

# De Edisse-studie

## Beroerte, beroering en borging in de keten.

Heeft u ook over de resultaten van de Edisse-studie vernomen in de media (journaal, kranten)? Heeft U zich ook afgevraagd waar dit nou precies over ging? Het rapport (13.60 euro, ISBN 90-5763-032-X) wordt hierbij kort samengevat en becommentarieerd.

### **Edisse staat voor Evaluation Dutch Integrated Stroke Service Experiments**

In 1997 selecteerde ZON drie transmurale CVA-projecten in Delft, Haarlem en Nijmegen. Deze 3 stroke services streefden in ieder geval naar :

- verkorte ligduur in het ziekenhuis
- goede revalidatie in het verpleeghuis
- budgettaire neutraliteit (op macro en meso niveau)

De 3 stroke services werden vergeleken met 3 spiegelregio's. In alle 6 de situaties waren er revalidatiecentra en -artsen betrokken.

De studie kende diverse onderdelen. Voor 1 onderdeel (beschreven in paragraaf 4.2) namen een aantal revalidatie artsen, waaronder wijzelf, deel aan multidisciplinaire panels. Deze panels kregen 101 anonieme casus beschrijvingen voorgelegd. Aan de hand van criteria uit de CBO Beroerte consensus werd vast gesteld of er zorgtekorten waren.

### **De belangrijkste bevindingen van de Edisse studie waren volgens het rapport:**

Geen enkele regio voldoet nog aan alle minimum eisen voor een stroke service. Delft benadert het ideale model het meest. Het Delfse model behaalde op bijna alle punten de beste resultaten: betere gezondheidseffecten, kosteneffectiviteit, patiëntentevredenheid en hulpverlenerstevredenheid.

### **Wat is nu het Delfse model:**

In het Reinier de Graaf ziekenhuis is een acute stroke unit ingericht, in de Bieslandhof een verpleeghuis stroke unit met nauwelijks wachttijd, waarin alle CVA patienten kunnen worden opgenomen en er zijn afspraken met een thuiszorgorganisatie Maatzorg. Daarnaast zijn er 3 transmurale CVA verpleegkundigen werkzaam. Zij bevorderen de doorstroming in de hele zorgketen. Het revalidatiecentrum (Sophia in Den Haag) wordt nauwelijks genoemd omdat er maar een paar patienten heen gingen.

### **Wat wordt geconcludeerd?**

In het rapport wordt beschreven dat de stroke service een kosteneffectieve verbetering in de zorg lijkt. Hierbij is oa van belang dat de hulpverleners

van de instellingen elkaar goed kennen en de doorstroming soepel verloopt. Een unieke relatie tussen een ziekenhuis en een verpleeghuis zou hier wel eens de eenvoudigste vorm kunnen zijn.

### **Onze reactie**

Wij plaatsen graag enige kanttekeningen bij het rapport: de data zijn niet makkelijk controleerbaar, ook niet voor mensen die bij de studie betrokken zijn geweest.

De beschreven effecten betreffen met name de logistiek (kortere bedbezetting in het ziekenhuis), kosteneffectiviteit en inhoud in de ziekenhuisfase en weinig de inhoud van de revalidatiefase (dit komt in de CBO consensus weinig aan bod). De positieve resultaten zijn ons inziens dan ook grotendeels toe te schrijven aan een goed werkende stroke unit en een zeer korte wachtlijst voor het verpleeghuis, gefaciliteerd door een transmuraal verpleegkundige.

Uiteraard hebben hier veel mensen baat bij: iedereen maakt de ziekenhuisfase mee; 31 % het VPH. Verbeteringen in deze basiszorg zijn dan ook zeker toe te juichen. Het gevaar is dat in alle euforie hierover vergeten wordt dat er ook specialistische zorg nodig is ten behoeve van een deel van de CVA patiënten, en specialistische ondersteuning tav de basiszorg. Dit dient goed verankerd te worden in de huidige ketenontwikkelingen om te voorkomen dat patiënten tekort wordt gedaan.

### **Ons inziens ligt de meerwaarde van de revalidatiegeneeskunde in:**

- snelle medebehandeling in de ziekenhuisfase en het mee oordelen over ontslag naar huis en nazorg (dit is de grootste patiënten groep!);
- de klinische en poliklinische revalidatie voor mensen met complexe problematiek en complexe doelen, waarvoor specifieke kennis, ervaring en interdisciplinair teamwerk vereist is;
- het indiceren in het verpleeghuis voor revalidatiegeneeskundig handelen op onderdelen (spasmebehandeling ed), evt overname van patiënt in het RC;
- idem dito voor de 1<sup>e</sup> lijn; een laagdrempelige nazorg poli zou hierin van belang kunnen zijn, evenals versterkte samenwerking met de 1<sup>e</sup> lijnsdisciplines;
- als kenniscentrum voor alle CVA patiënten. Gedacht kan worden aan scholing binnen de hele keten (vb implementeren van de richtlijnen voor beroerte van de Nederlandse Hartstichting), aan specialistische spreekuren (schoeisel en orthesen, spasticiteit, cognitieve diagnostiek, afasieteam), behandel modules gericht op tijdsbesteding (arbeid, sport, vrije tijd) en vervoer, partnercursussen mede begeleiden, etc.

Anne Visser-Meily, revalidatie-arts (UMCU-Hoogstraat, Utrecht),  
Dr Sylvia Remerie, revalidatie-arts (Rijndam Adriaanstiting, Rotterdam)