

Eindverslag Werkgroep Geriatrische Revalidatie

Aanleiding

Als afsluiting van de eerste Gerion kaderopleiding gerontorevalidatie werd op 28 september 2007 een invitational conference georganiseerd aan de Vrije Universiteit Amsterdam. De deelnemers van deze inspirerende bijeenkomst kwamen tot de conclusie, dat het tijd werd de geriatrische revalidatie meer "op de kaart" te zetten.

Op initiatief van Aafke de Groot en Romke van Balen werden vertegenwoordigers van de vakgroepen verpleeghuisgeneeskunde van de universiteiten van Amsterdam (VUmc), Nijmegen, Leiden, Maastricht en Groningen uitgenodigd voor deelname aan een landelijke werkgroep. Deze kwam voor het eerst bijeen op 28 januari 2008. In juni 2008 werd aan deze werkgroep een taakopdracht gegeven door het bestuur van Verenso (de toenmalige NVVA, zie bijlage 1).

Procesbeschrijving

De werkgroep kwam ongeveer elke zes weken bijeen op het bureau van Verenso. De deelnemers bereidden de verschillende onderwerpen van de taakopdracht voor.

Taakopdracht 1: Samenstellen werkgroep

De eerste taakopdracht was het samenstellen van een evenwichtige (vertegenwoordiging van alle relevante universiteiten) en deskundige voorbereidende werkgroep. De samenstelling van de werkgroep Geriatrische Revalidatie is als volgt:

Wilco Achterberg	Hoofd Universitair Netwerk Ouderenzorg, VUmc
Romke van Balen (voorzitter)	Docent/onderzoeker, LUMC
Maria Dolders	Beleidsmedewerker Verenso
Aafke de Groot	Coördinator Kaderopleiding Gerion, VUmc
Anja Scholte	Docent UMCG (vanaf januari 2009)
Monica Spruit	Onderzoeker Nijmegen (vanaf januari 09)
Jan Visschedijk	Onderzoeker VUmc

Taakopdracht 2: Oriëntatie

Kennisbronnen, personen, instituten en organisaties

De verschillende overzichten waarvan in deze taakopdracht sprake is, zijn soms gecombineerd. Hierbij gaat het om het overzicht van de reeds aanwezige kennisbronnen (zoals literatuur en personen) en relevante personen, instituten en organisaties in relatie tot geriatrische revalidatie. Om tot een overzicht te komen is in november 2008 een werkconferentie georganiseerd.

Aanvankelijk was het plan na een aantal voorbereidende bijeenkomsten de werkgroep uit te breiden met leden van andere betrokken disciplines en vertegenwoordigers van overkoepelende organen (bijv. ActiZ, Zorgverzekeraars Nederland). Dit werd echter als niet werkbaar beoordeeld.

De visie en aandachtspunten van de diverse organisaties/disciplines, die betrokken zijn bij geriatrische revalidatie, werden uitgewisseld en bediscussieerd in een door de werkgroep georganiseerde werkconferentie onder voorzitterschap van Robbert Huisman (zie bijlage 2). Belangrijke conclusies van deze bijeenkomst waren:

- er is een urgente noodzaak tot het formuleren van zorgstandaarden t.b.v. de geriatrische revalidatie waarin het perspectief/informatie behoefte van de patiënt nadrukkelijk aandacht heeft
- om geriatrische revalidatie met kwaliteit te kunnen bieden is een bepaalde mate van concentratie nodig (minimaal aantal bedden per doelgroep)
- geriatrische revalidatie dient organisatorisch en wat betreft financiering losgekoppeld te worden van de verblijf/woon functie
- de geriatrische revalidatie is binnen de AWBZ qua financiering een 'mager kippetje'
- intentie tot samenwerking (en geen concurrentie) met de revalidatiegeneeskunde op raakvlakken
- de groep 'overigen' binnen de geriatrische revalidatie dient verder onderzocht en uitgewerkt te worden

Het verslag van deze werkconferentie is opgenomen in bijlage 3, de bijbehorende sheets in bijlage 4.

Subgroepen

Het overzicht van de te onderscheiden (substantiële) subgroepen binnen de geriatrische revalidatie wordt toegelicht in taakopdracht 3 aard en omvang van de doelgroep.

De te onderscheiden doelgroepen zijn:

- Patiënten met ongevalletsels (trauma)
- Patiënten met een acuut CVA (eerste CVA en recidieven)
- Patiënten met electieve gewrichtsvervangende ingrepen van de knie en heup
- Patiënten met amputaties
- Patiënten met overige kortdurende geriatrische revalidatie/herstelzorg (voorheen somatische revalidatie) (excl. palliatieve terminale zorg)

Wetenschappelijk Onderzoek

De werkgroep heeft een inventarisatie gedaan van onderzoek op het gebied van geriatrische revalidatie in Nederland (bijlage 5). Intussen zijn bij het Nationaal Programma Ouderenzorg nog twee transitieprojecten goedgekeurd, die een relatie hebben met het onderwerp. In Amsterdam betreft het een onderzoek naar het effect van geïntegreerde zorg bij ouderen na een ziekenhuisopname; zorg die tot ver over de muren van het ziekenhuis reikt. In Rotterdam wordt een centrum voor preventie en herstel opgericht. Binnen dit centrum wordt minder dan 48 uur na opname in het ziekenhuis screening op kwetsbaarheid verricht; waarna vervolgens een zorgplan wordt opgesteld en uitgevoerd, dat gericht is op preventie en herstel.

Het is mogelijk dat in de huidige indieningsronde van ZonMw nog meer projecten worden ingediend die geriatrische revalidatie betreffen. De drie wetenschappelijk universitaire verpleeghuisnetwerken benoemen elk de geriatrische revalidatie als speerpunt.

De werkgroep komt tot de volgende aanbevelingen en thema's voor onderzoek;

- Patiënten met overige kortdurende geriatrische revalidatie/herstelzorg (voorheen somatische Interventie onderzoek met name t.a.v. duur en intensiteit van revalidatie
- Alternatieve vormen van intensiteitsverbetering therapie; zelftraining, groepsbehandeling, robotica
- Effectiviteit van organisatie en inhoud van geriatrische revalidatie in de groep 'overigen', bijvoorbeeld t.a.v. ketenzorg COPD, hartfalen etc.
- Vaststellen risico/prognostische profielen en dan met name gericht op persoonlijke factoren; cognitie, stemming en persoonlijkheid (coping)

- (Kosten)effectiviteit van de nazorg (polikliniek, dagbehandeling)
- Cognitieve revalidatie van CVA
- Belasting mantelzorger
- Invloed van comorbiditeit en andere factoren (bijv. psychosociale) op revalidatie
- Specifieke interventies op comorbiditeit en andere factoren (bijvoorbeeld Comprehensive Geriatric Assessment en Management)

Richtlijnen

Een overzicht van richtlijnen relevant voor geriatrische revalidatie (bijlage 6) laat zien, dat in de meeste richtlijnen geen specifieke aandacht is besteed aan de geriatrische patiënt. Bij een aantal zou dit wel wenselijk zijn, zoals de CBO richtlijn beroerte (er zijn wel specialisten ouderengeneeskunde bij betrokken geweest), de richtlijn Revalidatie na een beroerte van de Hartstichting, de CBO richtlijnen hartfalen en osteoporose, de richtlijn hartrevalidatie van de Hartstichting, de richtlijn Heup- en knie arthrose van het CBO en Totale Heup van de orthopedisch chirurgen. Op dit moment neemt een specialist ouderengeneeskunde deel aan het opstellen van de CBO richtlijn amputatie en prothesiologie bij de onderste extremiteit.

Netwerken

In bijlage 7 wordt een overzicht gegeven van de geriatrische zorgketens in Nederlandse verpleeghuizen. Het zijn er tot nu toe in totaal 23. De meeste zorgketens zijn op het gebied van CVA.

Onderwijs en nascholing

De werkgroep heeft geïnventariseerd welk onderwijsaanbod er is op het gebied van geriatrische revalidatie en komt tot de conclusie, dat er een divers en moeilijk traceerbaar scholingsaanbod is, dat weinig is toegesneden op de verpleeghuispraktijk. Binnen de opleidingen tot specialist ouderengeneeskunde is revalidatie één van de aandachtsgebieden naast ambulante psychogeriatric, chronische psychogeriatric, chronisch somatische zorg, acute zorg en palliatieve zorg. De drie opleidingen zullen in de nabije toekomst het scholingsaanbod op elkaar afstemmen. Gerion organiseert een kaderopleiding geriatrische revalidatie; de derde groep start in september. Daarnaast organiseren de 3 nascholingsinstituten (Gerion, Boerhaave en Heyendaal) elk jaar symposia op dit gebied.

In de herfst 2009 zal er in Groningen ook een nascholingsavond plaatsvinden georganiseerd door de revalidatiegeneeskunde en OSO (opleiding specialisme ouderengeneeskunde). Thema CVA 1. Het tijdperk na Neuro Developmental Treatment. Wat nu? en 2. Gedragsproblemen na een CVA. Deze nascholing vloeit voort uit samenwerkingscontacten, die Groningen met de revalidatie heeft. Deze nascholing krijgt een vervolg in de opleiding, zoals die door Gerion in Groningen zal worden gegeven.

Er is geen welomschreven onderwijsaanbod voor multidisciplinaire teams.

Twee leden van de werkgroep (Aafke de Groot en Wilco Achterberg) hebben een opzet gemaakt voor een leerboek op basis van casuïstiek. Er zijn oriënterende gesprekken met een uitgever.

Wet- en regelgeving

Het afgelopen jaar zijn een lid van de werkgroep (Romke van Balen) en een beleidsmedewerker van Verenso (Rob Wiewel) uitgebreid betrokken geweest bij de voorbereiding van de overheveling van de 'somatische revalidatie' van de AWBZ naar de ZVW. Onder leiding van het ministerie van VWS heeft overleg plaatsgevonden met alle stakeholders: ActiZ, CVZ, VNZ, ZN, VRA, RN, NPCF, NZA, CIZ, Verenso. Het CVZ heeft een pakketadvies uitgebracht en de NZA heeft een uitvoeringstoets gedaan.

Afbakening

Het resultaat van de besprekingen is, dat de overheveling wordt uitgesteld tot 2012 (met nog een poging tot versnelling tot 2011). Er heeft een afbakening plaatsgevonden van de doelgroep met een aanpassing van de omschrijving voor ZZP9:

- Bij de cliëntgroep heeft medisch-specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden waarbij doorgaans sprake is geweest van een opname
- In aansluiting hierop is behoefte aan herstelgerichte behandeling die een integrale en multidisciplinaire aanpak vereist in een tijdelijke verblijfssituatie (meestal 2-6 maanden) met een therapeutisch leefklimaat.
- De medisch-specialistische diagnostiek/interventie is afgerond
- Naast de aandoening waarvoor de cliënt wordt gerevalideerd heeft de cliënt ook andere problemen in de zin van comorbiditeit (zoals problemen met de bloedsomloop, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen en/of psychische/psychiatrische decompensatie), hetgeen leidt tot instabiliteit en complicaties
- Het betreft behandeling (vrijwel altijd in combinatie met verzorging en/of begeleiding), die direct aansluit op een medische interventie door een medisch specialist
- De behandeling richt zich op terugkeer naar de thuissituatie of het verzorgingshuis

In de nieuwe omschrijving van ZZP9 zal onderscheid gemaakt worden tussen a (gericht terugkeer naar huis) en b (al voorheen aangewezen op langdurige behandeling en verblijf). Alleen de groep patiënten, die valt onder ZZP9a komt in aanmerking voor overheveling. Dit betekent ook, dat de groep patiënten die komen voor herstel (zie bij definitie omschrijving) vooralsnog niet in aanmerking komen voor overheveling van financiering. Wel zal dit gelden voor patiënten, die voor revalidatie in dagbehandeling zijn.

De omschrijving van ZZP9 komt goed overeen met de definitie van geriatrische revalidatie.

Tijdspad:

Vanaf 2010 indicering en registratie volgens nieuwe omschrijving; vervolgens is er dan duidelijkheid over de omvang van de patiëntenpopulatie en het daarbij behorende budget. In mei 2011 kan de NZA op grond van de geregistreerde gegevens beleidsregels opstellen voor 2012 waarna in 2012 de financiering kan worden overgeheveld.

Ontwikkeling nieuwe zorgproducten

Vooronderzoek van Q-consult/DBC Onderhoud heeft laten zien, dat de medisch specialistische revalidatie DBC's in principe een geschikte basis vormen voor het registreren van de geriatrische revalidatie zorg in aanloop naar een DBC-werkwijze. Wel dient er meer rekening gehouden te worden met comorbiditeit en zijn er forse aanpassingen nodig voor de instellingen in de bedrijfsvoering, zoals in de registratiesystemen en de administratieve organisatie. Met name dit laatste zal vertragend werken en een invoering per 2013 wordt optimistisch genoemd.

Zorgprogramma's

In afwachting van de overheveling wordt er geïnvesteerd in de ontwikkeling van zorgprogramma's. Door het zorgprogramma (vanaf de medisch-specialistische interventie via de revalidatie in het verpleeghuis, eventueel in de vorm van dagbehandeling, tot de terugkeer naar huis) wordt een inhoudelijke schets gegeven van het zorgproces en wordt het vergeleken met de huidige praktijk. Hierdoor wordt duidelijk waar verbetering mogelijk is en hoe dat kan worden gerealiseerd. Ook kan een dergelijk zorgprogramma een leidraad bieden voor de (toekomstige) inkoop van geriatrische revalidatie zorg en de afspraken, die zorginstellingen en verzekeraars maken.

NPCF, in samenwerking met ActiZ en Verenso, start dit jaar met de ontwikkeling van zorgprogramma's. Tevens wordt er gewerkt aan de ontwikkeling van prestatie-indicatoren. Een en ander zal uitgewerkt en geprobeerd worden in voorloperinstellingen.

Taakopdracht 3.1: Definiëring

Omvang en aard

De revalidatie in verpleeghuizen richt zich van oudsher op ouderen na een opname in het ziekenhuis wegens een acute aandoening of na een geplande chirurgische ingreep. Al vanaf de invoering van de AWBZ in 1968 hebben verpleeghuizen revalidatie patiënten opgenomen. Jaarlijks worden er 25.000 -30.000 patiënten vanuit de ziekenhuizen opgenomen ter verder herstel/revalidatie en bij 60% lukt het hen weer te ontslaan naar hun oorspronkelijke woonomgeving na een gemiddelde opnameduur van 2 maanden. Ongeveer 10 % van de patiënten overlijdt tijdens de opname en voor de overige 30 % is een (interne) verhuizing naar een verzorgingshuis of verpleeghuis noodzakelijk. Aan deze revalidatie gaat in 93% een ziekenhuisverblijf (mediane duur; 14 dagen) vooraf vanwege een gewrichtsvervangende ingreep (19%), een beroerte (24%), ietsel ten gevolge van een trauma (26%) of een andere reden (zoals buikoperatie, pneumonie, hartfalen: 31%). De patiënten zijn niet alleen oud (gemiddelde leeftijd van de vrouwen 81 jaar; van de mannen 78 jaar), maar hebben gemiddeld vier nevenaandoeningen, naast frequente problemen op het gebied van ADL, mobiliteit, cognitie, stemming, communicatie en gedrag. Hoewel het dagelijks functioneren van de patiënten gedurende het revalidatieverblijf gemiddeld verbetert, bereikt 53% van de patiënten niet het functionele niveau in ADL en mobiliteit van vóór de ziekenhuisopname. De meerderheid wordt dus niet 'de oude' maar leert zich aanpassen aan een lager niveau van functioneren. (ETC Tangram-PHEG/LUMC Verpleeghuisgeneeskunde, 2008). Hierbij spelen persoonlijke factoren en omgevingsfactoren, naast het functieniveau een doorslaggevende rol.

Een relatief kleine groep van patiënten herstelt aansluitend aan een ziekenhuisopname in verpleeghuizen en verzorgingshuizen zonder dat er sprake is van comorbiditeit die de belastbaarheid en leerbaarheid vermindert. Met andere woorden, deze patiënten zijn niet chronisch ziek en behoren ook niet tot de kwetsbare ouderen (frail elderly). Een combinatie van ongeschikte woonomstandigheden, ontbrekende mantelzorg en benodigde intensieve verpleging maakt tijdelijk verblijf in een instelling noodzakelijk. De behandeling is beperkt (bv alleen fysiotherapie) en het opstellen van een multidisciplinair behandelplan is niet nodig.

Definitie

De werkgroep heeft ervoor gekozen de behandeling en zorg aan bovengenoemde groep patiënten (exclusief de 'herstel' groep) te benoemen als **geriatrische revalidatie** met de volgende definitie:

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.

Deze definitie sluit goed aan bij de internationaal gebruikte omschrijving van *geriatric rehabilitation*: 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) en is aan de hoogleraren voorgelegd, waarop vooralsnog geen reacties binnen zijn.

Onderscheid van geriatrische revalidatie met 'reguliere' revalidatie

De geriatrische revalidatie verschilt in methode niet van de revalidatie, zoals die in revalidatiecentra wordt geboden. De doelgroep is echter wel anders. Door pre-existente of nieuw ontstane comorbiditeit zijn geriatrische revalidatie patiënten minder belastbaar, minder

trainbaar en minder in staat tot het volgen van intensieve revalidatieprogramma's. Ze zijn medisch instabiel en maken tijdens de revalidatieperiode meerdere intercurrente ziekten en/of complicaties door.

In de praktijk is het meestal duidelijk waar en onder wiens medische regie de oudere patiënt intramuraal moet worden gerevalideerd. 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, terwijl de 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 het herstel 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 doorgaans consulent voor revalidatievraagstukken.

Taakopdracht 3.2: Positionering Geriatrische Revalidatie

De geriatrische revalidatie is in kaart gebracht wat betreft aard en omvang met behulp van het Tangram/LUMC onderzoek. De werkgroep heeft de geriatrische revalidatie, de definitie, aard en omvang, onder de aandacht gebracht van meerdere organisaties/personen door het organiseren van de werkconferentie, door het overleg ter voorbereiding van de overheveling van financiering met de "stakeholders" (zie hieronder) en door presentaties op symposia. Ook verschenen er meerdere keren berichten op de website van Verenso. Een artikel in het Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde is in voorbereiding. Al met al is er nu wel een brede erkenning van de verpleeghuisdeskundigheid (en die van de specialist ouderengeneeskunde) met betrekking tot geriatrische revalidatie. De belangrijkste doelgroep voor informatie (patiënten) is nog niet voldoende bereikt. De ontwikkeling van zorgprogramma's met daarbij uitdrukkelijke bemoeienis van patiënt/cliënt organisaties brengt daarin mogelijk verandering.

Wat betreft lokatie en organisatie zal de geriatrische revalidatie steeds meer plaatsvinden gescheiden van woon/zorg functies. Ook ligt het voor de hand, dat (in het licht van de voorgenomen overheveling van AWBZ naar de ZVW) de geriatrische revalidatie in organisatie en mogelijk ook in locatie gescheiden gaat worden van de 'herstel'zorg. Dit type zorg past beter in het concept 'zorghotel'. In de zorghotels is nu met name sprake van het verkeerde zorgconcept voor allerlei doelgroepen. Hier zou triage door de specialist ouderengeneeskunde zeer wenselijk zijn.

Taakopdracht 4: Plan van aanpak

1. Doe aanbevelingen voor het ontwikkelen van onderzoek

Wat is al gedaan in Nederland?

- Onderzoek naar effectiviteit van stroke services
- Onderzoek naar (kosten) effectiviteit van vervroegd ontslag uit het ziekenhuis naar verpleeghuizen van heupfractuur patiënten
- Beschrijving van aantal, kenmerken, uitkomst en intensiteit van de revalidatie binnen de AWBZ

Welke richtlijnen gericht op de doelgroep bestaan er?

- CBO richtlijn CVA
- Richtlijn behandeling van proximale femurfracturen bij de oudere mens

Zie verder bijlage 6.

Welk onderzoek wordt gedaan of is gepland?

- GRAMPS naar kenmerken, uitkomsten en predictoren van revalidatie van CVA- en amputatiepatiënten (Nijmegen, onderzoekster M Spruijt)
- Kosten effectiviteit van psychogeriatrische reactivering en implementatie van integratieve reactivering en revalidatie (Ton Bakker)
- Valangst bij heupfractuurpatiënten, cross sectioneel + prospectief onderzoek (Amsterdam, Jan Visschedijk).
- ACRE (trainingsrobot voor bovenste extremiteiten) effecten en kosten ; RCT (Marian Schoone, TNO).

Zie voor meer onderzoek bijlage 5.

Aan welk onderzoek is er behoefte?

- Beschrijvend onderzoek van de groep 'overigen'; ketenzorg COPD, hartfalen etc.
- Best practice beschrijving ; interventie onderzoek best practice vs gebruikelijke zorg
- Ontwikkeling zorgprogramma
- Vaststellen risico/prognostische profielen en dan met name gericht op persoonlijke factoren: cognitie, stemming en persoonlijkheid (coping).
- Nazorg (polikliniek, dagbehandelcentra) kosteneffectiviteit
- Effectiviteit van alternatieve vormen van intensivering therapie: groepstherapie, zelftraining d.m.v. robotica, inschakeling/scholing verpleging.
- Interventie onderzoek waarbij verschillende groepen vergeleken worden, niet onderverdeeld op basis van hoofddiagnose maar op functioneringsprofiel, ongeacht de verblijfplaats.

2. Doe aanbevelingen voor het ontwikkelen van onderwijs

Wat wordt al gedaan aan onderwijs op het gebied van geriatrische revalidatie?

- De opleiding tot specialist ouderengeneeskunde; de drie opleidingen verzorgen programma's over geriatrische revalidatie; uniformering/afstemming is nodig.
- Kadercursus ouderenzorg huisartsen Leiden; in de kadercursus ouderenzorg voor huisartsen zou specifieke aandacht moeten zijn voor geriatrische revalidatie.
- Basiscurriculum artsopleiding; in elke opleiding tot basisarts zou een blok revalidatie moeten zijn opgenomen.
- Opleiding revalidatiegeneeskunde en klinische geriatrie; in deze opleidingen zou de geriatrische revalidatie specifiek onder de aandacht moeten worden genomen.
- Nascholing specialisten ouderengeneeskunde; de kadercursus geriatrische revalidatie is een aandachtsspecifieke nascholing.
- Nascholing specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen; een leerboek geriatrische revalidatie zou aan te bevelen zijn.

Prioriteit

- In de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde zou tot meer afstemming en uniformiteit gekomen moeten worden.
- De kadercursus ouderengeneeskunde huisartsen zou zich ook moeten richten op het aanbieden van scholing ten aanzien van geriatrische revalidatie.
- Het leerboek geriatrische revalidatie moet er komen.

3. Doe aanbevelingen voor het ontwikkelen van best practices

- Er dient in ieder geval sprake te zijn van ketenzorg met een soepele overgang van de ene zorgaanbieder naar de andere; afstemming van protocollen en goede overdracht. Er zijn landelijk voorbeelden in de stroke services en zorgpaden m.b.t. heupfractuur- en orthopedische revalidatie. Er is nog weinig ontwikkeld ten aanzien van de groep 'overigen'.
- Er is behoefte aan de ontwikkeling van 'zorgstandaarden', waarbij de rol/inbreng van patiënt/vertegenwoordiger nadrukkelijk vastgelegd is.
- Er dient sprake te zijn van concentratie en specialisatie (per doelgroep minimaal 10 bedden?).
- Samenwerking met revalidatiecentra is nog voor verbetering vatbaar; op diverse plekken worden wel voorzichtige stappen gedaan, ook op het gebied van poliklinische revalidatie.

Prioriteit:

- Ontwikkeling van een zorgstandaard bij voorkeur voor (een deel van) de groep 'overigen'. Gezien de complexiteit/ onduidelijkheid van deze groep is er gekozen voor de CVA, omdat daar al veel evidence is.
- Inventarisatie samenwerkingsverbanden met revalidatiecentra; voorstellen voor intensivering.

4. Doe aanbevelingen voor het wegnemen van belemmeringen in wet- en regelgeving

Huidige situatie:

- De ZZP financiering zal de mogelijkheden/formatie ten behoeve van geriatrische revalidatie beperken; met name de CVA revalidatie gaat in financiële tegemoetkoming achteruit.
- Het is nog onduidelijk welke budgettaire consequenties de overheveling naar de zorgverzekeringswet heeft.
- Er zijn met zorgverzekeraars afspraken te maken over poliklinische geriatrische revalidatie. Voorwaarde is dan wel, dat een revalidatiearts de indicatie stelt en verantwoordelijk is voor de behandeling.

Plan:

- Formuleer een protest met betrekking tot de achteruitgang in CVA revalidatie; dit mede in relatie tot de minimale inzet van therapie, die geformuleerd wordt in de CBO richtlijn beroerte.
- Neem deel aan het ActiZ (bestuurders) + VWS overleg t.a.v. de overheveling AWBZ naar Zvw.

Conclusie en Aanbevelingen

De werkgroep beschouwt haar opdracht met dit eindverslag als beëindigd.

De werkgroep beveelt aan de geriatrische revalidatie te benoemen als professioneel aandachtsgebied door het instellen van een commissie. Deze commissie zou een voorbeeld kunnen zijn voor andere aandachtsgebieden. In deze commissie wordt structureel en meer projectmatig gewerkt aan verschillende taken onder facilitering en begeleiding van een Verenso beleidsmedewerker.

De volgende taken voor de commissie zijn te onderscheiden:

- Verzorgen van een vaste rubriek op de website met ontwikkelingen ten aanzien van de overheveling en zorgprogramma's;
- Bijhouden van actueel overzicht van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van geriatrische revalidatie;
- Ontwikkelen van zorgprogramma's, eerst voor CVA en bewegingsapparaat (electieve orthopedie en fracturen), later functiegerichte zorgprogramma's voor de groep 'overigen';
- Doorontwikkelen van de rol van de specialist ouderengeneeskunde in de extramurale geriatrische revalidatie in dagbehandelingen en poliklinieken;
- Het actief betrokkenen zijn bij de ontwikkeling van DBC's;
- Bevorderen van de samenwerking met RN en VRA;
- Ondersteunen en stimuleren van het vormen van lokale netwerken;
- Onderhouden van een landelijk netwerk;
- Stimuleren en monitoren van het onderwijs op dit gebied;
- Ondersteunen en stimuleren van de publicatie van een leerboek.

Tevens zal Verenso (en daarmee ook de leden van de werkgroep) betrokken blijven bij de ontwikkeling van zorgprogramma's en de begeleiding van de overheveling. Intussen is een werkgroep zorgprogramma's gestart.

Literatuur

1. ETC Tangram-PHEG/LUMC Verpleeghuisgeneeskunde, 2008. Revalidatie in de AWBZ. Omvang, aard en intensiteit. Te downloaden via: www.etc-tangram.nl.
2. Boston Working Group on Improving Health Care Outcomes Through Geriatric Rehabilitation. Medical Care 1997; 35 (6 Suppl):JS4-20.

Bijlage 1: Taakopdracht werkgroep geriatrische revalidatie Juni 2008

Inleiding

De revalidatie in verpleeghuizen richt zich van oudsher op ouderen na een opname in het ziekenhuis wegens een acute aandoening. Deze revalidatie wordt dan ook wel geriatrische revalidatie of gerontorevalidatie genoemd. Geriatrische revalidatie wordt omschreven als een samenhangend pakket van evaluatieve, diagnostische en therapeutische interventies gericht op functieherstel of behoud van niveau van functioneren bij ouderen met beperkingen op meerdere domeinen. Het betreft kortdurende zorg (3-6 maanden) op somatische grondslag onder verantwoordelijkheid van de verpleeghuisarts/sociaal geriater, in een multidisciplinaire setting, al dan niet met opname of in dagbehandeling. De geriatrische revalidatie verschilt in methode niet van de revalidatie, zoals die in revalidatiecentra wordt geboden. Ook bij niet geriatrische revalidatie is er sprake van multidisciplinaire methodische zorg gericht op het opheffen of verminderen van beperkingen en/of participatieproblemen. De doelgroep is echter wel verschillend en het sleutelwoord hierin is comorbiditeit. Door al pre-existente of nieuw ontstane comorbiditeit zijn patiënten, die in aanmerking komen voor geriatrische revalidatie minder belastbaar, minder trainbaar, en minder in staat tot het volgen van intensieve revalidatieprogramma's. Ook cognitieve beperkingen/achteruitgang zijn van invloed op de mate van herstel.

Jaarlijks worden er 28.000 patiënten in Nederlandse verpleeghuizen of transferunits van ziekenhuizen opgenomen ten behoeve van herstel/revalidatie. Het is de verwachting, dat dit aantal door vergrijzing, ontwikkeling van ketenzorg en voortschrijdende vermindering van de ziekenhuisopnameduur de komende jaren zal stijgen.

Al vanaf de invoering van de AWBZ in 1968 hebben de verpleeghuizen revalidatiepatiënten opgenomen. De kwaliteit van de revalidatiezorg in verpleeghuizen is in de loop der jaren doorontwikkeld, mede doordat het specialisme verpleeghuisgeneeskunde zich verder ontwikkeld heeft. Tevens kwamen er meer paramedici (waaronder de fysiotherapie in de geriatrie) in verpleeghuizen werken en zijn er, in veel gevallen, gespecialiseerde revalidatie afdelingen tot stand gekomen. Met de stroke services zijn er nu zelfs ook stroke units in verpleeghuizen ontstaan die zich louter met de CVA revalidatie bezighouden.

De professionalisering van de revalidatie in verpleeghuizen komt het meest tot uitdrukking in deze CVA revalidatie. In de CVA zorg zijn multidisciplinaire richtlijnen tot stand gekomen waarin de verpleeghuisrevalidatie een plek heeft gekregen. Daarmee is er wel een begin van consensus ontstaan hoe deze zorg inhoudelijk dient te worden vormgegeven en aan welke kwaliteitseisen ze dient te voldoen. Voor de overige patiëntengroepen, zoals trauma, electieve orthopedische chirurgie, amputaties, en overigen (COPD, hartfalen etc.) is dit echter niet het geval. Van deze groepen is alleen de zorg rondom heupfracturen beschreven.

Naast het ontbreken van de omschrijving van deze zorg is de waarde van revalidatiezorg in verpleeghuizen onvoldoende bekend. De associatie met het verpleeghuis is 'verblijf' en niet 'revalidatie en herstel'. Het is dus ook van groot belang om aan dit 'imagoaspect' wat te doen.

Transparantie over de aard, intensiteit en kwaliteit van revalidatiezorg is in de huidige cultuur van gezondheidszorg onontbeerlijk.

Om die reden lijkt er dringend behoefte te zijn aan:

- Meer consensus over patiëntenzorg (best practice, netwerken);
- Afstemming/verbetering van onderwijs en borgen van expertise;
- Een agenda voor wetenschappelijk onderzoek.
- Transparante dienstomschrijving verschillende soorten van revalidatiezorg.
- Beoordeling of er geen belemmeringen zijn in de huidige regelgeving om de revalidatiezorg in verpleeghuizen door te ontwikkelen.

Vorbereidende werkgroep geriatrische revalidatie

Aanleiding

Als afsluiting van de eerste Gerion kadercursus gerontorevalidatie werd op 28 september 2007 een invitational conference georganiseerd. De deelnemers van deze inspirerende bijeenkomst kwamen tot de conclusie dat het tijd werd de geriatrische revalidatie meer 'op de kaart' te zetten.

Er bleken nog veel vragen te beantwoorden, zoals: is de patiëntengroep van voldoende omvang? Is er specifieke deskundigheid en methode van werken nodig in onderwijs en richtlijnen? Is informatie naar patiënten nodig als maatschappelijk speerpunt? Moet geriatrische revalidatie meer op de kaart van de ouderenzorg? Is het nodig om best practices te realiseren, modelzorg te maken? Het idee is ontstaan om een landelijke werkgroep van experts op te starten, die zich gaat buigen over de vraag wat er voor nodig is om de geriatrische revalidatie meer 'op de kaart te zetten'.

Voorstel initiatiefnemers

Het aandachtsgebied geriatrische revalidatie is breed en er liggen vragen ten aanzien van patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs en regelgeving. Daarom is het van belang alle professionals, beroepsverenigingen, patiëntenverenigingen en koepels (RN/ ActiZ/ ziekenhuizen) gefaseerd bij de ontwikkelingen te betrekken.

Het voorstel is om vanuit de universitaire verpleeghuisgeneeskunde het voortouw te nemen en een brede landelijke werkgroep voor te bereiden. Deze voorbereidingsgroep kan dan verkennende voorstellen doen voor een onderwijs- en onderzoeksagenda en onderwerpen aandragen voor multidisciplinaire richtlijnen. Vervolgens doet deze voorbereidingsgroep voorstellen welke personen en welke organisaties bij de uitwerking zijn te betrekken.

De voorbereidende werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de verpleeghuisgeneeskunde van het VUMC, het LUMC en de universiteiten van Nijmegen, Maastricht en Groningen.

De voorbereidende werkgroep, die in eerste instantie dus monodisciplinair van opzet is, wil zo snel mogelijk doelgericht uitbreiden met leden van andere betrokken disciplines. Het voorstel aan de NVVA is om de werkgroep inhoudelijk en strategisch te ondersteunen.

De NVVA heeft eind 2008 positief op het voorstel van de initiatiefnemers gereageerd.

Relatie NVVA beleid

In het beleidsplan 2008- 2012 staat beschreven dat de verpleeghuisarts/sociaal geriater moet investeren in het zichtbaar maken van de specifieke deskundigheid en het concrete resultaat voor de cliënt/patiënt. Een aspect daarvan is, dat de NVVA het beleid op het gebied van de keuze, definiëring en ontwikkeling van specifieke aandachtsgebieden zoals geriatrische revalidatie, palliatieve zorg en dementie verder vormgeeft.

Om die reden ziet de NVVA het als een zeer positieve ontwikkeling, dat de initiatiefnemers een voorbereidende werkgroep willen opstarten. Tijdens een oriënterend gesprek tussen initiatiefnemers en medewerkers van het bureau is gebleken, dat de voorbereidende werkgroep zich met name wil richten op de inhoudelijke aspecten van de geriatrische revalidatie.

De NVVA vindt het van groot belang, dat de voorbereidende werkgroep nauw afstemt met de beleidsontwikkeling van de NVVA met betrekking tot de specifieke aandachtsgebieden.

Daarnaast is nauwe afstemming met het NVVA beleid en activiteiten gewenst omdat bijvoorbeeld beïnvloeding van regelgeving een zeer lange voorbereiding vergt. Opgemerkt dient te worden, dat ervaringen die worden opgedaan met dit aandachtsgebied benut kunnen worden voor de manier waarop de andere aandachtsgebieden worden doorontwikkeld.

Taakopdracht voorbereidende werkgroep

De NVVA onderschrijft het belang zoals hierboven beschreven. Om die reden stelt zij een voorbereidende werkgroep in met een taakopdracht die loopt tot met het eerste kwartaal van 2009. Daarbij is het van belang dat de voorbereidende werkgroep een evenwichtige samenstelling kent. De taakopdracht luidt als volgt:

1. *Kom in overleg met de bestuurder van de NVVA tot een evenwichtige (vertegenwoordiging van alle relevante universiteiten) en deskundige samenstelling van voorbereidende werkgroep.*

2. Oriëntatie

Maak een overzicht van:

- de reeds aanwezige kennisbronnen (zoals literatuur en personen) op het gebied van geriatrische revalidatie;
- de te onderscheiden (substantiële) subgroepen binnen de geriatrische revalidatie (zoals trauma, CVA en orthopedisch);
- relevante onderzoeken op het gebied van geriatrische revalidatie;
- relevante richtlijnen met betrekking tot geriatrische revalidatie;
- netwerken die relevant zijn voor geriatrische revalidatie;
- opleiding en bij- en nascholingsmogelijkheden op het gebied van geriatrische revalidatie;
- relevante personen, instituten en organisaties in relatie tot geriatrische revalidatie;
- barrières in de huidige regelgeving.

3. Definiëring

3.1 Kom tot een definiëring van het begrip 'geriatrische revalidatie'. Doe een voorstel hoe tot consensus (intern binnen de beroepsgroep en daarbuiten) te komen over de definitie.

3.2 Formuleer concreet wanneer de geriatrische revalidatie 'beter op de kaart staat'. Maak daarbij duidelijk waarin geriatrische revalidatie zich onderscheidt van 'reguliere' revalidatie.

4. Plan van aanpak

- Beschrijf de activiteiten die nodig zijn om de geriatrische revalidatie inhoudelijk beter 'op de kaart te zetten' en beschrijf wie en wat daarvoor nodig is.
- Doe aanbevelingen voor het ontwikkelen van onderwijs en onderzoek.
- Doe aanbevelingen voor het ontwikkelen van best practices.
- Doe aanbevelingen voor het wegnemen van belemmeringen in wet- en regelgeving.
- Neem het initiatief voor publicaties op het gebied van geriatrische revalidatie.
- Fungeer als landelijk aanspreekpunt en doe aanbevelingen voor het ontwikkelen van een landelijk netwerk.
- Bevorder internationale contacten.

Ondersteuning bureau NVVA

De werkgroep wordt ondersteund door een beleidsmedewerker van de NVVA. In gezamenlijkheid wordt de taakopdracht uitgevoerd en wordt gekomen tot een definiëring en wordt het plan van aanpak uitgewerkt. Vervolgens worden de uitkomsten voorgelegd aan de bestuurder. Na goedkeuring worden de doelen en activiteiten opgenomen in het activiteitenplan 2009 van de NVVA.

De werkgroep kan, in overleg met de betreffende beleidsmedewerker, op het bureau van de NVVA bijeenkomen.

Bijlage 2: Overzicht deelnemers werkconferentie

Organisatie	Titel	Initialen	Achternaam
ActiZ	Dhr. drs.	W.J.	Vink
ETC Tangram	Mw. Drs.	I.	Zekveld
GERION-VUmc (OZW)	Mw. Drs.	A.J.	de Groot
Zorgconsult Nederland Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg	Dhr. Prof. Dr.	R.	Huijsman MBA
LUMC, afdeling Public Health en eerstelijngeneeskunde	Mw.	A.	De Boer-Fleischer
LUMC, afdeling Public Health en eerstelijngeneeskunde	Dhr.	A.J.	Poot
Centre for Psychogerontology Radboud Universiteit Nijmegen	Mw. Dr.	Y.	Kuin
Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG)	Mw.	J.	Weijman
NVVA, Beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters	Dhr. Drs.	R.F.	Wiewel
NVVA, Beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters	Mw.	J.G.M.	de Wit-Tijmensen
Revalidatie Nederland	Dhr. Drs.	E.	Rolink
Revalidatie Nederland	Mw. Drs.	L.D.	Van Steenveldt
Verpleeghuis Antonius Binnenweg	Dhr. Dr.	R.	van Balen
Verpleeghuis De Plantage	Mw. Drs.	M.	Spruit-van Eijk
Verpleeghuis Solis	Dhr. Drs.	J.H.M.	Visschedijk
Vrije Universiteit medisch centrum	Dhr. Dr.	W.P.	Achterberg
ZonMw	Mw. Dr.	M.	van Rees
Zorgverzekeraars Nederland	Dhr. Drs.	O.	van der Velde

Bijlage 3: Verslag van de werkconferentie Geriatrische Revalidatie Gehouden op 21 november 2008

1. Opening

De voorzitter van de NVVA-werkgroep Geriatrische Revalidatie: Romke van Balen, opent de werkconferentie en heet alle aanwezigen van harte welkom.

Hij houdt vervolgens een presentatie over het Tangram onderzoek over Revalidatie in verpleeghuizen, dat is uitgevoerd door Romke van Balen en Ineke Zekveld. De door de heer Van Balen hierbij gehanteerde sheets zijn bij het verslag gevoegd (bijlage 4).

Naar aanleiding van de presentatie stelt de heer Huijsman de vraag wat de aanwezigen zouden doen met 5 ton.

Mevrouw De Boer oppert dit geld in te zetten om goede ketenzorg te bevorderen. Met name de overdracht naar de patiënt zelf maar ook naar de volgende zorgverlener kan beter georganiseerd worden.

De heer Vink zou het geld gebruiken om te onderzoeken wat optimale zorg is en daar goede praktijkvoorbeelden van geven. Op dit moment is sprake van een weerspiegeling van de gegroeide praktijk ingegeven door schaarsteverdeling.

De heer Rolink pleit voor onderzoek, uitwisseling en samenwerking. Er wordt reeds op een aantal plaatsen in Nederland samengewerkt met verpleeghuizen en revalidatiecentra, zowel bestuurlijk als op het niveau van de arts. Beide sectoren kunnen heel veel van elkaar leren. Als voorbeeld wordt de richtlijn CVA genoemd.

Mevrouw Kuin zou graag zien, dat meer aandacht wordt besteed aan persoonlijke factoren van de cliënten in de revalidatie en verpleeghuissector. Er is toch ook sprake van cognitieve problemen. Is het mogelijk, doordat je steeds weet van de factoren hebt, aan te geven wat de risicoprofielen zijn voor psychische problemen?

De heer Poot geeft aan, dat de manier waarop tot een keuze gekomen wordt voor een revalidatiecentrum of een verpleeghuis, van belang is. Wat wil of kan de patiënt? De huisarts speelt hierbij een cruciale rol.

2. Inhoudelijke discussie naar aanleiding van de stellingen

Stelling 1

De groep 'overigen' die herstelt op een revalidatieafdeling in het verpleeghuis neemt sterk toe. Het is cruciaal, dat voor effectieve en efficiënte zorg deze doelgroep verder wordt uitgesplitst, om binnen de verpleeghuizen meer expertise aan te trekken op deze gebieden en voor de ontwikkeling van specifieke zorgtrajecten.

De discussie richt zich meer op de vraag of het verpleeghuis de beste plek is voor de oudere cliënt. De heer Visschedijk denkt van wel: de kwetsbare oudere cliënt is beter af in het verpleeghuis mits er extra capaciteit is bestaande uit verpleegkundigen met bepaalde deskundigheid en expertise. Bij de doelgroep is sprake van revalidatiezorg maar ook palliatieve zorg en ziekenhuisachtige zorg.

Om aan te geven wat aan revalidatiezorg in het verpleeghuis verwacht mag worden, zal deze zorg onderzocht en geprofessionaliseerd moeten worden. De mogelijkheden tot samenwerking met revalidatiecentra kan worden onderzocht.

Stelling 4

Revalidatie/herstelzorg moet al voorbereid worden tijdens de ziekenhuisopname, of zelfs vóór opname bij electieve ingrepen. Daarom moet de verpleeghuisarts/sociaal geriater zich beter in het ziekenhuis inbedden.

De aanwezigen zijn het erover eens, dat revalidatie/herstelzorg, zo mogelijk, voorbereid zou moeten zijn vóór de ziekenhuisopname'. Het is aangetoond dat fysiotherapie, reeds ingezet voor de opname, herstel achteraf bevordert. Bij trauma's is dat natuurlijk niet mogelijk.

Om revalidatie/herstelzorg vóóraf reeds in het behandelplan in te bedden en te regelen met de zorgverzekeraar is, volgens Onno van der Velden, een 'zorgstandaard' nodig. In een zorgstandaard wordt, vanuit het perspectief van de patiënt, (wetenschappelijk) aangetoond dat bepaalde zorg nodig is. Een zorgstandaard is niet hetzelfde als een richtlijn. Bij een zorgstandaard wordt de patiëntenrol erbij betrokken. De professionele standaard moet daar natuurlijk ook naast staan. De werkgroep Geriatrische Revalidatie zou een zorgstandaard kunnen formuleren, met alle specialistische zorg er in.

Of de verpleeghuisarts/sociaal geriater zich beter in het ziekenhuis moet inbedden heeft te maken met de vraag of de verpleeghuisarts/sociaal geriater een meerwaarde heeft als informatieverstrekker/casemanager. Juist die cliënt (of familie), die onverwacht in het ziekenhuis komt, heeft veel behoefte aan informatie. Wie is daar verantwoordelijk voor, wie heeft het hoofdbehandelaarschap en wie communiceert met of over de patiënt? (casemanagement). Kunnen protocollen hierbij behulpzaam zijn? Soms heeft een discipline in een hoger specialistisch niveau meer te zeggen over een cliënt dan een discipline in een lager specialistisch niveau.

De heer Achterberg maakt melding van een op handen zijnd onderzoek onder auspiciën van Ton Bakker in Rotterdam over het reeds bieden van herstelzorg in een vroeg stadium.

Stelling 2

De meerwaarde van het multidisciplinaire team in de geriatrische revalidatie komt alleen tot zijn recht op afdelingen van enige omvang.

De aanwezigen zijn van mening, dat bij een afdeling van enige omvang sprake moet zijn van de menselijke maat. Vanuit het perspectief van de cliënt is het de vraag of een dergelijke omvangrijke afdeling een meerwaarde heeft. Is de zorg bereikbaar voor de cliënt (afstand)?

Werkt grootschaligheid geen bureaucratie en onpersoonlijkheid in de hand? Kan op een kleine afdeling het multidisciplinaire team geen meerwaarde hebben? Anderzijds biedt een dergelijke omvangrijke afdeling mogelijkheden voor verdere specialisering, subspecialisatie, interventieontwikkeling en groepsbehandeling. Het biedt mogelijkheden voor het maken van heldere ketenafspraken, het is flexibel, makkelijk te (be)sturen en het biedt continuïteit van zorg. Bovendien ontstaan er mogelijkheden voor scholing en onderzoeksfaciliteit. Specialisten en inspectie zullen er blij mee zijn. Als heel goed onderzoek is gedaan naar de gevolgen voor de cliënt, lijkt het: hoe groter hoe beter.

Stelling 5

De geriatrische revalidatie is gebaat bij organisatorische samenwerking of zelfs fusie van revalidatie-instellingen met instellingen voor ouderenzorg.

Vrijwel alle aanwezigen zien de voordelen van organisatorische samenwerking. Patiëntenstromen zijn beter in beeld, deskundigheid kan worden gedeeld en er is sprake van gezamenlijke patiëntendossiers. Ook bij de onderhandelingspositie richting zorgverzekeraars of politiek heeft organisatorische samenwerking/fusie een meerwaarde.

Wel zal in ogenschouw moeten worden genomen dat er een belangrijk verschil is tussen verblijfszorg en herstellzorg. Je richt je bij verblijfszorg en herstellzorg op andere dingen. Ook voor wat betreft de financiering (DBC's of ZZP). Opgemerkt wordt, dat revalidatie eigenlijk losgekoppeld zou moeten worden van de verblijfsfunctie. Het geld moet de patiënt volgen en niet de organisatie.

Stelling 6

De invoering van de financiering op basis van ZZP's is ten nadele van de geriatrische revalidatiepatiënt. De overheveling van financiering naar de ZVW en onderhandeling met andere zorgaanbieders in een DBC biedt wel kansen voor de verpleeghuisrevalidatie.

en

Stelling 3

Een verzorgingshuis kan aan een cliënt met ZZP9 niet de zorg leveren waar deze recht op heeft, tenzij een verpleeghuis hiervoor de behandeling levert.

Eigenlijk is de financiering niet een weerspiegeling van wat iemand nodig heeft en wat goede zorg is, maar wat men er aan kwijt wil. Een DBC doet qua financiering recht aan de diagnose, maar een ZZP is eigenlijk beter omdat het macrobudgettair neutraal is. Ook al mag niet verwacht worden, dat men bij de ZZP veel beter af is. Er blijft sprake van een 'mager kippetje'. Het dikker worden van het kippetje is de voorwaarde van de KNMG en de NVVA om over te gaan naar de zorgverzekeringswet. Bovendien is er nog sprake van een traject met de NZA. Er zal nog onderzocht moeten worden of de verpleeghuisartsen wel DBC's mogen declareren. De aanbieder moet uiteindelijk de declaratie kunnen verzenden.

Afsluiting

De heer Van Balen sluit de bijeenkomst af met een dankwoord aan alle aanwezigen en in het bijzonder de heer Huijsman. De werkgroep Geriatrische Revalidatie zal de inhoudelijke discussie, die gevoerd is naar aanleiding van stellingen als input gebruiken bij het invullen van haar taakopdracht. Een en ander zal worden uitgewerkt in deelonderwerpen, waarover de deelnemers kunnen meedenken. De aanwezigen zullen allen een verslag ontvangen van de werkconferentie.



AWBZ Revalidatie nader in kaart Aantal, aard en intensiteit

Romke van Balen

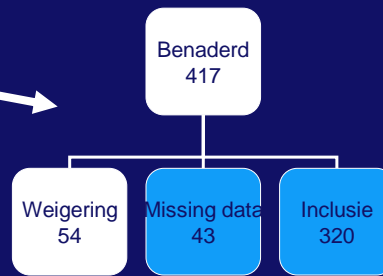


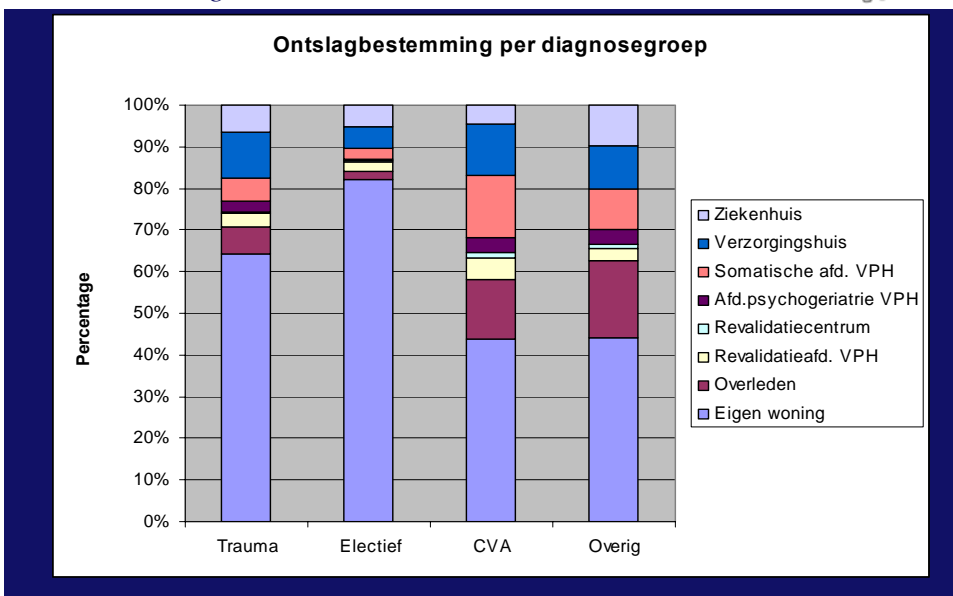
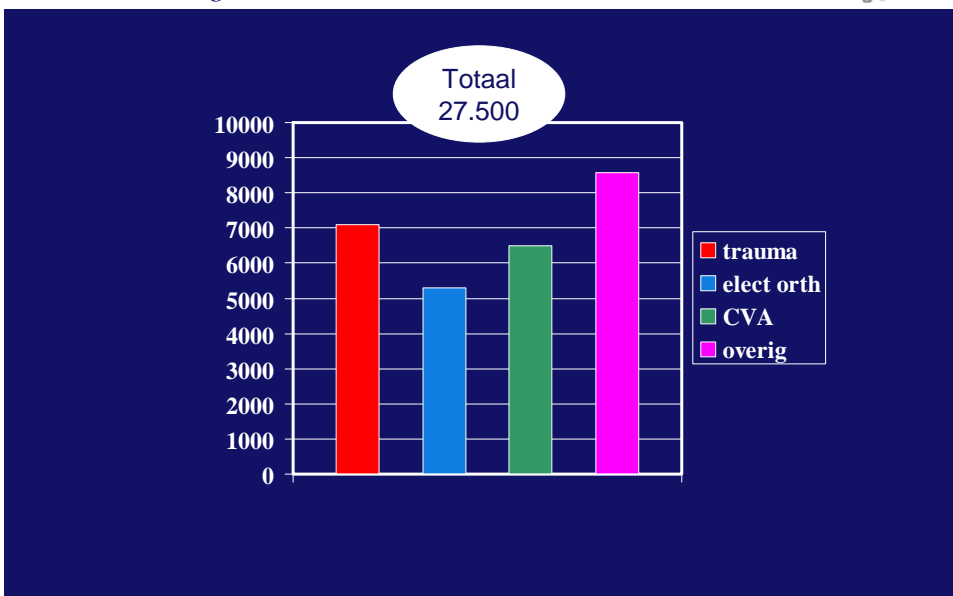
LU MC *Onderzoek methoden*

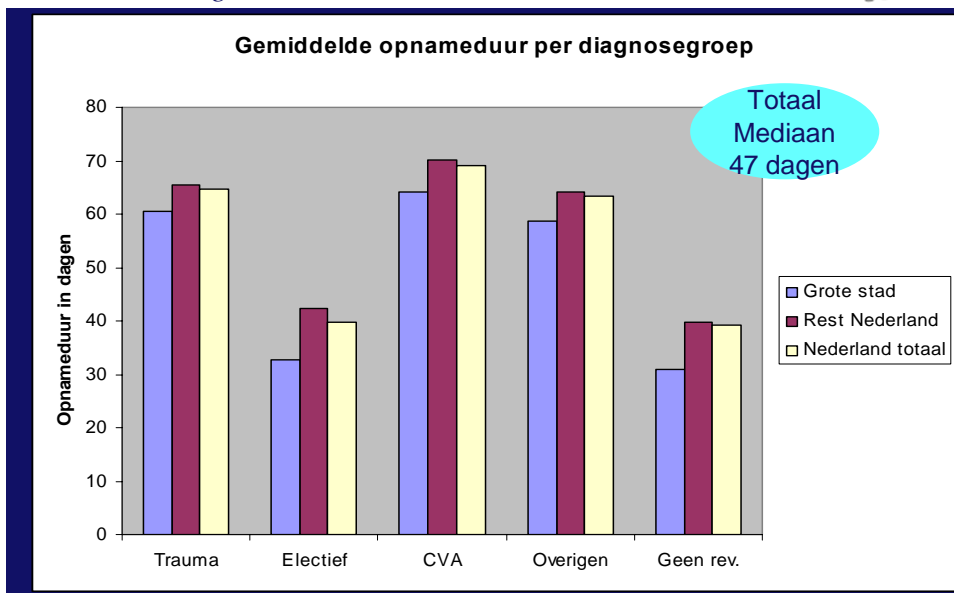


- ETC Tangram: landelijke retrospectieve enquête naar doelgroep, herkomst, opnameduur en ontslagbestemming.
- LUMC-PHEG: prospectieve meting bij opname en ontslag van patientkenmerken, uitkomst en intensiteit van therapie

Respons 128/295 = 43.3 %
N = 3591
Trauma
Elect orthopedie
CVA
Overig







	Trauma	Electief	CVA	Overig	tot
N (%)	105 (33 %)	31 (10 %)	86 (27 %)	98 (31 %)	320
vrouwelijk geslacht (%)	78	71	54	51	63
Leeftijd gem. jr	80.1	73.8	76.6	76.5	77.5
SD	(10.7)	(12.5)	(10.8)	(11.9)	(11.4)
(min-max)	21-97	45-99	46-95	39-105	21-105
mediaan	82	75	77.5	79	79.5
Alleen wonend (%)	81	87	57	71	70
Thuis wonend (%)	85	97	90	93	90
Thuiszorg (%)	55	45	24	54	45
Barthel gem (sd)	16.6 (3.8)	17.9 (2.5)	15.5 (5.6)	16.1 (4.4)	16.3 (4.5)
mediaan	18	19	18	18	18
(25 – 75)	(15-20)	(17-20)	(11-20)	(14-20)	(14-20)
HAC > 1 (%)	29	19	17	26	24
Uit ziekenhuis (%)	90	100	98	91	93
Ziekenhuis verblijf mediaan (25-75)	10 (6-17)	8 (7-16)	14 (10-20)	21 (14-41)	14 (7-21)

LU *Comorbiditeit; cumulative illness rating scale*
MC *(gemiddelde score); range 0 – 52*

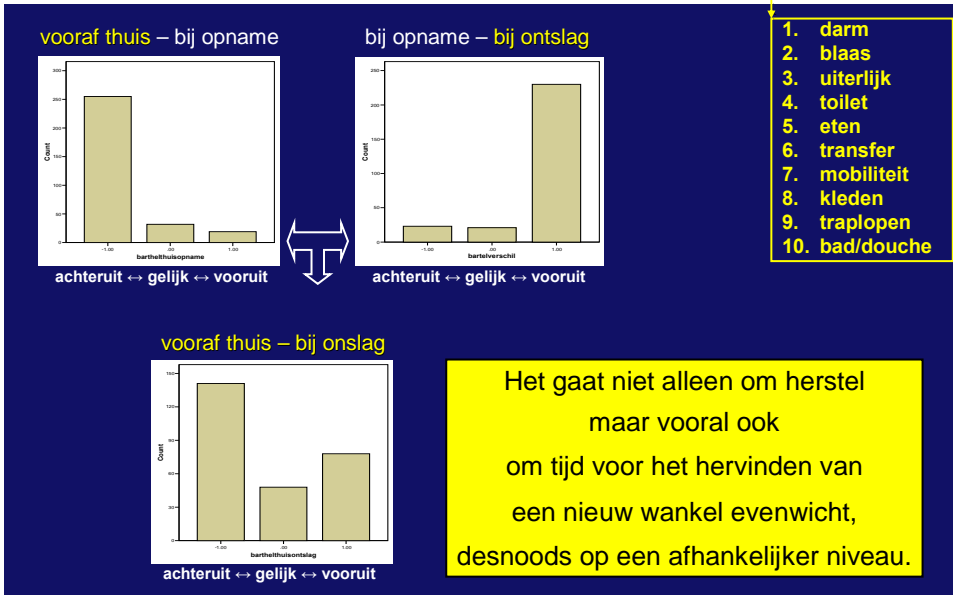


	• Totaal	trauma	elect	CVA	overig
N	320	105	31	86	98
CIRS	7.7	7.1	5.7	8.5	8.2
Anova: P = 0.005					
Aantal	3.9	3.9	3.3	3.6	4.4
Anova: p = 0.05					

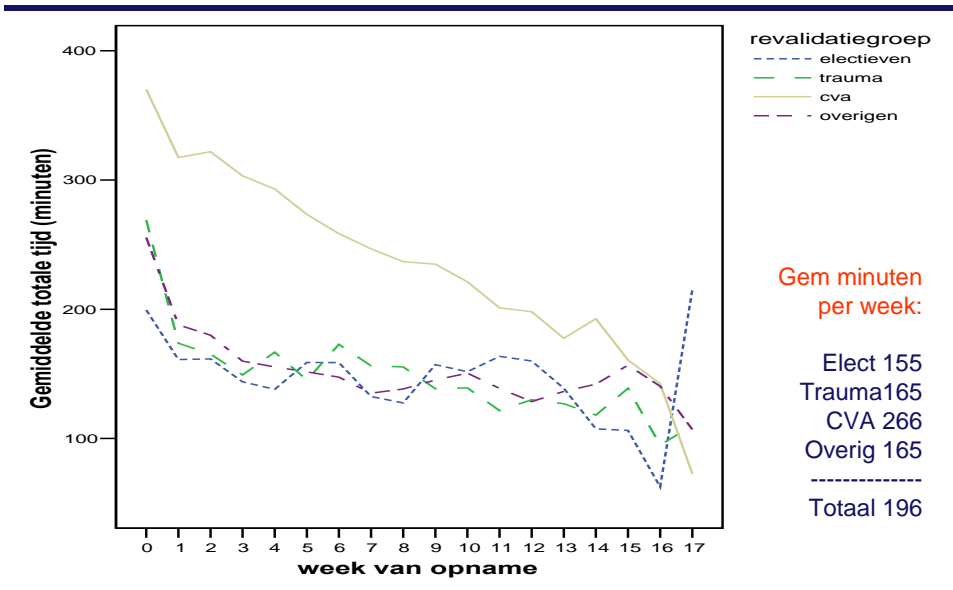
LU *Profielen*



stoornissen	<i>electief</i>	<i>trauma</i>	<i>CVA</i>	<i>overig</i>	
Functioneren vóór	+	+	++	+	
Functioneren bij	+	++	+++	++	
Communicatie/zint	+	++	++	+	
cognitie	+	++	+++	++	
stemming	+	++	+++	++	
gedrag	+	++	+++	+++	
adl/mobiliteit	+	++	+++	+++	



LU MC Hoeveel (patiëntgebonden) tijd kost het de behandelaars?



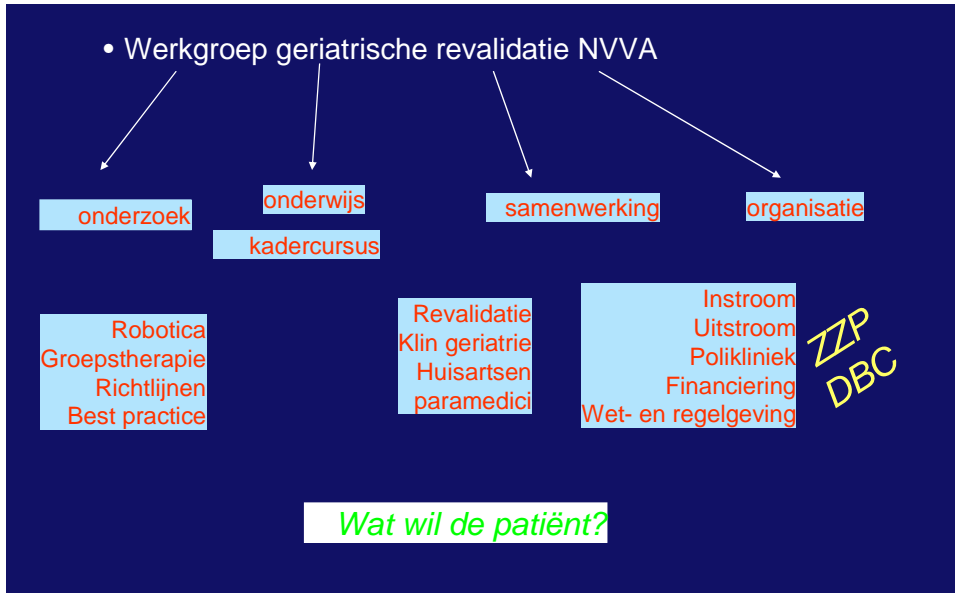


- 60 % van de 28.000 AWBZ revalidanten per jaar gaat terug naar oorspronkelijke woonomgeving
- Met een mediane opnameduur van 47 dagen
- Meeste beperkingen en slechtste functionele herstel:
CVA > overigen > trauma > electief
- 47 % bereikt hetzelfde niveau van functioneren als vóór de ziekenhuisopname
- Patiënten hebben gemiddeld 4 nevendiaagnosen en maken 2 complicaties door waarvan 1/5 ernstig
- Behandelaars besteden ongeveer 3 uur per week per patiënt aan revalidatie



- Indeling in deze 4 hoofdgroepen lijkt gerechtvaardigd Of verdelen in postok en niet postok?
- AWBZ revalidatie sluit bijna altijd direct aan bij een ziekenhuisopname; nog ruimte voor andere doelgroepen?
- Multidisciplinaire revalidatie is nodig met mogelijke uitzondering de electieve orthopedie? Cave cognitieve stoornissen
- Ziekenhuisopname duur kan korter ? Revalidatie opname kan korter?
- Complexiteit, grote variatie, meerdere nevendiaagnosen> patiëntprofielen/triage op basis van complexiteit/uitkomst ipv diagnose?
- Groep "overigen" > aparte zorgpaden?





Bijlage 5: Overzicht van wetenschappelijk onderzoek

- 1. Projecttitel:** Nijmegen GRAMPS Study (Geriatric Rehabilitation in AMPutation and Stroke) Zie ook www.gramps.nl

Uitvoerend onderzoeker(s)

Voorheen Frans Voncken, de Zorgboog, Bakel, verpleeghuis "St Jozefsheil". Contact via email F.Voncken@vphg.umcn.nl, waarvan de taken zijn overgenomen door is door mevrouw drs. Bianca Buijck, contactgegevens: b.buijck@elg.umcn.nl.
Monica Spruit- van Eijk, Werkzaam bij Careyn, verpleeghuis "Vier Ambachten".
Onderzoeker bij SVRZ, verpleeghuis "Ter Valcke". Contact via email M.Spruit-vanEijk@elg.umcn.nl.

Begeleiding:

Prof dr RTCM Koopmans Hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde UMC St Radboud te Nijmegen.
Prof dr ACH Geurts Hoogleraar revalidatiegeneeskunde UMC St Radboud te Nijmegen.
Drs R Rohling specialist ouderengeneeskunde in verpleeghuis "Ter Valcke", stichting SVRZ.

Instelling:

- De Plantage: website: www.careyn.nl
- De Blaauwe Hoeve: website: www.curamus.nl
- De Riethorst website: www.derithorststromenland.nl
- De Hazelaar website: www.deweever.nl
- Madeleine website: www.pantein.nl
- Ter Valcke website: www.svrz.nl
- Het Gasthuis website: www.svrz.nl
- Dommelhoef website: www.svve.nl
- Peppelrode website: www.vitalis-zorggroep.nl
- de Weerde website: www.vitalis-zorggroep.nl
- Brunswijck website: www.vitalis-zorggroep.nl
- Mariaoord website: www.vivent.nl
- St Jozefsheil website: www.zorgboog.nl
- Martinushof website: www.zorggroepnoordlimburg.nl
- Margriet website: www.z-z-g.nl

Vraagstellingen:

- Wat zijn de kenmerken van de cva- en amputatiepatiënten, die ter revalidatie opgenomen worden op revalidatieafdelingen van verpleeghuizen?
- Welke behandeling krijgen deze patiënten?
- Wat zijn de uitkomsten bij het succesvol of niet-succesvol afsluiten van de revalidatie?
- Wat zijn de predictoren voor succesvolle revalidatie?
- Wat zijn de uitkomsten 3 maanden na succesvol afsluiten van de revalidatie?

Doelgroep:

Alle patiënten, die gedurende 1 jaar nieuw opgenomen worden met als doelstelling revalidatie vanwege een CVA of amputatie, op de separate revalidatieafdelingen van verpleeghuizen die deel uitmaken van het Universitair Verpleeghuisnetwerk Nijmegen of andere verpleeghuizen in het werkgebied van de afdeling Verpleeghuisgeneeskunde van het UMC St Radboud.
Inclusie voor CVA kan gestopt worden bij 20 patiënten per deelnemende afdeling. Maximale inclusie voor CVA is 200 patiënten, voor amputatie is dit 50.
Exclusie: wilsonbekwaamheid t.a.v. het geven van informed consent.

Planning:

Begin studie: Gefaseerd tussen 15-12-07 en 01-04-08.

Verwacht einde studie: 01-07-10.

Financier(s):

Stichting de Zorgboog, te Bakel

Stichting SVRZ, te Middelburg

Stichting Wetenschapsbevordering Verpleeghuiszorg

2. **Projecttitel:** (Kosten)effectiviteit van tijdige reactivering van psychogeriatrische patiënten met functioneel-psihiatrische symptomatologie in vergelijking met reguliere zorgmodaliteiten ('natuurlijk' beloop); op weg naar maatwerk.

Uitvoerende onderzoeker(s):

Drs. T.J.E.M. Bakker, Dr. H.J. Duivenvoorden, Drs. J. van der Lee, Dr. L. Hakkaart-van Roijen

Begeleiding:

Erasmus Universiteit Rotterdam: faculteit Geneeskunde, Afd. Medische Psychologie en Psychotherapie,

Instituut Beleid en Management

EMGO/VUmc Amsterdam

Instelling: Argos Zorggroep Schiedam

Vraagstellingen:

- Is PG-activering van PG-patiënten met functioneel-psihiatrische symptomatologie, in de fase van lichte tot matige cognitieve functiestoornissen - vergeleken met reguliere zorgmodaliteiten - (kosten)effectief m.b.t. zelfredzaamheid, kwaliteit van leven, belasting mantelzorger(s) en voorkomen/uitstel van permanente klinische opname?
- Welke patiëntkenmerken hebben het vermogen de effecten op korte en (middel)lange termijn te voorspellen?

Doelgroep:

De onderzoeksgroep bestaat uit PG-patiënten (DSM-IV classificaties: dementieën, amnestische stoornissen, andere cognitieve stoornissen, excl. delirium), die voldoen aan de inclusiecriteria:

1. cognitie (MMSE: ≥ 18 - ≤ 27)
2. functioneel-psihiatrische symptomatologie (Neuropsychiatrische Vragenlijst (NPI): ≥ 3 positieve scores op de 12 kern items)
3. zelfredzaamheid (Barthel-index: score ≥ 5 - ≤ 19)

Exclusiecriteria zijn:

1. levensbedreigende somatische co-morbiditeit
2. vigerende IBS/RM (BOPZ)
3. onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal.

Planning:

Begin studie: Juni 2001

Verwacht einde studie Einde dataverzameling: december 2005.

Einde analyse en rapportage: \pm 2009.

Financier(s):

ZonMw

Stg. Wetenschappelijk Fonds Nieuwe Waterweg Noord.

3. **Projecttitel:** (Cost-)Effectiveness of Collaborative Approach compared to Business Process Redesign: implementation of an Integrative Reactivation and Rehabilitation (IRR) programme in psychogeriatric nursing home care; a Randomized Controlled Trial

Uitvoerende onderzoeker(s):

Drs. T.J.E.M. Bakker, Dr. H.J. Duivenvoorden, Drs. J. van der Lee, Dr. H. Nies,
Drs. R. van 't Erve

Begeleiding:

VU Medisch Centrum EMGO Instituut/Verpleeghuisgeneeskunde
Erasmus MC, Medische Psychologie en psychotherapie
Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Verpleeghuisgeneeskunde
Vilans, Utrecht
Instelling: Argos Zorggroep Schiedam, 12 verpleeghuizen in Nederland

Vraagstellingen:

Main objective of the study is to optimize implementation strategies for moderate complex programmes, i.c. Integrative Reactivation and Rehabilitation (IRR) in nursing homes. A multifaceted implementation strategy, based on effective factors of both implementation strategies Collaborative Approach and Business Process Redesign will be constructed. Primary research objective of RCT is: Which of the 2 implementation strategies is most (cost)effective in implementing a moderate complex intervention like IRR in nursing homes?

Doelgroep:

Psychogeriatric patients suffering from PFDs-in the early stages of cognitive decline and on the verge of admission to a nursing home-and their caregivers. The referred patients are screened according to written protocol. The patients have to meet any of the following criteria of the DSM IV classifications: Dementia, amnesic disorders, other cognitive disorders. Additionally, the psychogeriatric patients have to fulfil the in- and exclusion criteria. Inclusion criteria: 1. age: ≥ 65 years; 2. Cognition: MMSE ≥ 18 and ≤ 27 and Barthel Index (BI) ≥ 5 and ≤ 19 ; and 3. PFD: NPI ≥ 3 of the 12 symptoms; Exclusion criteria: 1. Delirium; 2. life-threatening co-morbidity; 3. active coercive admission regime (RM/IBS); and 4. insufficient understanding of the Dutch language.

Planning:

Begin studie: January 2009
Verwacht einde studie December 2011

Financier(s):

ZonMw
Argos Zorggroep

4. Projecttitel: Somatische revalidatie in de AWBZ

Uitvoerend onderzoeker(s):

Dr. Peter Bob Peerenboom, Jan Spek, Ineke Zekveld

Begeleiding:

Nvt

Instelling:

ETC Tangram, Leusden

Vraagstellingen:

Welke omvang hebben momenteel de hieronder genoemde vijf patiëntencategorieën in schakelunits in ziekenhuizen, in Verpleeghuizen (klinisch en in dagbehandeling)?

Het onderzoek is toegespitst op het kwantitatief in kaart brengen van een vijftal patiëntencategorieën:

Doelgroep:

- I. Patiënten met een CVA;
- II. Electieve heupen en knieën;
- III. Overige orthopedie/traumatologie;
- IV. Amputaties;
- V. Overige kortdurende somatische revalidatie/herstelzorg

Planning:

Begin studie: Januari 2007

Verwacht einde studie: Maart 2008

Financier(s):

College voor Zorgverzekeringen (CVZ) te Diemen

5. Projecttitel: AWBZ revalidatie nader in kaart gebracht

Uitvoerend onderzoeker(s):

Dr Romke van Balen, verpleeghuisarts en senior onderzoeker

Drs Marit Hoogenboom, coördinatrice

Begeleiding:

Herman Cools, hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde

Dr Jacobijn Gussekloo, hoofd sectie wetenschappelijk onderzoek

Instelling:

Afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, LUMC

Vraagstellingen:

Wat is de omvang, aard en intensiteit van de AWBZ revalidatie?

Bij 320 revalidanten opgenomen in één van de instellingen behorend bij het Universitair Verpleeghuis Netwerk Zuid Holland. De volgende onderwerpen worden in kaart gebracht bij opname en bij ontslag of 4 maanden na opname:

Diagnosen, comorbiditeit, functioneren, stemming, cognitie, probleemgedrag, visus, gehoor, complicaties, opnameduur, ontslagbestemming. Bovendien wordt de intensiteit van de revalidatie in kaart gebracht door de tijdsinvestering van de behandelaars te meten.

Doelgroep:

AWBZ revalidanten in verpleeghuizen en transferafdelingen van ziekenhuizen

Planning:

Begin studie: April 2007

Verwacht einde studie: Maart 2008

Financier(s):

College voor Zorgverzekeringen

6. Projecttitel: Explaining Plasticity after stroke.

Uitvoerend onderzoeker(s): Prof. dr. G. Kwakkel (program leader) Prof. dr. A. Arendzen (projectleader); Prof. dr. E. Lindeman (UMC Utrecht), Prof. dr. G. Lankhorst (VU Medisch Centrum), Prof. dr. Geurts (UMC Radboud), Prof. dr. F. van der Helm (TU Delft)

Begeleiding:

Drs. R. Nijland en Drs. J. Kordelaar (VUmc), Drs. C. Bakker (UMCN), F. Buma (UMC Utrecht), H. van der Krogt (UMCL) and A. Klomp (TU Delft).

Instelling:

Participating nursing homes: Zonnehuis (Amstelveen) and Koningsbrugge (Utrecht) are settings that collaborates with the present multicentre trial (UMCU, VUmc, UMCL, UMCN, TU Delft) called EXPLICIT stroke.

www.Explicit-stroke.nl

Projectomschrijving:

Explicit-stroke stands for Explaining Plasticity after stroke.

The program is a 5 year multicenter collaboration investigating Brain Plasticity in relation to functional recovery of the upper limb after a first-ever ischemic stroke. Over the course of 5 years, 2008-2013, 2 Randomized Clinical Trials and several subprojects will be conducted. Explicit-stroke builds on the existing knowledge about functional prognosis and effectiveness of exercise therapy in patients with a first-ever MCA stroke. The first RCT of EXPLICIT is aimed to investigate the effects of early applied Constrained Induced Movement Therapy (CIMT) in patients with a known favourable prognosis for functional recovery. The second RCT of EXPLICIT-stroke will focus on the effects of an early started sensorimotor stimulation program by EMG-triggered Neuromuscular Electrical Stimulation (EMG-NMS) in patients with a poor probability for functional recovery of the upper limb. In both single-blinded RCTs, interventions will be compared to a dose-matched control treatment based on usual practice. To improve our knowledge on what patients learn when they show functional recovery, Explicit-stroke will explore the underlying mechanisms that are involved in regaining dexterity. For this latter purpose, the impact of intactness of the primary motor system as revealed with TMS will be related to: 1) changes in cortical activation patterns of ipsi- and contralateral brain by fMRI; 2) adaptive motor control of the upper limb (kinematics) and 3) changed stiffness of the upper

paretic limb by haptic robotics in a repeated measurement design. By this, Explicit-stroke will provide an answer to the key question whether therapy induced improvements are due to either a reduction of basic motor impairment by neural repair (i.e., restitution of function) and/or the use of behavioural compensation strategies (i.e., substitution of function).

Vraagstellingen:

The aims of the Explicit-stroke project are as follows:

- Investigate the effects of early interventions for the upper paretic limb post stroke
- Exploring dynamics in cerebral plasticity during upper limb recovery after stroke
- Improving early prediction of outcome of the upper paretic limb after stroke
- Exploring what patients exactly learn when showing functional recovery in the upper paretic limb after stroke

Doelgroep:

Patients with Stroke

Planning:

Begin studie: April 2008

Verwacht einde studie: April 2013

Financier(s):

ZonMw voor 5 jaar

7. Projecttitel: The elderly amputee

Uitvoerend onderzoeker(s):

L Fortington

Begeleiding:

dr PU Dijkstra, Dr C Rommers, prof dr K Postema, prof dr JHB Geertzen

Instelling:

Centrum voor Revalidatie (CvR), van het UMCG

Vraagstellingen:

- Wat is de functional outcome vd geriatrische geamputeerde?
- Is deze outcome verschillend tussen een behandeling in het revalidatiecentrum en de behandeling in een verpleeghuis?

Doelgroep:

65 + geamputeerden in Noord Nederland

Planning:

Begin studie: 1-9-2008

Verwacht einde studie 1-9-2012

Financier(s):

SHARE

UMCG (UE bursaal)

8. Projecttitel: Proactive joint care of frail candidates for arthroplasty

Uitvoerend onderzoeker(s):

Nog niet bekend

Begeleiding:

Dr F. Boersma (projectleider)

Instelling:

UMCG met mogelijke samenwerking van:

UMCG Orthopedie

TNO

Bewegingswetenschappen RUG

Hanzehogeschool

Farmacie

Vraagstellingen:

Heeft een multimodale interventie (primair gericht op optimalisatie voedingstoestand, medicatie, fysiek functioneren) voorafgaand aan een electieve orthopedische operatie een positief effect op complicaties, opnameduur (ziekenhuis en verpleeghuis) cq functionele toestand postoperatief, tevens kosteneffectiviteit.

Interventie: geprotocolleerd wat betreft medicatie, voeding en fysiotherapie, minimaal 4 weken voorafgaand aan ok met voldoende intensiteit, bv. op somatische dagbehandeling

Doelgroep:

Kwetsbare ouderen met groot risico op minder voorspoedig herstel bij electieve orthopedische operatie

Planning:

Begin studie: Nog te starten

Verwacht einde studie: Onbekend

Financier(s):

Onbekend

Bijlage 6: Overzicht richtlijnen

	Onderwerp	Organisatie/Vereniging	De geriatrische patiënt Aanwezig? ¹ (Nodig? ²)
CVA			
	Richtlijn CVA	NHG	Nee (nee)
	Revalidatie na een beroerte	Hartstichting	Nee (ja)
	Richtlijn diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte, 2007	CBO	Nee? Wel commentaar gevraagd (ja)
	Richtlijn beroerte	KNGF	Nee (nee)
Osteoporose			
	Richtlijn Osteoporose	NHG	Nee (nee)
	Osteoporose, 2002	CBO	Nee, wel aandacht voor ouderen i.h.a, niet voor de geriatrische patiënt (nee)
	Richtlijn osteoporose	KNGF	Nee (nee)
Hartfalen			
	Hartfalen: multidisciplinaire voorlichting hartfalen	Hartstichting	Nee (ja)
	Chronisch hartfalen, 2002	CBO	Nee (ja)
	Richtlijnen Hartrevalidatie 2004	Hartstichting/NVVC	Nee (ja)
	Richtlijn Hartrevalidatie	KNGF	Nee (nee)
Claudicatio Intermittens			
	Diagnostiek en behandeling van arteriële claudicatio intermittens, 1997	CBO	Nee (nee)
	Richtlijn Claudicatio intermittens	KNGF	Nee (nee)
COPD			
	COPD, ketenzorg, 2005	CBO	Nee (ja?)
	Medicamenteuze therapie van COPD, 2007	CBO	Nee (nee)
	Richtlijn COPD	KNGF	Nee (nee)
Orthopedie/traumatologie			
	Heup en kniearthrose, 2007	CBO	Nee (ja)
	Totale heup, 1994	Orthopeden	Nee (ja)
	Richtlijn behandeling van proximale femurfractuur bij de oudere mens.	NVvH	Ja, impliciet (meer expliciet?)
Vallen			
	Preventie van valincidenten bij ouderen, 2004	CBO	Nee, wel impliciet (nee)
Amputaties			
	Amputatie en prothesiologie bij de onderste extremititeit	CBO (in aanvraag)	Nee (ja)

¹ D.w.z. is er een specifiek hoofdstuk/paragraaf besteed aan de geriatrische patiënt.

² D.w.z. lijkt het zinvol om hier een specifiek toevoeging voor de geriatrische patiënt te maken (als taakopdracht voor de werkgroep).

	Onderwerp	Organisatie/Vereniging	De geriatrische patiënt Aanwezig? ¹ (Nodig? ²)
M. Parkinson			
	Diagnostiek en behandeling van patiënten met ziekte van Parkinson, 2001	NVN	Nee (nee) Nieuwe multidisciplinaire richtlijn in concept, NVVA neemt deel

Afkortingen:

CBO – Centraal Begeleidings Orgaan (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg)

KNFG – Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

NHG – Nederlands Huisartsen Genootschap

NVN – Nederlandse Vereniging van Neurologie

NVVC – Nederlandse Vereniging voor Cardiologie

NVvH – Nederlandse Vereniging van Heelkunde

Bijlage 7: Overzicht netwerken

Doel:

Inventarisatie zorgketens/zorgpaden geriatrische revalidatie in Nederlandse verpleeghuizen. Door te inventariseren en te publiceren zal het mogelijk worden informatie uit te wisselen.

1. Verkorte ziekenhuis opnames

Naam stichting:

Avoord Zorg & Wonen

Naam verpleeghuis:

Anbarg, Kloosterhof, Willaert en Rijserf

Ketennaam/naam zorgpad:

CVA, meso-ortho somatisch en meso-ortho PsychoGeriatrisch

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

Martin van Leen
m.van.leen@avoord.nl

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

Amphia Breda, Franciscus Roosendaal

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

2006

Korte beschrijving keten/zorgpad:

Verkorte ziekenhuisopnames voor cliënten met CVA, fracturen en geplande orthopedische ingrepen. Indicering per mandaat voor revalidatie.

Overige opmerkingen:

Gezien problemen rond de ZZP-score toewijzing twijfelen we of we niet voor orthopedische/traumatologische problematiek VOORAF indicering willen. Cliënten krijgen soms een ZZP6 en dat biedt onvoldoende behandelingsmogelijkheden.

2. Stroke-keten en TOP-zorg

Naam stichting:

LindeStede Wolvega, Moerborch Heerenveen

Naam verpleeghuis:

Verpleegcentrum LindeStede, Anna Schotanus

Ketennaam/naam zorgpad:

Stroke-keten en TOP-zorg

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

Mieke Draijer
m.draijer@lindestede.nl

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

De Tjongerschans Heerenveen

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

2006 (Stroke) en 2008 (TOP)

Korte beschrijving keten/zorgpad:

Stroke -> binnen 5 dagen na CVA overplaatsing naar verpleeghuis Stroke-care, revalidatieafdeling of traject gericht op ontslag naar huis eventueel met (verpleeghuis-)dagbehandeling. Specialist ouderengeneeskunde, en revalidatiearts zijn standaard aanwezig bij MDO van Stroke in ziekenhuis en behandeltraject.

Neuroloog en revalidatie arts zijn vaste consulenten in verpleeghuizen.

Hoogbejaarde en/of multimorbide patiënten met recidief CVA die op de SEH aangemeld worden, gaan niet meer via de verpleegafdeling van het ziekenhuis maar gaan direct na diagnostiek met uitgebreide informatie naar het verpleeghuis.

Revalidatieprogramma's liggen vast, evenals de afspraken met betrekking tot informatie overdracht en nazorg.

TOP -> Samenwerkingsverband met orthopeden bij heup-knie operaties. In aanloop naar de operatie wordt triage gedaan naar welke mensen niet binnen 3 dagen naar huis kunnen. Deze mensen worden nog vóór operatie aangemeld voor revalidatie in een van onze verzorgingshuizen onder regie van de specialist ouderengeneeskunde met inzet van de fysio- en ergotherapie vanuit verpleeghuis, of revalidatie in het verpleeghuis.

Patiënten zijn dan voor operatie op de hoogte van het feit dat zij na 3 dagen uitgeplaatst worden. Orthopeden hebben scholingen gegeven en de lijnen zijn kort.

Programma's voor revalidatie liggen vast, evenals afspraken met betrekking tot informatie overdracht. Deze ketenzorg afspraak heeft het aantal ligdagen op de orthopedie fors doen dalen, en geeft de verpleeghuizen de mogelijkheid te anticiperen op relatief lichte zorg die altijd prettig is te hebben.

Overige opmerkingen:

Zijn bezig met de ontwikkeling van zorgpaden traumatische orthopedische/chirurgische operatie.

3. CVA keten De Liemers**Naam stichting:**

Verpleeghuis Zevenaar is per 2009 hoofdaannemer geworden van een langer bestaande informatie keten met het Streekziekenhuis Zevenaar, Revalidatiecentrum Groot Klimmendaal en de thuiszorg. Er was tot voor kort geen ketencoördinator meer. Voorheen, tot 2006, was dat het afdelingshoofd van de neurologie afdeling van het ziekenhuis.

Naam verpleeghuis:

Verpleeghuis Zevenaar (Alysis Zorggroep)

Ketennaam/naam zorgpad:

CVA keten De Liemers

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

Paulie van den Bosch, projectleider CVA ketenzorg

pvanbosch@alysis.nl

Maarten Savenije, verpleeghuisarts en kaderarts geriatrische revalidatie

msavenije@alysis.nl

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

Streekziekenhuis Zevenaar

Revalidatiecentrum Groot Klimmendaal

Stichting Thuiszorg Midden Gelderland

Diafaan Zorggroep (thuiszorg0

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

De oorspronkelijke keten is gestart in 2002 en heeft deelgenomen aan het eerste CVA doorbraak project van het CBO.

In 2009 wordt de keten gereanimeerd en wordt er een doorstart gemaakt met verpleeghuis Zevenaar als hoofdaannemer.

Korte beschrijving keten/zorgpad:

- Er zijn richtlijnen/protocollen ten aanzien van de multidisciplinaire behandeling en ten aanzien van opname/overplaatsing criteria
- Revalidatiearts en verpleeghuisarts nemen deel aan het wekelijkse MDO op de neuro afdeling van het ziekenhuis waarin de vervolgbehandeling wordt vastgelegd
- Revalidatiearts is als consulent verbonden aan ziekenhuis en verpleeghuis
- Er is een verouderde overdrachtsset die nog maar weinig gebruikt wordt
- Er zijn plannen voor een in en door de keten afgestemde patiëntenvoorlichting

Overige opmerkingen:

In 2009 is vanuit Verpleeghuis Zevenaar een project gestart om de ketenzorg te verbeteren met betrekking tot logistiek, informatie overdracht, voorlichting, nazorg en mantelzorgondersteuning. Projectleider hierboven vermeld.

4. Plannen voor ketenzorg

Naam stichting:

Verpleeghuis Zevenaar is per 2009 hoofdaannemer geworden van een langer bestaande informatie keten met het Streekziekenhuis Zevenaar, Revalidatiecentrum Groot Klimmendaal en de thuiszorg. Er was tot voor kort geen ketencoördinator meer. Voorheen, tot 2006, was dat het afdelingshoofd van de neurologie afdeling van het ziekenhuis.

Naam verpleeghuis:

Verpleeghuis Zevenaar (Alysis Zorggroep)

Ketennaam/naam zorgpad:

Plannen voor ketenzorg met betrekking tot hart(falen)revalidatie.

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

Maarten Savenije, verpleeghuisarts en kaderarts geriatrische revalidatie

msavenije@alysis.nl

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

Het zijn nog plannen

Korte beschrijving keten/zorgpad:

Intentie tot realisatie bij cardiologen en/of hartfalenverpleegkundige

Overige opmerkingen:**5. CVA zorgketen Leeuwarden****Naam stichting:**

Noorderbreedte

Naam verpleeghuis:

Bornia Herne

Ketennaam/naam zorgpad:

CVA zorgketen Leeuwarden

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

cvaverpleegkundige@znb.nl

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

Ketenpartner MCL

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

1998 ontwikkeling, 2000 start stroke

Korte beschrijving keten/zorgpad:

Onbekend

Overige opmerkingen:

Onbekend

6. CVA ketenzorg 's-Hertogenbosch**Naam stichting:**

Vivent

Naam verpleeghuis:

Mariaoord

Ketennaam/naam zorgpad:

CVA ketenzorg 's-Hertogenbosch

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

Nel van de Laar

CVA ketencoördinator

Regio 's-Hertogenbosch

Tel: 073-6992522

Email: n.v.d.laar@jbz.nl

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

Jeroen Bosch Ziekenhuis

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

Aanvang 2002???

Korte beschrijving keten/zorgpad:

CVA ketenzorg vanuit JBZ (twee locaties; 2 afdelingen neurologie), revalidatie centrum Tolbrug, 4 verpleeghuizen, Mariaoord met revalidatie-units (Rosmalen, Luidina (Boxtel), Oosterhof (Den Bosch) en Zonnenlied (Ammerzode), thuiszorg Vivent

Overige opmerkingen:

Afspraken over doorstromen, doorverwijzing en indicaties, transmuraal dossier, infomappen en centraal verzamelen van gegevens over de keten.

Afspraken over klinimetrie volgen nog.

7. CVA zorgketen West-Achterhoek**Naam stichting:**

Stichting Azora

Naam verpleeghuis:

Verpleeg- en revalidatiecentrum Antonia

Ketennaam/naam zorgpad:

CVA zorgketen West-Achterhoek

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

Marian van Gaasbeek

m.van.gaasbeek@azora.nl

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

Slingeland Ziekenhuis te Doetinchem

Verpleeghuis den Ooiman Doetinchem

Revalidatiecentrum Groot Klimmendaal Arnhem

Thuiszorgorganisatie Sensire

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

Sinds 2004

Korte beschrijving keten/zorgpad:

Stroke Service met onderlinge afspraken over inhoud zorg (richtlijnen CBO/beroerte), doorstroming, overdracht enz.

Overige opmerkingen:

Binnen de regio zijn diverse transmurale ketens in ontwikkeling: COPD, diabetes. Verder zijn er al ketens op het gebied van dementie, palliatieve zorg, ulcus cruris en diabetische voet.

8. CVA-stroke unit (VSU), en heup/knie project**Naam stichting:**

Zorgcombinatie Noorderboog

Naam verpleeghuis:

Reggersoord

Ketennaam/naam zorgpad:

CVA-stroke unit (VSU) en heup/knie project

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

F.W. Kuipers
kuipers@noorderboog.nl

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

Zorgcombinatie Noorderboog
Diaconessenhuis Meppel

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

CVA 2001
Heup/knie project 1999

Korte beschrijving keten/zorgpad:

CVA:

- Geprotocolleerde opname ziekenhuis.
- Doorplaatsing naar verpleeghuis z.s.m., uiterlijk binnen 2 weken.
- Deelname van verpleeghuisarts in MDO ziekenhuis.
- In verpleeghuis 8 weken revalidatie op basis van maximale behandeling.
- Scholing van multidisciplinaire teams.
- Bij voldoende herstel ontslag naar huis met doorplaatsing naar dagbehandeling verpleeghuis en inzet thuiszorg.
- Protocol voor totale project.

Heup/knie:

- Binnen 3-4 dagen na operatie is opname in verpleeghuis mogelijk, waar geprotocolleerd revalidatieprogramma volgt.
- Voor opname ziekenhuis wordt inschatting gemaakt of hier gebruik van gemaakt gaat worden of dat er direct ontslag naar huis kan plaats vinden.
- Bij opname verpleeghuis is na ontslag dagbehandeling en inzet thuiszorg mogelijk.

Overige opmerkingen:**9. CVA, Decubitus, MRSA, Huisartsenkliniek en Low-cure afdeling****Naam stichting:**

Stichting Curamus

Naam verpleeghuis:

De blauwe Hoeve

Ketennaam/naam zorgpad:

CVA
Decubitus
MRSA
Huisartsenkliniek en Low-cure afdeling

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

R. de Bakker, manager behandeling

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

ZorgSaam ziekenhuis te Terneuzen

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

CVA 2004

Decubitus 2022
MRSA 2008
HAK/Low-cure 2007

Korte beschrijving keten/zorgpad:

CVA:

- Patiënten met een CVA krijgen voorrang voor opname in het verpleeghuis. Destinatiebepaling in het ziekenhuis gebeurt door revalidatiearts.
- Gegevens omtrent patiënten komen mee, waaronder Barthelscore, behandelplan.
- Revalidatiearts, neuroloog, orthopedisch instrumentmaker, orthopedisch schoenmaker komen zonodig in consult.

Decubitus:

Er zijn regionale afspraken rond preventie en behandeling van decubitus.

MRSA:

Binnen de regio komt door de verwevenheid met Belgische ziekenhuizen geregeld MRSA voor. Patiënten die voor revalidatie aangeboden worden vanuit de Belgische ziekenhuizen of patiënten die in België in het ziekenhuis zijn opgenomen en kort voor overplaatsing in ZorgSaam ziekenhuis zijn opgenomen geweest, worden in beperkte isolatie verpleegd. Hierover zijn duidelijke afspraken gemaakt. Hoe om te gaan met patiënten die ook naar de fysio etc. moeten.

HAK/Low-cure:

Een ziekenhuisafdeling op het terrein van het verpleeghuis, waar patiënten met een vertraagd herstel worden opgenomen of patiënten die wachten op verdere revalidatie in het verpleeghuis.

Overige opmerkingen:

10. CVA

Naam stichting:

Stichting Elisabeth

Naam verpleeghuis:

Zorg- en behandelcentrum Elisabeth, woonzorg Westerviek en woonzorg De Donk

Ketennaam/naam zorgpad:

Annevillegroep Breda

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

Irene Verkuijlen, project manager

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

Amphia Breda

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

2004

Korte beschrijving keten/zorgpad:

CVA, decubitus, voeding etc. zie website: www.annevillegroep.nl

Overige opmerkingen:

Op 5 februari 2009 heeft in ZBC Elisabeth en in revalidatiecentrum Breda een bijeenkomst plaatsgevonden in het kader van de overheveling van de AWBZ naar VWS. Hierbij waren VWS, RN, NZA, ZN ook aanwezig. Voor meer info: m.hodes@elisabethbreda.nl.

11. Revalidatie na heupoperatie in de Enschedese verpleeghuizen

Naam stichting:

Bruggerbosch

Naam verpleeghuis:

Bruggerbosch

Ketennaam/naam zorgpad:

Revalidatie na heupoperatie in de Enschedese verpleeghuizen

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

M.J. Abbink-de roos

mabbink@bruggerbosch.nl

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

Medisch Spectrum Twente te Enschede

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

1999

Korte beschrijving keten/zorgpad:

Bij een geplande heupoperatie wordt de patiënt aangemeld bij de Enschedese verpleeghuizen voor revalidatie. Na heupoperatie wordt de patiënt zodra hij/zij haemodynamisch stabiel is, overgeplaatst naar de Cromhoff (Stichting Livio) (somatische patiënt) of naar Bruggerbosch (PG patiënt) voor revalidatie.

Overige opmerkingen:

Afspraken rond deze revalidatie zijn dus al van lang geleden, ze werken nog wel. Ik heb alleen kennis van de PG revalidatie, omdat wij een categoriaal PG huis zijn.

12. Mesorevalidatie

Naam stichting:

Cordaan

Naam verpleeghuis:

Gaasperdam (zuidoost)

Ketennaam/naam zorgpad:

Mesorevalidatie

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

Jessica Edwards van Muijen

jedwards@cordaan.nl

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

AMC orthopedie

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

1985????

Korte beschrijving keten/zorgpad:

Revalidatie na ingrepen aan bewegingsapparaat. Samenwerking met orthopedie maar cliënten komen ook van traumatologie en chirurgie

Overige opmerkingen:

13. CVA revalidatie

Naam stichting:

Cordaan

Naam verpleeghuis:

Berkenstede (Diemen)

Ketennaam/naam zorgpad:

CVA revalidatie

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

Jessica Edwards van muijen
jedwards@cordaan.nl

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

AMC neurologie

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

2000???

Korte beschrijving keten/zorgpad:

Revalidatie na CVA (kort na CVA overplaatsing)

Overige opmerkingen:

14. Mesorevalidatie

Naam stichting:

Cordaan

Naam verpleeghuis:

Slotervaaart (West)

Ketennaam/naam zorgpad:

Mesorevalidatie

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

Peter Wesselink
pwesselink@cordaan.nl

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

Slotervaart ziekenhuis, Orthopedie

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

1985???

Korte beschrijving keten/zorgpad:

Revalidatie na ingrepen aan bewegingsapparaat.

15. CVA revalidatie

Naam stichting:

Cordaan

Naam verpleeghuis:

Slotervaart (West)

Ketennaam/naam zorgpad:

CVA revalidatie

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

Peter Wesselink
pwesselink@cordaan.nl

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

Slotervaart ziekenhuis, Neurologie

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

2000???

Korte beschrijving keten/zorgpad:

Revalideren na doorgemaakt CVA

Overige opmerkingen:

16. Jointcare

Naam stichting:

Cordaan

Naam verpleeghuis:

Slotervaart (West)
Gaasperdam (Zuidoost)

Ketennaam/naam zorgpad:

Jointcare

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

Jessica Edwards van Muijen
jedwards@cordaan.nl

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

Sint LucasAndreas ziekenhuis

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

2002???

Korte beschrijving keten/zorgpad:

Revalidatie kortdurend na knie operatie.

Overige opmerkingen:

17. Mesorevalidatie

Naam stichting:

Cordaan

Naam verpleeghuis:

De Die (Noord)

Ketennaam/naam zorgpad:

Mesorevalidatie

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

Monique Lachniet
mlachniet@cordaan.nl

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

BovenIJ ziekenhuis

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

1985???

Korte beschrijving keten/zorgpad:

Revalideren na ingrepen bewegingsapparaat.

Overige opmerkingen:

18. Project heupen

Naam stichting:

Zorggroep Solis

Naam verpleeghuis:

PW Janssen

Ketennaam/naam zorgpad:

Project heupen

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

J. Visschedijk
Jan.visschedijk@zorggroepsolis.nl

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

Deventer ziekenhuis

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

2006

Korte beschrijving keten/zorgpad:

Snelle doorstroom (binnen 5 dagen na operatie) van ouderen met heupfractuur om op revalidatie afdeling van verpleeghuis te revalideren.

Overige opmerkingen:

19. Snel herstel

Naam stichting:

Zorggroep Solis

Naam verpleeghuis:

Verzorgingshuis Bloemendal

Ketennaam/naam zorgpad:

Snel herstel (na electieve knie en heupvervangning)

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

J. Visschedijk

Jan.visschedijk@zorggroepsolis.nl

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

Deventer ziekenhuis

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

2003?

Korte beschrijving keten/zorgpad:

Snelle opname in KDO-appartementen na electieve heup/knie vervanging. Dit zijn i.p. patiënten die geen grote zorgbehoefte hebben, anders wordt een revalidatie traject in het verpleeghuis gevolgd.

Overige opmerkingen:

20. COPD revalidatie

Naam stichting:

Zorggroep Solis

Naam verpleeghuis:

PW Janssen

Ketennaam/naam zorgpad:

COPD revalidatie

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

Leonor van Dam van Isselt

Jan Visschedijk

Jan.visschedijk@zorggroepsolis.nl

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

Deventer ziekenhuis, afdeling longziektes

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

Moet nog aanvangen. Doel is om in mei/juni 2009 op te starten

Korte beschrijving keten/zorgpad:

COPD (GOLD III en IV) worden na een korte opname in het ziekenhuis overgeplaatst naar revalidatieafdeling verpleeghuis voor verder herstel of specifiek revalidatietraject.

Overige opmerkingen:

21. CVA ketenzorg

Naam stichting:

SZMK

Naam verpleeghuis:

Pronswaide

Ketennaam/naam zorgpad:

CVA ketenzorg

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

Renata Gierkink

r.j.h.gierkink@skbwinterswijk.nl

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

SKB Winterswijk, het Roessing, Livio en Sensire

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

2004

Korte beschrijving keten/zorgpad:

Samenwerking regionaal waarin de CVA verpleegkundige een centrale rol speelt in contacten naar partners in de ketenzorg in contracten met cliënt en in nazorg bij cliënt.

Overige opmerkingen:

12 mei een ontmoetingsdag in het verpleeghuis om de veranderende rol van het verpleeghuis na het doormaken van een CVA centraal te stellen. In het licht van de Europese dag van de Beroerte.

22. Transmurale Stroke Service Zwolle

Naam stichting:

Stichting IJsselheem

Naam verpleeghuis:

Myosotis

Ketennaam/naam zorgpad:

Transmurale Stroke Service Zwolle

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

E. Vermeijlen, arts Myosotis, e.vermeijlen@ijsselheem.nl

Inge Mijnheer, transmuraal CVA verpleegkundige en programmacoördinator Stroke Service Zwolle
i.mijnheer@isala.nl

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

Isala klinieken Zwolle

Revalidatiecentrum de Vogellanden

Verpleeghuizen: IJsselheem locatie Zwolle, Zonnehuis, de Voord, de Wendhorst, Myosotis

Thuiszorg: Icara, Carinova

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

2000

Korte beschrijving keten/zorgpad:

CVA ketenzorg, bekende keten

23. Meso orthopaedie en CVA ketenzorg

Naam stichting:

Stichting Surplus

Naam verpleeghuis:

Verpleeghuis Sancta Maria

Ketennaam/naam zorgpad:

Meso orthopaedie

CVA ketenzorg

Gegevens contactpersoon (naam, mailadres):

Meso orthopaedie:

M. Maas-Jongerius, directeur behandeling en begeleiding/verantwoordelijk specialist
ouderengeneeskunde op de Brug

R. Klaver, afdelingshoofd revalidatieafdeling de Brug

CVA ketenzorg:

M. Maas-Jongerius, directeur behandeling en begeleiding

S. van Schendel, afdelingshoofd revalidatieafdeling het ven

M. Verkuylen, verantwoordelijk specialist ouderengeneeskunde op het Ven, reactivering

Naam ziekenhuis/ ketenpartner:

Voor zowel meso orthopaedie als CVA ketenzorg zijn afspraken gemaakt met het Amphia ziekenhuis te Breda en Franciscus ziekenhuis Roosendaal. Tevens zijn afspraken gemaakt met de in de regio werkzame thuiszorginstellingen.

Aanvangsdatum keten/zorgpad:

Vanaf begin jaren negentig zijn er afspraken omtrent ketenzorg tussen ziekenhuis, verpleeghuis en thuiszorg. Deze zijn in 1996 en 1997 geformaliseerd in een raamovereenkomst.

Meso orthopaedie en CVA ketenzorg Fransiscus 1996 (in raamovereenkomst opgenomen)

Meso orthopaedie en CVA ketenzorg Amphia 1997 (in raamovereenkomst opgenomen).

Korte beschrijving keten/zorgpad:

CVA ketenzorg en meso orthopaedie:

Momenteel wordt gewerkt aan de beschrijving van de diverse zorgpaden. Wel zijn procedures en wekwijzen beschreven in een CVA ketenzorgprotocol en protocol meso orthopaedie.