewet (Zwv) vergoed. Eigenlijk zou je veel meer een ketenzorg-financiering willen hebben, maar dat is moeilijk te realiseren, omdat het verschillende financieringsshokjes zijn."

"Daarnaast speelt dat revalidatieartsen minder geld opleveren voor de ziekenhuizen in vergelijking met andere specialismen", voegt Ter Steeg toe. "Wij moeten knokken om in de ziekenhuizen te blijven en te tonen dat we daar toegevoegde waarde hebben, maar de baten van MSR zijn anders dan de baten van andere specialismen en daardoor is dat niet altijd makkelijk. Net als voor de GGZ geldt ook voor de revalidatiegeneeskunde: als er niet wordt behandeld, kost het uiteindelijk meer geld."

WIJ MOETEN KNOKKEN OM IN DE
ZIEKENHUIZEN TE BLIJVEN