

Analyserapport

Rotterdam Stroke Service

Opgesteld door: Ingrid Romme (Consultant Neo-Mundo)

Versie: 1.0

1 INLEIDING

Rotterdam Stroke Service (RSS) is met zijn 17 zorgorganisaties de grootste CVA keten van Nederland. In totaal zijn er zeven ziekenhuizen, zeven centra voor geriatrische revalidatie, een centrum voor Medisch specialistische revalidatie, thuiszorg (CVA-nazorg) en het eerstelijnsnetwerk CVA Rotterdam aangesloten. Deze partijen vormen samen een netwerk van samenwerkingspartners met daarin 7 lokale deelketens. Tezamen richten zij zich op het:

- Versterken van de samenwerking en communicatie, door bijeenkomsten en overleggen te organiseren voor de organisaties
- Verstrekken van informatie via website en nieuwsbrief
- Ontwikkelen van een keteninformatiesysteem
- Bewaken en verbeteren van kwaliteit en de inhoud van de ketens
- Voeren van een ketenprotocol
- Ontwikkelen van kwaliteitseisen en deze ook toetsen in de organisaties door middel van audits
- Organiseren van scholingen voor verzorgenden en verpleegkundigen
- Verzamelen van gegevens over revalidatie uitkomsten
- Participeren in projecten voor (door)ontwikkeling van de zorg
- Leggen van contacten met externe partijen
- Volgen van ontwikkelingen in wet- en regelgeving
- Samenwerking met Kennisnetwerk CVA Nederland

De samenwerking binnen de RSS gaat dan ook goed en de lijntjes zijn kort. De stijgende druk vanuit de zorgverzekeraars zorgt er echter voor dat er nog doelmatiger gewerkt moet worden en de ligduur verlaagd moet worden. Hierdoor komen de zorginstellingen, en dan met name de instellingen in de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en de medisch specialistische revalidatiezorg (MSR), onder druk te staan.

De RSS heeft daarom Neo-Mundo gevraagd een onafhankelijke analyse uit te voeren om te inventariseren wat er goed gaat en wat er beter kan. Voor deze analyse zijn interviews afgenomen met sleutelpersonen van de verschillende GRZ en MSR-instellingen om te achterhalen wat er goed gaat, welke belemmeringen er zijn voor het leveren van doelmatige zorg en waar er eventueel druk komt op gemaakte afspraken met de RSS.

2 ACHTERGROND

De CVA-zorg van de RSS is opgedeeld in 3 fases met ieder eigen doelen, opname criteria etc.: De acute fase, de revalidatiefase en de chronische fase.

De acute fase begint met het optreden van het CVA en eindigt op het moment dat de patiënt medisch stabiel is en de acute interventies zijn beëindigd. De acute fase staat in het teken van (spoed) diagnostiek, medische behandeling en intensieve verpleegkundige zorg. Er volgt zo snel mogelijk een start met mobiliseren en het maken van een revalidatieplan. Revalidatie in deze

fase bestaat voornamelijk uit therapie, gericht op het voorkomen van complicaties door immobiliteit, vermindering van functiestoornissen en zo nodig verbetering van de zelfstandigheid van de patiënt.

De revalidatiefase vangt vervolgens aan als de patiënt medisch stabiel is. Het doel in deze fase is het geven van informatie en voorlichting aan de patiënt en familie, het bevorderen van zelfstandig functioneren, preventie en reductie van functiestoornissen/beperkingen. Ook is er aandacht voor emotionele verwerking.

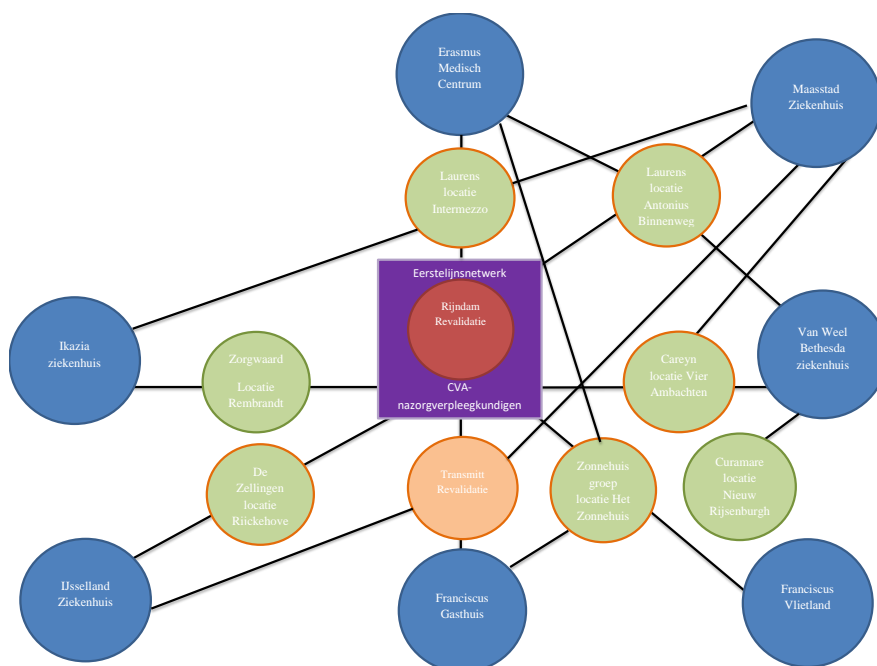
De chronische fase tenslotte, begint wanneer duidelijk is met welke stoornissen, beperking of beperkingen de patiënt moet leven. Vaak is dit pas na een half jaar duidelijker. In de chronische fase staan acceptatie, verwerking, en het leren omgaan met beperkingen centraal.

Uitgangspunten RSS

De missie van de RSS is het realiseren van de best mogelijke kwaliteit van leven voor iedere CVA-patiënt binnen de regio Rotterdam, uitgaande van actuele inzichten in de zorg voor CVA-patiënten. Binnen de RSS gaat het om het verlenen van de juiste zorg, op het juiste moment, door de juiste hulpverlener, op de juiste plaats. Een samenhangend zorgtraject voor de CVA-patiënt is hiervoor noodzakelijk, gericht op het voldoen aan de zorgbehoefte van de patiënt. Binnen de RSS betekent dit dat ze voortdurend verbinding zoeken met elkaar en bezig zijn met kennisuitwisseling. Een zeer belangrijke waarde in de RSS is het transparant ondernemerschap. “We laten aan elkaar, aan professionals en patiënten zien welke zorg we leveren, en kunnen daar ook op aangesproken worden. Alleen in samenwerking kunnen we excellente zorg bieden.”

Afspraken zijn opgenomen in een ketenprotocol en samenwerkingsafspraken om de kwaliteit en continuïteit van de CVA zorg te waarborgen.

Een schematische weergave van de aangesloten organisaties en de zeven deelketens zie je hieronder:



3 ANALYSE

Voor de analyse zijn er 8 interviews geweest met 17 sleutelpersonen van zeven GRZ-instellingen en één MSR-instelling. Daarnaast waren er diverse stukken ter beschikking waardoor, waar mogelijk, bevindingen zijn onderbouwt met feiten. In de analyse konden er vier hoofdthema's worden onderscheiden, te weten: communicatie, financiering, doorstroom en samenwerking. Hieronder zal ieder thema's worden toegelicht.

Samenvatting

De RSS is een mooi samenwerkingsverband waarbij de (kwaliteit van) zorg van de CVA-patiënt centraal staat. De geïnterviewde partijen zijn dan ook positief over de ketenorganisatie. In onderstaande SWOT-analyse zijn de bevindingen van de interviews kort samengevat.

<p>Sterktes Korte lijnen binnen en tussen de organisaties CVA-scholingen vanuit de RSS Kwaliteit van zorg wordt gewaarborgd Samenwerking onderling</p>	<p>Zwaktes Mindere mate van openheid en transparantie Een volledige overdracht</p>
<p>Kansen Grote speler in regio Rotterdam en op CVA-gebied in Nederland Inspiratiesessies Praktische ondersteuning van de organisaties</p>	<p>Bedreigingen Afspraken met zorgverzekeraars Steeds zwaardere casuïstiek De structuur binnen sommige organisaties waardoor niet alle patiënten gezien kunnen worden (i.v.m. bijvoorbeeld toezicht)</p>

Conclusies

Naar aanleiding van de interviews kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

- De communicatie binnen de RSS verloopt goed.
- Er is meer openheid en transparantie gewenst over cijfers en gevoelige onderwerpen.
- De zorgvuldigheid van de overdracht is een punt van aandacht, waarbij Point en het fysiek aanwezig zijn bij MDO's al wel helpend zijn.
- Als RSS samen staan ten opzichte van de zorgverzekeraars, waarbij o.a. rekening moet worden gehouden met de toenemende zorgzwaarte en casuïstiek, grootstedelijke problematiek en de gewenste korte ligduur in het ziekenhuis.
- De doorstroom is bij veel instellingen een belangrijk aandachtspunt. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen:
 - o Uitstroom naar Wlz of thuiszorg
 - o Ziekenhuizen naar Wlz
 - o Naar huis, en dan?
 - o Diagnostische opnames
- De samenwerking binnen de keten wordt door de geïnterviewde instellingen als grootste voordeel genoemd van de RSS. Zij zien echter wel mogelijkheden om deze nog verder te intensiveren en professionaliseren. Hierbij kan gedacht worden aan meer praktische ondersteuning.

Communicatie

Algemeen

De communicatie binnen de deketens wordt over het algemeen als positief beschreven. De partijen die rechtstreeks met elkaar te maken hebben weten elkaar te vinden. Buiten de deketens vindt vanzelfsprekend minder contact plaats.

Openheid en transparantie

Naast dat in de missie van de RSS transparant ondernemerschap vermeld staat, kwam ook in de interviews naar voren dat de aangesloten organisaties openheid en transparantie erg belangrijk vinden. Zij zien dan ook meerwaarde in nog meer openheid en transparantie binnen de keten. Hierbij kan gedacht worden aan het uitwisselen van cijfers of onderwerpen, zoals wie welke patiënten opnemen met eventuele beweegredenen, de werkwijzen van de verschillende instellingen etc. Een grotere openheid en transparantie kan voorkomen dat er gespeculeerd gaat worden of dat er een cultuur ontstaat waarin er over elkaar in plaats van met elkaar gesproken wordt.

Zeker het vraagstuk wie welke patiënten wel/niet opneemt en het waarom hiervan is een belangrijk onderwerp. Waar een aantal partijen zeggen hierbij dat alle instellingen alle patiëntengroepen moeten kunnen opnemen, geven andere instellingen aan dat niet elke instelling of locatie de kwaliteit van de zorg kan waarborgen wanneer ze de meest aangedane patiënten opnemen. Dit kan bijvoorbeeld te maken hebben met de structuur van een gebouw waardoor het toezicht onvoldoende is of omdat bepaalde (verpleegkundige) handelingen onvoldoende vaak worden uitgevoerd. Ook kan er door eerder toezicht van de inspectie voor gekozen zijn om minder risico's te nemen m.b.t. kwaliteit en veiligheid. Echter wordt hier onderling niet open over gecommuniceerd of afspraken over gemaakt waardoor er met scheve ogen gekeken kan worden. De vraag die hierbij ook meerdere keren naar boven kwam is of elke instelling elk type CVA-patiënt moet kunnen opnemen of dat een aantal gespecialiseerde locaties ook een mogelijkheid zou kunnen zijn, mits hier goede afspraken (met de zorgverzekeraars) over worden gemaakt in de zin van gedeelde kortingen of een gedifferentieerd tarief. Het is natuurlijk aan de RSS om hier iets van te vinden. Het is ook denkbaar dat als een organisatie zich committeert aan de RSS, je ook moet kunnen waarborgen dat de zwaar aangedane patiënten ook opgenomen kunnen worden.

Overdracht

Wanneer je naar de (digitale)-overdracht kijkt, zijn er binnen de RSS concrete afspraken over de inhoud en tijdigheid van overdrachtsinformatie t.a.v. CVA-patiënten tussen ketenpartners onderling. Het ziekenhuis heeft hierover concrete afspraken gemaakt met de GRZ, de thuiszorg en de revalidatie-instelling met MSR.

Uit de interviews bleek dat de verpleegkundige en medische overdracht wel altijd tijdig bij de volgende instelling in de keten is, maar dat de informatie, met uitzondering van het Maasstad Ziekenhuis, vaak onvolledig of niet helemaal up to date is waardoor extra informatie opgevraagd moet worden en bij binnenkomst niet meteen met de juiste zorg of behandeling gestart kan worden. Zeker bij de partijen die met Point werken is dit, ondanks dat het systeem over het algemeen prettig ervaren wordt, een veel gehoord aandachtspunt. Het idee bestaat bovendien dat bij de echt zware revalidanten de overdracht soms iets rooskleuriger wordt ingevuld dan de daadwerkelijke situatie om zo plaatsing in sommige GRZ-locaties te versoepelen.

Het helpt in dit geval wanneer er iemand vanuit de GRZ of MSR-instellingen fysiek aansluit bij de MDO's. Vanuit Rijndam, Transmitt en Zonnehuisgroep Vlaardingen wordt dit al gedaan en blijkt het zeer behulpzaam bij het maken van een goede keuze tussen MSR en GRZ, en het bewaken van een goede overdracht. Voor de andere partijen is dit niet het geval en worden zij enkel telefonisch betrokken waardoor zij minder tot geen invloed hebben op de triage en eventuele overdracht.

Verder mogen de ziekenhuizen ook richting de patiënt en zijn/haar familie nog beter de verwachtingen managen. In welke instelling komt hij/zij? Wat betekent dat voor de voorzieningen? Zijn daar één of meerpersoonskamers? En misschien nog wel het belangrijkste: In hoeverre kan de kwaliteit van leven verbeterd worden? Nu is er nog te vaak teleurstelling bij de patiënt en/of familie. In dit kader is het dan ook goed om te beslissen wanneer een patiënt niet-revalideerbaar is, maar een Wlz-indicatie van toepassing is. Familie verwacht veel van de term revalidatie terwijl dit dan niet haalbaar blijkt te zijn. Je start dan meteen met ontevredenheid en het kost de verpleging veel tijd om hierover met de familie in gesprek te gaan.

Financiering

De financiering van de GRZ en MSR is iets waar een aantal bij de RSS aangesloten organisaties tegenaan lopen. Ze zaten/zitten bij sommige zorgverzekeraars of tegen hun omzetplafonds aan of kregen/krijgen te maken met strafkortingen. Als Rotterdam Stroke Service samen sterk staan is dan ook de meest gehoorde vraag vanuit de geïnterviewde instellingen. Dit is in september al door de RSS opgepakt door een brief naar CZ en VGZ te sturen, en mag wat betreft de instellingen verder uitgebreid worden door hierin meer samen op te trekken.

De CVA-zorg is, zoals deze nu gefinancierd wordt, zelden financieel toereikend en wordt nu door organisaties vooral aangeboden door de interessante casuïstiek en uit moreel standpunt. Veel gehoorde redenen voor het niet-financieel toereikend zijn van de CVA zorg zijn:

- Toenemende zorgzwaarte en casuïstiek
- De ziekenhuizen moeten ook sturen op een steeds kortere ligduur, mede doordat het voor de patiënt voordelig is om zo snel mogelijk in een therapeutisch revalidatieklimaat te zijn. Echter is het inschatten van de prognose moeilijk na 3 á 4 dagen, of kan er bij binnenkomst überhaupt nog niet gestart worden met revalidatie.
- Zeer aangedane jonge mensen herstellen langer en deze doelgroep komt steeds meer voor. Mede doordat het EMC sterk ontwikkeld is in trombolysie en trombectomie.
- Grootstedelijke problematiek, waardoor naar huis gaan vaak bemoeilijkt wordt in verband met een huis dat niet zorgtoegankelijk is of eerst de nodige aanpassingen behoeft wat door de Wmo gefinancierd moet worden, minder mantelzorgers en oudere mantelzorgers.
- Er worden gemiddeld 16 behandeluren per week verzekerd terwijl in praktijk dit vaak meer dan 20 uur is door intensieve verpleegkundige handelingen naast de behandeluren.

Wanneer er geen verandering komt in de afspraken met de zorgverzekeraars bestaat er een kans op de noodzaak voor het weigeren van patiënten op basis van financiële beweegredenen hetgeen de doorstroom en samenwerking binnen de RSS niet zal bevorderen.

Gehoorde kansen zijn:

- Beter afspraken met zorgverzekeraars waarbij tarieven beter passend zijn bij de behandelintensiteit die CVA vraagt.
- Door middel van goed beargumenteren waarom iemand lang op een GRZ-afdeling ligt het mogelijk maken om geen strafkortingen te krijgen. Hierbij kan bijvoorbeeld gekeken worden naar complicaties, complexiteit en de mate waarin iemand al verbeterd is.
- Een aantal locaties, gespecialiseerd in de zwaar aangedane patiënt, waarvoor óf een gedifferentieerd tarief geldt óf waarvan de kortingen gedeeld worden door aan te tonen wat het voor de hele keten oplevert.
- DBC-duur laten lopen op basis van behandeldagen in plaats van op kalenderdagen. Wanneer een patiënt nu door complicaties of een tweede insult terug moet naar het ziekenhuis lopen de kalenderdagen van een DBC door terwijl logischerwijs tussentijds geen gebruik wordt gemaakt van de behandelingen.

Doorstroom

De doorstroom is bij veel instellingen een belangrijk aandachtspunt. Waar de ziekenhuizen druk uitoefenen om patiënten zo snel mogelijk naar de GRZ en MSR te krijgen om zo tijdig te kunnen beginnen met de behandeling, verloopt de uitstroom naar de Wlz of thuiszorg in veel gevallen stroef. Dat de zorgverzekeraars daarnaast sturen op ligduur maakt de druk om een patiënt zo snel mogelijk gerevalideerd te hebben nog groter. De belangrijkste punten met betrekking tot doorstroom die naar voren zijn gekomen in de interviews zijn:

Uitstroom naar Wlz of thuiszorg

De uitstroom van GRZ of MSR naar een verpleeghuis of de thuiszorg gaat bij veel instellingen moeizaam wanneer patiënten geregeld langer op GRZ of MSR-bedden blijven liggen dan noodzakelijk. Wanneer een instelling zelf ook beschikt over verpleeghuizen gaat het vaak wat makkelijker en is het alleen in bepaalde periodes wat moeilijker. Thuiszorg is vaak moeilijker, ofwel door overvolle routes, of door weinig thuiszorg aanbod vanuit geografisch oogpunt. Hier zijn al werkgroepen voor opgestart of een beddenrotonde (waarbij wordt gekeken welke van de actief wachtenden het beste past) geïntroduceerd. Om een patiënt toch maar te kunnen plaatsen bij een thuiszorginstelling, zie je nu ook dat de zorgvraag kleiner wordt gemaakt dan daadwerkelijk het geval is. Hier zou een kwaliteitsrisico uit voort kunnen komen. Ook gezien het feit dat de zorgverzekeraars veel op ligduur sturen, lijken er op meerdere vlakken kansen te liggen wanneer de doorstroom verbeterd wordt.

Ziekenhuizen naar Wlz

Het beeld bestaat dat er vanuit de ziekenhuizen nooit rechtstreeks verwezen wordt naar de Wlz. Enerzijds is dat verklaarbaar doordat het na 3 dagen moeilijk is te schatten is of een patiënt nog revalideerbaar is of niet. Anderzijds mag hier meer openheid over zijn omdat nu vanuit de GRZ en MSR vaak de aanname wordt genoemd dat doorverwijzen naar een verpleeghuis te grote regeldruk zou zijn voor de ziekenhuizen en dat er daarom voor GRZ gekozen wordt. Het beeld is daardoor ontstaan dat GRZ in deze keten aan het kortste eind trekt.

Ook bij de GRZ-organisaties is er verschil of selecteren op revalideerbaarheid wel of niet van toepassing kan zijn. Waar sommige organisaties aangeven dat de periode waarin een patiënt in het ziekenhuis ligt te kort is om te kunnen aangeven dat iemand niet revalideerbaar is, vinden enkele andere GRZ-organisaties revalideerbaarheid wel een belangrijke indicator om patiënten wel of niet op te nemen om te voorkomen dat een GRZ-afdeling een halve verpleegafdeling worden. Ethisch zijn zij het er mee eens dat iedereen een kans verdient, maar er moet volgens hen wel een revalidatiedoel zijn. Eenlijnigheid onder de organisaties is hierin echter wel gewenst. Wanneer men het ketenprotocol erop na slaat, staat het volgende beschreven:

“Zoals er minimale criteria voor beoordeling in het ziekenhuis zijn, namelijk de (waarschijnlijkheids-) diagnose acute CVA, zijn er ook minimale criteria voor overplaatsing naar één van de ketenverpleeghuizen (VSU) met Geriatrische Revalidatie Zorg:

- *De patiënt kan nog niet naar huis.*
- *De door het CVA veroorzaakte symptomen bepalen de revalidatie en zorgbehoefte.*
- *Terugkeer naar de eigen leefomgeving is mogelijk binnen 3-6 maanden (dit geldt voor alle patiënten die niet moribund zijn).”*

Naar huis, en dan?

Een aantal organisaties zien nog kansen in het beter overdragen van MSR/GRZ naar huis/thuiszorg. Nu blijkt, ondanks nazorg afspraken binnen de RSS, de stap voor sommige patiënten toch te groot waardoor ze binnen een korte tijdsperiode weer in het ziekenhuis moeten worden opgenomen. Patiënten met een ZPP 4 indicatie gaan nu naar huis omdat er momenteel onvoldoende plaatsen zijn in de regio ten gevolge van de bekostiging van de ZPP 4, terwijl zij vaak wel baat hebben bij de structuur van een verpleeghuis. Bovendien wordt de zorgvraag door overvolle thuiszorg routes in sommige gevallen verkleind om de patiënt zo toch maar bij een thuiszorgorganisatie binnen te krijgen.

Diagnostische opnames

In het verleden kon er gebruik gemaakt worden van diagnostische opnames waarbij een patiënt na voorspoedig herstel in een GRZ-instelling alsnog naar de MSR kon óf waarbij naar 6 weken MSR besloten kon worden dat een patiënt toch meer baat zou hebben in een GRZ instelling. Dit is nu niet meer mogelijk door afspraken met de zorgverzekeraars, maar zou in de onderhandelingen meegenomen mogen worden. MSR kan op deze manier meer “risico” nemen in het opnemen van patiënten en patiënten zelf kunnen zo een tweede kans krijgen. Echter is het zoals het voorheen ingestoken was financieel minder interessant voor de GRZ-instellingen.

Samenwerking

De samenwerking binnen de keten wordt door de geïnterviewde instellingen als grootste voordeel genoemd van de RSS. Zij zien echter wel mogelijkheden om deze nog verder te intensiveren en professionaliseren. Waarin de RSS als erg waardevol wordt gezien op het gebied van de kwaliteit van de CVA-zorg, het verbeteren van de instroom vanuit de ziekenhuizen, en op wetenschappelijk niveau, zouden GRZ en MSR-instellingen nog kansen zien in meer praktische ondersteuning en een vergemakkelijkt uitstroom. De volgende thema's kwamen hierin het meest naar voren:

Scholing

Men is erg te spreken over de CVA-scholingen die aangeboden worden door de RSS. Hierover zijn er enkel positieve dingen ten gehore gebracht. Continueren (en eventueel uitbreiden wanneer dit wenselijk is) van het huidige beleid zou hierin dus volstaan.

Leren en innoveren

Het elkaar inspireren en van elkaar leren ziet men voornamelijk terug bij de door de RSS georganiseerde symposia. De instellingen zouden het daarnaast ook prettig vinden om op andere -laagdrempelige en praktische- manieren met elkaar te kunnen sparren. Gedacht kan worden aan intervisiesessies, meeloopdagen, het uitwisselen van personeel, best-practices middagen etc. De instellingen zouden ook graag door elkaar geïnspireerd worden op het gebied van innovatie. Welke projecten/pilots lopen in welke organisaties en wat zijn de bevindingen? Door hier open en transparant over te zijn voorkom je dat meerdere organisaties hetzelfde wiel proberen uit te vinden.

Meten = weten

Ook ligt er de wens om elkaars uitkomstparameters (uitstroom, Delta-Barthel, mate van zelfredzaamheid etc.) te delen. Het idee heerst nu dat de organisaties wel cijfers aanleveren maar dat ze er weinig van terug zien. Er staat nu het een en ander vermeld in de jaarplannen, maar het in gesprek gaan met elkaar hierover wordt als meer waardevol ingeschat

Samen sterk richting zorgverzekeraars

Zoals eerder al vermeld, ziet het merendeel van de instellingen een grote meerwaarde in het samen optrekken richting de zorgverzekeraars. De RSS wordt nu vooral gezien als een orgaan dat de kwaliteit van de CVA-zorg waarborgt. Er is daarnaast ook behoefte aan behartiging van de financiën namens de RSS.

GGZ en VG

Gezien de toenemende problematiek in de samenleving en in de zorg liggen er voor de RSS nog kansen in samenwerkingen tussen de RSS en GGZ (geestelijke gezondheidszorg), en VG (verstandelijk gehandicapten) organisaties. Patiënten die voor een kortdurend verblijf komen om te revalideren kunnen vaak niet terug naar de organisatie waar de cliënt oorspronkelijk woonde.

Medisch Specialistische Revalidatie

Rijndam Revalidatie heeft binnen de RSS een monopolypositie op het gebied van MSR, hetgeen zij klinisch en poliklinisch aanbieden. Dit brengt voor- en nadelen met zich mee. De communicatie met de andere organisaties verloopt goed en de lijntjes zijn kort. Echter, wanneer Rijndam Revalidatie tegen omzetplafonds aan lopot, heeft dit direct effect op de CVA-zorg in de keten omdat het niet kan worden opgevangen door een andere organisatie. Bovendien hebben zij door hun monopolypositie, in combinatie het feit dat er een revalidatiearts van Rijndam triage doet in het ziekenhuis, veel invloed op het verloop van het revalidatietraject van de patiënt. Belastbaarheid van een patiënt, medische stabiliteit en de ernst van de cognitieve schade en complicaties zijn de belangrijkste indicatoren voor het kiezen voor MSR of GRZ.