

Leidraad Geriatrische Revalidatie Zorg

Versie 1.1

1 maart 2013



Colofon

Dit rapport is gemaakt in opdracht van de Regieraad Kwaliteit van Zorg (Leidraad geriatrische Revalidatie Zorg, projectnummer: 89-89100-98-304) en het ministerie van VWS (subsidienummer 320506),
Dit is de tweede, herziene, versie. De eerste versie is in juli 2012 verschenen.

Dankwoord

De auteurs willen op deze plaats hun dank uit spreken voor de welwillende medewerking aan interviews, ronde tafel conferentie en focusgroepen van vele betrokkenen in het veld. Wij nodigen alle betrokkenen van harte uit het rapport te downloaden (www.proeftuinen.grz.nl) en hun eventuele reacties en/of vragen over deze rapportage kenbaar te maken, bij voorkeur via singer@lumc.nl

Wij danken ook de Stuurgroep proeftuinen revalidatiezorg voor het actief meedenken bij de opzet en uitvoering van het onderzoek, en de Regieraad Kwaliteit van Zorg voor het financieel mogelijk maken hiervan.

Namens het consortium Geriatrische Revalidatie: LUMC/VUmc/MUMC:

- LUMC, afdeling Public Health en eerste lijnsgeneeskunde:
Drs. G.(Ineke) Zekveld, Dr. R. (Romke) van Balen, Prof. Dr. W.P. Achterberg
- MUMC+, Dept. Health Services Research
Dr. J.C.M. (Jolanda) van Haastregt, Prof. Dr. J.M.G.A. (Jos) Schols
- VUmc, afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde
Drs. A.J. (Aafke) de Groot, Prof. Dr. C.M.P.M. (Cees) Hertogh

Onder eindverantwoordelijkheid van:
Prof. Dr. W.P. (Wilco) Achterberg,
Hoogleraar institutionele zorg en ouderengeneeskunde
LUMC, Leiden

ONTWERP METHODE	8
UITVOEREN DATA-VERZAMELING.....	8
ANALYSES.....	8
SCHRIJVEN EINDRAPPORT	8
MEDE-AUTEUR & ADVIES	8
HOOFDSTUK 1. INLEIDING.....	10
1.1 LEESWIJZER	10
1.2 WAAROM IS EEN LEIDRAAD GRZ GEWENST?	10
1.3 DOELGROEP LEIDRAAD.....	10
1.4 OPZET, METHODE EN BRONNEN.....	11
1.5 VOORTGANG VAN DEZE LEIDRAAD NA 1-1-2013.....	11
1.6 VIJF KERNASPECTEN VAN GERIATRISCHE REVALIDATIEZORG.....	12
HOOFDSTUK 2. AANBEVELINGEN.....	16
1.7 PLANNING EN CAPACITEIT	19
1.7.1 Triage.....	19
1.7.2 Concentreren.....	20
1.7.3 Differentieren naar doelgroepen.....	21
1.7.4 Opnameduur ziekenhuis, duur van de revalidatie.....	22
1.8 KETENZORG GRZ.....	23
1.8.1 Ketenpartners.....	24
1.8.2 Afspraken keten.....	24
1.8.3 Integrale keten versterken	26
1.8.4 Zorgpaden (zorgtrajecten).....	27
1.8.5 Ketenregisseur.....	28
1.9 ZORGTRAJECTEN.....	28
1.9.1 informatie overdracht.....	29
1.9.2 Casemanagement (trajectbegeleiding).....	30
1.9.3 Poliklinische revalidatie en nazorg.....	31
1.9.4 Rol cliëntenorganisaties.....	32
1.10 DESKUNDIGHEID EN METHODEN.....	33
1.10.1 Revalidatieproces.....	33
1.10.2 Disciplines.....	35
1.10.3 Therapeutisch klimaat.....	36
1.10.4 Intensivering therapie.....	37
1.10.5 Klinimetrie	38
1.11 KENNIS EN INNOVATIE	39
1.11.1 Scholing.....	39
1.11.2 Kennisnetwerken en richtlijnontwikkeling.....	41
1.12 EVALUATIE	41
1.12.1 Prestatie indicatoren	41
1.12.2 Uitkomstmaten (zie ook 2.4.5 klinimetrie).....	43
1.12.3 Andere criteria.....	44
1.13 ZORGINKOOP	44
1.13.1 Rol zorgverzekeraars.....	44
1.13.2 Contracteren.....	46
HOOFDSTUK 3: INSPIRERENDE VOORBEELDEN.....	48
1.14 PROEFTUIN AMSTERDAM: <i>HET SLEUTELBEGRIIP IS SAMENWERKING!</i>	48
1.15 PROEFTUIN DE KEMPEN: <i>SMART DOELEN ONMISBAAR VOOR EEN GOEDE DOORSTROOM!</i>	50
1.16 PROEFTUIN NAARDERHEEM: <i>BALANS TUSSEN SAMENWERKING, INHOUDELIJKE Kwaliteitsverbetering én bedrijfsprocessen!</i>	51
1.17 PROEFTUIN NIJMEGEN: <i>KENNIS ALS KRACHT</i>	53
1.18 PROEFTUIN ROOSEDAAL: <i>NIET 'ZITTEN EN WACHTEN', MAAR OEFENEN!</i>	54
1.19 PROEFTUIN ROTTERDAM: <i>ALLES IS REVALIDATIE</i>	55

1.20	PROEFTUIN TERBORG: <i>SAMEN STERK</i>	56
1.21	PROEFTUIN ZAANSTREEK: <i>VERSTERKEN SAMENWERKING VERPLEEGHUIS – ZIEKENHUIS</i>	57
HOOFDSTUK 4: IMPLEMENTATIE LEIDRAAD GRZ EN KNELPUNTEN		59
BIJLAGEN		62
BIJLAGE 1.	DEELNEMERS FOCUSGROEPEN	62
BIJLAGE 2.	LIJST VAN GEÏNTERVIEWDEN	63
BIJLAGE 3.	DEELNEMERS EXPERTMEETING (RONDE TAFEL CONFERENTIE).....	64
BIJLAGE 4.	SAMENVATTING TRIAGE INSTRUMENT REVALIDATIEZORG	65
BIJLAGE 5.	KWALITEITSEISEN REVALIDATIEZORG LAURENS, ROTTERDAM.....	67
BIJLAGE 6.	OVERIGE REFERENTIES	71

Voorwoord

Mevrouw de Vries is blij met goede zorg

Mevrouw de Vries (81) woont zelfstandig thuis. Elke dag helpt de thuiszorg haar met haar kousen aantrekken. Zij komt enkele keren per jaar bij de huisarts of de praktijkverpleegkundige vanwege COPD en artrose. Lopen gaat niet meer zoals vroeger, buitenshuis gebruikt ze een rollator. Ze heeft hulp van haar kinderen en burens bij de dagelijkse besommingen.

Vandaag echter, struikelt ze ongelukkig, en breekt haar heup.

Ze denkt meteen terug aan haar moeder, die op haar 78^e een heup brak. Toen lag haar moeder 4 weken in het ziekenhuis, en was er lang onduidelijkheid over het hoe het verder moest. De chirurg zei dat de operatie geslaagd was, maar ze kon helaas nooit meer terug naar haar eigen huis. Ze verbleef de laatste 4 jaar van haar leven in het verpleeghuis. Het duizelde haar als dochter toen: chirurg, longarts, cardioloog, fysiotherapeut, revalidatie arts, verpleeghuisarts., En bij iedereen moest ze steeds weer het zelfde verhaal doen, iedere keer leek het of ze opnieuw moest beginnen.

Mevrouw de Vries is blij, dat zijzelf verzekerd is bij Zalige Zorg, een verzekeraar die prima afspraken heeft gemaakt met allerlei instanties, over ketenzorg bij een gebroken heup. Bij opname in het ziekenhuis, wordt haar direct verteld wat voor operatie geadviseerd wordt, en wat de verwachtingen voor het herstel zijn. Er wordt aan haar gevraagd hoe het thuis de laatste tijd ging, en ook de huisarts geeft informatie over mevrouw de Vries aan de behandelend arts in het ziekenhuis.

Al binnen enkele dagen, wordt duidelijk dat er een goede kans op herstel is. Mevrouw de Vries wil heel graag weer naar haar eigen huis, maar boodschappen doen en zelf koken is niet meer absoluut een voorwaarde, dat wil ze ook wel op een andere manier regelen.

Mevrouw de Vries wordt goed geïnformeerd over de mogelijkheden van training, en de verschillende opties: zorghotel, verpleeghuisrevalidatie, met opname of poliklinisch, of thuis revalideren via haar gezondheidscentrum bij haar eigen fysiotherapeut. Na goed onderling overleg tussen de specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater, en chirurg, bespreekt de transferverpleegkundige een dag na de operatie de mogelijkheden, en voor- en nadelen van de mogelijk trajecten. Gezien haar algemene toestand wordt mevrouw de Vries geadviseerd een korte klinische revalidatie op de revalidatieafdeling van verpleeghuis Avondsport te volgen, gevolgd door nabehandeling in haar eigen gezondheidscentrum. Ze is ook blij, om te horen dat de gemeente op tijd de aanpassingen in douche en toilet klaar zal hebben.

Als mevrouw de Vries 4 dagen na de operatie naar Avondsport gaat, heeft men daar alle relevante informatie over haar. Ze wordt pittig uitgedaagd om er alles uit te halen, en maakt goede vorderingen. De revalidatie-doelen die ze heeft aangegeven zijn: zelfstandig naar toilet, zelfstandig met rollator naar de burens. Pijnvrij kunnen lopen. Binnen 4 weken is dit resultaat voldoende behaald en kan ze naar huis.

Daar wordt mevrouw de Vries 3 keer per week behandeld door de fysiotherapeut van haar eigen gezondheidscentrum. Haar conditie gaat verder vooruit. Ze merkt dat ze nog niet kan wat ze voor de val kon, maar in haar nieuwe evenwicht, met aanpassingen en wat meer hulp in het dagelijks leven, kan ze prima verder. Wat een geluk, dat het ziekenhuis, Zalige Zorg, het team van Avondsport, de gemeente, de thuiszorg, het gezondheidscentrum en de huisarts gezamenlijk voor haar hebben klaargestaan!

Is het verhaal van mevrouw De Vries, een utopie? Wij denken van niet.

In deze leidraad worden aanbevelingen gegeven om te komen tot ketens van geriatrische revalidatiezorg die rondom mensen als mevrouw de Vries zijn georganiseerd. Mensen die op leeftijd zijn en kwetsbaar, en die met een acute aandoening worden opgenomen. De NPCF heeft in 2010 al aangegeven waaraan zorgpaden voor dergelijke situaties moeten voldoen. Die uitgangspunten kunnen verder doorvertaald worden naar de praktijk van zorgaanbieders en naar zorginkoop voor verzekeraar.

Deze leidraad wil voor zorgorganisaties en zorgverzekeraars de handvatten bieden, om de zorg inderdaad goed te organiseren rondom cliënten als mevrouw de Vries.

Deze leidraad GRZ is een tweede versie, inmiddels is de DBC-GRZ ingevoerd. Wij hopen dat we de komende jaren meer evidence-based en gevoed door de ervaringen van cliënten en hun mantelzorgers verder kunnen werken aan een cliëntgerichte en doelmatige geriatrische revalidatie zorg.

Prof. Dr. WP (Wilco) Achterberg

Consortium Geriatrische Revalidatie LUMC, MUMC, VUmc

Verantwoording en taakverdeling Leidraad GRZ	Ontwerp methode	Uitvoeren data-verzameling	Analyses	Schrijven eindrapport	Mede-auteur & Advies
Wilco Achterberg	X		X		X
Romke van Balen	X				X
Aafke de Groot	X	X	X	X	X
Jolanda van Haastrecht	X				X
Cees Hertogh	X				X
Jos Schols	X				X
Ineke Zekveld	X	X	X		X

Hoofdstuk 1. Inleiding

1.1 Leeswijzer

In dit rapport wordt de tweede versie van de Leidraad Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) gepresenteerd.

De Leidraad is een handleiding GRZ voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars en wordt in opdracht van de stuurgroep Proeftuinen GRZ en de RegieRaad Kwaliteit van Zorg ontwikkeld met het oog op de overgang van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet per 1 Januari 2013. De Leidraad GRZ is vooral een werkstuk dat voortkomt uit de inspanningen en resultaten van het landelijke project 'Proeftuinen Geriatrische Revalidatiezorg' waarin een scala van innovaties in de zorgpaden GRZ werden uitgevoerd en geëvalueerd.

In **hoofdstuk 1** worden de werkwijze en de totstandkoming van de Leidraad gepresenteerd. Het hoofdstuk eindigt met een beknopte beschrijving van GRZ in vijf kernaspecten.

In **hoofdstuk 2** worden themagewijs de uitspraken van de geïnterviewden en de discussies in de focusgroepen weergegeven. Op grond daarvan zijn per domein (groep van gespreksthemas) aanbevelingen geformuleerd. Deze worden gevolgd door citaten (citaten worden altijd *cursief* weergegeven).

In **Hoofdstuk 3** worden meerdere inspirerende voorbeelden van innovatieve GRZ beschreven. Deze voorbeelden zijn ontleend aan de Monitor Proeftuinen GRZ.

Hoofdstuk 4 geeft een korte aanzet voor de implementatie van deze Leidraad en de knelpunten in de uitvoering.

In de Bijlagen wordt een overzicht gegeven van de geïnterviewden, de focusgroepleden en de deelnemers aan de expertsessie (ronde tafel conferentie). De verwijzingen en literatuurbronnen worden weergegeven. Het overige geanalyseerde gespreksmateriaal is bij de auteurs op te vragen.

Het Triage instrument Revalidatiezorg¹ is ongeveer gelijktijdig met deze Leidraad gepubliceerd. Een samenvatting daarvan is opgenomen in de bijlage.

1.2 Waarom is een Leidraad GRZ gewenst?

Deze Leidraad beoogt een instrument te zijn voor het bevorderen van samenhangende en doelmatige GRZ die aansluit bij de behoeften en wensen van de cliënten en hun naasten. De Leidraad GRZ geeft richting aan die ontwikkeling door middel van aanbevelingen, waarmee zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk verder tot regionale afspraken kunnen komen. De Leidraad GRZ reikt dus bouwstenen aan voor goede, geïntegreerde zorg en behandeling. Hiermee ontstaat ruimte voor regionaal initiatief, voor constructieve afspraken tussen zorgketens en verzekeraars en voor verdergaande innovaties in de geriatrische revalidatiezorg. De Leidraad gaat niet in detail in op professionele vakkennis en de richtlijnen die de basis vormen voor het verlenen van GRZ maar beschrijft wel criteria en randvoorwaarden voor de inhoudelijke ontwikkeling van GRZ.

1.3 Doelgroep Leidraad

De Leidraad GRZ richt zich primair op zorgaanbieders (directies en Raden van Bestuur, managers) en op zorgverzekeraars (inkopers) betrokken bij de GRZ. Ook voor regionale planning en ontwikkeling kan er van de Leidraad gebruik worden gemaakt. De Leidraad is niet primair bestemd voor de professionals die de GRZ uitvoeren, of voor cliëntenvertegenwoordigers. Toch menen de auteurs dat ook voor hen deze Leidraad interessante aanknopingspunten kan bieden, en gebruikt kan worden voor discussie en praktijkontwikkeling.

¹ Triage instrument Revalidatiezorg , Verenso 2012

1.4 Opzet, methode en bronnen.

In deze Leidraad komen themagewijs de capaciteit, de (keten)organisatie, de zorgtrajecten, de methode, de evaluatie en de inkoop van ketenzorg GRZ aan bod. Een groot deel van de aanbevelingen berust (nog) op expert-opinion. Dit is de fase waarin het onderzoek naar ketenzorg GRZ zich nu bevindt. De komende jaren zal verdere aanscherping, uitwerking en evaluatie van criteria mogelijk zijn, aan de hand van metingen van de bereikte resultaten en voortgaande evaluaties op cliënt- of ketenniveau.

Deze versie van de Leidraad GRZ is gebaseerd op de volgende bronnen:

1. Inventariserende interviews relevante partijen [NPCF, Revalidatieartsen/RN, SO's/Verenso, medisch specialisten, ActiZ, ZN, VNZ,].
2. De procesmonitor proeftuinen GRZ, 2011 en SINGER, voorlopige rapportages.
3. Focusgroepen met kaderartsen GRZ en met Geriatrie Fysiotherapeuten
4. NPO projecten herstelzorg,, voorlopige bevindingen besproken tijdens de expertsessie, Juni 2012.
5. Zorgpaden herstelgerichte zorg, NPCF 2010
6. De Zorginkoopgids AWBZ . Zorgverzekeraars Nederland 2011
7. Revalidatie in de AWBZ. Omvang, aard en intensiteit . ETC Tangram – PHEG/LUMC, 2008
8. Aard en omvang geriatrische revalidatie 2009/2010. ETC Tangram, 2010
- 9.. Eindrapport geriatrische revalidatie. Verenso, 2009
10. Behandelkaders Geriatrische Revalidatie. Verenso 2010
- 11 Startdocument Leidraad GRZ . Consortium Geriatrische Revalidatie, 2011
- 12 Invitational conference/ronde tafel conferentie juni 2012

1.5 Voortgang van deze leidraad na 1-1-2013

De ontwikkelingen in de GRZ zijn door de overheveling naar de zorgverzekeringswet in een versnelling gekomen, de proeftuinen en de NPO-projecten zijn daarin mede een vliegwielt geweest.

Het is duidelijk dat er veel verbeteringen zijn doorgevoerd, maar er zijn zeker ook nog een aantal knelpunten, waarbij er nog een gebrek is aan kennis, structuur, organisatie of anderszins. Daarom is het noodzakelijk dat er meer onderzoek gedaan wordt naar deze aspecten, zodat innovatieve ontwikkelingen in het veld onderbouwd en gestimuleerd worden. In hoofdstuk 4 geven wij een aantal van deze knelpunten weer, hoewel niet uitputtend. Het zal dan ook duidelijk zijn, dat ook deze versie van de leidraad niet alle waarheid kan bevatten. Het consortium zal zich er hard voor maken, om ontwikkelingen te stimuleren om te streven naar vulling van deze hiaten, om de leidraad regelmatig te updaten met de nieuwste inzichten.

1.6 Vijf kernaspecten van geriatrische revalidatiezorg²

1.6.1 De definitie

van geriatrische revalidatie werd in 2009 omschreven door een werkgroep van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso 2009). Als uitgangspunt werd de internationale omschrijving van 'geriatric rehabilitation' gehanteerd: "evaluative, diagnostic and therapeutic interventions whose purpose is to restore functional ability or enhance residual functional capability in elderly people with disabling impairments (Boston Working Group, 1997)". In het Nederlands werd dit: "Geïntegreerde multidisciplinaire zorg die gericht is op verwacht herstel van functioneren en participatie bij laag-belastbare ouderen (frail elderly) na een acute aandoening of functionele achteruitgang. NB. Op grond van deze definitie is herstelzorg geen GRZ. Bij deze patiënten is er enkelvoudige problematiek, bijvoorbeeld beperkingen in het mobiliseren of conditieverlies, en bij het behalen van het revalidatiedoel staat de multidisciplinaire behandeling niet op de voorgrond. Deze patiënten worden tijdelijk opgenomen om te herstellen, meestal als gevolg van een combinatie van ongeschikte woonomstandigheden, ontbrekende mantelzorg en/of benodigde intensieve verpleging. De behandeling is beperkt (bijv. alleen fysiotherapie) en het opstellen van een multidisciplinair behandelplan is niet nodig. In de huidige praktijk werden deze cliënten vaak toch onder ZZP9 opgenomen. Bij herstelzorg kan men nog onderscheid maken tussen patiënten die wel intensieve verpleging nodig hebben maar waarbij de benodigde intensiteit van therapie beperkt is (in huidige situatie "tijdelijke" ZZP6) en patiënten die intramuraal dienen te herstellen wegens ongeschikte woonomstandigheden en ontbrekende mantelzorg (in huidige situatie KOV(kortdurende opname verzorgingshuis) of zorghotel plaatsen)

1.6.2 De methode

van de geriatrische revalidatie verschilt niet principieel van die van de specialistische revalidatie. De doelgroep is echter anders, veelal door de biologische leeftijd, comorbiditeit en het activiteitsniveau. Er is daardoor sprake van complexe problematiek. Door de gevolgen van langer bestaande of nieuw ontstane aandoeningen zijn geriatrisch revalidatie patiënten minder belastbaar, minder trainbaar en verminderd in staat tot het volgen van intensieve revalidatieprogramma's. Ze zijn medisch vaak instabiel en maken tijdens de revalidatieperiode meerdere intercurrente ziekten en/of complicaties door. Hierdoor bevindt geriatrische revalidatie zich op een kruispunt tussen ouderengeneeskunde en revalidatiezorg. Een triage instrument dat onderscheid maakt tussen specialistische revalidatie en geriatrische revalidatie is inmiddels ontwikkeld (zie bijlage).

1.6.3 De omvang.

De cijfers over de omvang van geriatrische revalidatie in Nederland zijn onvolledig en worden op verschillende manieren geregistreerd. Jaarlijks worden 25.000 -30.000 patiënten vanuit de ziekenhuizen in verpleeghuizen opgenomen ter revalidatie. 60% daarvan kan weer terug keren naar de oorspronkelijke woonomgeving, na een gemiddelde opnameduur van twee maanden. Ongeveer 10% van de patiënten overlijdt tijdens de opname en voor de overige 30% is een verhuizing naar een verzorgingshuis of verpleeghuis noodzakelijk. Vanuit de ziekenhuizen gaan ook cliënten die een vorm van GRZ nodig hebben direct naar huis. Zij worden in de eerste lijn of hier en daar poliklinisch behandeld. Deze groep komt niet terug in de registraties. Uit de AZR en CIZ registratie komen aantallen ZZP9 tot wel 50.000-60.000 per jaar. Over de werkelijke omvang van het aantal revalidanten is geen

² De cijfers in deze paragraaf zijn ontleend aan "Revalidatie in de AWBZ. Omvang, aard en intensiteit", ETC Tangram – PHEG/LUMC

duidelijkheid. Er werd tot 2013 geen landelijke registratie bijgehouden van revalidanten, die uit verpleeghuizen naar huis ontslagen worden.

1.6.4 Doelgroepen

Revalidatie in verpleeghuizen richt zich van oudsher op ouderen na een opname in het ziekenhuis wegens een acute aandoening of na een meestal ongeplande chirurgische ingreep. Aan de revalidatie in verpleeghuizen gaat in 93% een ziekenhuisverblijf vooraf (mediane duur van de ziekenhuisopname is 14 dagen). De meest voorkomende revalidatie indicaties zijn een gewrichtsvervangende ingreep (19%), een beroerte (24%), letsel ten gevolge van een trauma (26%) of een andere reden van conditieverlies, zoals buikoperatie, pneumonie, of hartfalen, samengevat als de doelgroep “overige aandoeningen”. (31%). Meestal zijn er afzonderlijke afdelingen voor de doelgroep neurorevalidatie (CVA en andere neurovasculaire aandoeningen) en voor de doelgroep traumatologie/orthopedie (fracturen, electieve orthopedie). GRZ patiënten zijn veelal oudere patiënten (gemiddelde leeftijd vrouwen 81 jaar en mannen 78 jaar) die gemiddeld vier nevenaandoeningen hebben, naast frequente problemen op het gebied van ADL, mobiliteit, cognitie, stemming, communicatie en gedrag. Hoewel het dagelijks functioneren van de patiënten gedurende het verblijf op de revalidatieafdeling gemiddeld verbetert, bereikt 53% van de patiënten niet het functionele niveau in ADL en mobiliteit van vóór de ziekenhuisopname. De meerderheid leert zich aanpassen aan een lager niveau van functioneren. Hierbij spelen naast het functieniveau, persoonlijke factoren en omgevingsfactoren een doorslaggevende rol.

1.6.5 Triage³

Het onderscheid tussen geriatrische revalidatie en specialistische revalidatie kan gezien worden als: de revalidatiearts is medisch specialist in revalidatievraagstukken, de specialist ouderengeneeskunde in complexe multimorbiditeit. Een oudere patiënt zonder complexe multimorbiditeit en met voldoende begrip van de situatie, die in voldoende mate leerbaar en trainbaar is, wordt behandeld door de revalidatiearts in het revalidatiecentrum. Een patiënt met complexe multimorbiditeit met als gevolg verlaagde belastbaarheid en verminderde leerbaarheid wordt behandeld door de specialist ouderengeneeskunde in het voor geriatrische revalidatie geoutilleerde verpleeghuis. Indien voor de revalidatie beide specialisten nodig zijn, wordt het verblijf bepaald door de hoofdbehandelaar. Af en toe kan nadien een overplaatsing nodig zijn.

“In het verpleeghuis is de revalidatiearts consulent voor specialistische revalidatievraagstukken. In de toekomst is ook de omgekeerde situatie wenselijk: de specialist ouderengeneeskunde is consulent voor complexe comorbiditeit/zorg prognostiek vraagstukken in het revalidatiecentrum.”

³ Zie voor de samenvatting van het Triageinstrument bijlage 4

Geriatrische revalidatiezorg kan gecontra-indiceerd zijn bij:

- Actuele verslavingsproblematiek
- Ernstige psychiatrische problematiek
- Dementie in een gevorderd stadium
- Ernstige comorbiditeit waardoor de revalidant in een preterminale fase verkeert.
- Ernstige onbeïnvloedbare stemmings- of gedragsstoornissen, bijvoorbeeld in het kader van cognitieve aandoeningen.

Hoofdstuk 2. Aanbevelingen

BIG FIVE

Planning en capaciteit: Een minimumomvang van 10-15 plaatsen per doelgroep⁴ is nodig om de kwaliteit- en doelmatigheid te waarborgen.

Ketenzorg: De regionale ketenpartners leggen afspraken over triage, zorgpaden, overdracht, ict, behandeling en doorstroming vast in een convenant.

Zorgtrajecten: Casemanagement (NB: dit kan ook zorgtrajectbegeleiding of zorgpadbegeleiding worden genoemd) wordt uitgevoerd door één van de behandelteamleden, bij voorkeur degene met een verpleegkundige of ergotherapeutische achtergrond.

Therapeutisch klimaat: De formatie verzorgenden (en behandelaars) is van voldoende omvang en kwaliteit om de revalidanten “met de handen op de rug” te kunnen begeleiden.

Innovatie: Zorgverzekeraars en de branche-/ beroepsverenigingen uit het veld van de GRZ (Actiz, Verenso, NVZ, VRA, RN, NCPF) stimuleren de wetenschappelijke onderbouwing van innovaties in de geriatrische revalidatie.

Inleiding:

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen geformuleerd en uitspraken weergegeven over belangrijke thema's van GRZ. Door gestructureerde interviews af te nemen, focusgroepbijeenkomsten te houden en een ronde tafel conferentie met experts te organiseren is veel materiaal verzameld voor deze aanbevelingen. Dit materiaal is geanalyseerd op de hieronder benoemde gespreksdomeinen, thema's en items. Het is rijk materiaal. Om de lezer een indruk te geven van het verkregen gespreksmateriaal worden na de aanbevelingen originele fragmenten weergegeven, in de vorm van citaten. Deze citaten zijn cursief gedrukt. De uitspraken geven kleur en achtergrond aan de thema's. De citaten geven een mening of visie weer van één of meerdere gesprekspartners en kunnen dus strijdig zijn of lijken met de huidige of gewenste situatie.

In bijlage 6 is voor belangstellenden per thema nog meer van het oorspronkelijke gespreksmateriaal opgenomen.

De aanbevelingen worden voorafgegaan door een korte beschrijving van het domein of thema. Zij willen de handvatten bieden waar het veld om vraagt. De regionale en landelijke inrichting en ontwikkeling van GRZ is urgent. Nogmaals merken wij op dat de aanbevelingen grotendeels gebaseerd zijn op mening van experts. (bewijskracht niveau 4). Bij het formuleren van de aanbevelingen is meegewogen in hoeverre een meerderheid van de geraadpleegde experts een dergelijke aanbeveling zou onderschrijven.

⁴ Zie Hoofdstuk 1.5.4.

LEVELS OF EVIDENCE / BEWIJSNIVEAUS IN NEDERLANDSE CBO / EBRO RICHTLIJNEN

Niveau 1	gebaseerd op een systematische review (A1) of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2	L1
Niveau 2	gebaseerd op ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B	L2
Niveau 3	gebaseerd op een onderzoek van niveau A2 of B, of op onderzoek van niveau C	L3
Niveau 4	mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden	L4

In het voeren van de gesprekken en het uitwerken van het materiaal bleek keer op keer dat de gekozen gespreksdomeinen niet volledig van elkaar te scheiden zijn, hetzelfde geldt voor de thema's. Het ene thema brengt het andere teweeg, en soms passen uitspraken of visies bij meerdere thema's. Revalidatiezorg is een intensieve multidisciplinaire interventie, geleverd door multidisciplinaire teams in een keten van samenwerkende zorgaanbieders. De verschillende kenmerkende elementen waaruit deze samengestelde interventie bestaat laten zich met de voor de Leidraad gekozen methode dus niet volledig gescheiden van elkaar beschrijven en analyseren.

Het is binnen de kaders van de methode dan ook niet goed mogelijk gebleken de samenstellende factoren van geriatrische revalidatiezorg geheel apart van elkaar te bespreken, te beschrijven en te evalueren. (zie ook opmerkingen hierover in het rapport procesmonitor⁵). Het was soms lastig de aanbevelingen aan het meest passende thema te koppelen. De indeling in thema's kan daardoor wat geforceerd overkomen. Wij vragen het begrip van de lezer daarvoor.

Aanbeveling:

Ontwikkel een model om de samenhang en het onderscheid van thema's in de GRZ weer te geven. Gebruik dit model voor de onderzoekagenda GRZ.

De volgorde van de domeinen(themagroepen) in dit hoofdstuk is gebaseerd op de gesprekslijn uit de interviews en de focusgroepen. Daarbij werd de rol van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten besproken, en werden allen bevraagd op de **capaciteit en kwaliteit van GRZ ketens**. Met die onderwerpen begint dit hoofdstuk.

In de ronde tafel conferentie (expertmeeting) van 6 Juni 2012 werd door alle deelnemers nogmaals het grote belang van het cliënten perspectief en de cliëntgerichte zorg in de geriatrische revalidatie benadrukt. Daarom worden de **zorgtrajecten** als derde "domein"(themagroep) in deze leidraad onder de loep genomen. In dat domein worden de thema's behandeld die vanuit het cliëntperspectief zo belangrijk zijn. Met het in gebruik nemen van zorgpaden wordt beoogd overgangen in de zorg minder belastend te maken voor cliënten, met casemanagement (of trajectbegeleiding) wordt beoogd de cliënt en mantelzorger, waar nodig, te ondersteunen in de eigen regievoering gedurende alle fasen van het proces.

Vervolgens komen de factoren die de kwaliteit van het (klinische en ambulante) revalidatieproces bepalen aan de orde, hier samengevat als het domein **deskundigheid en methode**.

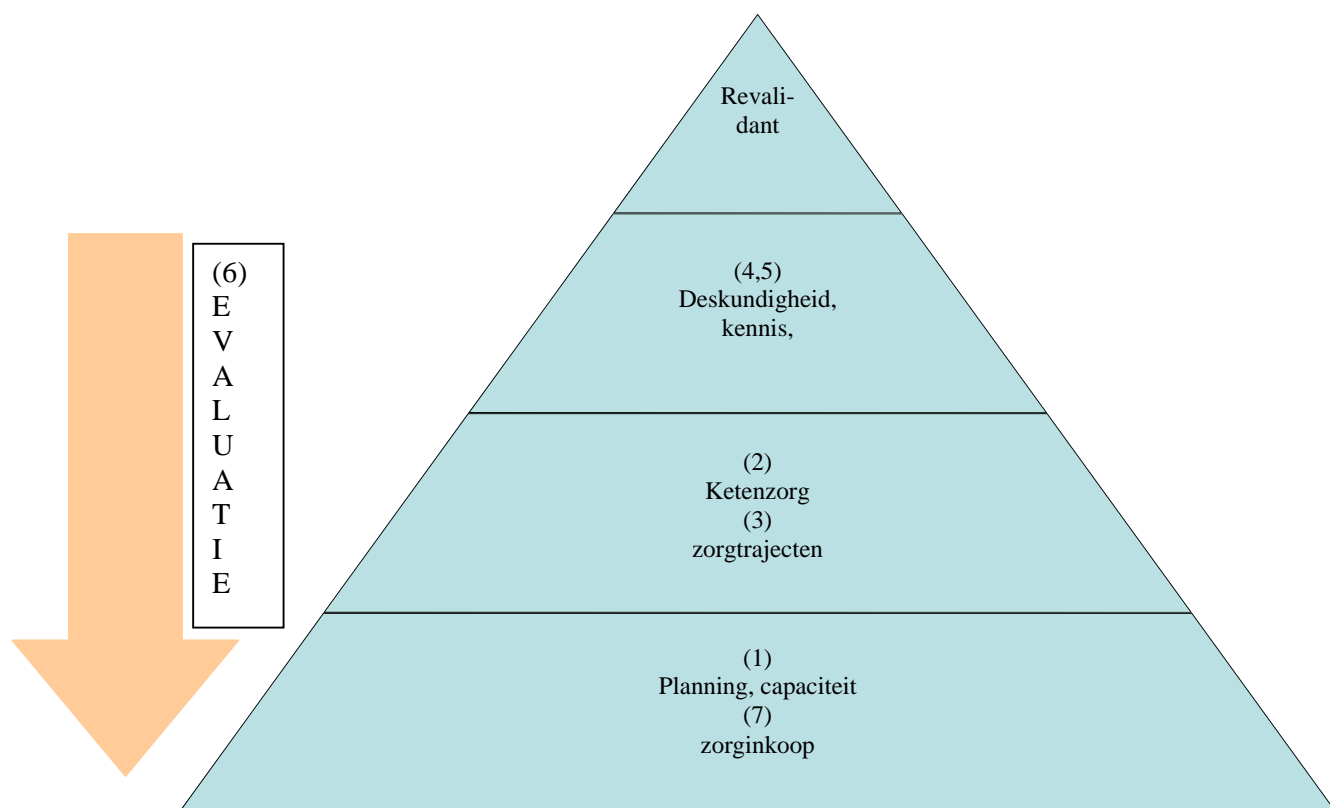
Kennis en innovatie vloeit daar logisch als volgende domein uit voort, en leidt vervolgens naar **evaluatie**, het meten van de geleverde kwaliteit.

Het hoofdstuk sluit af met een aantal aanbevelingen over **zorginkoop**.

⁵ "Proeven uit de proeftuinen". Procesmonitor geriatrische revalidatie, deel 1, 2011; deel 2, 2012

Dit hoofdstuk is ingedeeld in de volgende 7 subonderdelen, zie ook figuur 1:

1. Planning en capaciteit: triage, concentreren , differentiëren (diagnosegroepen), opnameduur.
2. Ketenzorg GRZ: ketenpartners, ketenafspraken, integrale ketenzorg, zorgpaden, ketenregisseur.
3. Zorgtrajecten:, communicatie, case manager, ambulante revalidatie, rol cliënten organisatie
4. Deskundigheid: revalidatieproces, disciplines, therapeutisch klimaat, intensivering therapie, klinimetrie
5. Kennis en innovatie: scholing, kennisnetwerken
6. Evaluatie: prestatie indicatoren, uitkomstmaten, andere criteria.
7. Zorginkoop: rol zorgverzekeraars, contracteren.



Figuur 1: een model voor de plaatsing van de thema's rondom GRZ, met verwijzing naar de 7 subonderdelen van hoofdstuk 2 (aanbevelingen) in deze leidraad

1.7 Planning en capaciteit

In dit domein komen thema's aan de orde die te maken hebben met planning en gebruik van GRZ capaciteit in een regio. De vraag naar concentratie of spreiding van plaatsen binnen een regio. Welk volume is nodig voor kwaliteit van GR- zorg en hoe kan het volume optimaal benut worden? Hoe wordt de keuzevrijheid van cliënten gegarandeerd? Opnameduur en volume bepalen in de praktijk de werkelijke capaciteit. **Triage** (welke patiënten behoren tot de doelgroep?) gaat vooraf aan het revalidatietraject en heeft invloed op de capaciteitsdiscussie. Moeten (alle) diagnosegroepen van GRZ van elkaar onderscheiden worden, op verschillende afdelingen revalidatiezorg ontvangen en verbetert dit de zorgverlening?

1.7.1 Triage

Halverwege 2012 is het Triage instrument Revalidatiezorg gepubliceerd.

Triage is een zo vroeg mogelijk gestart dynamisch beslisproces waarmee patiënten waarvan verwacht wordt dat er beperkingen in activiteiten en/of participatie (of een verergering daarvan) zullen ontstaan tijdens een ziekenhuisopname worden geïndiceerd voor de juiste revalidatiezorg op de juiste plaats.

Items die bij triage aan de orde komen zijn onder andere: prognostiek, ADL situatie voor opname, onafhankelijkheid bij de triage, wie de triage moet verrichten, en contra indicaties voor GRZ.

Aanbevelingen:

- 1. Een indicatiebesluit GRZ dient genomen te worden na een inhoudelijke triage onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde, de uitvoering kan echter worden uitbesteed aan andere professionals met duidelijke afspraken over consultatie.*
- 2. De specialist die hoofdbehandelaar is (in het ziekenhuis) werkt vanaf de opname systematisch aan duidelijkheid over het vervolgtraject GRZ.*
- 3. Zo snel mogelijk na opname in het ziekenhuis worden realistische revalidatie-doelen besproken en wordt een concrete ontslagplanning aan de cliënt voorgelegd. Bij geplande opnames wordt aanbevolen dit vóór opname te doen.*
- 4. De hoofdbehandelaar kan inhoudelijke expertise van de verpleegkundig specialist, de specialist ouderengeneeskunde, de revalidatiearts of de klinisch geriater inroepen om passende vervolgzorg te indiceren.*
- 5. Diagnostische en prognostische triage bevindingen en sociale basisinformatie worden vastgelegd in het medisch dossier, en worden overgedragen in het vervolgtraject aan de volgende hoofdbehandelaar.*

In de acute fase in het ziekenhuis hebben de medisch specialisten een belangrijke rol, wie (van hen) voert de regie? Kun je in een zo vroeg stadium al zeggen 'dit is een cliënt die komt in aanmerking voor revalidatie?' Het moet vanaf de opname ingeschat worden en bekend zijn, in die triage is het heel belangrijk dat je goede dossiervorming doet. Je moet meer prognosticeren of het nog zinvol is om mensen echt te revalideren. Dat valt bij die kwetsbare ouderen best lastig in te schatten, zijn deze mensen nog wel te revalideren? En als ze te revalideren zijn wat wordt dan het eindresultaat. Op dit moment kan men niet goed

prognosticeren. In het ziekenhuis is de klinisch geriater van belang om een goede inschatting te maken, daar is niet altijd de revalidatie arts de geëigende persoon, omdat het gaat om die multi- en comorbiditeit. De revalidatiearts beoordeelt cliënten in het ziekenhuis die mogelijk voor specialistische revalidatie in aanmerking komen. Er kan daarmee een negatieve selectie voor verpleeghuisrevalidatie ontstaan, of een onjuiste. Soms is er helemaal geen revalidatie mogelijk.

“GRZ heeft waarde voor een grote groep mensen, daarom moet je ruim indiceren”

En dus ga je beter selecteren aan de voorkant om te kunnen voldoen aan de doorstroming. Het probleem zit juist vaak in de cognitieve problematiek, een delier of toch een beginnende dementie of dat soort problemen. Uitgestelde en herhaalde triage is nodig in verband met de complexiteit. Consult van de specialist ouderengeneeskunde kan ingezet worden in het ziekenhuis. Die kan inhoudelijke expertise leveren in die triage. De triage kan eventueel belegd worden bij een andere functionaris, een deel kun je weg zetten naar nurse practitioner (verpleegkundig specialist) of gespecialiseerde verpleegkundige.

“GRZ heeft een grote toegevoegde waarde, maar je moet ze zelf uit het ziekenhuis halen!. Ik ben er van overtuigd dat er veel meer patiënten zijn die voor GRZ in aanmerking komen”.

1.7.2 Concentreren

Onderwerpen die aan de orde komen bij dit thema zijn: hoe groot is de regio en wat is het voor regio: grote stad, verstedelijkt, platte land? Is er één of zijn er meerdere ziekenhuizen in de regio, is er concurrentie tussen zorgaanbieders. Hoe wordt de keuzevrijheid voor cliënten gegarandeerd? Welk volume van plaatsen is nodig om expertise te ontwikkelen en te behouden, .

Aanbevelingen:

- 1. Een efficiënt samenwerkende GRZ keten met goede patiëntuitkomsten en voldoende opgeleide professionals moet streven naar afdelingen van (teams voor) tien tot vijftien behandelaars per doelgroep.⁶*
- 2. Bij orthopedieketens met een zeer snelle doorstroming kan een kleiner aantal plaatsen per afdeling (tien) voldoende kwaliteit bieden, omdat de productie op jaarbasis hoog is.*
- 3. Overwegingen van logistieke aard en bundeling van expertise/kwaliteit bepalen of regionaal het concentreren van veel grotere aantallen GRZ bedden (meer dan 50-60) voor een doelgroep wenselijk is. De reisafstand voor cliënten zal in het algemeen toenemen bij grotere concentraties en de keuzevrijheid zal daarmee afnemen.*
- 4. Meerdere revalidatieafdelingen (teams) binnen één centrum versterken de GRZ deskundigheid.*
- 5. Voor specifieke revalidatiegroepen die een klein totaal volume hebben, zoals amputatie, is het raadzaam te kijken naar regionale bundeling van expertise door concentratie of door vorming van regionale expertise netwerken⁷*

⁶ er is nog geen sterk wetenschappelijk bewijs dat concentratie en hoog volume tot betere uitkomsten leidt voor alle doelgroepen. Voor de orthopedische revalidatie is er enig bewijs, Holstege et al, submitted.

“Een ondergrens, daar heb je harde argumenten voor nodig. Naarmate de instellingen groter zijn is de behandelduur korter, daar zijn aanwijzingen voor uit onderzoek. Dat een zekere mate van concentratie uit een doelmatigheidsoogpunt gewenst is lijkt wel duidelijk. Een onderbouwd getal is nu niet te noemen”

Afdelingen van 14 tot 16 behandelplaatsen inclusief poliklinische nabehandeling zijn werkbare eenheden. Hetzelfde team van behandelaars kan in de thuissituatie of vanuit de thuissituatie behandelen. Eén of twee ziekenhuizen, een revalidatiecentrum, twee of drie verpleeghuizen. Dat is een grootte waar je nog mee kan praten, die niet te groot is voor afstemming. Ziekenhuizen hebben belang bij één preferent verpleeghuis. De keuzevrijheid van cliënten moet je niet afhankelijk maken daarvan of van de duur van opname. Door goede communicatie met patiënt en mantelzorger zal de patiënt de voorkeur geven aan een gespecialiseerd centrum verder weg boven een centrum dichtbij met minder expertise.

Misschien moeten verpleeghuizen vervoer aanbieden, taxibusje voor mantelzorgers.

“Door intensiever gebruik van de beschikbare revalidatieplaatsen wordt de opnameduur verkort en een beter functioneel resultaat bereikt. De capaciteit wordt beter benut en komt meer ten goede aan de doelgroep.”

De gewenste concentratie van zorg begint landelijk vorm te krijgen. Als het opportuun is zal ook de GRZ centraliseren. Centrerend is noodzakelijk, er ontstaan afdelingen of centra met 40-50 bedden. 140-150 zorgaanbieders willen deze zorg blijven leveren, dan zit je al snel op 60 bedden per zorgaanbieder.

Je moet gaan herraan wat je nodig hebt voor klinische GRZ. Nederland heeft nu 5000-6000 plekken voor revalidatiezorg in verpleeghuizen. Bijvoorbeeld in Amsterdam wonen 600.000 mensen, dus die raming komt uit op 300 revalidatieplekken. Rekening houdend met de sociale geografie zul je toemoeten naar indicatieve planning op het schaalniveau van 250.000 tot 500.000 inwoners, niet op schaalniveau van 40 tot 60.000 inwoners. In Amsterdam blijven er dan ongeveer 4 plekken over. Afdelingen van tientallen bedden, gescheiden naar doelgroep. Orthopedie kan kleiner zijn, omdat de doorstroming groter is. Verenso's behandelkaders geven aan: 10 bedden CVA, 10 bedden overige diagnosegroepen, wil je de expertise in huis hebben. Om het exploitabel te krijgen en het verzekeringstechnisch ingekocht te krijgen is mijn verwachting dat meer centrerend noodzakelijk is en dat je al snel richting een afdeling van 40/50 bedden zal komen. Het optimale volume heb je nodig om deskundigheid niet alleen te houden maar ook te blijven doorontwikkelen, om innovatief te kunnen zijn. Expertise in je multidisciplinaire team kun je niet opbouwen met te weinig ervaring.

1.7.3 Differentieren naar doelgroepen

Binnen het thema differentiëren wordt ingegaan op de wenselijkheid om in de revalidatieafdelingen (teams) onderscheid te maken tussen de verschillende diagnosegroepen in de GRZ. Heeft iedere diagnosegroep een aparte afdeling nodig? .

⁷ Fortington et al, submitted

Aanbevelingen:

1. Maak bij de inrichting van revalidatieteams (afdelingen) onderscheid tussen neurologische revalidatie, orthopedische revalidatie en overige aandoeningen.
2. Neem alle revalidanten met primair cognitieve doelen op bij het neuroteam, dus op een afdeling voor neurologische revalidatie.
3. Neem alle CVA patiënten, ook diegenen met een onzekere functionele prognose in eerste instantie op bij het neurorevalidatie-team.
4. Zet voor specifieke doelgroepen als Parkinson, COPD, hartfalen of oncologie in de regio een zorgketen op.

Wel differentiëren tussen 'neuro' en 'niet-neuro'. Neurorevalidatie vraagt om een andere behandeling. Bijna altijd komen daar gedrag- en cognitieve problemen bij. Bij combinatie van problemen dus kiezen voor neurorevalidatie.

De groep kwetsbare ouderen met achteruitgang door ziekenhuisopname, op ortho opnemen als er alleen conditieverlies is, anders bij neurorevalidatie, bijvoorbeeld bij delier. Fracturen en amputaties zouden best bij de groep electief kunnen en als er meer comorbiditeit is bij de groep 'overige aandoeningen'. Kun je een unit voor hart en longrevalidatie neerzetten in de regio, dan kan je meer deskundigheid creëren, dit hangt af van de behoefte. Een progressief neurologisch ziektebeeld vraagt misschien weer een aparte keten.

"Het werkt het beste als je gelijksoortige patiënten bij elkaar op één afdeling behandelt" ..

Je hebt CVA patiënten die in het begin heel veel complicaties hebben of die in coma hebben gelegen, of die allerlei andere dingen hebben gehad; die starten soms pas na 3, 4 maanden met revalideren, die groep heeft juist de meeste expertise nodig. Wij willen die mensen dan toch het liefst op die CVA unit hebben. Vaak gaan ze na de revalidatie naar een woonafdeling, maar dan heb je toch een goede start gemaakt. Ze gaan daar dan wel 'anders' heen: dan heb je wel mensen, die stukjes kunnen lopen, die anders misschien in een rolstoel zouden blijven zitten.

Naast de intensieve CVA-revalidatie en de normale CVA-revalidatie, heb je de groep die traag is of die eigenlijk verlaat kan starten, en die groep verdwijnt nu vaak naar afdelingen waar mensen onvoldoende geschoold zijn. En dat zijn juist de cliënten waar heel veel kennis voor nodig is, dat is de moeilijkste groep. Dat wordt de vergeten groep. Of dat is het al.

1.7.4 Opmameduur ziekenhuis, duur van de revalidatie

Bij dit thema komen factoren aan de orde die de opmameduur in het ziekenhuis beïnvloeden: De indicatiestelling voor vervolgzorg, de druk die op ontslag uit het ziekenhuis staat. Krijgt de patient op het juiste moment de juiste zorg? De gemiddelde duur van de revalidatie kan verkort worden, als de indicatie (triage) juist is.

Aanbevelingen:

1. Tijdens de ziekenhuisopname wordt de prognose en de noodzakelijke vervolgzorg tijdig en zorgvuldig besproken met de cliënt en diens familie.
2. Bij alle potentiële geriatrische revalidanten wordt in het ziekenhuis een zorgvuldige beoordeling van de toestand en revalidatieprognose aanbevolen conform het triage instrument.
3. Neem voor GRZ alle cliënten op die naar verwachting profijt hebben van een revalidatiebehandeling. Dat geldt ook voor diegenen die daarvoor mogelijk (meer dan) een half jaar nodig zullen hebben.
4. Binnen de regio worden afspraken gemaakt over het vervolgtraject van herstel patiënten die niet in aanmerking komen voor GRZ.

Het transferbureau in het ziekenhuis staat erg onder druk om ontslag te regelen. En ook de revalidatiearts staat onder druk van specialist. Die kan niet zomaar zeggen dat revalidatie niet gaat lukken, want dit wordt overruled door de specialist.

Je revalidatieafdeling slibt gauw dicht; het ziekenhuis gebruikt je als vergaarbak en wil je dan revalideren, dan wordt dat steeds moeilijker. En dus ga je beter selecteren aan de voorkant om te kunnen voldoen aan een goede doorstroming.

“SIP’s aanvragen is niet hetzelfde als een triage doen”

Onder condities blijkt dat de verblijfsduur in het verpleeghuis omlaag kan, dat zien we nu in de eerste uitkomsten van SINGER. Misschien is dat vertekend, omdat mogelijk de best revalideerbare ouderen zijn ingesloten. Van de verblijfsduur bij CVA kan echt wat af, daarvan zijn goede studies bij ouderen: 30-40% reductie is mogelijk.

“Voorzichtig kan gesteld worden dat door intensiever gebruik van de beschikbare revalidatieplaatsen de opnameduur verkort wordt en het functionele resultaat verbetert. De capaciteit wordt beter benut en komt meer ten goede aan de doelgroep.”

Er is nu met de overheveling veel aandacht voor een beperkte snelle groep van de revalidanten. Ook de mensen in een slechtere conditie, die revalidatie nodig zullen hebben moet je op een goede plek kunnen onderbrengen.

Bij sommigen lukt het niet in zes weken maar wel in tien of twaalf of in een half jaar. Dan moet je niet na zes weken zeggen we houden op omdat er geen vergoeding meer is, terwijl als je langer door gaat iemand wel naar huis kan. Dan kan je iemand toch nog wel optrainen tot een uitplaatsing naar huis of naar een andere zorgomgeving

1.8 Ketenzorg GRZ

In dit gespreksdomein wordt besproken wie de ketenpartners zijn in de GRZ en hoe de samenwerking in de keten wordt geregeld. Hoe kan de keten zich organiseren om optimaal geïntegreerde zorg te leveren. Waarover moeten afspraken gemaakt worden, gaan zorgketens verplichtingen aan, waarop ze aangesproken kunnen worden? Is een ketencoördinator nuttig en/of nodig?

1.8.1 Ketenpartners

Welke deskundigheden moeten vertegenwoordigd zijn in de keten, wie zijn ketenpartners voor GRZ?

Aanbevelingen:

- 1. Organiseer de keten; betrek als partners in het ketenoverleg GRZ de cliënten en mantelzorgers, het ziekenhuis (inclusief de maatschappen van medisch specialisten), de eerste lijn, het revalidatie verpleeghuis en het revalidatiecentrum.*
- 2. De keten verenigt die deskundigheden die nodig zijn om de best mogelijke revalidatiezorg aan laag belastbare ouderen te kunnen realiseren.*
- 3. Ontwikkel GRZ deelketens : cva, orthopedie, copd, “overige aandoeningen”, revalidatie bij cliënten met tevens psychogeriatrische problematiek.*
- 4. Maak werkafspraken met de gemeente (wmo) en de ambulancedienst.*

“Ja, je kan de hele wereld erbij betrekken maar wat schiet je ermee op. Je moet gewoon kijken wat echt nodig is.”

In het algemeen gezegd suggereert de vraag wie de partijen zijn, een erkenning voor de domeinen van de verschillende ketenpartners, maar laten we functioneel kijken naar het geheel. Wat is de beste revalidatiezorg voor laag belastbare ouderen met comorbiditeit. Wat is nodig voor goede revalidatie? Vooral dus de noodzaak en de deskundigheden die aan die noodzaak vastzitten. Als dat nog niet duidelijk is dan wachten we, naar een “gedeelde” opvatting in het veld

Kijk functioneel, weinig in domeinen, denk in deskundigheidstermen, niet in professies. Het revalidatieproces dus aan een integraal team van deskundigheden koppelen. Bandbreedtes en ruimte creëren in best practice. En connoteren aan de klant. Waarom is dit de beste manier om het revalidatietraject voor deze klant te realiseren.

“De zorgverzekeraar maakt geen deel uit van de keten, de zorgverzekeraar maakt afspraken met keten.”

1.8.2 Afspraken keten

Waarover moeten afspraken gemaakt worden tussen de ketenpartners, zijn deze afspraken verplicht en hoe wordt toegezien op naleving? Is een convenant een goede oplossing?

Aanbevelingen:

1. Maak met de regionale ketenpartners afspraken over verantwoordelijkheden omtrent de triage, de overdracht, de ict, de behandeling en deskundigheid van behandelaars, de informatie aan de revalidant, de doorstroming (flow), de logistiek en de evaluaties (ketenmonitor) en leg deze afspraken vast in een convenant
2. Maak regionale belangen gemeenschappelijk. streef consensus na over keten, kwaliteit en monitoring , benoem ketenindicatoren voor uitkomst en proces
3. Betrek de wmo als partner bij de afspraken over verstrekkingen inde thuissituatie
4. Maak inhoudelijke afspraken over de dbc overgangen: wie verleent welke zorg, dus regel de transities en maak concrete afspraken over overdrachtsdocumenten in de zorgtransities.

We kunnen leren van de CVA ketens. Het CVA netwerk heeft afspraken vastgelegd in convenanten. Hoe werken we samen, hoe zijn taken en verantwoordelijkheden verdeeld.

Afspraken op operationeel, op tactisch en op strategisch niveau.

Afspraken over triage, klinimetrie, overdracht, deskundigheid van personeel op de verschillende locaties, jobrotation. Dit zijn kwaliteitseisen die voor CVA nu bijna overal zijn vastgelegd, maar nog niet overal ondertekend . Ja zeker verplicht afstemmen van de zorg, van de begeleiding, van de therapie, goede overdrachten, wat er gedaan is en wat er nog haalbaar is vastleggen, er zijn ketens die dat al doen, maar lang niet overal.

Informatieoverdracht, informatie naar patiënten goed op elkaar afstemmen. Soms hoort patiënt in het ziekenhuis andere richtlijnen dan bv in verpleeghuis.

Maximale toegangstijd voor verpleeghuis afspreken en de indicatie, de ambtelijke commissie (CIZ) daar tussenuit halen. Die geeft vertraging en onduidelijkheid

Verantwoording afleggen is belangrijk, outcome measurement, ICT gebruiken die ondersteunend is aan de gemaakte afspraken. Verplicht gezamenlijk keten evalueren anders heb je geen keten. Van hoe je het afspreekt hangt ook af hoe het gefinancierd wordt..

Er moet een samenwerkingscontract komen waarin duidelijk de verantwoordelijkheden van iedere partij zijn opgenomen. En dan kom je ook nog in een soort overlap van DBC's terecht, daar moeten ook afspraken over gemaakt worden. Wat is revalidatie en wat hoort bij de nabehandeling van de medisch specialist, daar moeten goede afspraken over gemaakt worden. Verpleeghuizen en ziekenhuizen zouden wel een samenwerkingconvenant kunnen sluiten

Met de gemeente afspreken 'hoe kunnen we zo snel mogelijk de aanpassingen die nodig zijn in huis realiseren'. Daarnaast moeten ook nog afspraken gemaakt worden over snelle(re) indicatiestelling AWBZ, indien cliënten naar verzorgingshuis gaan of thuiszorg nodig hebben.

1.8.3 Integrale keten versterken

Dit thema gaat over het bevorderen van integrale samenwerking in de keten ten behoeve van optimale zorg. Hoe kan de keten hier aan werken? Welke rol moet de zorgverzekeraar op zich nemen. Bevordert de wijze van bekostiging de integraliteit?

Aanbevelingen:

- 1. Werk aan een integrale zorgketen vanuit een visie op geriatrische revalidatie zorg.*
- 2. Implementeer de aanbevelingen uit de leidraad in de keten.*
- 3. Maak als keten afspraken met de zorgverzekeraar*
- 4. Werk door ketenevaluaties via een ontwikkelingsmodel aan de integrale ketenkwaliteit en monitor door middel van indicatoren.*

Ketenfases (Minkman,2011)

1. initiatief en ontwerpfase
2. experiment en uitvoeringsfase
3. uitbouw en monitorfase
4. verduurzaming en transformatiefase

“Dat het geld de integraliteit gaat bevorderen daar zijn we naar op zoek.”

Ketenafspraken, ketenfinanciering. Wie moet het geld beheren, dat heeft met macht te maken. Theoretisch klinkt het ideaal maar hoe pakt het uit in de praktijk. Hoe meer instanties mee moeten praten, hoe moeilijker hanteerbaar het hele proces wordt. Het handigste is als je weet wie de hoofdaannemer is van het zorgtraject, wie primair aanspreekpunt is en de verantwoordelijkheid heeft om ook met andere participanten tot overeenstemming te komen. Wie zou de hoofdaannemer moeten zijn, dat lijkt mij ergens in de verpleeghuissfeer, de specialist ouderengeneeskunde zou daar het beste voor in aanmerking komen. Nadat de indicatie via de triage-trechter is gesteld.

De zorgverzekeraar zou de hele keten moeten bezien en die zou moeten schuiven met zijn financiële middelen en mogelijkheden De zorgverzekeraar heeft een monitor functie en kan op basis daarvan best practices gaan afdwingen. En je zou moeten kijken wat de reden is waarom de ligduur in het ene ziekenhuis langer is dan in het andere ziekenhuis. Is het misschien beleid van de instelling en kan het wellicht verbeterd worden door de zorgorganisatie deze spiegelinformatie voor te houden.

“Professionals moeten kijken wat doe ik, wat zijn mijn resultaten. Ketenfinanciering dat houdt professionals onderling scherp”

Doel is om de ketens op een hoger plan te brengen. We beginnen met een normenset die we ontwikkeld hebben, waarmee je kunt meten hoe de ketenontwikkeling is. Het zou ook voor andere ketens gebruikt kunnen worden, het is niet specifiek voor de CVA keten.

1. cliëntgerichtheid
2. optimale zorg
3. risicomanagement
4. resultaat gerichtheid
5. transparantie ondernemerschap
6. ketencommitment
7. rol en taakverdeling
8. inter-professioneel samenwerking
9. ketenregie en logistiek

Bijeenkomsten in de keten voor onderwijs, scholing voor verpleegkundigen en verzorgenden, daar zitten mensen bij van het ziekenhuis van de neurologie maar er zitten ook mensen van de thuiszorg, en mensen uit de verpleeghuizen, waardoor het idee van de keten veel meer naar voren komt. Wat je in de ene schakel doet, is van belang voor de andere schakel. Dat werkt heel erg goed, veel meer begrip voor elkaar kweken. Die mensen uit het ziekenhuis die zien hun patiënten in het verpleeghuis en dan denken ze "Hé, maar die mevrouw is wel helemaal opgeknapt, en dat ging helemaal niet goed in het ziekenhuis."

1.8.4 Zorgpaden (zorgtrajecten)

Dit thema omschrijft de verantwoordelijkheid van de zorgketen om borg te staan voor zorgpaden, en het behalen van ketendoelen. Zie ook 2.2.2.

Aanbevelingen:

- 1. Zorgaanbieders leggen in een convenant vast hoe hun verantwoordelijkheden geregeld zijn met betrekking tot het uitvoeren van zorgtrajecten, conform de zorgpaden GRZ.*
- 2. Afspraken over triage, zorgpaden en ict voor outcome-measurement ondersteunen het behalen van de afgesproken doelen op ketenniveau.*
- 3. Voor GRZ trajecten in de eerste lijn moet onderzocht worden hoe medische regie in het behandelplan wordt bereikt.*

Zorgaanbieders hebben de verantwoordelijkheid om met elkaar goede zorgpaden aan te bieden. Om daarover afspraken met elkaar te maken en verantwoordelijkheden vast te leggen bv in de vorm van een convenant. Verantwoording afleggen is belangrijk. Doelen stellen voor de hele keten en scherpe afspraken daarover maken. Dat betekent outcome measurement en ICT die daar ondersteunend aan is. Afspraken over triage, geen oneigenlijke ligduur of zorgkanalen, casemanagement regelen, kwaliteitsstandaarden opstellen en zorgpaden uitlijnen. Zorgstandaarden goed uitschrijven

"Het moet een gezamenlijk commitment zijn, een standpunt in het netwerk: zo doen we dat hier".

De zorgverzekeraars moeten samen met cliënt en zorgaanbieders kijken aan wat voor eisen een zorgpad moet voldoen. De NPCF kan aangeven waaraan zorgpaden GRZ moeten

voldoen, daar ligt al een document voor. Dit moet doorvertaald worden naar praktijk van zorgaanbieder en naar zorginkoop voor de verzekeraar.

De verantwoordelijkheid (voor de revalidatie) ligt bij de huisarts indien er geen dagbehandeling (meer) is en de patiënt is thuis. Huisartsen zijn er nog niet op ingesteld, hebben te weinig vinger aan de pols, nemen de rol te weinig op. Als de huisarts het niet waar kan maken zou uit instellingen iemand moeten komen

1.8.5 Ketenregisseur

Wat borgt het best dat het goed gaat in de keten, dat er continuïteit van zorg geboden wordt en dat het proces van ketenontwikkeling voortgang heeft. Welke bevoegdheden heeft een ketenregisseur. Wie moet die functie vervullen, en wat houdt het in?

Aanbevelingen:

- 1. Benoem een ketenregisseur die overstijgend is, verbeteringen kan indiceren en afdwingen op grond van mandaat en bevoegdheid.*
- 2. Financier de ketenregisseur uit de dbc.*

Het kost energie om zulke mensen niet teveel te laten uitwerken, het veld maximaal autonoom te houden. De toegevoegde waarde moet duidelijk zijn, ook daarin functionaliteit nastreven..

Een functionaris die de ketenpartners er op aan spreekt als afspraken niet nagekomen worden zou op zich een mooi ideaal plaatje zijn maar praktisch gezien zou ik niet weten waar deze persoon werkzaam moet zijn. Als je niet naar de inhoud kijkt zou je ook aan de zorgverzekeraar kunnen denken .

“Al die regisseurs zijn een beetje hype-achtig, je sores over de schutting gooien. Dump het bij de regisseur”

Een ketenregisseur is nodig. Iemand die een helikopterview heeft, die over alle instellingen in de keten heen kijkt. Die verbeteringen kan indiceren. Deze rol stijgt uit boven het individuele zorgtraject.

Uit de CVA zorg is het bekend dat dit stimuleert, een ketenregisseur moet de afspraken in de gaten houden en bovendien gegevens verzamelen over het verloop, dus ook de dataverzameling voor de prestatie-indicatoren. Wie kan dat? Per keten iemand anders. Vaak is het een verpleegkundige. Geen dokter, je moet dit neerleggen bij een verpleegkundige. Zo iemand moet veel in huis hebben.

Ketenregisseur van de CVA keten is gezondheidswetenschapper met Beleid en Management achtergrond.

Als je een keten van de grond wil krijgen heb je mensen nodig die gemandateerd zijn. En als je zo iemand hebt moet je hem ook bevoegdheden toekennen.

1.9 Zorgtrajecten

De basis van de GRZ ketens is het traject dat de revalidant aflegt van ziekenhuis tot en met thuis. Dat traject kan revalidatie in dagprogramma's of revalidatie in een centrum voor GRZ bevatten. Zorgpaden beschrijven de aan een ziektebeeld gerelateerde zorgprocessen. In dit

domein van de leidraad GRZ zijn aanbevelingen samengebracht die in alle zorgpaden GRZ een cruciale rol spelen omdat ze van belang zijn voor de continuïteit en weergeven wat patiënten belangrijk vinden.

1.9.1 informatie overdracht

In het gehele revalidatietraject wordt door behandelaars informatie verzameld en opgeslagen in dossiers. Hoe kunnen deze informatieprocessen en de overdracht van informatie het best geregeld worden?

Aanbevelingen:

1. In de keten wordt één informatiedrager (ict systeem) voor de keten van ziekenhuis tot en met thuis gebruikt, waardoor behandelinformatie ter beschikking komt en blijft voor opeenvolgende behandelaars in het zorgpad.

2. Overdracht tussen schakels in de ketenzorg wordt ondersteund door ict.

3. De cliënt en diens mantelzorgers hebben toegang tot het eigen elektronisch dossier en autoriseren behandelaars.

Vanaf het moment dat de revalidatie uit de AWBZ gaat naar de zorgverzekeraars zullen die elektronische verslaglegging eisen. Een regionaal netwerk, multidisciplinair samenwerken, een kennisnetwerk vormen en ICT verbinden. Als er één informatiedrager is in het netwerk, dan heel goed kijken of dit voor de hele keten bruikbaar is. ..

Dat betekent dat ketenpartners toegang moeten hebben tot dat zelfde systeem, zowel in de curatieve fase als in die revalidatie fase als in de nabehandeling. Waardoor het in de overdracht en in het volgen van de cliënt veel makkelijker wordt. Dan hoeft je niet continu uitgebreide overdrachten te schrijven. De arts, de fysiotherapeut de ergotherapeut, de verpleging, ze schuiven simpelweg de dossiers door. Een digitale, multidisciplinaire overdracht, waarin iedereen z'n eigen stuk heeft. Vanuit het ziekenhuis, voor de hele keten.

Als je in een verpleeghuis werkt, met ouderen, kijk je naar het totaalbeeld. Je wilt volledige informatie, niet alleen maar informatie over de heup.

Wij willen eigenlijk dat je ook in de eerste lijn later kunt terugzien hoe iemand hersteld is. Dat je ook die metingen gewoon kan volgen. Er gaat nu zoveel informatie verloren in heel veel schakels in de keten. Dat is hartstikke zonde.

De patiënt zelf of mantelzorger kan deelnemen aan het informatienetwerk, zie 'MijnZorgnet'. We zoeken dus voor de GRZ een methodiek die lijkt op Bas Bloem's ParkinsonNet. Multidisciplinaire uitwisseling is via Mijn zorgnet op patiëntniveau mogelijk. Je hoeft dan niet steeds bij de volgende hulpverlener de patiënt het hemd van het lijf vragen. Uitwisseling en communicatie dossier blijft overigens van de patiënt, die heeft de zeggenschap. We moeten bewegen in de richting van de goede dingen die daarin zitten en dat moet landelijk gestuurd worden

1.9.2 Casemanagement (trajectbegeleiding)

Wat is casemanagement in de GRZ? Bij welke GRZ cliënten is casemanagement nodig? Is de revalidant zijn eigen case manager? Welke functionaris kan deze taak het best vervullen, een generalist of een specialist? Hoe lang is casemanagement nodig?

Aanbevelingen:

- 1. Een casemanager⁸ begeleidt de overgangen in het zorgpad en stelt de revalidant in staat om zoveel mogelijk de regie te houden en optimaal van de keten gebruik te maken.*
- 2. Casemanagement dient als functie (taak) in alle schakels van het zorgpad. Belegd te zijn bij één van de centrale zorgverleners*
- 3. Casemanagement wordt uitgevoerd door één van de behandelteamleden, bij voorkeur degene met een verpleegkundige of ergotherapeutische achtergrond.*
- 4. Casemanagement wordt ingezet wanneer en zolang de client of diens mantelzorger het nodig heeft, tot de afsluiting van het zorgtraject.*
- 5. In de eerste lijn is de wijkverpleegkundige of de praktijk ondersteuner huisarts (poh) tevens casemanager en onderhoudt contacten met het multidisciplinaire team.*

Casemanagement is niet voor elke oudere nodig. Dit zou je mee moeten wegen op het moment van triage. Het kan ook zijn dat na verloop van tijd duidelijk wordt, bijvoorbeeld tijdens de revalidatie in het verpleeghuis, dat de patiënt het niet redt in z'n eentje maar hulp nodig heeft en dat je op dat moment een casemanager inzet..

De cliënt is zijn eigen casemanager en op het moment dat het niet lukt zal de familie daar een

rol in moeten oppakken. Als die er niet is val je terug op de keten zelf die zo goed mogelijk georganiseerd is, zodat alles vlekkeloos verloopt.

Een casemanager is iemand die de patiënt en zijn naaste in staat stelt zoveel mogelijk de regie te houden. En ook om optimaal van die keten gebruik te maken. Mensen weten niet altijd precies wat ze kunnen verwachten en wat ze zal helpen om verder te komen.. Het is een keten en als die niet optimaal geregeld is, is het is toch wel een complex geheel.

'Casemanager is een benaming. Beter is 'centrale zorgverlener'.

Verskillende disciplines of functionarissen kunnen casemanager zijn. Denk vooral aan een verpleegkundige, de (huis)arts heeft geen tijd, en de verpleegkundige heeft een minder hoge drempel..

Als je een goed multidisciplinair team hebt, moeten uiteindelijk alle delen op hun plaats vallen. De cliënt moet goed begeleid worden, maar dat moet ook in een multidisciplinair team te doen zijn. De case manager is ontstaan, omdat multidisciplinair werken niet goed ontwikkeld is. Iemand van de toch al betrokkenen kan die rol vervullen.

Ouderen hebben het meest last van overgangen. Dus je krijgt als zorgaanbieder geen contract als je case management niet geregeld hebt als functie. Niet in persoon, we moeten oppassen in drie of vier voorzieningen meerdere casemanagers en coördinatoren bij de patiënt te zetten.

⁸ Waar casemanager staat kan ook zorgtrajectbegeleider of zorgpadbegeleider gelezen worden

Een casemanager is een begeleider die de cliënt in staat stelt eigen regie te behouden door het zorgtraject heen. Dat is dus de afdelingsverpleegkundige (in het ziekenhuis), of de mentor in het Revalidatiecentrum, of de contactverpleegkundige in het verpleeghuis. En daarna in de thuissituatie berust het casemanagement bij huisarts en praktijkverpleegkundige van de huisarts.

Een huisarts of POH, dat zijn de centrale hulpverleners en zij moeten zo'n patiënt (een revalidant) in feite ook in kaart houden. Op het moment dat ze denken 'hé dit gaat mijn pet te boven', moeten ze kunnen doorsturen naar een expert. De POH kan het basiswerk doen, maar als het te lastig wordt kunnen ze de centrale persoon met expertise op CVA gebied vinden.

“Het omslagmoment van aandoeningsspecifiek naar generalistisch is niet duidelijk bij kwetsbare ouderen met multimorbiditeit.”

Het Chronische Zorg Model moet naar kwetsbare ouderen vertaald worden. Je moet dus niet per diagnose of aandoening, maar generiek naar de oudere kijken. Die generieke figuur is een vaste contactpersoon.

1.9.3 Poliklinische revalidatie en nazorg

Bij dit thema wordt de nazorg na revalidatie besproken, wie verleent deze zorg en in welke vorm. Poliklinische behandeling en de financiering daarvan komen ter sprake. Kan poliklinische revalidatie klinische revalidatie vervangen of verkorten?

Aanbevelingen:

1. Een klinisch GRZ revalidatietraject kan poliklinisch vervolgd worden met als doel de adaptatie aan de thuissituatie en het herstel van participatie te vervolgen. de instelling die intramurale GRZ biedt dient ook de mogelijkheid te bieden tot voortzetting van de revalidatie poliklinisch of in dagbehandeling

2. Poliklinische GRZ bestaat uit een individueel toegesneden programma van individuele behandelingen, groepsbehandeling en behandelingen aan huis, aangeboden door het GRZ team.

3. Zes weken en/of drie maanden na afloop van de (poliklinische) geriatrische revalidatie vindt een nazorg-consult plaats bij de specialist ouderengeneeskunde.

4. De cva verpleegkundige vervolgt de cva-revalidanten gedurende het eerste jaar na ontslag. daarna kan zij door de huisarts of een andere behandelaar zonodig nog geconsulteerd worden.

'Het GRZ-verpleeghuis moet zich meer op het natraject richten en veel meer aan thuisrevalidatie doen!'

Goede revalidatie via dagbehandeling of dagprogramma's zou weleens beter kunnen werken dan mensen langer in het verpleeghuis te revalideren. Misschien is het niet goedkoper maar mensen worden beter door sneller naar huis te gaan. Het is een aandachtspunt dat nu niet goed geregeld is. Er zouden middelen vrij moeten komen om dit goed te regelen, afspraken wie de poliklinische zorg mag leveren. Er moet ook een goed overzicht komen voor de cliënt wat de dagbehandeling zou moeten bevatten.

Als mensen twee therapieën blijven houden dan gaan ze vaak eerst in de dagbehandeling nog, een week of zes. Of ze komen ze alleen voor de behandeling en gaan dan weer weg. Het kan dus dagbehandeling zijn of eerstelijns of poliklinische behandeling.

Ontslag kan versneld worden als je dezelfde therapeuten houdt. "Eerder ambulantly bij hetzelfde team". Therapie vanuit dezelfde plek, continuïteit van behandelaars, geeft vertrouwen. omdat je de patiënt heel goed kent van de multidisciplinaire setting, en daar op voortborduurt..

'Alle revalidanten komen bij de instelling terug of krijgen therapie aan huis van ons. Sommige mensen wonen niet in de buurt dan komen er andere behandelaars. Maar de meesten, 95% komen speciaal terug voor de nabehandeling van de fysiotherapie, ergotherapie, logopedie' .

CVA patiënten krijgen als ze thuiskomen na revalidatie in een instelling vaak een terugval. En omzetten van het (intramuraal) geleerde naar de thuissituatie is vaak heel moeilijk, waardoor juist het in de thuissituatie trainen een veel grotere waarde heeft . Bij ontslag uit de revalidatie komt de CVA verpleegkundige weer in beeld. Die volgt ze een jaar, en revalidanten komen na 6 weken terug bij de specialist ouderengeneeskunde, in het verpleeghuis. Via een nazorgpoli regelen we een CVA consult door de eigen specialist ouderengeneeskunde. Je houdt op die manier beter de doelen vast. Dit kan gewoon als consult gedeclareerd worden en meestal is een eenmalig consult voldoende. Voor de paramedici gelden eerstelijns declaraties. Als mensen meer dan 1 therapie hebben in de nabehandeling, bijvoorbeeld fysiotherapie en ergotherapie, dan gaan ze in een eerstelijns traject, waar we ook nog MDO's mee hebben, met de specialist ouderengeneeskunde, de huisarts, en met de behandelaars en de CVA verpleegkundige. Maar wat je poliklinisch niet betaald krijgt is je integraliteit, het MDO.

1.9.4 Rol cliëntenorganisaties

Cliëntenorganisaties kunnen een rol spelen bij de informatievoorziening, het adviseren van cliënten en mantelzorgers en het kritisch volgen van de zorgaanbieders in de keten.

Aanbevelingen:

- 1. Revalidanten worden geïnformeerd wat de patiëntenvereniging voor hen kan betekenen in alle fasen van het revalidatietraject*
- 2. Behandelaars maken gebruik van het beschikbare informatiemateriaal en verwijzen naar relevante cursussen*
- 3. Revalidanten en hun partners worden geïnformeerd over de mogelijkheden van lotgenotencontact, met name in de chronische fase.*
- 4. Bij innovaties in de grz wordt gebruik gemaakt van de feedback, de deskundigheid en de ervaringen van cliënten.*

In de chronische fase komt de patiëntenvereniging in beeld. Het is dan belangrijk om te weten dat die er is, een grote groep patiënten heeft behoefte aan lotgenoten contact. Tijdens de revalidatiefase zouden we informatie willen geven, dan kent men ons. Er zijn ketens die er aandacht aan besteden, maar soms is het focus zo op revalidatie gericht dat alle andere info minimaal is. Patiënt en mantelzorger zijn één, dat is heel belangrijk. In de eerste periode

heeft de mantelzorger meer info nodig dan de patiënt. De patiëntenvereniging kan aanhoren, handvatten geven hoe je met de chronische gevolgen om kan gaan. En terug verwijzen naar zorgverlener (via de huisarts naar bijvoorbeeld de neuropsycholoog) Lotgenoten contact helpt al veel.

‘Het leven wordt anders en lastig, mantelzorgers lopen daar tegen aan’..

Bij het uitzetten van innovaties moet je altijd cliënten en mantelzorgers bevragen. Feedback is waardevol, proberen die mensen erbij te betrekken: je krijgt een veel beter product. Cliënten kunnen de ontwikkelingen kritisch volgen en gevraagd en ongevraagd advies geven. De keten organiseren en innoveren is het werk van professionals, cliënten kunnen dat prikkelend en stimulerend volgen.

‘Ouderen kunnen de kwaliteit van het therapeutisch klimaat beoordelen op grond van hun ervaringen’.

De NPCF streeft naar uitgaan van zorgpaden en bekostiging op zorgtrajecten. Dat laatste is door VWS niet overgenomen. Hun rol is om te blijven trekken aan zorgpaden. Patiëntenbewegingen denken vanuit zinvol bestaan, zinvolle rollen. De NPCF heeft aangegeven waaraan zorgpaden moeten voldoen, dat moet doorvertaald worden naar de praktijk van zorgaanbieder en naar zorginkoop voor verzekeraar. De patiëntenvereniging kan inzichtelijk maken waar patiënten behoefte aan hebben en vinger aan de pols houden of dat ook wordt geboden, door het bevragen van cliënten, wat biedt meerwaarde, wat zijn je ervaringen geweest. Patiëntenverenigingen zijn inhoudelijk betrokken bij richtlijn ontwikkeling.

“Luis in de pels, en daar waar dingen niet goed gaan, dat bespreekbaar maken”

1.10 Deskundigheid en methoden.

Onder dit domein zijn aanbevelingen gegroepeerd rond thema's die betrekking hebben op de professionele aspecten van een traject in de GRZ. De aanbevelingen geven methodische principes aan die van belang zijn voor revalidatie van laag belastbare revalidanten, de doelgroep van de GRZ.

“Voortschrijdende behandelmogelijkheden dicteren de GRZ ontwikkeling, en de zorgverzekeraar volgt wat die ontwikkeling gaat opleveren. Revalidatie artsen, geriateren en specialisten ouderengeneeskunde zijn bepalend voor de ontwikkeling van GRZ. Als het professionele veld tot inzicht komt wat de optimale inrichting is, dan gaat de zorgverzekeraar dat volgen. Als je in het veld allerlei verschillende meningen hebt dan wordt het lastig.

1.10.1 Revalidatieproces

Revalidatie draait om het proces, in het gehele revalidatietraject is regievoering nodig, van triage tot ontslag en gedurende het natraject. Wat houdt die regievoering in, hoe worden de revalidatiedoelen vastgesteld met de revalidant, de mantelzorger en de behandel disciplines.

Aanbevelingen

1. *Neem revalidanten op een revalidatieafdeling op, dus bij een revalidatieteam.*
2. *Een revalidatieteam GRZ heeft de deskundigheid die nodig is voor een geïntegreerd, op de belastbaarheid, comorbiditeit en cognitie toegesneden revalidatieprogramma.*
- 3 *In het GRZ-traject wordt medische regie gevoerd door een specialist ouderengeneeskunde die bekwaam is in geriatrische revalidatiezorg, bij voorkeur met kaderaantekening GRZ.*
4. *Bij opname wordt de voorlopige ontslagdatum besproken met de revalidant en de mantelzorger. het klinische revalidatietraject wordt afgebakend in de tijd.*
5. *De arts heeft op vaste momenten in het GRZ traject een gesprek met de revalidant en mantelzorger over het beloop van de revalidatie, de prognose, het ontslag en de nazorg of poliklinische nabehandeling*
6. *In het multidisciplinair overleg wordt het individuele revalidatiebehandelplan vastgesteld. behandeldoelen worden in samenspraak met de revalidant bepaald en concreet weergegeven.*
7. *Voor, na of tijdens ieder multidisciplinaire overleg wordt het revalidatie-behandelplan met de revalidant en diens mantelzorger doorgesproken en afgestemd.*
8. *In het gehele GRZ traject worden de revalidant en diens mantelzorger betrokken bij beslissingen over triage, therapie, voortgang en terugkeer naar huis.*
8. *De mantelzorger wordt aangemoedigd therapie bij te wonen en de revalidant te stimuleren bij het zelf oefenen.*

De kern van revalidatie is het gestructureerde proces. Het moet gecoördineerde zorg zijn. De huisarts ziet deze disciplines niet voldoende om regie te voeren. Revalidatie met meerdere hulpverleners vergt regie door een arts, die doelen uitzet.

Die regievoerder voor het hele traject moet een specialist zijn, de revalidatiearts of de specialist ouderengeneeskunde.. GRZ- doelen moeten binnen het (lichamelijk) functioneren van de kwetsbare cliënt passen. De arts moet specifieke ouderengeneeskundige kennis hebben om beperkingen te vinden die consequenties hebben voor het revalidatieproces. Uitstroom is met name van cognitie en mantelzorgers afhankelijk, dus de arts moet daarin transparant zijn en echt op het proces zitten. Bij binnenkomst kan al een voorlopige ontslagdatum aangegeven worden, zodat mantelzorgers zich kunnen voorbereiden hierop.

“Als er een datum staat heeft iedereen houvast.

De mantelzorgers worden betrokken bij de beslismomenten, ook bij de triage. De arts moet goed indiceren voor het natraject: flexibel denken en creatief zijn. Nazorg en uitplaatsing moeten goed geregeld zijn.

“Ik merk dat de fysiotherapeut een van de eerste is die zegt, kom op, wegwezen”

In het zorgpad is vastgesteld wanneer de beslissingsmomenten zijn. Moet iemand op de revalidatie afdeling blijven? Daarbij is de motivatie van de cliënt natuurlijk heel belangrijk

Regievoering is ook de vraag stellen of het behandelen functioneel is. Behandelaars schieten door of ze stoppen ineens met de behandeling. Daar moet je als regievoerende arts mee omgaan. Doelen subdoelen, houd de paramedici daarbij, zij zijn specialisten, houd ze functioneel

Kijk in competenties naar de teamsamenstelling, niet teveel in professionele domeinen, maar in deskundigheidstermen. Het revalidatieproces kan aan een integraal team van deskundigheden gekoppeld worden, waarbij bandbreedtes en ruimte gecreëerd worden voor best practice. En waarbij deze geconnoteerd worden aan de cliënt. Waarom is dit de beste manier om het revalidatietraject voor deze klant te realiseren. Breng continuïteit in het behandeltraject

1.10.2 Disciplines

Bij dit thema gaat het om de vraag uit welke disciplines het revalidatieteam bestaat, of welke expertise beschikbaar moet zijn.

Aanbevelingen:

- 1. De beschikbare (para)medische en multidisciplinaire richtlijnen vormen het uitgangspunt voor behandelprogramma's in de GRZ.*
- 2. Expertise van (geriatrie)fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, maatschappelijk werk, (neuro)psycholoog en diëtetiek is aanwezig in het revalidatieteam.*
- 3. De expertise van een kaderarts GRZ is beschikbaar, voor het aansturen van het revalidatieteam en om bij te dragen aan innovatie in de GRZ.*
- 4. Er kan expertise van een revalidatiearts worden ingezet voor speciële revalidatie vraagstukken.*
- 5. De expertise van een orthopedisch instrumentmaker en van een orthopedisch schoenmaker kan benut worden.*
- 6. Continuïteit van behandelaars en verzorgenden/verpleegkundigen gedurende het revalidatietraject wordt nagestreefd.*

Alle disciplines moeten beschikbaar zijn, Fysiotherapie, ergotherapie, logopedie. Maatschappelijk werk ook, naast de arts en psycholoog. Een kaderarts met speciële kennis van de ouderengeneeskunde is hard nodig. Generalistisch blijven, niet pluis gevoel houden, dat is een belangrijk onderdeel van revalidatie dokter zijn in GRZ.

Je kunt debatteren over de formatie: maatschappelijk werk en psycholoog zijn vaker consultants. Echt trainen door de psycholoog komt niet vaak voor, wel bij cognitieve revalidatie en dat is mogelijk bij geriatrische revalidatie vrij zelden aan de hand, is ook duur. Psychosociale disciplines zijn consultant voor de andere behandelaars, als ergo of logo een vraag heeft helpen zij om een oplossing te zoeken voor die cliënt.

Kijk wat de richtlijnen hierover zeggen. Uit richtlijnen kun je halen welke expertise je nodig hebt om een behandeling te kunnen geven. Het moet in ieder geval mogelijk zijn om mensen in te vliegen zo nodig. Een consultantschap van revalidatiearts en instrumentmaker.

De continuïteit moet je waarborgen! Er gaat veel energie in verloren als je die transfers steeds moet maken. Daarvoor is geen evidence het heeft te maken met doelmatigheid en

cliëntvriendelijkheid. Iedere transfer naar andere behandelaar geeft verlies van behandeltijd, vertrouwen weer opbouwen etc. Minder hoeven praten scheelt veel tijd, de meeste tijd wordt verspild aan overleg.

Een kaderarts moet er zijn en er moeten artsen zijn met affiniteit voor GRZ.

Je krijgt in de kaderopleiding een helicopterview en je leert met andere organisaties omgaan, je nazorgtraject regelen. Dit kader geeft een verdieping, heeft een toegevoegde waarde. Als de instelling het serieus neemt, dan zeker een kaderarts opleiden. Maar ook in de basisopleiding moet meer aandacht komen hiervoor. Basisvaardigheden zitten ook in beroepsopleiding specialist ouderengeneeskunde, maar dit is te afhankelijk van je opleidingsverpleeghuis.

Fysiotherapie werkt veel samen met de ergotherapeut, de logopedist, verzorging. De ergotherapie en fysiotherapeut geven samen groepsbehandelingen. De ergotherapeut geeft bijvoorbeeld ook samen met logopedie behandelingen, alleen voor CVA-revalidatie.

“Ik heb in instellingen gewerkt en ik werk nou in de eerste lijn; ik denk dat wij in de eerste lijn veel ruimer in onze tijd zitten”

1.10.3 Therapeutisch klimaat

Met het therapeutisch klimaat wordt de cultuur van de revalidatie afdeling bedoeld. Het uitgangspunt is de eigen regie in de revalidatie en de actieve opstelling van de cliënt bij het revalideren. Het revalidatieteam en met name de verzorgenden en verpleegkundigen werken met deze attitude.. Alle momenten van de dag worden benut als trainingsmoment. Een verandering van attitude kan nodig zijn om een dergelijk actief klimaat te realiseren. Revalidanten en mantelzorgers worden over deze benadering geïnformeerd.

Aanbevelingen:

- 1. Maak revalidanten en mantelzorgers ervan bewust dat revalideren zelfwerkzaamheid is. revalidanten moeten continu aangesproken en uitgedaagd worden op hun vermogen zelfstandig dingen te doen.*
- 2. Realiseer een actief revalidatie klimaat door activiteiten op de afdeling in groepsverband aan te bieden waarbij revalidanten van elkaar leren en gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor het groepsproces.*
- 3. Train herwonnen vaardigheden van het dagelijks leven continu in de zelfzorg, de voortbeweging, de maaltijden, onder begeleiding van deskundige verzorgenden, verpleegkundigen of therapeuten.*
- 4. Faciliteer de mogelijkheden voor revalidanten om zelf te oefenen en stel de oefenruimten ter beschikking voor eigen oefenprogramma's waarbij de veiligheid van de revalidant niet moet worden veronachtzaamt.*
- 5. In de formatie verzorgenden moet voldoende ruimte en deskundigheid zijn om daadwerkelijk “met de handen op de rug” te kunnen begeleiden.*

Revalidanten willen in een revalidatiesetting behandeld worden en niet tussen bewoners van het verpleeghuis. Bewegen moet onderdeel zijn van dagritme, bewegingsgroepen, de sportzaal moet de hele dag beschikbaar zijn, men kan daar vragen stellen en krijgt hulp bij aan- en uitkleden.

Therapie integreren in de zorg, en therapeuten op de afdeling coachen de verzorgenden daarin. Training geven tijdens de zorg door af te stemmen op de individuele behandeldoelen, dus op het goede niveau de vaardigheden continu onder begeleiding van verpleegkundigen trainen. Het opleidingsniveau van verzorgenden is onvoldoende voor deze taak. De attitude dat je met je handen op de rug revalideert moet je leren. Therapeuten doen dat wel, maar de zorg is er heel erg op gericht om te zorgen en taken over te nemen.

“Eén van de centrale dingen die moet veranderen in hoofden personeel en verwachtingen cliënt.”

Wat geprobeerd wordt is de patiënt en familie bewust te maken dat revalidatie een belangrijk stuk zelfwerkzaamheid is. Een revaliderende omgeving, we moeten af van het idee dat de patiënt de hele dag ligt te wachten tot hij therapie heeft en dan mopperen. Zelf naar de therapieruimte gaan. Die benadering is makkelijker voor jonge mensen, maar niet op voorhand onmogelijk voor de oudere patiënt. Ook diens familie zo instrueren. Mensen moet je motiveren, als men thuis komt moet men ook zelf weer aan de slag. Het is belangrijk is dat we de familie meer betrekken bij de therapie. Niet dat de professionele wereld alle verantwoordelijkheid neemt. En als de patiënt een weekend naar huis gaat: ‘iets doen met vader of moeder’.

“Therapeutisch klimaat thuis? Dat bereik je door mantelzorgers steeds mee te nemen bij het doelen stellen.”

In het therapeutisch klimaat staat centraal het vanuit eigen regie van de cliënt denken. Het is in het belang van de cliënt dat hij oefent, en dat het personeel de handen op de rug houdt. Dit belang moet men vanaf dag één duidelijk maken aan de cliënt. Daar waar cliënt het kan het hem of haar ook zelf laten doen. Wat is revalideren, hoe ga je van de potentie van mensen uit om ze zelf krachtig te maken en dingen te laten doen. Wij zijn in de geneeskunde continue bezig geweest dingen over te nemen. Je moet patiënten empoweren. Thuis moeten ze het ook zelf doen. Je moet patiënten actief maken, trainen daarop. Maatwerk leveren. Men ziet ook van elkaar dat men meer kan dan dat men denkt dat men kan.

“Revalidatie is een andere tak van sport, het therapeutisch klimaat is 80% van de therapie.”

We invalideren mensen in plaats van ze te revalideren. Maar een revalidatieomgeving creëren, waarin men hoe langer hoe meer zelf kan. Ook in bouw en inrichting van zo'n afdeling daarop sturen. De revalidanten moeten ook in hun denken omschakelen vanuit ‘ja maar ik kan toch helemaal niks? Moet ik zelf dan mijn bordje mee naar de vaatwasser gaan brengen?’

Revalidatie, daar komt voornamelijk de factor tijd bij kijken, daar is intensievere begeleiding bij nodig. Dat iemand bijvoorbeeld misschien wel zelf zijn bed zou kunnen leren opmaken, als dat intensiever begeleid zou kunnen worden. Het therapeutisch klimaat daar worden heel veel dingen ingestopt om op die manier ook aan die intensieve revalidatie toe te komen.

1.10.4 Intensivering therapie

Meer, of intensievere therapie geeft waarschijnlijk betere resultaten. In welke vormen kan intensivering van de behandeling gerealiseerd worden? Hoeveel behandeling moet gegeven worden? Taakdelegatie naar verzorgenden en verpleegkundigen.

Aanbevelingen:

- 1. In het intensieve revalidatieprogramma wordt op zes dagen per week therapie gegeven.*
- 2. Therapie wordt individueel en in groepen gegeven*
- 3 Therapeuten coachen de verzorgenden/verpleegkundigen in het functioneel trainen met de revalidanten.*
- 4. Groepstherapie wordt afgestemd op het functionele niveau en de individuele behandeldoelen.*

Intensieve therapie betekent zes keer per week: geen twee dagen achter elkaar zonder therapie. Therapie kun je intensiveren door in groepen te werken. Hoe dat moet kunnen paramedici leren in de revalidatiecentra. Revalidanten hebben veel steun aan elkaar. Ook bij zelfoefenprogramma's werkt dat zo.

Taakdelegatie van paramedici naar verzorgenden geeft extra behandelmogelijkheden: zorg en therapie integreren. In je zorgprogramma moet staan dat de verzorging tijd besteedt aan de mobiliteit. De training moet passen in de individuele behandeldoelen, en dit veel beter uitleggen aan familie en revalidant.

Therapeuten op de afdeling coachen de zorg in het trainen. Doordat therapeuten op de afdeling rondlopen gaat het revalidatieproces sneller. 'O die patiënt kan al staan?'

Fysiotherapeut en ergotherapeut kunnen meteen bijsturen als ze op de afdeling zijn.. Als de behandelaren op elkaar ingespeeld zijn heb je een stabiel team. Continu onder begeleiding van verpleegkundigen laten trainen.

Ideaal is twee keer therapie in de groep, vier keer individueel. De individuele training wordt door dezelfde therapeut gedaan. Conditie en kracht kun je allemaal in de groep doen, en daarnaast kun je dan de balans individueel doen.

1.10.5 Klinimetrie

Klinimetrie is het met behulp van een meetinstrument fysiologische of klinische grootheden meten, en zodoende een indruk krijgen van het functioneren. Klinimetrie wordt ondermeer gebruikt om het behandelresultaat kwantitatief te volgen.

Aanbevelingen:

- 1. Gebruik de in de keten overeengekomen meetinstrumenten bij opname, voor evaluatie en prognostiek tijdens beslismomenten en bij ontslag.*
- 2. Sluit in de selectie van meetinstrumenten aan bij richtlijnen en landelijke standaarden, bijvoorbeeld wcn en uncomob.*
- 3. Het is wenselijk dat voor de doelgroepen van grz core-sets van meetinstrumenten worden ontwikkeld, uitgaande van de domeinen van de icf.*
- 4. Voor het benchmarken van ketenprestaties is een op – groepsniveau geaggregeerde verzameling van digitaal bijgehouden patiënten gegevens nodig.*

Welke meetgegevens zijn relevant in het revalidatietraject? Verpleeghuis en ziekenhuis moeten hier samen uitkomen. De gegevens zijn van belang bij de overdracht in het

zorgtraject. Spreek dezelfde taal en gebruik voor zover mogelijk dezelfde schalen. De vooruitgang wordt gemeten, heeft het effect wat je doet in de therapie? Je kunt het eigen functioneren als behandelaar of behandelteam bekijken en beoordelen. Het is van belang voor de patiënt die ziet of en in hoeverre hij vooruit gaat. Voor klinimetrie zijn verschillende richtlijnen van beroepsgroepen. Je moet het herstelproces van mensen goed volgen in de tijd. De vraag is zou je het verplicht moeten stellen en hoe kan je dat verplicht stellen. Het zou een eis van verslaglegging moeten zijn vanuit de beroepsgroep. Intercollegiale toetsing daarop zetten.

Een soort uitkomstmaat is op zich wenselijk maar alles wat je meet moet bijgehouden worden, geregistreerd worden en niemand zit te wachten op administratieve lasten. Als professional denk ik, meten is weten, het is goed om te meten wat je doet. Ja in principe zeggen we 'outcome of prestatie indicatoren zijn alleen maar goed en kunnen tot verbetering leiden'. Echter het moet niet ten koste van de beschikbare tijd voor zorg aan de cliënt. Kun je het als verzekeraar afdwingen, of op geaggregeerd niveau eindmetingen zien. Gegevens die in een digitaal systeem zijn bijgehouden, niet per patiënt zien wat er allemaal gedaan wordt maar wel de data als benchmark kunnen gebruiken.

1.11 Kennis en innovatie

1.11.1 Scholing

In deze paragraaf worden de vereiste deskundigheid en de nascholing die nodig is voor het onderhouden van deskundigheid en het bijhouden van nieuwe ontwikkelingen besproken. Dit betreft alle behandelaren, de verpleegkundigen en de verzorgenden. Voor specialisten ouderengeneeskunde is er een kaderopleiding geriatrische revalidatie, voor fysiotherapeuten de opleiding tot fysiotherapeut geriatrie. Deze opleidingen zijn geaccrediteerd, geven zij voldoende onderbouwing voor GRZ?

Welke competenties zijn vereist voor verzorgenden/verpleegkundigen en hoe moet de scholing voor hen ingericht worden. Is GRZ één specialisatie of een bundeling van meerdere aandachtsvelden?

Aanbevelingen:

- 1. De voor grz vereiste competenties en profielen van alle revalidatie disciplines worden omschreven en door de beroepsverenigingen geautoriseerd.*
- 2. De zorgorganisaties binnen de grz keten spannen zich in om de deskundigheid van de revalidatieteams te onderhouden.*
- 3. Aan de deskundigheids eisen en richtlijnen van de betreffende beroepsverenigingen wordt voldaan. Behandel disciplines, verpleegkundigen en verzorgenden volgen geaccrediteerde scholing op het aandachtsgebied geriatrische revalidatie.*
- 4. Binnen de grz kan nadere specialisatie voor bepaalde subgroepen, bijvoorbeeld neurorevalidatie, prothesiologie of revalidatie bij cliënten die ook psychogeriatrische problematiek hebben gewenst zijn*
- 5. De GRZ-keten wordt optimaal benut voor kennisuitwisseling*

Er moeten zeker eisen aan nascholing gesteld worden. Als de zorgverzekeraar die niet stelt is er teveel vrijheid. Scholing is geen vraag maar een verplichting.

“Iedereen heeft recht op hulpverleners met kennis en kunde.”

Revalidatie is een andere benadering, een andere cultuur, er worden andere eisen gesteld aan de professionals. Er wordt op een andere manier gewerkt. Kennis van richtlijnen, kennis van klinimetrie is een vereiste. In zo'n keten of waar ook moeten de faciliteiten geboden worden dat professionals zich kunnen scholen en ontwikkelen. Van Zorgverzekeraars en AWBZ moet geld daarvoor komen. Met name voor de diagnosegroepen waar richtlijnen voor zijn moet je zorgen dat je personeel kan voldoen aan die richtlijnen. Het is wel van belang dat er afstemming is, welke nascholing noodzakelijk is.

“Er zijn geriatrie fysiotherapeuten, er zijn kaderartsen revalidatie”.

In hoeverre hebben fysiotherapeuten en specialisten ouderengeneeskunde al BIG geregistreerde profielen? Die profielen zondermeer verplicht stellen, eventueel met overgangstermijn. Duidelijk moet zijn waaraan je moet gaan voldoen Paramedici en verzorgenden en verpleegkundigen, voor allen geldt hetzelfde. Neem een groeimodel. Artsen in de GRZ zijn nu alleen opgeleid vanuit ouderengeneeskunde maar de opleiding voor GRZ-arts zou bij de opleiding voor revalidatiegeneeskunde moeten zitten. Artsen kunnen van beide kanten (revalidatie geneeskunde en ouderengeneeskunde) instromen in die specialisatie, na bijvoorbeeld een half jaar meelopen in een revalidatiecentrum. Ook het andere personeel moet met geriatrische en met revalidatiekennis worden opgeleid. Vaak wordt er nu niet doelgericht gewerkt, mensen verblijven te lang. Men moet leren revalidatiedoelen te stellen en te behalen, dat gaat niet met het zorgleefplan van Actiz.

“Als je het revalidatie team wilt aansturen, kan het niet dat je je als specialist ouderengeneeskunde opstelt als “huisarts” van het verpleeghuis”

Je zit op het grensvlak van een instelling, van het specialisme. Nadere specialisatie is nodig. Een fellowship geriatrische revalidatie, zou wenselijk zijn. De nieuwe noemer van “Geriatrische Revalidatie” lost het probleem niet op dat er steeds meer specialisatie, steeds meer kennis komt. Lastig om mensen op te leiden in al die gebieden, in de revalidatie zien we verdere deelspecialisatie. Ook voor Fysiotherapie is het moeilijk alles te weten van CVA en van amputatie.

Wat zijn de inhoudelijke peilers van GRZ en hoe wordt daar steeds verder verdieping in aangebracht? Het NPI heeft een opleiding neurorevalidatie voor paramedici die al een aantal jaren vernieuwd is. Er zijn pilot modulen voor FT ET en HBOV verpleegkundigen. Dit is de standaard in Nederland

Competenties van alle teamleden moeten beschreven zijn. Goed geschoolde teams met de juiste competentie.

Niveau drie verzorgende heeft niet de competentie om zelf besluiten te nemen over begeleidingswijze, die vallen uit. Maak onderscheid in geschiktheid voor revalidatie. Niveau drie van verzorgenden is onvoldoende, start een traject om geriatrische revalidatie als scholing aan te bieden voor de verzorgenden, die op de revalidatieafdeling werken. Ze weten niet wat frailty is, ze weten niet wat multimorbiditeit is en wat dat dan betekent voor hun patiënt. Er moet basiskennis zijn bij de verzorgenden over revalidant met complexe geriatrische problematiek. Bovendien moeten de mensen die op de Orthopedie zitten daar nog extra verdieping in krijgen, en mensen op de CVA moeten extra verdieping op neurorevalidatie krijgen

1.11.2 Kennisnetwerken en richtlijnontwikkeling

Aanbevelingen:

1. *Specialisten ouderengeneeskunde met revalidatie expertise ontwikkelen op korte termijn richtlijnen, in afstemming met richtlijnontwikkeling van andere revalidatiedisciplines en met cliënten.*
2. *Benut landelijke en internationale kennisnetwerken neurorevalidatie bij het implementeren van richtlijnen en innovaties in de cva zorg.*
3. *Stimuleer voor de GRZ doelgroepen orthopedie en amputatie de ontwikkeling van een multidisciplinair kennisnetwerk tbv richtlijnontwikkeling en innovatie.*
4. *Stimuleer voor de GRZ doelgroepen traumatologie, overige aandoeningen (bijvoorbeeld copd) en revalidatie van dementerenden met een somatische aandoening zoals heupfractuur een multidisciplinair kennisnetwerk tbv richtlijnontwikkeling en innovatie.*

Het kennisnetwerk WCN kan als model benut worden.

Met een bedrag per DBC kan een kennisnetwerk overstijgende verbeteringen in de zorgketen ondersteunen..In de verpleeghuizen is een brede kennisbehoefte door de aanwezigheid van meerdere doelgroepen. Het doel van het kennisnetwerk is om de ketens op een hoger plan te brengen.

Er is een normenset ontwikkeld waarmee de ketenontwikkeling meetbaar is. Daarvoor is een ICT formulier ontwikkeld voor de keten. Dit belicht een aantal aspecten van het functioneren van de keten. Het zou ook voor andere ketens gebruikt kunnen worden, het is niet specifiek voor CVA.

Patiëntenverenigingen zijn via het kennisnetwerk inhoudelijk betrokken bij richtlijnontwikkeling

“Kennis verbreden, dat moet door de hele keten gedragen worden.”

Ketenfases (Minkman, 2011)

1. initiatief en ontwerpfase
2. experiment en uitvoeringsfase
3. uitbouw en monitorfase
4. verduurzaming en transformatiefase

1.12 Evaluatie

1.12.1 Prestatie indicatoren

Bij dit gespreksthema komt aan de orde hoe gewerkt kan worden aan (keten)zorgkwaliteit en hoe deze kwaliteit gemeten kan worden.

Aanbevelingen:

1. Er wordt ketenbreed gewerkt aan medisch inhoudelijke -, functionele -, organisatorische - en relationele zorgkwaliteit.
2. De door de revalidant en diens mantelzorgers ervaren kwaliteit van zorg en de door hen ervaren zorguitkomst wordt systematisch geëvalueerd door elke ketenpartner
3. Spreek met de keten (proces en uitkomst) indicatoren af die gericht zijn op de situatie bij triage en op de ontslagsituatie. meet dus zowel ingangskennmerken als uitkomstmaten.
4. Spreek indicatoren af waarbij de hoeveelheid van registraties door behandelaren zo veel als mogelijk beperkt blijven.

“Het is makkelijk om outcome te verbeteren door aan de poort verschillende mensen al uit te sluiten. Prestatie-indicatoren of een bepaalde financiering systematiek kunnen perverse reacties oproepen.”

Nu is de focus heel erg op medisch inhoudelijke zorgkwaliteit gericht. Daarnaast zijn er een aantal andere kwaliteitsdomeinen waarop je indicatoren op zou moeten ontwikkelen. Functionele kwaliteit : kan iemand de trap weer op, organisatorische kwaliteit : is de zorg goed afgestemd, is de informatievoorziening goed, relationele kwaliteit: voelen mensen zich gehoord/serieus genomen, worden ze geholpen om zelf weer dingen op te pakken. We moeten eerst gaan kijken wat nu eigenlijk de kenmerken van kwaliteit zijn op die deelgebieden. En hoe je tot een evenwichtige set aan indicatoren kunt komen. Verder is er natuurlijk ook de ervaren kwaliteit, dat wordt steeds belangrijker. Ik weet niet in hoeverre dat in dit segment bruikbaar is maar, over het algemeen is het toch wel een belangrijk instrument; wat vindt iemand nou zelf wat hij ermee opgeschoten is (Patient reported outcome measurement). Ervaren kwaliteit is iets anders dan patiënttevredenheid. Je vraagt aan de patiënt in hoeverre hij er beter van geworden is. Dan moet hij zich wel in kunnen denken hoe het was. Je kunt tevreden zijn over de behandeling maar er geen snars mee opgeschoten zijn. Dat is het verschil tussen ervaren uitkomst en tevredenheid, daar kunnen enorme discrepanties tussen bestaan.

Het hele begrip prestatie indicatoren, heeft de laatste jaren een grote inflatie ondergaan en er worden te veel indicatoren ontwikkeld op terreinen die uiteindelijk heel weinig zeggen over kwaliteit of over de prestaties. Je moet dat instrument heel gericht hanteren en in principe zoeken naar dingen waar niet allerlei extra registratie activiteiten nodig zijn. Wat ons betreft vooral gericht op elementen als indicatiestelling en uitkomst van zorg.

“Transparantie is lastig. Ouderenzorg is niet gewend om resultaten te laten zien”

Sinds 2004 is er een set prestatie indicatoren, uitkomst- en procesmaten voor medisch specialistische revalidatie (MSR) Sinds 2011 werken we met ‘Zichtbare zorg revalidatie’, een traject waar Revalidatie Nederland (RN) zich nu in bevindt met 2 doelen: keuze-informatie voor de patiënt, en inkoop informatie voor zorgverzekeraar. Het lijkt logisch om te kijken: wat heeft de MSR voor indicatoren, wat vinden wij zo specifiek voor ons en waar is er overlap, waar zou de GRZ van kunnen leren of op termijn in kunnen meedraaien.

“Het doen van allerlei extra inspanningen met het oog op prestatie indicatoren is in de afgelopen jaren niet zo’n gelukkige weg geweest “

We maken een set van indicatoren waarmee we zeker kunnen stellen dat zorgorganisaties hun eigen zorg kunnen verbeteren en kunnen meten. Wij vinden de zorginhoudelijke aspecten niet verenigbaar met inkoopaspecten van ZN, en ook niet geschikt voor keuze informatie voor cliënten. Inkoopindicatoren en indicatoren voor cliënten als keuze-informatie opstellen is aan andere partijen.

Het is veel beter als iedere betrokken partij eigen prestatie indicatoren ontwikkelt en daarover rekenschap wil geven. Algemene indicatoren voor het hele traject, bijvoorbeeld 'hebben we ons gehouden aan tijdsafspraken' geven niet perse een antwoord op kwaliteit. Wordt de patiënt slechter van langere ligduur? Soms kan iemand minder goed revalideren vanwege comorbiditeit/complicaties, de zorg is dan wel goed geweest maar door andere oorzaken is de uitkomst minder goed.

“Prestatie indicatoren opstellen is een methode om niet betrokken professionals toch iets te kunnen laten zien over de kwaliteit. Kwaliteit en prestatie zijn emotionele begrippen en in de zorg willen we dat meetbaar maken.”

‘Evaluatie is in het belang van de klant en de professional moet de indicator beoordelen als een toegevoegde waarde voor zijn handelen.’

1.12.2 Uitkomstmaten (zie ook 2.4.5 klinimetrie)

Aanbevelingen:

1. Gebruik een beperkte set uitkomstmaten, die gevalideerd is voor de GRZ-doelgroep en betrekking heeft op de icf domeinen activiteiten en participatie
2. Meet sociale zelfredzaamheid zes weken of drie maanden na beëindiging van de revalidatie,
3. Bevraag de cliënt en de mantelzorger op tevredenheid over het herstel van zelfredzaamheid en of de eigen doelen bereikt zijn.

Als je het hebt over zorg die tot doel heeft om mensen in een redelijke mate tot zelfstandig functioneren te doen komen dan is het voor de hand liggend dat één van de belangrijkste indicatoren is in hoeverre dat lukt. Ideaal is als bij binnenkomst een vragenlijst wordt ingevuld en bij ontslag ook. Liefst één instrument voor alle revalidanten. Zowel op functieniveau als op participatieniveau is het echter een probleem om het juiste instrument te vinden. We stimuleren dat de USER (Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie) in ieder centrum voor volwassen klinische revalidatie wordt gebruikt . Deze is mogelijk ook geschikt voor de GRZ.

“Uitkomstmaten zijn een middel en niet een doel”

Toets op de cliënt, de cliënt moet tevreden zijn met het resultaat wat bereikt is. Is er vooraf ingeschat dat iemand weer thuis kan functioneren en op welk niveau van zelfstandigheid hebben we dat ingeschat en is dat niveau dan ook duidelijk gehaald. Is de cliënt daar tevreden over? Klinimetrie gebruiken om te toetsen of mensen in de thuissituatie goed kunnen functioneren. Dat zal voornamelijk op het domein participatie liggen. Het gaat om de sociale redzaamheid van mensen. Ze kunnen prachtig uitbehandeld zijn, ze kunnen weer lopen enz. Maar uiteindelijk thuis zijn zitten ze ook weer binnen de vier muren. Gebeurt er nog niks, mensen moeten ook weer in hun sociale omgeving kunnen gaan functioneren. Heeft iemand doelen alleen op verbeteren activiteitenniveau, of ook op participatieniveau. Bij jongeren heb je misschien vaker andere hulpverleners nodig: sexuologie, psychologen

gespecialiseerd in familierelaties, arbeidsdeskundigen. Jongeren willen sporten, op vakantie, werken. Andere complexiteit. Participatiedoelen bij ouderen zijn minder complex, minder intensief. Een keer per week met OV naar de winkel gaan, tegenover dagelijks ergens naar toe kunnen gaan (op tijd) waar iemand een rol moet vervullen. Participatie kan je pas achteraf meten, niet tijdens opname.

1.12.3 Andere criteria

Professionaliteit van behandelaars in relatie tot kwaliteit van zorg en behandeling.

Aanbevelingen:

1. Omschrijf kwaliteitstandaarden GRZ waar binnen professionals hun behandeling kunnen doseren en faseren afgestemd op het revalidatieproces van de individuele revalidant.

De eisen t.a.v. de professionals in zorg en behandeling zijn voor de GRZ hoger dan de kwaliteitstandaarden die nu in de verpleeghuizen in Nederland bereikt worden. In de GRZ is sprake van een driehoek: De continue medische behandeling begeleiding door specialist ouderengeneeskunde en revalidatie arts, flexibele verzorging en verpleging en flexibele revalidatie door het multidisciplinaire team. In die driehoek moeten de kwaliteitseisen scherp uitgeschreven zijn. Ik ben geen voorstander van zorgproducten, maar van professionals die je de ruimte geeft van om van dag tot dag van week tot week passende zorg te geven.

“Ethiek, dan heb ik het ook over hoe ver gaan we met revalidatie bij ouderen en waar stellen we grenzen. Is het meer de omgeving die druk uitoefent of is het de cliënt zelf waardoor dingen ook wel of niet slagen. Ik vind dat we soms ook weleens doorschieten.”

“Denk aan oncologische revalidatie, iedereen vindt dat we dat moeten doen, terwijl we zeker weten dat deze mensen over twee jaar dood kunnen zijn. Waarom bij mensen van 80 dan niet revalideren?”

De huidige tachtig-plussers hebben motivatie om te willen verbeteren. Wij moeten hen ook de visie meegeven: ‘als je eraan werkt kan je weer vooruitgaan’. Je weet toch niet wanneer je doodgaat. Hulpverleners moeten geriatrische en revalidatiekennis verenigen, en uitdragen aan ouderen dat er iets te halen is.

1.13 Zorginkoop

“Het thema van een zorgverzekeraar is: hoe kunnen we op doelmatige wijze de inhoud verbinden met het geld en hoe kunnen we dat zo doen dat de relaties behouden blijven?”

1.13.1 Rol zorgverzekeraars

Kostenbeheersing en het belang van triage en normering van behandeling. Mogelijkheden om te innoveren in de GRZ.

Aanbevelingen

1. Zorgstandaarden grz worden richtinggevend voor de contractering.
2. Zorgverzekeraars stellen bij contractering voor grz een ketenconvenant als voorwaarde.
3. Financier innovaties door in de hele keten het geld de client te laten volgen
4. Voorkom dat de dbc productfinanciering innovaties in de grz onmogelijk maakt. zorgverzekeraars bespreken het thema innovaties en hoe die gefinancierd kunnen worden met de zorgorganisaties

De rol van de zorgverzekeraar is om macro de GRZ niet te laten groeien. In het huidige model wordt er te weinig zorg gegeven in revalidatieverpleeghuizen. Het doel is macro neutraal overgaan, niet de kosten afwentelen op ziekenhuizen of revalidatiecentra. Minister Schippers geeft aan dat de overheveling in 2015 50 miljoen op moet leveren (korter en intensiever behandelen). Maar er gaat iets veranderen in de geriatrische revalidatiezorg dus de vraag is of het dus wel haalbaar is om te besparen. Als de overheveling geen kwaliteitsimpuls geeft ga je een DBC structuur krijgen die volledig identiek is aan de huidige ZZP structuur. Men meet wat je nu kunt als zorgaanbieder met de huidige financiering.

Een goed triagesysteem is voorwaarde. Het moet heel duidelijk zijn wie in aanmerking kan komen. Wie er in zo'n traject thuis hoort en wie niet. Je moet ergens aan af kunnen meten dat er een flinke kans bestaat dat iemand revalideerbaar is. Andere voorwaarde is dat er een goede productstructuur moet zijn, dit moet meer inhouden dan alleen maar de hoeveelheid tijd die is besteed en welke disciplines zijn ingeschakeld. De zorg die geleverd wordt uit de ZVW moet effectief bewezen zorg zijn. Voor verschillende indicaties moeten zorgpaden en best practices beschreven zijn. Dan moet je ook nog een productstructuur hebben, de producten moet je aan de zorgpaden kunnen relateren. Keuzes zullen gebaseerd worden op normstellingen vanuit de beroepsgroep: wie niet voldoet aan normen wordt niet gecontracteerd. Lastig is wat de normen zijn. En welke aanbieders? Dat zijn degenen die op dit moment borg staan voor de beste zorg, de specialisten ouderengeneeskunde. Als er een protocol is, volg je dat.. Behandelkaders zijn misschien beter, die geven flexibiliteit van behandeling en aanpak. Een zorgstandaard houdt in dat de patiënt inbreng in de medische richtlijn goed is geborgd. Bij chronische ziekte is de rol van de patiënt nog belangrijker dan bij acute aandoeningen. Hoe kunnen we de nieuwe orde methodisch en gestructureerd maken voor de zorginkoop. Het moet zichtbaar worden welke kwaliteit er geleverd wordt en welke kwaliteitsverschillen er zijn.

Innovaties zijn een knelpunt. Als het een innovatie is die er veelbelovend uitziet zou je een mogelijkheid moeten hebben om die tijdelijk te vergoeden. En dan na verloop van tijd, evalueren en beslissen of het in het pakket komt en toegelaten wordt of dat het uiteindelijk toch niet oplevert wat ervan verwacht wordt. Met de voorwaardelijke toelating worden nu heel voorzichtig, een paar dingen gedaan. Maar anders is er heel weinig mogelijkheid voor innovaties binnen het stelsel. Voor de ZVW geldt dat alleen zorg die bewezen effectief is verzekerd is, zo staat het in de wet. Dus er zit vaak een fase tussen het ontwikkelen van een innovatie en dat moment dat het bewezen effectief is. Die fase is niet goed geregeld.

1.13.2 Contracteren

“Het contracteren kan vergemakkelijkt worden door de leidraad, die ontwikkeld wordt. Op hoofdlijnen daarin aangeven op welke gebieden je in ieder geval afspraken moet maken. Zonder het voor te schrijven wel aangeven: hier moet je in ieder geval aandacht aan besteden in je contractering.”

“Het handigste is als je weet wie de hoofdaannemer is van een zorgtraject, wie primair aanspreekpunt is die de verantwoordelijkheid heeft om het ook met andere participanten af te handelen.”

Aanbevelingen:

1. Contracteer GRZ ketens waarin zorgpaden omschreven zijn en afspraken met ziekenhuis en eerste lijn zijn vastgelegd.
2. Kwalitatief goede overdracht van patientgegevens binnen de keten is voorwaarde voor contractering
3. Zorginkoop is gebaseerd op openbare kwaliteitsgegevens

Wat niet goed genoeg is niet contracteren, dus geen revalidatiezorg die solo, stand alone is. Zorgpaden moeten uitgelijnd zijn en samenwerking met ziekenhuis en eerste lijn geregeld. Contractering vergemakkelijken: niet op DBC 's maar op zorgpaden. Vervolgens op inhoudelijke gronden triage over vorm van revalidatie aanbod. Niet op voorhand een valse prikkel erin, zoals verblijfsduur.

“Een gevoelig statement is nodig. Niet meer contracteren bij onderprestatie.”

Specialisten zijn de vakkeners, die ontwikkelen richtlijnen. Verzekeraars vergelijken dit met buitenland en gaan contracteren op grond van zich ontwikkelende evidence. Kwaliteit informatie moet er komen, het moet zichtbaar worden welke kwaliteit er geleverd wordt en welke kwaliteitsverschillen er zijn. De vraag is of je een permanente monitor in moet zetten of eisen van degene die de zorg biedt dat hij ook zijn kwaliteit inzichtelijk maakt. En dat die kwaliteit gegevens publiek inzichtelijk zijn, zodat de zorgverzekeraar zijn inkoop daarop kan baseren en dat de patiënt zijn keuze daarop kan baseren. Dat zorgaanbieders kunnen kijken, hoe score ik ten opzichte van mijn collega's. Je komt eigenlijk in het hele kwaliteitstransparantieproces, wat nu stagneert bij zichtbare zorg maar waar we wel een nieuwe modus voor moeten vinden.

Het zou verplicht moeten worden om informatieoverdracht plaats te laten vinden. De verzekeraar kan daar bij de contractering een rol in hebben. Geïntegreerde inkoop van 1e lijn, ziekenhuis, verpleeghuis.

Voorwaarde stellen hoe je gaat samenwerken, hoe ga je info aan elkaar overdragen.

Voor het hanteren van een volumeondergrens heb je vanuit de zorgverzekeringsfeer harde argumenten nodig, de vraag is waar ligt die grens. Het is wel zo dat er onderzoek is dat naarmate de instellingen groter zijn de behandelduur korter is, dat zou een argument kunnen zijn om zoveel mogelijk te concentreren. Het gaat niet om een al te mobiele groep dus daar zitten ook weer grenzen aan. Maar dat een zekere mate van concentratie uit een doelmatigheidsoogpunt gewenst is lijkt wel duidelijk. Ik denk dat zorgverzekeraars ook gaan nastreven.

We zien daar ook het spanningsveld tussen wat er moet en wat er allemaal op ons afkomt en hoe het gefinancierd wordt. En dat we daar dus met zijn allen enorm bovenop moeten gaan zitten, en misschien ook wel vanuit de organisaties en vanuit het werkveld feedback moeten gaan geven naar zorgkantoren voor onze cliënten, want die hebben gewoon een heel specifieke problematiek en daar wordt aan voorbij gegaan.

Hoofdstuk 3: Inspirerende voorbeelden.

Auteurs: Antoinette Bolscher en Hannie Fonk, procesbegeleiders proeftuinen GRZ en uitvoering procesmonitor

In dit hoofdstuk worden een aantal innovatieprojecten uit de proeftuinen GRZ beschreven.

1.14 Proeftuin Amsterdam: *Het sleutelbegrip is samenwerking!*

De proeftuin in vogelvlucht

De proeftuin Amsterdam richt zich met name op de doelgroep CVA. Locatie Berkenstede van Cordaan werkt nauw samen met het AMC in Amsterdam en heeft 12 CVA-revalidatiebedden. De CVA-cliënten zijn al in beeld bij de specialist ouderengeneeskunde als ze nog in het AMC verblijven. De SOG bezoekt hiertoe het MDO in het AMC en heeft twee keer per week telefonisch contact met de revalidatiearts. Zij hebben een gezamenlijk triageformulier voor de (medisch specialistische en geriatrische) revalidatie ontwikkeld. Daarnaast zijn er afspraken gemaakt met het AMC over verbetering van de medische overdracht.

Het zorgpad CVA is in de proeftuin vernieuwd, met een duidelijk startmoment bij opname, een observatieperiode van maximaal 10 dagen en een verbeterd MDO. Na de observatieperiode wordt de triage (functionele prognose) herhaald en kunnen er zaken zoals revalidatieadvies en voorlopige ontslagdatum worden bijgesteld. Bij elk MDO wordt opnieuw besproken of de cliënt op de juiste plek is en een juiste behandelintensiteit heeft.

Revalidatiedoelen worden vanuit de cliënt geformuleerd en zijn daarmee vraaggestuurd en 'op maat'. De doelen worden zo concreet als mogelijk opgesteld, waarna de behandeling hierop wordt ingericht en vastgelegd in het behandelplan. De SOG heeft een sterke rol in het totale behandelplan, een zelf ontwikkeld instrument waarmee de SOG het integrale proces stuurt. Het behandelplan kan door iedereen geraadpleegd worden vanaf een gezamenlijke directory. Men werkt met een intensief en regulier zorgpad.

Er wordt gewerkt in een 24/7 therapeutisch klimaat, waarbinnen de cliënt het programma 'Zelf oefenen na een beroerte' kan volgen. Ook zijn er ondersteunende interdisciplinaire trainingen zoals de ADL training en transfertraining en zijn er diverse groepstherapieën zoals de agendagroep, de communicatiegroep, de arm-handgroep en de ontbijtgroep. De opnameduur is door alle interventies duidelijk afgenomen.

Het zorgpad wordt nog uitgebreid met een nazorgtraject, waarbij de 1e lijn intensiever betrokken wordt.

In de proeftuin ligt een focus op klinimetrie. Door evidence based parameters te meten, wil Cordaan haar revalidatieproces verder objectiveren. Deze parameters zullen worden afgestemd in de keten, waardoor ook de kwaliteit van de ketenzorg objectief in beeld gebracht kan worden.

Voor de toekomst heeft Cordaan het voornemen om de mantelzorger intensiever te betrekken bij het revalidatietraject en waar mogelijk in te zetten als co-therapeut.

Focuspunt: Samenwerken revalidatie arts en specialist ouderengeneeskunde.

Prominent in de proeftuin is de samenwerking tussen de SOG en de revalidatiearts uit het ziekenhuis. Vanuit ieders expertise wordt bepaald wat de beste zorg voor de cliënt is in de fase waarin hij zich bevindt. Dit vindt niet alleen in het ziekenhuis tijdens de eerste triage

plaats, maar gedurende het hele revalidatietraject. De revalidatiearts komt hierbij regelmatig voor consult in het verpleeghuis.

Door heel vroeg met elkaar te signaleren, kan er sneller worden gecorrigeerd en juiste revalidatie worden geboden en dit is bevorderlijk voor de uiteindelijke uitkomst voor de cliënt. Zo leert men van elkaar door gezamenlijk op te trekken en wordt er structureel van elkaars expertise gebruik gemaakt.

Meer informatie bij: Susanne Smorenborg, Programma manager Cordaan
,ssmorenborg@cordaan.nl

1.15 Proeftuin De Kempen: **SMART doelen onmisbaar voor een goede doorstroom!**

De proeftuin in vogelvlucht

De proeftuin De Kempen richt zich op de doelgroepen CVA, electieve orthopedie en fracturen, amputatie en overig. Locatie Merefelt van de Regionale stichting zorgcentra de Kempen (RSZK) is een in 2011 nieuw gebouwd verpleeghuis met een revalidatiecentrum voor senioren (RCvS). Het ligt vrijwel naast het Maxima Medisch centrum (MMC), waarmee nauw samengewerkt wordt. Er is goede afstemming tussen het ziekenhuis en RSZK Merefelt. Dit vindt plaats op velerlei niveau: bestuurlijk, tussen managers, behandelaren, artsen en transferbureaus. De RSZK heeft een duidelijke visie op revalidatiezorg en wil een passend aanbod doen voor iedere revalidant in de regio.

Bijzonder in RSZK Merefelt is de positionering van de transfermedewerker als casemanager. Deze medewerker komt al in het ziekenhuis in beeld bij de cliënt en blijft casemanager gedurende het hele revalidatietraject. Familiegesprekken worden ook door deze casemanager gevoerd. De casemanager heeft daarnaast al vroeg in beeld wat er nodig zal zijn in de thuissituatie na revalidatie en onderneemt hierop passende actie.

De RSZK werkt met twee varianten van de zorgpaden, een intensief (verkort) en een regulier traject.

In het revalidatiecentrum voor senioren wordt moderne GRZ geboden in kleinschalige verblijfsvormen van 7 plaatsen. In de zogeheten huiskamer wordt gewerkt met een therapeutisch klimaat. De cliënten krijgen hierdoor 24 uur per dag, 7 dagen per week de mogelijkheid om te revalideren. Daarnaast wordt er ook nog 5 dagen per week intensieve behandeling geboden. Er wordt multidisciplinair gewerkt, wat als een echte verrijking wordt ervaren. De opnameduur van cliënten neemt met enkele weken af, zowel in het intensieve als het reguliere zorgpad. Een duidelijk resultaat!

Focuspunt: doorstroom bevorderen door focus op revalidatiedoelen

Na aanmelding wordt er getrieerd op zorgpad en wordt er na intake en diagnostiek een planning uitgezet met een voorlopig behandelplan. Met en dóór de cliënt (of diens mantelzorger) worden er korte termijn - (bijv. transfers) en lange termijn doelen (bijv. kan weer boodschap doen) geformuleerd: "Wat heeft u nodig om weer naar huis te kunnen gaan?". Er wordt een sterke focus gelegd op het meetbaar zijn van de resultaten en er wordt een voorlopige ontslagdatum vastgesteld in het eerste MDO. Dit MDO wordt gevoerd in de aanwezigheid van de cliënt en/of diens mantelzorger en hierdoor is het voor de cliënt duidelijk wat hij/zij kan verwachten. Een MDO mèt cliënt vraagt wel aanpassing van de terminologie. Een voordeel voor de cliënt is, dat die in het MDO een team ziet, dat gemotiveerd is om te helpen om de revalidatiedoelen te bereiken, wat veel rust brengt. Eenmaal in de huiskamer, worden de dagelijkse bezigheden door de cliënten opgepakt. Motiverend hierbij is dat cliënten elkaars beperking leren kennen en elkaar hiermee gaan helpen. Er is toezicht door verpleegkundigen, die in een coachende rol de cliënt ondersteunen.

Kort voor ontslag wordt er een laatste MDO georganiseerd met de cliënt wederom erbij. Indien nodig vindt er een proefverlof plaats, wat veelal bij revalidanten met een CVA en hun partner een veilig gevoel geeft. Na ontslag is er nog een breed scala aan nazorg mogelijk, dat kan variëren van poliklinische revalidatie, eerste lijns behandeling tot advies, instructie en voorlichting in de thuissituatie.

Meer informatie bij: drs. Dorien Sommers, Manager Zorg, RSKZ Merefelt, d.sommers@rszk.nl

1.16 Proeftuin Naarderheem: *Balans tussen samenwerking, inhoudelijke kwaliteitsverbetering en bedrijfsprocessen!*

De proeftuin in vogelvlucht

De proeftuin Naarderheem richt zich op de doelgroepen CVA, electieve orthopedie en post acute revalidatie. Locatie Naarderheem van de Vivium zorggroep werkt nauw samen met Tergooiziekenhuizen, een streekziekenhuis met twee lokaties. In de locatie Blaricum heeft Naarderheem een transitorium met 30 bedden. In de proeftuin lag een focus op de samenwerking met het ziekenhuis. De samenwerking is met bestuurlijk mandaat geborgd op management niveau, tussen behandelaren en de artsen. De specialisten ouderengeneeskunde (SOG) van Naarderheem zijn meerdere malen per week in het ziekenhuis voor de verschillende MDO's en vervullen in het ziekenhuis een consulent functie. Daarnaast voeren zij samen met de artsen in het ziekenhuis de triage uit voor de cliënten. Daarmee vervullen zij een regiefunctie voor de zorgpaden, omdat ze vroeg in het traject de cliënt al kennen.

In Naarderheem wordt moderne revalidatiezorg geboden in intensieve en reguliere zorgprogramma's. Er wordt naast individuele behandeling, veelal in groepen behandeld, vaak multidisciplinair. Hierdoor gaat het aantal en de frequentie van de behandelingen omhoog. Verder revalideert men in een therapeutisch klimaat en worden de cliënten getraind bij de dagelijkse activiteiten door verzorgenden. Alle medewerkers zijn geschoold in 'handen op de rug zorg' in een scholingscarrousel en dragen bij aan het steeds vernieuwen van het therapeutisch klimaat.

Er is veel aandacht besteed aan planning in de proeftuin, waarbij er voor alle disciplines een gezamenlijke planning is opgesteld. Deze planning is voor iedereen inzichtelijk en daardoor kan er laagdrempelig worden afgestemd. Medio juni 2012 is deze complexe planning en afstemming van de zorgprogramma's op de cliëntagenda, de medewerkersagenda en de fysieke ruimte, volledig geautomatiseerd. Er wordt gewerkt met een concept ontslagdatum, die door iedereen wordt bewaakt. Door deze werkwijze is vrij nauwkeurig bekend wat de bedbezetting is en dit geeft rust bij de opnameplanning en daardoor ontstaat er duidelijkheid in de communicatie naar de ketenpartners. De helderheid in de bedrijfsprocessen biedt daarnaast de mogelijkheid om te allen tijde transparant te zijn naar cliënt en mantelzorg. In de proeftuin wordt veel geregistreerd, zowel de opname- en behandelduur, als de klinimetrie. Hierbij worden ook de registraties van het ziekenhuis meegenomen. Dit alles biedt goed inzicht in het effect van alle energie, die er in het voortdurend vernieuwen van de revalidatiezorg wordt gestoken.

Focuspunt: Samenwerken!!

In Naarderheem is sprake van een reeds lang bestaande keten. Desondanks is er recent geïnvesteerd in samenwerking en communicatie, waardoor er een soepele overgang is gecreëerd tussen ziekenhuis en Naarderheem. De regierol van de SOG is hierbij onmisbaar. De aanwezigheid van de SOG in MDO's en triagemomenten in het ziekenhuis wordt door anderen vaak benoemd als indirecte tijd voor de SOG. De artsen in Naarderheem beschouwen deze rol als essentieel voor het verder verloop van de keten. De cliënt komt vroeg in beeld, waardoor er inzicht is welke cliënten er opgenomen worden. Door inzicht in de bedrijfsprocessen in Naarderheem, weten de artsen wat ze kunnen aanbieden aan bedden. Dit resulteert in snelle opnames en daardoor ligduurverkortingen in zowel ziekenhuis

als in Naarderheem. De bedbezetting in Naarderheem is gemiddeld iets boven de 100%. Eerste uitkomsten van de klinimetrie hebben aangetoond dat versnelling van het traject niet van invloed is op de uitkomst van het revalidatietraject voor de cliënt. De cliënt gaat sneller en beter dan voorheen naar huis, zonder dat er sprake is van een toename van heropnames.

Meer informatie bij: drs. Saskia Prins, sectormanager Vivium Zorggroep, Naarderheem.
s.prins@vivium.nl

1.17 Proeftuin Nijmegen: *Kennis als kracht*

De proeftuin in vogelvucht

De proeftuin Nijmegen focust op de doelgroep CVA-cliënten. Er wordt in de keten samengewerkt tussen ZZGZorggroep, UMC Radboud ziekenhuis, Canisius Wilhelmina ziekenhuis (CWZ) en St. Maartenskliniek. Kern van de samenwerking is om vanuit het belang van de cliënt te kijken en niet vanuit het belang van ieders eigen organisatie. Het gaat om: op welke plek kan de cliënt op welk moment de juiste behandeling en zorg krijgen. Voor het ziekenhuis is belangrijk om te weten welke vervolgzorg het verpleeghuis biedt, omdat dan vertrouwen ontstaat dat er een adequate behandeling is in aansluiting op het ziekenhuis. Resultaat is dat de cliënt niet onnodig lang in het ziekenhuis verblijft. In het CWZ, waar de ligduur nog relatief lang was, heeft een focus op een tijdige uitstroom geleid tot een substantiële verkorting van de ligduur.

Samen is een zorgpad CVA ontwikkeld en geïmplementeerd, met concrete afspraken over de werkwijze in het ziekenhuis, de triage, overdracht, en de revalidatie op de revalidatieafdeling. Daarbij is ook aandacht voor klinimetrie, voor zowel sturing geven aan de behandeling en effecten van de behandeling in beeld krijgen, als voor sturing van beleid. Cliënten voor wie dit passend is, krijgen intensieve behandeling. Er wordt gewerkt met een cliëntagenda, waardoor de cliënt zoveel mogelijk de eigen regie heeft. Daarbij wordt de cliënt ondersteund door een cliëntbegeleider. Dit is een specifiek opgeleide verpleegkundige of maatschappelijk werkende (casemanagement), die in beginsel niet direct werkzaam is in de zorg.

De goede ervaringen met de CVA-proeftuin hebben ertoe geleid dat ook voor andere doelgroepen deze werkwijze wordt ontwikkeld.

Focuspunt: Concentratie CVA-cliënten, specialisatie medewerkers

Binnen het verpleeghuis is eind 2011 ervoor gekozen de CVA-cliënten te concentreren op twee afdelingen, omdat de revalidatie van deze cliënten specifieke deskundigheid vergt. Een specialistisch verpleegkundige en een nurse practitioner uit resp. Radboud ziekenhuis en CWZ zijn voor een langere periode enkele dagen per week gedetacheerd bij de ZZGZorggroep. Zij spelen een belangrijke rol in de innovatie van de zorg: het ontwikkelen van zorgpaden, van voorlichtingsmateriaal voor cliënten en familie, het geven van training on the job op de afdeling, het scholen van verzorgenden en activiteitenbegeleiders voor wie geen gerichte opleiding op het gebied van neurorevalidatie beschikbaar is. Er wordt voor gezorgd dat de scholing ook daadwerkelijk wordt geïmplementeerd in de praktijk; hiervoor worden extra verpleegkundigen ingezet. Cruciaal is dat geleerd wordt dat revalidatiezorg niet 'overnemen' en verzorgen is, maar trainen en coachen van cliënt. De verpleegkundigen en verzorgenden hebben daarmee ook een belangrijke eigen rol in de revalidatiezorg.

Medewerkers zijn erg enthousiast over deze nieuwe manier van werken en zien dat het effect heeft voor de cliënt.

Doordat de specialistisch verpleegkundige en nurse practitioner in zowel het ziekenhuis als het verpleeghuis werken, vormen zij een 'linking pin' en kunnen zij direct bijdragen aan het verbeteren van processen. Zo werd bijvoorbeeld gesignaleerd dat de verpleegkundige overdracht vanuit het ziekenhuis niet aansloot bij wat de revalidatieafdeling nodig had en is de overdracht aangepast.

Meer informatie bij: Hans Blanjaar, directeur ZZG herstelhotel, h.blanjaar@zzgzorggroep.nl

1.18 Proeftuin Roosendaal: *Niet 'zitten en wachten', maar oefenen!*

De proeftuin in vogelvlucht

De proeftuin Roosendaal richt zich op de doelgroepen CVA en Parkinson. Het revalidatie-doel voor de Parkinsonpatiënt is om na terugval, door intensieve revalidatie weer op een hoger niveau thuis te kunnen functioneren. De Parkinsonpatiënt heeft een hele eigen dynamiek en vraagt een bijzondere behandeling. Belangrijk is goede medicatie die precies op tijd (kritische succesfactor) wordt genomen en dat de Parkinson cliënten in beweging blijven. Locatie Weihoek van Stichting Groenhuysen, werkt voor cliënten met Parkinson veel samen met het naastgelegen Franciscus Ziekenhuis. De locatie bestaat uit 6 woningen met ieder 10 bewoners, waar naast mensen met Parkinson, ook cliënten ook chronische longziekten (COPD) en hartfalen verblijven. Er wordt gewerkt vanuit een huiskamer met een therapeutisch klimaat, waarbij de cliënten zoveel mogelijk zelf doen. Iedere huiskamer heeft een eigen dagprogramma, met allerlei vormen van therapie.

De Parkinson-verpleegkundige werkt zowel op de polikliniek van het ziekenhuis, als in het verpleeghuis. Dit is voor de cliënten erg plezierig, want ze treffen dan steeds dezelfde verpleegkundige aan. Ook worden MDO's vanuit beide instellingen bezocht en is informatie in de dossiers goed toegankelijk vanuit beide huizen. Voor de revaliderende Parkinsonpatiënt is er een dagrevalidatie met multidisciplinaire behandeling en zijn er gespreksgroepen om te volgen.

Voor de CVA-cliënt in Wiekendaal, is er een modern revalidatieprogramma opgesteld, waarbij de cliënt zoveel mogelijk wordt uitgedaagd om zelf de regie weer op te pakken. Alle ruimtes zijn zo ingericht, dat ze bijdragen aan 24 uur per dag revalideren. Cliënten worden zo min mogelijk geholpen bij het uitoefenen van dagelijkse handelingen, zoals bijvoorbeeld boterhammen smeren voor bij de slijktafel, ter stimulatie van de zelfredzaamheid.

Om fysiek te oefenen is er een fitness ruimte beschikbaar, met digitale programma's (Silverfit, Wii), waarmee op een leuke manier kan worden geoefend. In Wiekendaal werkt men volgens de richtlijn beroerte, waarin de taken en rollen van de verschillende disciplines zijn vastgelegd. Er wordt gewerkt met een intensief en regulier zorgpad, waarvoor de specialist ouderengeneeskunde de cliënten indiceert..

Focuspunt: Oefenkaart therapie: nooit meer zitten en wachten!

Stichting Groenhuysen werkt met een oefenkaarttherapie, ontwikkeld voor zowel CVA en (sinds kort) ook voor Parkinson. De CVA oefenkaart is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek van Marleen Huijben. In de oefenkaarttherapie, oefent de cliënt zoveel mogelijk zelfstandig aan de hand van een instructieboekje met foto's en onder toezicht van een verzorgende/verpleegkundige. Als er geoefend is, wordt dit afgetekend op een kaart waardoor goed inzichtelijk is hoeveel de cliënt heeft geoefend. Een cliënt hoeft dus nooit meer te zitten en te wachten op therapie, maar kan zelf werken aan herstel. Dit begint dagelijks direct 's morgens al, onmiddellijk na het opstaan.

Door de cliënten wordt deze oefenkaarttherapie beleefd, als het herwinnen van een stuk regie over het eigen leven, in een periode waarin je afhankelijk bent van de zorg van anderen. Dit geeft de cliënten een goed gevoel en dat stimuleert erg om veel te oefenen. Ook familie kan een cliënt stimuleren bij het oefenen, door bijvoorbeeld mee te oefenen, of te ondersteunen.

Aan de introductie van de oefenkaarttherapie, is een uitgebreide scholing vooraf gegaan en de medewerkers worden nog op regelmatige basis gecoacht.

Meer informatie bij: drs. Judith Verlind, Adviseur Zorg, St. Groenhuysen, j.verlind@groenhuysen.nl

1.19 Proeftuin Rotterdam: *Alles is revalidatie*

De proeftuin in vogelvlucht

In de proeftuin Rotterdam wordt door initiatiefnemer Laurens samengewerkt met meerdere ziekenhuizen in de stad. Het eerste doel van de proeftuin is de ontwikkeling en implementatie van een triage-instrument. Het instrument is ontwikkeld, maar wordt nu ingehaald door het besluit een landelijk instrument te ontwikkelen. Dit wordt nu afgewacht. Het tweede doel van de proeftuin richt zich op het verbeteren van het functioneringsniveau van cliënten door intensivering van de behandeling en invoeren van het therapeutisch klimaat. Intensieve behandeling wordt geboden in de vorm van meer uren behandeling, behandeling 6 dagen per week, en interdisciplinaire groepsbehandeling. In het 1^e MDO wordt een voorlopige ontslagdatum afgesproken. Dit is een prikkel die doorwerkt bij cliënten en professionals. Ieder is veel bewuster met het revalidatieprogramma bezig. Aansluitend bij het therapeutisch klimaat wordt ook gewerkt met een cliëntagenda en behandelaaragenda. De cliënt heeft meer duidelijkheid en verantwoordelijkheid over zijn behandeling (eerder was de therapie meer ad hoc, nu wordt gewerkt met gerichte afspraken); de behandelaren plannen hun behandeling beter en zetten hun tijd efficiënter in; afspraken worden vooraf gepland.

Focuspunt: Therapeutisch klimaat: alles is revalidatie

Dit is al langer in ontwikkeling: het Laurens Therapeutisch Klimaat ('Alles is revalideren', ook beschreven in een boek en gepresenteerd op werkconferenties).

Het gaat erom dat cliënten en medewerkers zich er van bewust zijn dat alles revalidatie is: de alledaagse situaties op de afdeling worden benut voor oefenen. Medewerkers nemen in beginsel geen zorg over maar stimuleren cliënten tot zelfredzaamheid. Kenmerken van het therapeutisch klimaat zijn verder een revalidatiesfeer op de afdeling die stimuleert tot (zelfstandig) revalideren, aansluit bij de behoeften van de cliënt en zijn thuissituatie, uitgaat van het doel van de cliënt en van daaruit de therapie selecteert. Het therapeutisch klimaat is individueel gericht en kent (gestructureerde) groepsactiviteiten, die door meerdere disciplines samen kunnen worden gegeven. Bijv. gesprekstraining, taaltherapie. Pijlers van het therapeutisch klimaat zijn een vast weekprogramma met de interdisciplinair aangeboden groepstherapieën, individuele therapie, een vaste benaderingswijze, en zoveel mogelijk zelf oefenen.

Dit therapeutisch klimaat is een echte cultuuromslag, voor zowel medewerkers als cliënten. Het is in 2010 ingevoerd op de CVA-afdeling. Hierover is regelmatig met elkaar gesproken in de vorm van bijeenkomsten, werkoverleggen; het vergt voortdurende herhaling, om niet in oude patronen terug te vallen. Van behandelaren en medewerkers wordt verwacht dat zij cliënten aanspreken op hun verantwoordelijkheden in het revalidatieproces (bijv. als cliënt niet naar therapie komt). Het vergt specifieke competenties van medewerkers.

Meer informatie bij: Julia van Os, adviseur en projectleider, j.vanos@laurens.nl

1.20 Proeftuin Terborg: *Samen sterk*

De proeftuin in vogelvlucht

Proeftuin Terborg richt zich op alle vijf doelgroepen van de GRZ: CVA, electieve orthopedie, fracturen, amputatie, en overige diagnoses. Er wordt samengewerkt tussen Verpleeg- en revalidatiecentrum Antonia (onderdeel stichting Azora) als trekker van de proeftuin, Slingeland Ziekenhuis, revalidatiecentrum Groot Klimmendaal en Verpleeghuis den Ooiman (onderdeel van Sensire).

Het al bestaande transmurale CVA zorgpad is doorontwikkeld, voor de andere doelgroepen zijn transmurale zorgpaden ontwikkeld of in ontwikkeling (doelgroep overig). Op de revalidatieafdeling van Antonia zijn vernieuwingen doorgevoerd gericht op versterken van de eigen regie van de cliënt (o.a. door een cliëntagenda) en van een therapeutisch klimaat op de revalidatieafdeling / 'revalidatie attitude': de bewustwording dat ook alle dagelijkse activiteiten op de afdeling revalidatie zijn. Er is gestart met diverse interdisciplinaire oefengroepen (bijv. vaardigheidstraining, huishoudtraining, rolstoeltraining, agendatraining). Door meer uren en meer behandeling in groepsverband, wordt intensievere behandeling gerealiseerd. Daarbij staat altijd voorop: wat is passende behandeling voor deze cliënt. Voor een soepele en snellere overgang naar huis, wordt nu ook gewerkt aan intensieve dagbehandeling / poliklinische revalidatie, geïntegreerd met klinische revalidatie. De proeftuin is ook sterk gericht op het inzicht krijgen in de zorg en behandeling op basis van registratie en klinimetrie, en aan de hand daarvan gericht aan de slag te gaan met verbeterpunten: ligduur van de cliënten in ziekenhuis en verpleeghuis, wachttijden en oorzaken hiervoor, effecten van behandeling, cliënttevredenheid etc.

Focuspunt: Samenwerking in de keten

In de regio West Achterhoek bestaat al jarenlang transmurale samenwerking op diverse terreinen en er zijn meerdere ketens /netwerken ontwikkeld, zoals de CVA keten. Deze samenwerking is ingebed in een structuur van directieberaad, managementberaad, en diverse ketenregie groepen. Voor de geriatrische revalidatiezorg wordt gebruik gemaakt van deze al bestaande organisatiestructuur. Het 'netwerk geriatrische revalidatie' fungeert als ketenregiegroep binnen deze structuur. In dit netwerk participeren een mix van managers en professionals van de ketenpartners bij de geriatrische revalidatie (zie boven). Basis van de proeftuin is een gemeenschappelijke visie van ketenpartners op geriatrische revalidatiezorg, die zowel door professionals als in de lijn wordt uitgedragen. Kernpunt hierin is uitgaan van het belang van de cliënt: waar kan iemand het beste zijn. En daarin moeten de organisaties aansluiten op elkaar: de organisatie waar iemand komt moet aangeven wat deze nodig heeft van de voorgaande organisatie.

De proeftuin heeft 2 projectleiders: de specialist ouderengeneeskunde / manager behandeling en begeleiding/transmurale zorg van het verpleeghuis en de directeur beschouwend van het ziekenhuis. Hiermee wordt de verantwoordelijkheid gelegd bij de twee partners die een cruciale rol hebben in de keten. Intern binnen Antonia is er een sterke samenwerking tussen locatiemanagement en behandelmanagement. Hierdoor is er een eenduidige lijn naar de revalidatieafdeling. De specialist ouderengeneeskunde heeft ook een belangrijke rol in de samenwerking met het ziekenhuis en de specialisten in het ziekenhuis. Bij een aantal vakgroepen wordt samengewerkt met nurse practitioners in het ziekenhuis als schakel naar de medisch specialisten.

Wat bijdraagt aan de resultaten is dat mensen in de verschillende organisaties elkaar kennen, dat vereenvoudigt de samenwerking. Er zijn korte lijnen. Men staat elkaar toe bij elkaar in de keuken te kijken en van elkaar te leren. Het werken met multidisciplinaire werkgroepen heeft geholpen alle neuzen dezelfde kant op te krijgen en leidt tot veel meer onderling contact en afstemming, ook in het dagelijks werk.

Meer informatie bij: Wilma Ratering, locatiemanager Antonia, Azora (w.ratering@azora.nl)

1.21 Proeftuin Zaanstreek: *Versterken samenwerking verpleeghuis – ziekenhuis*

De proeftuin in vogelvlucht

De proeftuin Zaandam richt zich op de doelgroepen electieve orthopedie, fracturen en COPD. Evean Oostergouw (verpleeghuis met revalidatieafdelingen) ligt op een paar honderd meter afstand van het Zaan Medisch Centrum. Er is al jarenlange samenwerking, o.a. in de vorm van een Transitorium (verpleeghuisafdeling in het ziekenhuis voor kort verblijf als overgang tussen ziekenhuis en verpleeghuis). De zorg is zo georganiseerd dat het verpleeghuis snel cliënten vanuit het ziekenhuis overneemt, rechtstreeks op de revalidatieafdeling, of eerst op het Transitorium. Afspraken hierover zijn vastgelegd in transmurale zorgpaden.

Tijdens de revalidatie wordt de cliënt gericht gefocust op het niet ziek-zijn en wordt duidelijke informatie gegeven over de verwachte opnameduur, zodat de cliënt zich hierop gaat instellen. Op de revalidatieafdeling wordt uitgegaan van de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt, zelfredzaamheid wordt gestimuleerd; het dagelijks leven op de afdeling is ook een vorm van revalidatie. Ook de mantelzorger wordt betrokken bij de zorg.

Er wordt intensieve revalidatiebehandeling geboden, onder meer in de vorm van 6 dagen per week, maar ook beschikbaarheid op zon- en feestdagen. De hele dag is de oefenruimte open om op basis van zelfwerkzaamheid te oefenen, waarbij een therapeut aanwezig is. Aanvankelijk werd voor iedereen uitgegaan van intensieve behandeling. In de loop van het project is men gaan differentiëren. Voor electieve knie/heup revalideren alle cliënten in hoog tempo en is er slechts zelden sprake van complicaties. Voor de doelgroep fracturen/trauma is dit revalideren in hoog tempo moeilijker, omdat de doelgroep juist getypeerd wordt door comorbiditeit (doorgaans de reden waarom zij gevallen zijn). Voor deze groep is triage relevant om cliënten voor wie het niet haalbaar is aan intensieve revalidatie deel te nemen te onderscheiden. Ook voor de doelgroep COPD vindt differentiatie plaats.

Focuspunt: Versterken samenwerking

Een van de succesvolle verbeteringen is de transmurale samenwerking in de keten fracturen / trauma. Er is een zorgpad opgesteld, met o.a. afspraken over samenwerking tussen chirurg en specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde wordt door Chirurgie bij iedere kwetsbare geriatrische patiënt betrokken (cf zorgpad dag 2-6; het ziekenhuis heeft geen geriater in dienst). Zo wordt er vroegtijdig een goede analyse gemaakt. Door de afstemming is er duidelijker wanneer een cliënt wel / niet over kan naar het Transitorium / de vervolgzorg, en is er vertrouwen bij de vervolgzorg dat het 'klopt' als het ziekenhuis een cliënt verwijst.

Cliënten tijdig en volledig informeren draagt bij aan de cliënttevredenheid. Voor de doelgroep electieve orthopedie worden door het verpleeghuis en ziekenhuis samen informatiebijeenkomsten georganiseerd, voorafgaand aan de geplande operatie. Ook wordt aan de cliënt een behandelwijzer uitgereikt, die het proces voor en na operatie beschrijft.

Bij de ontwikkeling van zorgpaden in werkgroepen participeren de diverse medisch specialisten uit het ziekenhuis; zij vinden het belangrijk om zelf aan tafel te zitten. De structuur van duaal management en resultaat verantwoordelijke eenheden draagt ook bij aan de betrokkenheid van medisch specialisten, en er is regelmatig contact tussen de betrokken behandelaren / paramedici.

Naast aandacht voor een inhoudelijke verbetering van de zorgpaden is ook gewerkt aan efficiency door betere communicatie over de cliëntenstroom, gezamenlijk criteria rondom overplaatsing van kwetsbare ouderen aan te scherpen en het aantal geplande knie- en heupoperaties door te geven.

Meer informatie bij: Jolanda Oudhof, projectcoördinator, joudhof@evean.nl

Hoofdstuk 4: Implementatie Leidraad GRZ en knelpunten

Implementatie

Deze leidraad zal alleen dan een instrument voor kwaliteitontwikkeling in de GRZ kunnen zijn, wanneer zorgorganisaties en zorgverzekeraars de inspirerende voorbeelden bestuderen en de aanbevelingen daadwerkelijk gebruiken in hun zorgketens.

Om dit mogelijk te maken zullen de volgende stappen worden genomen:

- Brede verspreiding van deze Leidraad
- Plaatsing op de website van de stuurgroep organisaties
- Opnemen van bericht van verschijnen in de nieuwsbrieven van organisaties
- Schrijven van achtergrondpublicaties in Zorgvisie, revalidata, Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, Medisch Contact, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
- Ontwikkelen van een stappenplan implementatie Leidraad
- (Invitational) conference maart 2013
- Kleinschalig onderzoek naar implementatie aanbevelingen in 2013/2014

Knelpunten in de GRZ, die om aandacht vragen van onderzoekers, beleidsmakers, zorgverzekeraars, bestuurders en professionals

Tijdens het ontwikkelen van deze Leidraad, heeft het Consortium een aantal aspecten van de GRZ geïdentificeerd, die de komende jaren zeker extra aandacht behoeven.

1. Scherpe triage kan leiden tot selectie van patiënten in het nadeel van de aller kwetsbaarste; blijven er nog voldoende herstelmogelijkheden voor diegenen die buiten de boot vallen tijdens de triage?
2. Het verschil tussen herstelgerichte zorg versus GRZ dient verder geoperationaliseerd te worden; hier gaat het ook om behandeling die gericht is op een zo groot mogelijke zelfstandigheid in de long-stay setting.
3. De samenwerking met de specialistische revalidatiegeneeskunde behoeft verdere uitwerking.
4. Inhoud CVA-revalidatie: het consortium heeft de indruk dat er nog te weinig aandacht is voor cognitieve revalidatie aspecten in de GRZ.
5. Zowel in praktijk als in onderzoek dient er meer aandacht te zijn voor klinimetrie om voortgang te monitoren, dit dient ook door de keten heen meer aandacht te krijgen.
6. Er is nog onvoldoende duidelijkheid over het exacte belang van volume en concentratie van doelgroepen.
7. De afstemming van (keten)zorgpaden en de financiering dienen faciliterend te werken, maar mogelijk zijn er knelpunten in de financiering die goede afstemming juist belemmeren.

8. Er is nog onvoldoende kennis en ervaring in gefaseerde triage en de rollen van SOG + revalidatiearts in dit triageproces...
9. Zowel de definitie als de inhoud van case-management(zorgtraject- of zorgpadbegeleiding) ten behoeve van een versterking van de continuïteit van zorg is nog onvoldoende ontwikkeld.
10. Patiënten met dementie, die daarnaast een acute episode doormaken, zoals een CVA of heupfractuur, hebben mogelijk andere behandeling en zorg nodig om tot een optimaal functioneel resultaat te komen. Organisatorische en behandelaspecten hiervan dienen onderzocht te worden.
11. Het omslagpunt van 'medisch specialistisch uitbehandeld' naar de geriatrische revalidatie dient beter uitgewerkt te worden.
12. Continuïteit van zorg en logistiek rondom transities in de keten, inclusief het belang van goede overdrachten, is en blijft een centraal thema, waar nog veel winst in te behalen valt.
13. Het is de vraag of een diagnose georiënteerde DBC het product GRZ recht doet, en onderzoek naar mogelijkheden van een meer functiegerichte GRZ wordt aanbevolen.
14. De aansluiting van de GRZ op eerstelijns(na)zorg is nog steeds een punt waar winst behaald moet worden.
15. Het werken met revalidatiedoelen en 'goal attainment' van de cliënt dient verder uitgewerkt te worden.
16. Er is behoefte aan een set van output en outcome parameters voor de GRZ.
17. Het is aan te bevelen om zorg op maat te leveren, onder andere gefaciliteerd door de mogelijkheid snelle indicatiewisselingen uit te voeren.
18. Poliklinische GRZ staat nog in de kinderschoenen, en dient gestimuleerd te worden.

Bijlagen

Bijlage 1. Deelnemers focusgroepen

Deelnemers focusgroep fysiotherapeuten geriatrie

- Marijn Borgwat, Haarlem
- Marjan Doves, Purmerend
- Tineke de Jong, Amsterdam
- Anja Kuperus, Venray
- Marianne Reijers, Den Bosch
- Relinde Schroen, Nederweert
- Marga Trekop, Deventer
- Jan Westerik , Enschedé

Deelnemers focusgroep kaderartsen geriatrische revalidatie

- Matthijs Arens, Arnhem
- René Boeren, Gouda
- Ellen van Diepen, Heemskerk
- Anne Marie Donselaar, Zeist
- Caroline Driessen, Roermond
- Dineke Janse van Mantgem, Amsterdam
- Carla Nieuwenhoff, Etten Leur
- Gerrie van de Pas, Veghel
- Anja Wiepkema, Amersfoort

Bijlage 2. Lijst van geïnterviewden

- Mw. Constance Beeker/ Patricia Geerts (Actiz)
- Dhr. Jan Coolen (directeur Zorgondersteuning bij Cordaan)
- Dhr. Jeroen Crasborn (Achmea divisie Zorg & Gezondheid)
- Mw. Maria Dolders, (beleidsmedewerker Verenso)
- Mw. van Gorp (Samen Verder)
- Dhr. Sander Geurts (hoogleraar revalidatie geneeskunde Nijmegen)
- Mw. Lily Heijnen (Stichting Ketenzorg en Innovatie, VRA)
- Mw. Tony v.d. Laar (Werkgroep CVA Nederland)
- Dhr. Peter Bob Peerenboom (Tangram zorgadviseurs)
- Dhr. Gerrit Salemink (Zorgverzekeraars Nederland)
- Mw. Petra Schout (NPCF)
- Dhr. Jeroen Smale (Revalidatie Nederland)
- Mw. Laura Steenveldt (Revalidatie Nederland)
- Dhr. Ronald Valk (NI. Vereniging Fysiotherapie in de Geriatrie)
- Mw. Anne Visser –Meily, (revalidatiearts Utrecht)
- Dhr. Marco Wisse (directeur Expertisecentrum Naarderheem)

Bijlage 3. Deelnemers Expertmeeting (ronde tafel conferentie)

- dhr. Jos Schols, hoogleraar ouderengeneeskunde, Universiteit Maastricht, voorzitter
- dhr. Wilco Achterberg, projectleider, hoogleraar institutionele zorg en ouderengeneeskunde LUMC
- dhr. Ton Bakker, psychogeriater. RvB Argos Zorggroep.
- dhr. Dr. Romke van Balen, specialist ouderengeneeskunde LUMC
- dhr. T. Bank, Raad van Bestuur RRR Rotterdam
- dhr. Steven Berdenis van Berlekom, Revalidatiecentrum De Hoogstraat
- mw. Constance Beeker, organisatie adviseur, Actiz
- dhr. Jeroen Crasborn, Achmea Zorgverzekeringen
- mw. Aafke de Groot, specialist ouderengeneeskunde, VUmc
- mw. Dr. Jolanda van Haastregt, senior onderzoeker Universiteit Maastricht
- dhr. Cees Hertogh, hoogleraar ouderengeneeskunde VUmc
- mw. Caroline M. van Heugten, hoogleraar neuropsychologie, Universiteit Maastricht
- mw. Henriette van der Horst, hoogleraar huisartsgeneeskunde, VUmc
- dhr. P. Jue, klinisch geriater, NVKG
- mw. drs. C.A.L.M. Lennards, Revalidatie Nederland
- dhr. W. van Maarschalkerweerd, klinisch geriater, NVKG
- mw. Dr. Mirella Minkman, programmaleider kwaliteit en innovatie ouderenzorg, Vilans
- dhr. drs F.J. Roos, Verenso
- mw. Dr. Anne Visser-Meily, revalidatiearts, UMC Utrecht

Bijlage 4. Samenvatting Triage instrument Revalidatiezorg

Inleiding

De aanleiding voor het ontwikkelen van het triage instrument revalidatiezorg is de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Hierbij vervalt de indicatiestelling door het CIZ. De minister van VWS heeft aan de specialisten ouderengeneeskunde gevraagd een triage instrument te ontwikkelen in samenwerking met andere beroepsgroepen die betrokken zijn bij de indicatie van revalidatie- en herstellzorg. Bij het ontwikkelen van het triageinstrument revalidatiezorg zijn de volgende wetenschappelijke beroepsverenigingen betrokken: NOV, NVN, NVRF, NVV, VRA en V&VN (netwerk transferverpleegkundigen).

Het doel van het triage instrument revalidatiezorg is ervoor te zorgen dat de desbetreffende persoon (de patiënt) de juiste zorg en juiste behandeling krijgt op de juiste plaats en op de juiste tijd.

Definitie triage

Triage is een zo vroeg mogelijk gestart dynamisch beslisproces waarmee patiënten, waarvan verwacht wordt dat er beperkingen in activiteiten en/of participatie (of een verergering daarvan) zullen ontstaan, worden geïndiceerd tijdens een ziekenhuisopname voor de juiste revalidatiezorg op de juiste plaats.

Proces van triage in vier stappen

Het triage instrument revalidatiezorg bestaat uit vier stappen die het proces bepalen.

De eerste stap richt zich op twee screeningsvragen die worden gesteld aan alle patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis. De twee screeningsvragen geven inzicht in welke patiënten voor revalidatiezorg in aanmerking komen. Vervolgens wordt de patiënt in stap twee volgens de International Classification of Functioning, Disability and Health in kaart gebracht door verschillende disciplines. Uit de verzamelde gegevens volgt een functionele prognose. Deze wordt vastgesteld door een samenwerking tussen revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde met kennis van de evidence uit de wetenschappelijke literatuur. In stap drie wordt op basis van onderscheidende factoren, zoals medische stabiliteit, benodigde intensiteit van de therapie, motivatie van de patiënt en benodigde specialisatie van de therapie de indicatie voor geriatrische revalidatiezorg of medisch specialistische revalidatiezorg bepaald door een revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde. Stap vier betreft de plaatsing van de patiënt naar een vervolgvoorziening op basis van het indicatiebesluit.

Uitvoerders van triage, taken en verantwoordelijkheden

De eerste stap van het triage instrument revalidatiezorg wordt uitgevoerd door een zorgverlener van minimaal niveau 4. Deze beoordeelt of een patiënt voor revalidatiezorg in aanmerking komt. Bij twijfel schakelt deze een revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde in die onderling afspraken maken wie bij twijfel op de screeningsvragen in consult geroepen dient te worden. Het in kaart brengen van de patiëntkenmerken gebeurt door verschillende disciplines die op een bepaald gebied expertise en deskundigheid hebben en hiervoor ook verantwoordelijk zijn. Zij brengen de revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde op de hoogte van hun bevindingen. Het vaststellen van de functionele prognose op basis van de voornoemde bevindingen gebeurt door samenwerking tussen een revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde met kennis van de evidence uit de wetenschappelijke literatuur. Aan de hand van de onderscheidende factoren komen zij tot een indicatiebesluit waar ze gezamenlijk eindverantwoordelijk voor zijn.

De plaatsing van een patiënt gebeurt door een transferbureau of –verpleegkundige. Op basis van het indicatiebesluit is het transferbureau of de -verpleegkundige verantwoordelijk voor de plaatsing naar de vervolgvoorziening. ***www.verenso.nl***

Bijlage 5. Kwaliteitseisen Revalidatiezorg Laurens, Rotterdam

Inleiding

Om de kwaliteit van zorg en behandeling in de revalidatiezorg te beoordelen en te bewaken heeft Revalidatie Nederland de Basisset Prestatie-Indicatoren Revalidatiecentra ontwikkeld. Deze basisset bevat vragen over zesentwintig aspecten van het werk dat in de revalidatiecentra wordt verricht. De vragen hebben betrekking op structuren, processen en uitkomsten.

Naast de Basisset Prestatie-indicatoren wordt er binnen de revalidatiezorg gebruik gemaakt van de toets Externe Toetsing Revalidatiezorg waarbij een bezoektteam toetst of een revalidatie-instelling voldoet aan de kwaliteitscriteria van de VRIN (Vereniging van Revalidatie Instellingen in Nederland). De kwaliteitscriteria staan beschreven in het Beoordelingskader Externe Toetsing Revalidatiezorg. In de Checklist Zelfevaluatie, die gekoppeld is aan het Beoordelingskader, zijn de kwaliteitscriteria in vragen omgezet.

Er worden 8 kwaliteitsaspecten onderscheiden nl.:

1. Integraal
2. Klantgericht / maatwerk / bejegening
3. Transparant
4. Continu
5. Doelgericht / doelmatig
6. Deskundig
7. Systematische kwaliteitszorg
8. Veilig

Kwaliteitscriteria complexe ziekenhuisverplaatste zorg

Bij het vaststellen van de kwaliteitscriteria voor complexe ziekenhuisverplaatste zorg is gebruik gemaakt van bovenstaande documenten. Daarnaast is gebruik gemaakt van de beleidsregel palliatief terminale zorg, de inkoopvoorwaarden van zorgkantoor Achmea, de behandelkaders van Verenso en de kwaliteitscriteria opgesteld door de Rotterdam Stroke Service. Onderstaand overzicht is niet volledig, maar geeft wel een goed inzicht in de criteria waarop complexe ziekenhuisverplaatste zorg zich van enkelvoudige ziekenhuisverplaatste zorg zal onderscheiden.

Kwaliteitscriteria complexe ziekenhuisverplaatste zorg

Organisatie

- Volume: minimum van 15 bedden geclusterd op 1 afdeling met een jaarproductie van 60 eerste opnames per te onderscheiden doelgroep (dus voor CVA minimaal 15 bedden, voor orthopedische revalidatie minimaal 15 bedden, maar ook voor palliatieve zorg minimaal 15 bedden).
- Tussen ziekenhuis en betreffende locatie bestaan afspraken over informatie overdracht ten aanzien van de patiënt en over eventuele terugplaatsing (heropname).
- Er zijn afspraken over overplaatsing over en weer tussen revalidatiecentrum en Verpleeghuis

- Tussen ziekenhuis en betreffende locatie bestaan afspraken over de triage (de juiste patiënt op het juiste moment op de juiste plek).
- Voor patiënten, mantelzorgers en verwijzers is het met behulp van voorlichting(smateriaal) op doelgroepniveau transparant wat er verwacht kan worden van de zorg/behandeling
- Organisatie van gestructureerde nazorg in de thuissituatie ; de betreffende locatie verzorgt ook voortzetting van de revalidatie via dagbehandeling en/of polikliniek
- De locatie is in het bezit van een kwaliteitskeurmerk
- De geboden zorg/behandeling wordt geëvalueerd samen met de patiënt en zijn mantelzorgers bij ontslag
- Keteninformatie op doelgroepniveau kan worden geleverd
- Locatie maakt deel uit van een regionaal netwerk

Inhoud

- De zorg is geprotocolleerd en verloopt volgens een vastgesteld behandelprogramma per doelgroep, gebaseerd op vigerende richtlijnen van de betrokken disciplines
- Wekelijks organiseert de locatie een Multidisciplinair overleg
- Multidisciplinair team is minimaal samengesteld uit de volgende disciplines: specialist ouderengeneeskunde, verpleging, ergotherapeut, fysiotherapeut, maatschappelijk werk, psycholoog; allen met aantoonbare ervaring op het gebied van revalidatie
- Betrokkenheid van consulenten zoals revalidatiearts, orthopedisch schoenmaker en instrumentmaker is gewaarborgd
- Voor elke patiënt wordt een geïntegreerd, multidisciplinair, op maat gesneden, behandelplan opgesteld op basis van een systematisch onderzoek (bv volgens SAMPC) van de mogelijkheden, behoeften en wensen van de patiënt. Vanaf de start staat ontslag naar de oorspronkelijke woonvorm centraal en wordt er een voorlopige ontslagdatum met de patiënt afgesproken.
- Bij ontslag uit de klinische revalidatie worden er met de patiënt ook revalidatiedoelen afgesproken die bereikt kunnen worden na ontslag (en met name met behulp van welke behandelaars).
- De betrokkenheid van de patiënt en zijn mantelzorgsysteem bij het opstellen, evalueren en uitvoering van het behandelplan is gewaarborgd
- Patiënt wordt minimaal 1x per 6 weken in MDO besproken en minimaal 3 x gedurende de revalidatie in casu een opnamebespreking binnen 1 week na opname, een evaluatie bespreking na enkele weken en bij ontslag

- Er worden meetinstrumenten gebruikt voor het evalueren van de voortgang van revalidatie, klinimetrieset bij beroerte volgens de afspraken binnen de stroke service, fysiotherapeutische meetinstrumenten volgens de richtlijnen van de KNGF en ergotherapeutische meetinstrumenten volgens de NVE richtlijnen. Logopedie idem.

Expertise personeel

- 24 uur aanwezigheid van verpleegkundige niveau 4 of 5
- Verzorgenden beschikken over minimaal niveau 3 en zijn geschoold (intern of extern) op het gebied van geriatrische revalidatie
- Er is voldoende verpleegkundige beschikbaarheid, bekwaamheid en bevoegdheid voor neus-maag sondeplaatsing, PEG en suprapubische katheterverzorging, tracheostomaverzorging. Bij voorkeur ook voor intraveneuze vocht- en medicatietoediening.
- Psycholoog met expertise op gebied van neuropsychologie
- Geriatrisch fysiotherapeut en ergotherapeut (met bevoegdheid tot afnemen van de AMPS)
- Specialist ouderengeneeskunde, bij voorkeur een specialist ouderengeneeskunde die de kaderopleiding geriatrische revalidatie heeft gevolgd
- Jaarlijks bijscholing op het gebied van revalidatie van een specifieke aandoening; jaarlijkse training in multidisciplinair samenwerken
- Scholingsbudget per doelgroep

Kwaliteitscriteria enkelvoudige ziekenhuisverplaatste zorg

De kwaliteitscriteria ten aanzien van enkelvoudige ziekenhuisverplaatste zorg wijken op een aantal punten af van de kwaliteitscriteria complexe ziekenhuisverplaatste zorg. Het gaat dan met name om de betrokkenheid van het multidisciplinair team, het opleidingsniveau van de medewerkers en de aanwezigheid van consulentschappen.

Organisatie

- Volume; tussen de 18 en 25 bedden geclusterd op 1 locatie
- Tussen ziekenhuis en betreffende locatie bestaan afspraken over informatie overdracht ten aanzien van de patiënt en over eventuele terugplaatsing (heropname)
- Tussen ziekenhuis en betreffende locatie bestaan afspraken over de triage (de juiste patiënt op het juiste moment op de juiste plek).

- Voor patiënten, mantelzorgers en verwijzers is het met behulp van voorlichting(smateriaal) op doelgroepniveau transparant wat er verwacht kan worden van de zorg/behandeling
- Organisatie van gestructureerde nazorg in de thuissituatie ; de betreffende locatie heeft afspraken met thuiszorg en behandelaars (bij voorkeur geriatrisch
- geschoolde fysiotherapeuten) over de nazorg
- De locatie is in het bezit van een kwaliteitskeurmerk
- De geboden zorg/behandeling wordt geëvalueerd samen met de patiënt en zijn mantelzorgen bij ontslag
- Keteninformatie op doelgroepniveau kan worden geleverd
- Locatie maakt deel uit van een regionaal netwerk

Inhoud

- De zorg is geprotocolleerd en verloopt volgens een vastgesteld behandelprogramma per doelgroep, gebaseerd op vigerende richtlijnen van de betrokken disciplines
- Wekelijks organiseert de locatie een Multidisciplinair overleg
- Multidisciplinair team is minimaal samengesteld uit de volgende disciplines: specialist ouderengeneeskunde, verpleging en fysiotherapeut. Ander disciplines zoals ergotherapeut en psycholoog zijn op afroep beschikbaar.
- Betrokkenheid van consulenten zoals (orthopedisch) chirurg en orthopedisch schoenmaker is gewaarborgd
- Voor elke patiënt wordt een geïntegreerd, multidisciplinair, op maat gesneden, behandelplan opgesteld op basis van een systematisch onderzoek (bv volgens SAMPC) van de mogelijkheden, behoeften en wensen van de patiënt. Vanaf de start staat ontslag naar de oorspronkelijke woonvorm centraal en wordt er een voorlopige ontslagdatum met de patiënt afgesproken.
- De betrokkenheid van de patiënt en zijn mantelzorgsysteem bij het opstellen, evalueren en uitvoering van het behandelplan is gewaarborgd
- Patiënt wordt minimaal 1x per 6 weken in MDO besproken en minimaal 3 x gedurende de revalidatie in casu een opnamebespreking binnen 1 week na opname, een evaluatie bespreking na enkele weken en bij ontslag
- Er worden meetinstrumenten gebruikt voor het evalueren van de voortgang van het herstel zoals fysiotherapeutische meetinstrumenten volgens de richtlijnen van de KNGF.

Expertise personeel

- Aanwezigheid van verpleegkundige niveau 4 of 5 op werkdagen. In avond- nacht en weekend is er een verpleegkundige van niveau 4 of 5 oproepbaar.
- Verzorgenden beschikken over minimaal niveau 3
- Er is voldoende verpleegkundige beschikbaarheid, bekwaamheid en bevoegdheid voor neus-maag sondeplaatsing, PEG en suprapubische katheterverzorging, tracheostomaverzorging. Bij voorkeur ook voor intraveneuze vocht- en medicatietoediening.
- Geriatrisch fysiotherapeut en op afroep een ergotherapeut (met bevoegdheid tot afnemen van de AMPS)
- Specialist ouderengeneeskunde, bij voorkeur een specialist ouderengeneeskunde die de kaderopleiding geriatrische revalidatie heeft gevolgd
- Jaarlijks bijscholing op het gebied van revalidatie van een specifieke aandoening; jaarlijkse training in multidisciplinair samenwerken
- Scholingsbudget per doelgroep.

Bijlage 6. overige referenties

- Zorgstandaard CVA/TIA, kennisnetwerk CVA Nederland, 2011
- Leidraad Ketenzorg Dementie. VWS, ZN, Alzheimer Nederland, Actiz, 2009.
- Gezamenlijke leidraad voor de zorgkantoren, Zorgverzekeraars Nederland 2010 ZN 2010 0019 / CZK 2010 0001.
- Kwaliteitscriteria RN