

Vergaderjaar 1996–1997

25 000 XVI

Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 1997

Nr. 82

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 10 september 1997

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 15 mei 1997 overleg gevoerd met minister Borst-Eilers en staatssecretaris Terpstra van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de **zorgverlening aan mensen met een herseninfarct of hersenbloeding (CVA-patiënten)** (Kamerstuk 25 500-XVI, nr. 53).

Van het gevoerde overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Oudkerk** (PvdA) schetste de omvang van het probleem en stelde dat kabinet en Kamer zorg moeten dragen voor een zo doelmatig mogelijk gebruik van het geld dat beschikbaar is voor de zorg aan CVA-patiënten.

Allerlei rapporten leren dat die zorg niet optimaal is. Hoewel 10 dagen intensieve ziekenhuisbehandeling genoeg zou moeten zijn, liggen CVA-patiënten gemiddeld 25 tot 28 dagen in een ziekenhuis, naar het zich laat aanzien omdat er niet eerder een plek in een verpleeghuis beschikbaar is. Dat is typisch een voorbeeld van een verkeerdebedden-problematiek, zowel financieel als zorginhoudelijk. Ook schijnen mensen nogal eens onnodig lang in een verpleeghuis of verzorgingshuis te liggen, omdat de thuiszorg niet in staat is thuis de noodzakelijke zorg te bieden. Er zijn overigens zeldzaam grote verschillen tussen de verschillende regio's. Er zijn verder obstakels op financieel gebied (problemen met tariefstelling en budgetparameters). Hoewel Nederland een van de beste gezondheidszorgsystemen ter wereld heeft, heeft het volgens deskundigen een achterstand bij de zorg voor beroertepatiënten.

In het in 1995 uitgebrachte rapport Zorg na een beroerte werden 51 knelpunten genoemd. Er kunnen mensen onnodig gestorven zijn of geïnvalideerd, omdat er aan knelpunten nog onvoldoende is gedaan.

De heer Oudkerk complimenteerde de werkers in de gezondheidszorg met het feit dat er inmiddels 60 initiatieven in den lande zijn gestart om deze zorg te verbeteren, zodat minder mensen sterven of invalideren en de kosten lager worden. In een (nog aangehouden) motie heeft hij de minister en staatssecretaris gevraagd deze initiatieven met het veld nader uit te werken. Vandaar dit overleg. Immers, het is de verantwoordelijkheid

¹ Samenstelling:

Leden: Lansink (CDA), Schutte (GPV), Van Nieuwenhoven (PvdA), voorzitter, Van der Heijden (CDA), ondervoorzitter, Van Heemskerck Pillis-Duvekot (VVD), M. M. H. Kamp (VVD), Doelman-Pel (CDA), Swildens-Rozendaal (PvdA), Vliegenthart (PvdA), Mulder-van Dam (CDA), Versnel-Schmitz (D66), Middel (PvdA), Leerkes (Unie 55+), Nijpels-Hezemans (groep-Nijpels), Fermina (D66), Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Dankers (CDA), Marijnissen (SP), Essers (VVD), Oudkerk (PvdA), Cherribi (VVD), Sterk (PvdA), Van Boxtel (D66), Van Vliet (D66) en Van Blerck-Woerdman (VVD).

Plv. leden: Heeringa (CDA), Van der Vlies (SGP), Lilipaly (PvdA), Th. A. M. Meijer (CDA), Rijpstra (VVD), Voûte-Droste (VVD), Smits (CDA), Houda (PvdA), Beinema (CDA), Van den Bos (D66), Van der Burg (PvdA), Rouvoet (RPF), R. A. Meijer (groep-Nijpels), Van Waning (D66), Sipkes (GroenLinks), De Jong (CDA), Passtoors (VVD), Apostolou (PvdA), J. M. de Vries (VVD), Noorman-den Uyl (PvdA), Bremmer (CDA), Bakker (D66) en Hoogervorst (VVD).

van Kamer en kabinet om eventuele obstakels voor deze initiatieven uit de weg te ruimen.

Hersencellen die afsterven, kunnen niet hersteld worden, maar snelle en intensieve hulpverlening kan de schade wel beperken en dus de prognose voor de patiënt verbeteren.

In de brief noemt de minister een aantal knelpunten, waaronder het ontbreken van goede budgetparameters, met name in de verpleeghuiszorg, het verschil in tariefstellingen en de schotten in de financieringswijze. Met de problemen met de knip in de thuiszorg in gedachten, vroeg de heer Oudkerk hoe de minister zich een knip in de verpleeghuiszorg voorstelt. Is er een knip nodig om de kwestie van passende tarieven voor kortdurende ziekenhuisgerelateerde zorg in beeld te brengen? Welke mogelijkheden zijn er in beeld naast de incidentele mogelijkheden via het zorgvernieuwingfonds, projectsubsidies, flexizorg en de inzet van extra eigen middelen? Wat is precies het standpunt dat de minister ten aanzien van kortdurende ziekenhuisgerelateerde zorg in een verpleeghuis kenbaar zal maken aan de Ziekenfondsraad? Wat verwacht zij in dezen van de raad?

In de brief wordt de mogelijkheid geopperd van tijdelijke verpleeghuisunits in leegstaande beddenafdelingen in ziekenhuizen. Onduidelijk is hoeveel lege ziekenhuisbedden er zijn, hoe die verspreid zijn en hoe die omzetting mogelijk gemaakt zou kunnen worden.

De heer Oudkerk meende te weten dat het veld al een bijzonder tarief voor CVA-zorg in verpleeghuizen heeft gevraagd en dat het COTG zelfs al een tarief heeft vastgesteld, zodat het wachten is op een beslissing van de minister.

Hij beaamde dat een optimale structuur niet in één dag te realiseren is, maar meende dat veld, patiënten en familie meer van de overheid (Kamer en kabinet) verwachten dan meedenken, bijdragen en faciliteren. Nieuwe wegen die er zijn en die leiden tot verlaging van afhankelijkheid en beperking van de lijdensweg, moeten sterk gestimuleerd worden. Toen de triple therapie voor aidspatiënten voorhanden kwam, werd ook binnen een dag de vergoeding geregeld.

Hij vroeg zich af of een landelijke richtlijn met landelijke protocollen die door het veld zijn opgesteld, niet te verkiezen is boven de nu voorgestelde versnippering met hier een zorgenheid, daar een stroke unit, een actief reactiveringsprogramma of een nazorgprogramma. Het lijkt wel of men op diverse plaatsen het wiel probeert uit te vinden.

Kunnen kabinet en Kamer zich echt geen oordeel vormen over het te voeren beleid zonder dat een commissie van de Ziekenfondsraad zich heeft uitgesproken over het eindverslag over het ontwikkelings-geneeskundeproject van het AMC en de Erasmus Universiteit over betere verzorging van patiënten met CVA?

De stichting CVA wil speciale zorgeenheden (hersenherstellingsoorden) binnen verpleeghuizen. Het ministerie wil één experiment faciliteren, maar de stichting wil in meer regio's aan de slag. Daar lijkt een draagvlak voor te zijn. De plannen bevatten kostenreducerende elementen (minder ligdagen in ziekenhuizen en verpleeghuizen en minder verkeerbedden-problematiek) en zorginhoudelijke elementen: betere verzorging en minder invalidering met alle gevolgen van dien voor de thuissituatie, terwijl dan bovendien waarschijnlijk minder mensen arbeidsongeschikt worden. De intensivacarebedden in ziekenhuizen en de speciale CVA-bedden in verpleeghuizen zullen uit de uiteindelijke besparingen betaald kunnen worden. De heer Oudkerk vroeg waarom die speciale CVA-bedden in verpleeghuizen zouden moeten worden ondergebracht en niet in ziekenhuiskamers met leegstaande bedden. In België worden afdelingen van ziekenhuizen wel omgebouwd tot verpleeghuisunit. Hij stelde voor, ziekenhuizen de mogelijkheid te geven binnen hun budget voor CVA-patiënten te kiezen tussen het leveren van ziekenhuiszorg, het

inkopen van verpleeghuiszorg of zelfs van ziekenhuisgerelateerde thuiszorg.

Kennelijk is het integrale behandelmodel dat de stichting CVA voorstelt, zorginhoudelijk geen onderwerp van discussie, maar het financiële model voor de zorgvernieuwing wel. Hoe denkt de minister over een breder opgezet experiment ter verbetering van de CVA-zorg in verpleeghuizen, onder de voorwaarde dat in protocollen nauwkeurig wordt omschreven hoe zo'n patiënt behandeld wordt en dat de resultaten en de financiële effecten worden vastgelegd? Dat experiment zou met behulp van een incidentele financiële bijdrage uit de begroting voor 1998 of het budget voor zorgvernieuwing kunnen worden gefinancierd en zou door vermindering van de vraag ook een ontlasting van de thuiszorg betekenen. Uiteraard zullen knelpunten moeten worden gedefinieerd en zal wet- en regelgeving gewijzigd moeten worden als die blokkades oplevert. Het onderzoeksvoorstel dat de NVWZ binnenkort presenteert, zal een rol kunnen spelen bij die registratie en evaluatie. Stroke units zullen wel binnen het ziekenhuisbudget in ziekenhuizen gerealiseerd kunnen worden. Het leek hem overigens zinvol in dat brede project ook aandacht te geven aan groepen patiënten met een verwante aandoening, zoals patiënten met niet-aangeboren hersenletsel. De ervaring van regionale hersenletselteams zou er ook bij moeten worden betrokken.

De heer Oudkerk was het eens met de Nederlandse zorgfederatie die al in 1995 heeft gezegd dat het medisch-ethisch onverantwoord is de CVA-zorg te laten zoals die is.

Waaraan moet worden gedacht bij het bredere perspectief voor de CVA-zorg, waarvan de minister rept? Wat zijn daarbij haar expliciete rol en verantwoordelijkheid? Wat is de expliciete en concrete verantwoordelijkheid van het veld?

Kan de bewindsvrouw op korte termijn samen met het veld de reedsesignaleerde knelpunten en de ter oplossing daarvan noodzakelijke beleidsmaatregelen op een rij zetten en de Kamer daarover berichten? De heer Oudkerk meende dat er voor het zomerreces een overzicht moet worden gegeven van wat er organisatorisch en financieel geregeld moet worden om de CVA-zorg zo snel mogelijk te verbeteren. Hij vroeg voorts om een plan de campagne met financiële invulling (op de linkerbladzijde de afspraken en op de rechterbladzijde wat er kan) in te dienen voor de behandeling van JOZ en begroting, zodat er bij die behandeling spijkers met koppen geslagen kunnen worden. Hij wees op de binnen drie jaar veranderde aanpak van de griepvaccinatie waarmee 25 mln. wordt bespaard. Thans is er veel meer winst te boeken dan geld alleen.

Mevrouw **Kamp** (VVD) memoreerde dat bij de behandeling van de begroting en het JOZ met name van de zijde van de regering uitvoerig financieel, inhoudelijk en organisatorisch stilgestaan is bij de opvang van mensen met een herseninfarct of beroerte.

Zij had veel sympathie voor de voorstellen van de stichting CVA, maar vroeg zich af of wel alle behandelaars ervan overtuigd zijn dat dit de beste aanpak is. De revalidatie-instellingen vinden dat ze te weinig betrokken zijn bij het model en willen de revalidatiearts veel sneller ingeschakeld zien. Ook worden er pleidooien gehouden om de door de stichting bepleite aanpak niet te beperken tot mensen met CVA, maar uit te breiden tot alle patiënten met niet-aangeboren hersenletsel. Om inzicht te krijgen in het aantal instellingen die zich bezighouden met mensen met niet-aangeboren hersenletsel, had zij de sociale kaart van Friesland aangevraagd. Deze had haar getoond hoeveel zelfstandige instellingen erbij betrokken zijn met ieder eigen beleid. Er is dan ook inderdaad sprake van een zeer complexe materie. Het is derhalve twijfelachtig of het plan van aanpak van de stichting binnen korte tijd uitvoerbaar is.

Mevrouw Kamp wees erop dat de minister rept van jaarlijks 27 000 CVA-patiënten, de Hartstichting van 24 000 en de stichting CVA van 30 000

à 35 000, waarvan er ongeveer 27 000 worden opgenomen. Zij vroeg zich af hoe het komt dat die cijfers zo verschillen. De rol van de revalidatie wordt te weinig belicht in de beleidsnotitie. Dat geldt zowel voor wat de revalidatiearts in de diagnose kan doen als voor de technische mogelijkheden, terwijl die spectaculair zijn, zoals een bezoek leert aan 't Roesing in Enschede, dat samenwerkt met de universiteit van Twente. De benadering gaat nog te veel uit van de care, terwijl er in de cure juist zoveel mogelijkheden komen. Waarom wil het kabinet maar één experiment (in de regio Rotterdam) uitvoeren met de aanpak die de stichting CVA voorstaat?

Komend tot de schotten in de financiering, stelde mevrouw Kamp dat er te veel nadruk wordt gelegd op de problemen die er in de thuiszorg zijn en dat de thuiszorg daardoor het eigen imago beschadigt, wat het werken in deze sector onaantrekkelijk maakt, terwijl er juist veel goed werk in wordt gedaan. Zij was er blij mee dat de minister heeft gesteld dat er nagedacht moet worden over een mogelijke knip in de verpleeghuiszorg, al vond zij die uitspraak wat mager en zou zij liever een gerichte studie naar die oplossing zien. Voor haar stond vast dat men de AWBZ moet blijven gebruiken voor onverzekerbare risico's en langdurige zorg (langer dan een jaar).

Mevrouw Kamp kon zich vinden in de door de minister genoemde drie beleidsopties: flexizorg, ander gebruik ziekenhuisbedden en speciaal tarief.

De heer **Van Boxtel** (D66) stelde dat de brief een goede inventarisatie geeft, maar wat beschrijvend van aard blijft met voorzichtige keuze-richtingen. Op het eerste gezicht lijkt het nodig en mogelijk allerlei initiatieven snel uit te voeren. Hij vroeg de minister nader in te gaan op het voorstel van de stichting CVA. Hij waardeerde het dat de stichting deze zaak zorgvuldig heeft opgepakt, uitgaande van de patiënt zelf en niet zozeer van de behandelaars of instellingen. Verbetering van het zorgproces stuit vaak op het grote aantal behandelaars en instellingen en de schotten daartussen. Hij vroeg zich af of het wel haalbaar is om meteen over het gehele land en met alle instellingen te komen tot uitvoering van de plannen van de stichting, zoals deze dat wenst. Het oprichten en bouwen of ergens onderbrengen van hersenherstellingssoorten moet ook worden betaald. Hoe zou dat kunnen gebeuren?

De heer Van Boxtel sloot zich van harte aan bij de vraagstelling van de heer Oudkerk in verband met de vele verschillende initiatieven waarbij kennelijk niemand van de ander wil leren. Het is de vraag of met al die initiatieven wel winst wordt geboekt. Het voordeel van een experiment is, dat met alle instellingen en behandelaars kan worden afgesproken wat het beoogde resultaat is, zodat dit kan worden gemeten, en wat de inverteer-effecten zullen zijn. Bij zomaar een landelijke aanpak is volstrekt niet te meten wat zorginhoudelijk en financieel de winst is.

De norm lijkt te zijn: na een beroerte acht dagen in het ziekenhuis en dan eruit. Dat riekt naar het model van de Amerikaanse ziektekosten-verzekeraars. De heer Van Boxtel vroeg zich af of er vanwege het verschil tussen CVA-patiënten en hun omstandigheden niet een grotere flexibiliteit nodig is, zonder het streven los te laten om het ziekenhuisverblijf zo kort mogelijk te houden, gevolgd door een adequate behandeling op maat.

Mocht dit experiment slagen, dan zou kunnen worden geprobeerd om in de slipstream ervan een soortgelijke benadering van de grond te krijgen voor andere ziektevelen.

De heer **Van der Vlies** (SGP) kwam het juist voor dat de aandacht voor de CVA-patiënt en zijn behandeling is geïntensiveerd. Daarmee zijn gezondheidswinst en rendementsverbetering te halen. Nederland heeft op het punt van de behandeling van de CVA-patiënt aantoonbaar een achterstand bij omringende landen.

Het is inderdaad de vraag hoe enige ordening kan worden gebracht in wat er in dezen in gang is gezet in ziekenhuizen en verpleeghuizen, zodat beleidsbeslissingen mogelijk zijn ten aanzien van financieringskaders en andere noodzakelijke dingen.

De heer Van der Vlies steunde de door de minister in de brief vermelde aanpak. Hij vroeg zich wel af welke parameters bij zo'n experiment ingezet worden en of daarin geen variatie moet bestaan, zodat er binnen een beperkte periode een all-inbeslissing mogelijk wordt over het uiteindelijke beleids- en financieringskader met een plan van aanpak voor preventie, diagnostiek, revalidatie en begeleiding naar de thuissituatie.

De drie door de minister genoemde opties hebben alle een insteek die perspectief biedt.

De heer **Lansink** (CDA) concludeerde uit de eerste (beschrijvende) helft van de brief en op basis van hem bekende ervaringen uit de praktijk, dat het niet mogelijk is met één model en een standaardprotocol te werken.

In de tweede helft van de brief worden de barrières wel vermeld, maar zonder oplossing. Het verbaasde hem dat de heer Oudkerk eerst een reeks actiepunten wenste en vervolgens een plan van aanpak, terwijl de zaak zo ernstig is dat er eigenlijk nu al helderheid zou moeten zijn over de wijze waarop deze globaal genomen moet worden aangepakt.

Als de schotten in de financiering inderdaad een forse barrière vormen, dan zijn er volgens de heer Lansink twee mogelijkheden: terugkeer naar het streven naar de ene basisverzekering, ook politiek-bestuurlijk een moeilijke weg, of een zodanige knip aanbrengen dat de financiering geen problemen geeft. Eigenlijk zou nu al aangegeven moeten worden op welke wijze deze zaak geregeld kan worden zonder te veel problemen. Bij gebruik van lege ziekenhuisbedden en bij een bijzonder tarief in verpleeghuizen is er sprake van curatieve zorg binnen een jaar.

De heer Lansink kon akkoord gaan met de voorgestelde benadering, mits dat een en-enbenadering wordt en niet wordt geschroomd voor het uittrekken van extra middelen.

Uit de vele ontvangen reacties, ook van de revalidatie-instellingen, maakte hij op dat het niet is: zoveel hoofden, zoveel zinnen, maar dat iedereen sterk betrokken is en wil meewerken aan het oplossen van het probleem. Er is derhalve een meerzijdig actieprogramma nodig met een toereikende financiering, waarbij alle instellingen die erbij betrokken zijn op meer plaatsen in het land een kans krijgen.

Antwoord van de regering

De **minister** beaamde dat het herseninfarct en de hersenbloeding een volksziekte zijn en dat er ziektebeelden zijn die nauw verwant zijn aan het CVA. Opvallend is de nieuwe manier waarop men in en buiten Nederland tegen CVA aankijkt. Dit blijkt ook op internationale bijeenkomsten. Uit alle initiatieven komt naar voren dat men het CVA nu net zo benadert als het hartinfarct. Men probeert met antistollingsmiddelen het proces te stoppen en snel een inventarisatie te maken van de functies die geheel of gedeeltelijk hersteld kunnen worden om vervolgens zo snel mogelijk met de revalidatie te beginnen.

Het NIVEL heeft 56 projecten geïnventariseerd, die op 1 na zonder overheidshulp worden gefinancierd, bijvoorbeeld uit de eigen (verpleeghuis)budgetten of door de verzekeraar. Eigenlijk lijkt iedereen er voordelen in te zien. Het belangrijkste voordeel geldt de patiënt zelf. Volgens het project van het AMC is er sprake van 25% minder sterfte na een jaar dan bij de reguliere aanpak. De stichting CVA gaat uit van een nog hoger percentage. De overlevenden verkeren gemiddeld genomen bij de nieuwe aanpak in een betere conditie dan bij de oude aanpak. Het zorgsysteem kan er beter op worden doordat deze mensen er minder vaak een beroep op doen. Dat biedt ook financiële voordelen voor de verze-

keraar. Het is natuurlijk wel zo – en dat geldt voor al die levensreddende activiteiten in de gezondheidszorg – dat de ziekte als zodanig niet genezen wordt, zodat deze mensen kosten zullen blijven maken in de gezondheidszorg. Overigens is de helft boven de 70 en dus op een leeftijd waarop men sowieso zorg consumeert. Men dient dan ook in de berekeningen te verwerken – zoals bij epidemiologische studies ook gebeurt, maar wat de stichting CVA niet heeft gedaan – dat als men meer mensen in leven houdt, dit kosten oplevert. Daar is uiteraard geen enkel bezwaar tegen, omdat het doel van de gezondheidszorg is, mensen beter te maken, maar het moet natuurlijk wel in een kosten-batenplaatje worden verwerkt.

Dat het onderwerp in Nederland zo hoog op de agenda staat, is waarschijnlijk mede een gevolg van de activiteiten van de stichting CVA en de Hartstichting.

Er lijkt in Nederland op dit terrein overeenstemming te zijn over wat er op het punt van de zorg moet gebeuren, maar er blijkt verschillend te worden gedacht over de vormgeving van de aanpak. Iedereen wil als het ware de schotten tussen ziekenhuis en verpleeghuis weghalen om samen de patiënt in één logistiek zorgproces zo snel mogelijk van het ene goede adres naar het andere goede adres te helpen: zo kort mogelijk in het ziekenhuis, daarna naar een soort stroke unit in een verpleeghuis of ergens anders waar actief wordt gerevalideerd en gereactiveerd, en dan weer naar huis, zo nodig met thuiszorg. De Vereniging van neurologie heeft nu richtlijnen gepubliceerd voor de behandeling, maar deskundigen zeggen dat een goed team de sleutel tot het succes is. De neuroloog, de revalidatiearts, de fysiotherapeut, de ergotherapeut, de gespecialiseerde verpleegkundige en de maatschappelijk werker moeten elkaar kennen en met elkaar samenwerken. De revalidatiearts moet bijvoorbeeld bereid zijn al op de eerste dag dat de patiënt in het ziekenhuis ligt aan het bed te verschijnen, om te beoordelen wat de fysiotherapeut vanaf dat moment kan doen om een zo goed mogelijk uitgangspunt voor de revalidatie te scheppen. Dat deze mensen samen een team vormen, is belangrijker dan de plaats waar stroke units en dergelijke worden gesitueerd.

Er gebeurt veel in het veld, ook zonder dat daarvoor bij het ministerie om geld wordt gevraagd. Het huidige budget werkt wat dat betreft niet stimulerend, omdat de verpleegdagen nog één van de budgetparameters vormen. De bewindsvrouw heeft de ziekenhuizen daarom bij brief in de gelegenheid gesteld om in navolging van de specialisteninitiatieven met aanneemsommen te gaan werken, waardoor gelden ingezet kunnen worden waar zij dat nuttig vinden – ook buiten het ziekenhuis – zonder dat zij aan de budgetparameters gebonden zijn. Een groot aantal ziekenhuizen in het Brabantse heeft daarop al ingetekend. Ziekenhuizen die een deel van hun leegstaande bedden willen reserveren voor intensieve verpleeghuiszorg kunnen in het kader van de WZV een functiewijziging aanvragen. Zulke aanvragen worden zo vlot en positief mogelijk afgewerkt, zodat er binnen de ziekenhuismuren een volume-uitbreiding van verpleeghuiszorg ontstaat.

Verpleeghuizen hebben wachtlijsten en zijn dan ook zeer geïnteresseerd in het uitbreiden van hun taken in ziekenhuisvleugels met leegstaande bedden.

Het gaat bij CVA-patiënten niet om normale verpleeghuiszorg, maar om intensieve reactivering. Veel verpleeghuizen noemen zich dan ook verpleeg- en reactiveringscentrum. Die intensieve reactivering is duurder dan het normale verpleeghuistarief. Voor de korte termijn biedt de flexizorg daarvoor ruimte. Blijkens het NIVEL-rapport hebben sommige verpleeghuizen ook een hoog verpleegtarief kunnen afspreken met de verzekeraar. Op de langere duur moet dit ook structureel geregeld worden. De minister zei daarom bereid te zijn de mogelijkheden voor speciale tarieven voor speciale doelgroepen in het verpleeghuis te onderzoeken. De Nederlandse vereniging voor verpleeghuiszorg werkt hiervoor een plan uit.

Er is dus al veel mogelijk zonder knip in de verpleeghuiszorg. De ervaring met de thuiszorg leert dat bij een zorginhoudelijk gedefinieerde knip afwentelingsproblemen kunnen ontstaan, nog los van de vele tijd die het onderhandelen met de verschillende verzekeraars vergt. Er is ook een ander type knip mogelijk, waarbij bijvoorbeeld het eerste jaar verpleeghuis en het eerste jaar thuiszorg worden aangemerkt als tweedecompartimentszorg. Inderdaad moet in dezen, mede naar aanleiding van de ervaringen in de thuiszorg, een besluit genomen worden.

Dat CVA-patiënten verschillende zorg nodig kunnen hebben en dat er dus zorg op maat moet worden geleverd, wil niet zeggen dat er direct na de beroerte of het herseninfarct niet volgens een protocol zou kunnen worden gewerkt. Het is daarom verheugend dat de Vereniging voor neurologie richtlijnen heeft uitgegeven over wat er in de verschillende stadia moet gebeuren.

De speciale ontwikkelingsgeneeskundecommissie heeft nagegaan of het ontwikkelingsgeneeskundeproject van het AMC en de Erasmus Universiteit wetenschappelijk solide is en of de getrokken conclusies wetenschappelijk valide zijn. Dezer dagen zal de Ziekenfondsraad het proces afronden met een advies. Naar verluidt, is dit positief en zullen onderzoeksrapport en advies binnen afzienbare tijd aan de minister worden aangeboden. Het rapport zal wel binnenkort in druk verschijnen en aan de Kamer toegezonden kunnen worden. Dit project is een belangrijke bron van kennis over hoe een en ander moet worden aangepakt. Het ministerie heeft het getal 27 000 uit het rapport van het OG-project gehaald. Het verschil in getallen komt bijvoorbeeld doordat de één kleine attackjes waaraan alleen de huisarts te pas komt, ook meetelt en de ander niet.

De ontwikkeling naar poliklinische behandeling en dagbehandeling gaat zo snel, dat het ministerie het niet kan bijhouden met verlaging van de normen. Er is dan ook alle reden om leegstaande ziekenhuisvleugels te gebruiken voor stroke units. In Rotterdam kan een binnen de aanpak van de stichting CVA passend project van twee ziekenhuizen en twee verpleeghuizen zonder enige (ver)bouwkosten binnen een halfjaar van start.

Terecht is de visie van de stichting CVA dat alle Nederlanders met CVA recht hebben op de juiste aanpak. De stichting wil meteen over de volle breedte overgaan op één model. De stichting heeft voor veertien verpleeghuizen een verbouwing aangevraagd ten bedrage van ongeveer 5 mln. per verpleeghuis, te betalen uit het al bestaande bouwbudget. De verpleeghuizen hebben de aanvraag niet medeondertekend, wat procedureel niet juist is. De Wet ziekenhuisvoorzieningen zal toch moeten worden toegepast. Bovendien is gebleken dat vaak niet alle details zijn doorgesproken. De minister zou liever zien dat er in één of twee regio's een plan werd ingediend, ook ondertekend door de directies, met een goed uitgewerkt protocol met parameters voor de beoordeling van de effecten voor de patiënten en de financiële resultaten. Daaruit zouden dan harde conclusies moeten worden getrokken. Zij was bereid een dergelijke aanpak snel te subsidiëren.

Met het door haar genoemde bredere perspectief bedoelde zij dat het door de stichting CVA gewenste traject toepasbaar is op een groot aantal ziektebeelden. Daarvoor moet men oog houden bij de beoordeling. Binnenkort zal een project van acht ziekenhuizen van start gaan, die voor verschillende patiëntencategorieën vorm willen geven aan herinrichting van het zorgproces. Dit project wordt voor 2 mln. gefaciliteerd.

De bewindsvrouw gaf er de voorkeur aan in augustus in één stuk een overzicht van de knelpunten en de actiepunten en een plan de campagne te presenteren.

Zij dacht dat de door de stichting CVA voorgestelde aanpak

waarschijnlijk wel de juiste is, zij het dat het haars inziens niet nodig is dat stroke units altijd in verpleeghuizen worden gelokaliseerd.

Zij beaamde dat de revalidatiearts mede dankzij de moderne technologie veel meer kan doen dan vroeger. Het is dankzij die technologie zelfs mogelijk dat iemand met twee verlamde benen loopt.

De minister bevestigde dat het vaak heel goed gaat in de thuiszorg. Zelf was zij op de dag van de verpleging 's ochtends met een wijkverpleegster mee de wijk in geweest en had een team jonge mensen aangetroffen die het werk met veel plezier deden, al zouden zij er graag nog een personeelsplaats bij hebben om de wachtlijst voor avondzorg weg te werken. Zij hadden over de knip een goede afspraak gemaakt met het ziekenfonds. Dat zij met de particuliere verzekeraar moesten onderhandelen, vonden zij zonde van de tijd.

De bewindsvrouw was van mening dat moet worden geprofiteerd van het feit dat er 56 initiatieven zijn, die niet allemaal hetzelfde zijn. Zij wilde het NIVEL wel vragen ervoor te zorgen dat deze initiatieven op een onderling vergelijkbare manier worden geëvalueerd. Zij was bereid dit te financieren.

De stichting CVA ziet zelf de door haar genoemde norm (8 dagen ziekenhuis, 40 dagen verpleeghuis) als voorbeeldmodel en niet als starre norm.

De door de stichting CVA voorgestelde benadering van de CVA-patiënt, waarbij meteen vanaf de eerste dag naar rehabilitatiemogelijkheden wordt gekeken waarop de zorg wordt afgestemd, leent zich vooral voor ziekten als gevolg van een acute gebeurtenis: hartinfarct, herseninfarct, hersenbloeding, gebroken heup en dergelijke. Voor ziekten met een sterk chronische karakter is een iets andere aanpak nodig.

De minister zei het ermee eens te zijn dat moet worden ingezet op diverse parameters en dat er extra geld beschikbaar moet worden gesteld indien er voor een betere aanpak van deze volksziekte extra geld nodig is. Degenen die zich ermee bezighouden, zeggen dat het dan hoogstens gaat om investeren voor iets wat een opbrengst oplevert.

De **staatssecretaris** was het zeer eens met de opmerking dat niet vergeten mag worden dat er meer patiënten zijn met niet-aangeboren hersenletsel. Hun aantal is kleiner en gevarieerder, maar deze gevallen zijn net zo dramatisch als een geval van CVA.

Mede naar aanleiding van het rapport van de Hartstichting met de 51 knelpunten heeft het ministerie geld beschikbaar gesteld voor de facilitering van een twintigtal regionale hersenletselteams, die zich bezighouden met alle patiënten met niet-aangeboren hersenletsel. Het onderzoek van het NVVZ, dat moet resulteren in een landelijk beleidskader voor ziekenhuisverplaatste zorg, zowel zorginhoudelijk als financieel, heeft ook betrekking op andere patiënten dan CVA-patiënten.

Nadere gedachtewisseling

De heer **Oudkerk** (PvdA) constateerde dat er blijkens het AMC-project een enorme progressie mogelijk is bij het terugdringen van het aantal mensen die binnen een jaar na een beroerte of herseninfarct alsnog overlijden.

Hij was het uiteraard eens met het uitkomen van één stuk in augustus.

Is het in het kader van de aanneemsom wettelijk mogelijk dat een ziekenhuis bijvoorbeeld ook ziekenhuisverplaatste thuiszorg gaat leveren? Dan zou in feite functioneel het resultaat van een knip worden bereikt zonder dat die wordt aangebracht.

Hoe kan de raad van bestuur van een ziekenhuis worden gestimuleerd om een functiewijziging in het kader van de WZV aan te vragen om leegstaande bedden om te zetten in verpleeghuiszorgbedden?

Eigenlijk is iedereen het erover eens dat de CVA-zorg anders moet. Zou

het niet mogelijk zijn om alle initiatiefnemers en betrokkenen samen met de stichting CVA bij elkaar te brengen om compromissen te bereiken? Het gaat tenslotte om de zorg voor patiënten.

Tot slot deelde de heer Oudkerk mede zijn motie aan te houden tot de brief in augustus verschijnt.

Mevrouw **Kamp** (VVD) stelde dat de aanpak toch grootschalig wordt, terwijl de minister duidelijk heeft gemaakt dat de teamvorming het belangrijkste is. In die zin zag zij wel iets in het door de stichting uitwerken van een enkel project. Het verheugde mevrouw Kamp dat de minister heeft aangegeven hoe belangrijk de revalidatie en de technologische mogelijkheden daarbij zijn, ter bevordering van de zelfstandigheid van mensen.

Bij de bespreking van de uitwerking van het regeerakkoord is politiek bewust gekozen voor de driecompartimentenindeling, dus ook voor barrières. Mevrouw Kamp had daarbij meer dan eens ingebracht dat bij een knip tussen cure en care toch de factor tijd een rol zou moeten spelen om afwentelingsmogelijkheden te voorkomen. Iemand die langer dan een jaar in het ziekenhuis ligt, valt onder de AWBZ. Zij wilde uiteraard graag weten wanneer er inzake de knip een conclusie wordt getrokken.

Mevrouw Kamp was blij dat de minister de mogelijkheid van de aanneemsom heeft genoemd en wees in dat kader op de eerdere discussie over het experiment in de regio Eindhoven.

Tot slot stelde mevrouw Kamp dat het kabinet actief duidelijk zal moeten maken dat het mogelijk is om lege ziekenhuisafdelingen om te bouwen tot stroke units of te gebruiken ter vergroting van de verpleeghuiscapaciteit.

De heer **Van Boxtel** (D66) vroeg hoe het mogelijk wordt gemaakt de ombouw in ziekenhuizen te realiseren ten bate van dit soort zorgspecifieke doeleinden. Mogelijk zou een voorbeeld kunnen worden genomen aan het experiment in Zuidoost-Brabant waarbij met eigen budgettering werd gewerkt.

Bij de uitwerking van de experimenten zal bekeken moeten worden hoe het best vorm en inhoud kan worden gegeven aan een specifieke atmosfeer voor CVA-patiënten. Hij steunde de wens om in een of twee regio's alle betrokken partijen, inclusief de revalidatieartsen, bij elkaar te brengen om te komen tot verbetering van de CVA-opvang, zo mogelijk met inderdieneffecten.

De heer **Van der Vlies** (SGP) betoogde dat als eenieder voordelen ziet in een andere CVA-opvang, iedereen ook aangesproken moet worden op een bijdrage daaraan, overeenkomstig zijn of haar mogelijkheden. Hij steunde het voornemen van het kabinet om gezondheidswinst te boeken en sterftereductie te bereiken.

Hij verwachtte in de brief van augustus te zullen zien waar en hoe de barrières worden opgelost. Dat de stichting CVA subsidie zal krijgen, mits haar verzoeken aan enkele vormvereisten voldoen, is een stap vooruit. Enige synchronisering van wat zich ontwikkelt, lijkt goed voor de inpasbaarheid in het stelsel, want het moet uiteindelijk toch in een structureel beleids- en financieringskader passen.

De heer **Lansink** (CDA) beaamde dat teamvorming in wezen belangrijker is dan gebouwen.

De **minister** stelde dat de aanneemsomssystematiek zonder meer bruikbaar is voor de ziekenhuisverplaatste thuiszorg. In verschillende regio's hebben ziekenhuizen in samenspraak met verpleeghuizen al gekozen voor het ombouwen van leegstaande afdelingen tot afdelingen met verpleeghuisbedden. Ziekenhuizen hebben er zelf ook belang bij,

omdat ziekenhuisverplegenden het deprimerend vinden iemand te moeten blijven verplegen die naar een verpleeghuis zou moeten. Bovendien kan het ziekenhuis wanneer zo'n patiënt naar het goede bed kan worden overgebracht, het ziekenhuisbed weer gebruiken voor iemand die op de eigen wachtlijst staat. De minister was voornemens in een volgend overleg met de Vereniging van ziekenhuizen te vragen of er misschien nog belemmeringen zijn.

Bij interruptie werd gesteld dat raden van bestuur van een ziekenhuis momenteel niet geprikkeld worden tot zo'n besluit, omdat zij voor een leeg bed grosso modo evenveel krijgen als voor een vol bed. De minister betoogde dat dit niet het geval is, omdat op zo'n leeg bed geen productie wordt gemaakt. Het is wel verwerkt in het vaste budgetdeel.

De aanneemsom alleen is niet de oplossing, want iedereen wil dat transparant wordt wat er in de ziekenhuizen gebeurt en dat kan worden vastgesteld wat de geïntegreerde medisch-specialistische zorg inhoudt. De productprijs is ook voor de medische specialisten van belang, omdat zij dan zelf ook inzicht krijgen in wat zij doen en wat anderen doen.

De minister vond het een goed idee om alle initiatiefnemers bij elkaar te brengen om op die manier te proberen een soort synchronisatie tot stand te brengen op weg naar een structurele verbetering van het zorgsysteem. Het moet zo snel mogelijk toe naar die verbetering. Daarom sprak zij de hoop uit dat de stichting CVA haar voorstel zodanig wil aanpassen, dat de bewindsvrouw er moeiteloos mee kan instemmen, wat nu niet mogelijk is, onder meer omdat de Wet ziekenhuisvoorzieningen niet uitgeschakeld kan worden. Die aanpassing leek haar zeer wel mogelijk, gegeven de vele deskundigen in de stichting.

De bewindsvrouw zei dat het in haar bedoeling lag om een eventuele knip in de verpleeghuiszorg pas voor te stellen als een voorstel daartoe onderbouwd kan worden met de inzichten, verworven met de knip in de thuiszorg. Wat mevrouw Kamp wil, lijkt niet onuitvoerbaar, maar zal toch eerst goed doordacht moeten worden op alle consequenties, ook in het gedrag van partijen. De minister beaamde desgevraagd dat als de aanneemsom echt blijkt te werken, er al een soort functionele knip is.

Zelfs als de stroke unit voor de 40-dagenperiode binnen de muren van het ziekenhuis wordt gerealiseerd, dan nog is er inderdaad een andere ambiance nodig. Er zal een prettige reactiveringscentrumachtige sfeer moeten worden gecreëerd. Momenteel worden in sommige ziekenhuizen ook vleugels met een huiskamerachtige sfeer ingericht voor de zorg voor terminale patiënten.

De voorzitter van de commissie,
Van Nieuwenhoven

De griffier van de commissie,
Teunissen