

Uitdagingen in de geriatrische revalidatiezorg: de ontwikkeling van een zorgpad

Auteurs: Irma H. J. Everink, Jolanda C.M. van Haastregt, Gertrudis I. J. M. Kempen, Leen M.J. Dielis, José M.C. Maessen, Jos M. G. A. Schols

Samenvatting

De geriatrische revalidatiezorg heeft te maken met een aantal uitdagingen op het gebied van coördinatie en continuïteit van de zorg. Om deze uitdagingen aan te pakken is een zorgpad ontwikkeld voor de betrokken organisaties (ziekenhuis, geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnszorg). Het doel van dit artikel is het proces van (door)ontwikkeling van dit zorgpad toe te lichten en het resultaat ervan te beschrijven en te bediscussieren. Het zorgpad is (door)ontwikkeld op basis van de eerste vier stappen van het cyclische implementatiemodel van Grol en Wensing: (1) ontwikkeling voorstel voor verandering; (2) analyse feitelijke zorg; (3) analyse doelgroep en setting; (4) ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën. Volgens de betrokken partijen moest het zorgpad zich primair richten op verbetering van de zorgprocessen, waaronder de transfers, overdrachten en communicatie tussen de instellingen. Om dit te bereiken werden via literatuuronderzoek, consultatie van experts, interviews met betrokkenen, en werkgroepen van zorgverleners, patiënten en mantelzorgers, de huidige zorg en bestaande problemen geanalyseerd en oplossingen aangedragen voor verbetering. Dit heeft geresulteerd in een zorgpad waarin afspraken zijn vastgelegd over: (a) triage in het ziekenhuis; (b) betrekken van patiënt en mantelzorger bij (keuzemomenten in) de zorg; (c) tijdige en kwalitatief hoogwaardige overdrachten; en (d) adequate communicatie en afstemming tussen zorgverleners.

Challenges in geriatric rehabilitation: the development of an integrated care pathway

Abstract

Coordination and continuity of care within geriatric rehabilitation is challenging. To tackle these challenges, an integrated care pathway within geriatric rehabilitation care (hospital, geriatric rehabilitation and follow-up care in the home situation) has been developed. The aim of this article is to expound the process of developing the integrated care pathway, and to describe and discuss the results of this process (which is the integrated care pathway). Developing the integrated care pathway was done by the guidance of the first four steps of the theoretical framework for implementation of change from Grol and Wensing: (1) development of a specific proposal for change in practice; (2) analysis of current care practice; (3) analysis of the target group and setting; and (4) development and selection of interventions/strategies for change. The organizations involved in geriatric rehabilitation argued that the integrated care pathway should focus on improving the process of care, including transfer of patients, handovers and communication between care organizations. Current practice, barriers and incentives for change were analyzed through literature research, expert consultation, and interviews with the involved caregivers and by establishing working groups of health care professionals, patients and informal caregivers. This resulted in valuable proposals for improvement of the care process, which were gathered and combined in the integrated care pathway. The integrated care pathway entails agreements on (a) the triage process in the hospital; (b) active engagement of patients and informal caregivers in the care process; (c) timely and high quality handovers; and (d) improved communication between caregivers.

Kernwoorden: geriatrische revalidatiezorg, ketenzorg, zorgpad

Keywords: Aged, Geriatric rehabilitation, Integrated care pathway

Inleiding

Ziekenhuisopnames leiden bij patiënten vaak tot inactiviteit en immobiliteit. Met name bij ouderen kan dit negatieve gevolgen hebben zoals spierzwakte, contracturen en atrofie. Dit kan resulteren in functionele achteruitgang en verminderde zelfredzaamheid [1]. Omdat het niet voor alle zelfstandig wonende ouderen mogelijk is om na ziekenhuisopname direct naar huis terug te keren, kunnen deze ouderen tijdelijk opgenomen worden in een instelling voor geriatrische revalidatiezorg. Hier wordt multidisciplinair gewerkt aan herstel van functionele capaciteit en zelfredzaamheid met als doel de patiënt terug te laten keren naar de oorspronkelijke woonsituatie [2]. Naar schatting worden in Nederland jaarlijks 25.000–35.000 patiënten vanuit de ziekenhuizen opgenomen in instellingen voor geriatrische revalidatiezorg [3].

Hoewel uit systematisch literatuuronderzoek is gebleken dat geriatrische revalidatiezorg kan leiden tot verbetering van functionele status, afname van definitieve opnames in een verpleeghuis en afname van mortaliteit [4] heeft de geriatrische revalidatiezorg ook te maken met een aantal uitdagingen. Allereerst blijkt het moeilijk te zijn om een goede triage voor de geriatrische revalidatiezorg uit te voeren in het ziekenhuis. Hoewel terugkeer naar de thuissituatie een uitdrukkelijk doel van geriatrische revalidatiezorg is, werd in 2009 slechts 60% van de patiënten ontslagen naar de oorspronkelijke woonsituatie [5]. Hieruit blijkt dat het niet altijd goed te voorspellen is of een patiënt inderdaad geschikt is voor de geriatrische revalidatiezorg. Een tweede uitdaging is dat patiënten en mantelzorgers niet altijd voldoende betrokken worden bij beslissingen over hun eigen revalidatietraject [6]. Aangezien patiënten experts zijn op het gebied van hun eigen wensen, behoeften, sociale omstandigheden, gewoonten en gedrag, is het van groot belang om hen nadrukkelijk te betrekken bij deze beslissingen [7]. Een derde uitdaging is dat de overdrachten in het zorgtraject niet altijd tijdig en van voldoende kwaliteit zijn. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor het revalidatieproces en leiden tot ontevredenheid van patiënt en mantelzorg over de zorg [8 , 9 , 10]. Een laatste uitdaging bestaat uit het feit dat in de geriatrische revalidatiezorg mensen te maken krijgen met een grote verscheidenheid aan behandelaars waardoor het een uitdaging is om de zorg binnen en tussen de verschillende zorgsettings goed op elkaar af te stemmen en te coördineren [11].

Mede om deze redenen startte de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) in 2009 met het project "Zorgpaden voor Herstelgerichte Zorg". Het doel van dit project was het verbeteren van de kwaliteit, doelmatigheid en samenhang in de geriatrische revalidatiezorg en het voorbereiden van de overgang van de geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ naar de ZVW in 2013. Hierbij werd ingezet op de ontwikkeling van zorgpaden [12]. Onder een zorgpad werd hierbij een omschrijving van de zorgketen verstaan, met afspraken over afstemming van zorg tussen ziekenhuis, geriatrische revalidatiezorg en de eerstelijns (na)zorg in de thuissituatie, over de grenzen van instellingen of organisaties heen [12].

De NPCF verzocht experts om concept-zorgpaden te ontwikkelen voor de vier diagnosegroepen binnen de geriatrische revalidatiezorg, te weten CVA, electieve orthopedie, trauma orthopedie en de overige diagnoses (o.a. aandoeningen van het bewegingsapparaat, gastro-intestinale aandoeningen, respiratoire aandoeningen en cardiovasculaire aandoeningen). Dit artikel rapporteert over de (door)ontwikkeling van het concept-zorgpad geriatrische revalidatiezorg voor de doelgroep overige diagnoses. Het doel van dit artikel is om de verschillende stappen die zijn doorlopen in het ontwikkelproces toe te lichten en het uiteindelijke resultaat hiervan te beschrijven en te bediscussieren.

Methode

Theoretisch kader

Om een succesvolle (door)ontwikkeling en implementatie van de innovatie te realiseren, is het van belang om een planmatige aanpak te hanteren. Er zijn diverse theorieën en modellen ontwikkeld om invoering van verandering vorm te geven [13 , 14]. In de huidige studie is als richtinggevend kader gebruik gemaakt van het implementatiemodel van Grol en Wensing [13].

Dit model bestaat uit zeven stappen, te weten (1) ontwikkeling voorstel voor verandering; (2) analyse feitelijke zorg en concrete doelen voor verbetering; (3) analyse doelgroep en setting; (4) ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën; (5) ontwikkeling, testen en uitvoering van implementatieplan; (6) integratie in routines; en (7) (continue) evaluatie en (indien

nodig) bijstelling van plan.

De eerste vier stappen zijn benut bij de (door)ontwikkeling van het zorgpad en worden daarom in deze studie beschreven.

Ontwikkeling voorstel voor verandering (stap 1)

De eerste stap van het model van Grol en Wensing is het ontwikkelen van een concreet, haalbaar voorstel voor gewenste verandering in de praktijk [13]. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn dat de innovatie van goede kwaliteit is en aansluit bij de behoeften van de doelgroep [13]. Om een voorstel voor verandering te realiseren werd een multidisciplinaire projectgroep opgericht in de regio Maastricht. Deze projectgroep heeft zich bezig gehouden met het formuleren van het voorstel voor verandering.

Analyse feitelijke zorg en concrete doelen voor verbetering (stap 2)

Grol en collega's geven aan dat het, alvorens over te gaan tot implementatie van de innovatie, belangrijk is om inzicht te verwerven in de kwaliteit en de veiligheid van de feitelijke zorgverlening. Hierbij is het van belang te weten in hoeverre er in de huidige zorg wordt afgeweken van de gewenste zorg (het zorgpad) [13]. Op basis hiervan worden concrete doelen voor verbetering opgesteld.

Om inzicht te krijgen in de feitelijke zorg voor patiënten in de geriatrische revalidatiezorg in de regio Maastricht is in de periode april-juli 2012 kwalitatief onderzoek uitgevoerd met als doel het gangbare handelen en afwijkingen van de gewenste situatie (concept-zorgpad) in kaart te brengen. Hierbij werd gebruik gemaakt van semigestructureerde individuele interviews met negen zorgverleners in de drie betrokken zorgsettings (ziekenhuis, geriatrische revalidatiezorg en de eerste lijn). De zorgverleners zijn doelgericht gekozen op basis van betrokkenheid bij de zorgverlening van patiënten binnen het zorgpad geriatrische revalidatiezorg. Bij de interviews werden vragen gesteld over screeningsprocedures, assessments, het proces van triage, transfer en overdracht, nazorg in de thuissituatie en het integrale en multidisciplinaire proces van geriatrische revalidatie. De vragen werden aangepast aan de specifieke setting waar de respondent werkzaam was. Tevens werd aan alle respondenten de vraag gesteld wat zij zagen als bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van het zorgpad geriatrische revalidatiezorg. De interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. De transcripten zijn vervolgens gecodeerd, samengevat en ter controle aan de geïnterviewden aangeboden [15]. Op basis van de resultaten uit de interviews zijn door de projectgroep leden concrete doelen voor verbetering opgesteld, die de basis vormden voor verder te nemen stappen in de (door)ontwikkeling en implementatie van het zorgpad.

Analyse doelgroep en setting (stap 3)

Grol en Wensing stellen dat in stap drie de context waarbinnen de verandering plaatsvindt moet worden geanalyseerd, samen met kenmerken van de doelgroepen betrokken bij de verandering en de bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van de verandering [13].

Om dit te realiseren werden drie verschillende werkgroepen ingesteld met regionale en landelijke stakeholders in de geriatrische revalidatiezorg. Eén van de drie werkgroepen bestond uit dertien zorgverleners die allen werkzaam waren bij zorgorganisaties betrokken bij de geriatrische revalidatiezorg in de regio Maastricht: ziekenhuis ($n = 3$), geriatrische revalidatiezorg ($n = 3$) en eerstelijnsorganisaties ($n = 7$) te weten huisartsenpraktijken, thuiszorgorganisaties, paramedische praktijken en welzijnsorganisaties. De werkgroep bestond uit zorgverleners (fysiotherapeuten, ergotherapeut, praktijkondersteuner, verpleegkundig specialist, specialist ouderengeneeskunde), transferconsulenten, managers, en beleidsmedewerkers.

De tweede werkgroep bestond uit twaalf vertegenwoordigers van belangenorganisaties, zoals vertegenwoordigers van Actiz (de brancheorganisatie van V&V aanbieders), zorgverzekeraars, Steunpunt Mantelzorg en de NPCF. Deze werkgroep heeft een analyse van de doelgroep en setting uitgevoerd met het oog op de landelijke doorontwikkeling en verspreiding van het zorgpad. De derde werkgroep bestond uit drie senioren met brede ervaring op het gebied van de ouderenzorg c.q. gezondheidszorg en een consulent van Steunpunt Mantelzorg. Deze werkgroep richtte zich op de analyse van de doelgroepen en context vanuit het perspectief van de patiënt en mantelzorger. Per werkgroep zijn meerdere bijeenkomsten georganiseerd waarbij de kenmerken van zowel de doelgroep patiënten, de doelgroep mantelzorgers en de doelgroep

zorgverleners die met het zorgpad geriatrische revalidatiezorg in aanraking komen, zijn geanalyseerd. Dit is tevens gebeurd met de instellingen waar deze doelgroepen zich in bevinden (de 'setting'). De groepen werden allen geleid door een van de onder stap één genoemde projectgroep leden. Na elke bijeenkomst werd een verslag gemaakt met de belangrijkste bespreekpunten, dat ter goedkeuring werd voorgelegd aan de betreffende groep. De informatie uit deze verslagen is gebundeld en gecombineerd tot een overzicht van de context en kenmerken van de doelgroep.

Ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën (stap 4)

Binnen het implementatiemodel van Grol en Wensing is de vierde stap de ontwikkeling en selectie van interventies en strategieën, op basis van de resultaten uit de eerste drie stappen [13]. Deze stap heeft, net als stap 3, plaatsgevonden in de eerder genoemde drie werkgroepen onder leiding van een projectgroeplid. De werkgroepen zijn tussen 2012 en 2014 in totaal 20 keer bij elkaar gekomen om de interventies en strategieën te bespreken om het zorgpad te implementeren en het zorgpad waar nodig verder door te ontwikkelen en af te stemmen op de actuele situatie. Na elke bijeenkomst werd een verslag gemaakt met de aanvullingen en wijzigingen in het zorgpad en mogelijke implementatiestrategieën. Deze verslagen werden ter goedkeuring voorgelegd aan de betreffende groep en werden tevens kritisch besproken in bijeenkomsten van de andere werkgroepen. Hierbij is nadrukkelijk rekening gehouden met wat mogelijk en wenselijk is in het licht van de regelgeving en financiering van de geriatrische revalidatiezorg.

Resultaten

Ontwikkeling voorstel voor verandering (stap 1)

De projectgroep in Maastricht bestond uit zes personen: een hoogleraar Verpleeghuisgeneeskunde, een hoogleraar Sociale Gerontologie, een senior onderzoeker, een promovendus, een implementatiedeskundige en een directeur van een instelling voor geriatrische revalidatiezorg. Op basis van literatuuronderzoek, consultatie van deskundigen binnen lokale en landelijke belangengroepen en bijeenkomsten met zorgverleners in het veld, heeft de projectgroep besloten om het concept-zorgpad geriatrische revalidatiezorg van het NPCF voor de doelgroep overige diagnoses als uitgangspunt te nemen [16]. Het verbetervoorstel bestond uit de doorontwikkeling en implementatie van dit zorgpad in de regio Maastricht, met als uiteindelijk doel landelijke verspreiding van het zorgpad. Het zorgpad moest zich primair richten op het verbeteren van zorgprocessen, waaronder het verbeteren van de transfers, overdracht en communicatie tussen het ziekenhuis, de geriatrische revalidatiezorg en de eerste lijn.

Analyse feitelijke zorg en concrete doelen voor verbetering (stap 2)

In het ziekenhuis zijn een transferconsulent, een verpleegkundig specialist en de leidinggevende van de verpleegafdeling interne geneeskunde geïnterviewd. In de instelling voor geriatrische revalidatiezorg waren dit een opnameconsulent, een fysiotherapeut en een nurse practitioner. In de eerste lijn zijn ten slotte een beleidsadviseur thuiszorg, een fysiotherapeut en een huisarts geïnterviewd.

De belangrijkste bevindingen uit de interviews met deze negen zorgverleners worden weergegeven in tab. 1. Een terugkomend gegeven was dat zorgverleners in het ziekenhuis stelden dat de opnamecriteria voor de geriatrische revalidatiezorg verduidelijkt moesten worden en dat er behoefte was aan een adequaat triage-instrument. Daarnaast waren de overdrachten van het ziekenhuis naar de geriatrische revalidatiezorg en vanuit de geriatrische revalidatiezorg naar de eerste lijn niet altijd volledig en op tijd. Ook was er behoefte aan meer en betere (multidisciplinaire) communicatie in de gehele keten.

Tabel 1 Analyse van de feitelijke zorg vóór (door)ontwikkeling van het zorgpad.

onderdeel	analyse
geriatrische screening	<i>ziekenhuis:</i> Bij opname wordt een geriatrische screening uitgevoerd door middel van de Trazag; dit instrument brengt de probleem- en zorgsituatie van de patiënt in kaart [17]. De informatie die hieruit wordt verkregen, wordt te weinig gebruikt bij de triage van patiënten voor de geriatrische revalidatiezorg. Hoofdoorzaak is gebrek aan toegankelijkheid van deze informatie en twijfel over de bruikbaarheid ervan

<i>geriatrische revalidatiezorg</i> : In het ziekenhuis en de geriatrische revalidatiezorg worden dezelfde screeningsinstrumenten gebruikt. Omdat de patiënt dezelfde vragen tweemaal moet ondergaan zorgt dit voor belasting van de patiënt	
triage	<p><i>ziekenhuis</i>: Er bestaat geen uniform beleid m.b.t. criteria voor doorverwijzing naar de geriatrische revalidatiezorg</p> <p><i>geriatrische revalidatiezorg</i>: De doorstroom binnen de geriatrische revalidatiezorg vertraagt vanwege plaatsing van patiënten zonder uitzicht op terugkeer naar de thuissituatie</p>
overdracht en communicatie	<p><i>ziekenhuis</i>: Patiënt en familie hebben vaak onvoldoende zicht op het doel van geriatrische revalidatie</p> <p><i>ziekenhuis</i>: Er vindt weinig overleg plaats tussen zorgverleners in het ziekenhuis en de geriatrische revalidatiezorg</p> <p><i>geriatrische revalidatiezorg</i>: De overdracht van informatie vanuit het ziekenhuis naar de geriatrische revalidatiezorg is niet altijd compleet of op tijd</p> <p><i>eerste lijn</i>: Doorverwijzingen en overdrachten van zorg naar de huisarts, thuiszorgorganisaties en fysiotherapeuten zijn niet altijd volledig en op tijd</p> <p><i>eerste lijn</i>: Multidisciplinaire overleggen worden weinig georganiseerd in de eerste lijn</p>
revalidatie	<p><i>eerste lijn</i>: Patiënten zetten in de thuissituatie hun revalidatie niet altijd actief voort</p> <p><i>eerste lijn</i>: De overgang van de 'veilige' geriatrische revalidatiekliniek naar de thuissituatie kan een (te) grote stap zijn voor patiënten</p>

Naar aanleiding van de analyse van de feitelijke zorg zijn concrete doelen voor verbetering opgesteld door de projectgroep. Deze worden weergegeven in tab. 2.

Tabel 2 Concrete doelen voor verbetering.

1	de triage in het ziekenhuis wordt geoptimaliseerd door de ontwikkeling van een triage-instrument
2	de informatie verkregen door toepassing van het geriatrische screening en assessmentinstrument 'Trazag' [17] wordt gebruikt bij triage van patiënten voor geriatrische revalidatiezorg
3	patiënt en mantelzorger worden nauw betrokken bij het opstellen van hun zorg- en behandelplan en krijgen tijdig informatie over mogelijkheden voor vervolgzorg
4	de overdrachten bevatten relevante informatie voor de organisatie die vervolgzorg levert en deze worden uiterlijk op de dag van ontslag verstuurd
5	er wordt meer communicatie binnen en tussen de verschillende behandelaren en zorgorganisaties georganiseerd om de afstemming van zorg en de samenwerking te verbeteren
6	in de thuissituatie wordt aandacht besteed aan het bevorderen van participatie en verbeteren van de kwaliteit van leven van de patiënt

Analyse doelgroep en setting (stap 3)

De bijeenkomsten van de drie onder 'methoden' genoemde werkgroepen hebben geleid tot een overzicht van doelgroepen en organisaties die een belang hebben bij de doorontwikkeling en implementatie van het zorgpad geriatrische revalidatiezorg en de bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van deze verandering.

Het zorgpad heeft zoals eerder genoemd betrekking op drie settings: het ziekenhuis, de geriatrische revalidatiezorg en de eerstelijns (na)zorg. In elke setting zijn naast de patiënt en diens mantelzorger diverse doelgroepen te onderscheiden die een rol spelen in het zorgpad. Binnen het ziekenhuis betreft dit de verpleegkundigen, specialisten, paramedici en transferconsulenten, binnen de geriatrische revalidatiezorg de opnameconsulenten, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundigen, verzorgenden en paramedici en in de eerste lijn de huisartsen, praktijkondersteuners ouderenzorg, apothekers, thuiszorgmedewerkers en paramedici.

Door de werkgroepen is nagegaan welke belangen bovengenoemde doelgroepen hebben bij de implementatie van het zorgpad. Hieruit bleek dat naast patiënten en mantelzorgers met name de transferconsulenten in het ziekenhuis, de opnameconsulenten, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundigen en paramedici binnen de geriatrische revalidatiezorg en de huisarts c.q. praktijkondersteuners en thuiszorgmedewerkers in de eerste lijn belang hebben bij het zorgpad, omdat zij het meest direct bij de zorg en afstemming daarvan betrokken zijn en de gevolgen ondervinden van het gebrek aan coördinatie en continuïteit in de zorg. De werkgroepen constateerden dat er bij deze doelgroepen een duidelijke bereidheid bestond om aan het zorgpad deel te nemen. Een belangrijke bevorderende factor hierbij was, dat het management en de leidinggevenden van deze zorgverleners achter de verandering stonden. Er werden echter ook factoren geconstateerd die de implementatie bemoeilijken. Allereerst zijn er vanwege de heterogeniteit van de doelgroep veel verschillende zorgverleners betrokken bij de zorg wat de onderlinge communicatie bemoeilijkt. Daarnaast wordt de hoge werkdruk bij zorgverleners genoemd als een reden om niet altijd tijdige en volledige informatie over de patiënt over te dragen en/of deel te nemen aan alle overlegvormen. Tot slot lijken de betrokken organisaties huiverig om de beoogde veranderingen gedetailleerd en resultaatgericht vast te leggen, mogelijk uit vrees om er op afgerekend te worden indien het in de praktijk toch niet haalbaar blijkt te zijn.

Ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën (stap 4)

Door de werkgroepen is besloten om het zorgpad in te gaan voeren op basis van een aantal afspraken die in een gezamenlijk "zorgpaddocument" zijn vastgelegd. Dit document fungeert als een groeidocument waaraan steeds onderdelen worden toegevoegd en is ondertekend door het management van het ziekenhuis, de geriatrische revalidatiezorg en de regionale huisartsenorganisatie. De belangrijkste elementen van dit document worden in tab. 3 samengevat. De volgende maatregelen zijn genomen om hetgeen afgesproken is in het zorgpaddocument ook daadwerkelijk te kunnen realiseren: (1) Er zijn twee zorgpadcoördinatoren aangesteld die als schakel en aanspreekpunt fungeren tussen de zorgverleners van de verschillende organisaties; (2) er is een triage-instrument ontwikkeld gericht op het verbeteren van de triage voor geriatrische revalidatiezorg in het ziekenhuis; (3) het overdrachtsformulier van de geriatrische revalidatiezorg naar de eerste lijn is aangepast op basis van benodigde informatie in de eerste lijn; (4) de in het zorgpaddocument genoemde overlegvormen zijn geïnitieerd door de zorgpadcoördinatoren; (5) Binnen de geriatrische revalidatiezorg is een assessmentprogramma voor de patiënt ontwikkeld om in nauw overleg met de patiënt en diens mantelzorger een passend behandelprogramma te bepalen.

Tabel 3 Kernelementen van het zorgpad geriatrische revalidatiezorg.

Setting	Zorgpad-element
ketenbreed	twee zorgpadcoördinatoren vormen de schakel tussen de zorgverleners van ziekenhuis, geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnszorg en richten zich op het optimaliseren van communicatie, overdracht en transfers
ziekenhuis	indien volgens hoofdbehandelaar een patiënt in aanmerking komt voor geriatrische revalidatiezorg worden de transferconsulenten ingeschakeld. Dit gebeurt bij voorkeur ruim voor ontslag

de transferconsulent spreekt in het kader van de triage de patiënt en bij voorkeur een mantelzorgverzorger tijdig over hun wensen en mogelijkheden en houdt hier nadrukkelijk rekening mee bij het advies over vervolgzorg	
voor ontslag uit het ziekenhuis wordt een triage uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde. De volgende aspecten worden hierbij in acht genomen: de functionele prognose, belastbaarheid, leerbaarheid/trainbaarheid en behoeften en mogelijkheden van patiënt en mantelzorgverzorger	
op het moment van ontslag uit het ziekenhuis is er een medicijnlijst en een medische, verpleegkundige en paramedische overdracht beschikbaar voor de geriatrische revalidatiezorg	
driemaandelijks vindt een ketenoverleg plaats tussen personen betrokkenen bij de triage van het ziekenhuis en de geriatrische revalidatiezorg met als doel de samenwerking te optimaliseren	
geriatrische revalidatiezorg	elke patiënt krijgt bij opname een assessment om passend behandelprogramma te bepalen
	het zorg- en behandelplan en de revalidatie-doelen worden in nauw overleg met patiënt en mantelzorgverzorger bepaald
	voor ontslag naar de eerste lijn wordt de thuissituatie, indien nodig, tijdig in kaart gebracht door een ergotherapeut en/of fysiotherapeut. Gewenste aanpassingen worden tijdig in overleg met patiënt en mantelzorgverzorger aangevraagd
	thuiszorg wordt 3-5 werkdagen voor ontslag van de patiënt aangevraagd bij de door de patiënt gewenste thuiszorgorganisatie
	indien nodig wordt door de thuiszorgorganisaties een intake verzorgd binnen de geriatrische revalidatiezorg
	bij ontslag uit de geriatrische revalidatiezorg is een medicijnlijst en een medische, verpleegkundige en paramedische overdracht beschikbaar voor de eerste lijn
	de verpleegkundige overdracht wordt tevens naar de huisarts of praktijkondersteuner ouderenzorg verstuurd, inclusief informatie over aanbevolen paramedische zorg
eerste lijn	minimaal jaarlijks vindt een ketenoverleg plaats tussen de geriatrische revalidatiezorg en eerstelijns zorgaanbieders. Hier wordt de stand van zaken en verbeterpunten ten opzichte van de overdracht besproken, net als eventuele verbeterpunten in het optimaliseren van de samenwerking
	de praktijkondersteuner ouderenzorg of wijkverpleegkundige treedt in de eerste lijn op als casemanager van de patiënt en bewaakt (eventuele) achteruitgang van gezondheid

Discussie/conclusie

De (door)ontwikkeling van het zorgpad is een proces van continu aanpassen, optimaliseren en evalueren van het concept-zorgpad geweest, waarbij nadrukkelijk gebruik is gemaakt van de ervaringen die in de eerste vier stappen van verandering werden opgedaan. Het stapsgewijs aanpassen van het zorgpad op basis van ervaren knelpunten en mogelijkheden in de

geriatrische revalidatiezorg heeft geleid tot een praktisch toepasbaar zorgpad dat naar verwachting van de betrokkenen de potentie heeft om de continuïteit en coördinatie van de zorg te verbeteren.

De (door)ontwikkeling van het zorgpad heeft geresulteerd in het vertalen van de volgende verbeterdoelen (tab. 2) naar afspraken in een gezamenlijk zorgpad-document: er is een triage-instrument ontwikkeld (verbeterdoel 1); er zijn afspraken gemaakt over het nauw betrekken van patiënt en mantelzorger bij beslissingen over hun zorgtraject (verbeterdoel 3); er zijn afspraken gemaakt over de inhoud en het tijdig versturen van de overdrachten naar vervolgzorg (verbeterdoel 4); er zijn afspraken opgenomen over structurele overlegvormen tussen ziekenhuis en geriatrische revalidatiezorg en revalidatiezorg en eerste lijn (verbeterdoel 5); de praktijkondersteuner ouderenzorg of wijkverpleegkundige in de eerste lijn treedt op als casemanager van de patiënt (verbeterdoel 6). Er zijn echter ook nog enkele aspecten van de verbeterdoelen niet opgenomen. Allereerst is het gebruik van informatie, verkregen uit het geriatrische screeninginstrument 'Trazag' [17] bij de triage (verbeterdoel 2), niet verwerkt in het zorgpad. De Trazag brengt de probleem- en zorgsituatie van patiënten van 70 jaar en ouder in kaart bij opname in het ziekenhuis. Deze informatie zou gebruikt kunnen worden bij de triage van patiënten voor de geriatrische revalidatie [17]. Er is echter besloten om geen afspraken hieromtrent in het zorgpad document op te nemen, omdat volgens de betrokkenen er in de periode tussen opname en ontslag uit het ziekenhuis zoveel veranderd kan zijn dat de resultaten van de Trazag bij opname te weinig meerwaarde hebben voor de triage voor vervolgzorg. Daarom worden bij de inventarisatie van functionele prognose, belastbaarheid, leerbaarheid/trainbaarheid en behoeften en mogelijkheden van patiënt en mantelzorger, andere informatiebronnen dan de Trazag geraadpleegd. Hierbij kan gedacht worden aan overleg met de patiënt en mantelzorger zelf, overleg met behandelend specialist, verpleegkundigen, paramedici, de geriater en dossieronderzoek.

Daarnaast is verbeterdoel 5 grotendeels opgenomen in het zorgpad-document. Wat hier echter nog aan ontbreekt zijn afspraken over het verbeteren van communicatie en afstemming van zorg tussen behandelaren in de eerste lijn. Dit komt omdat patiënten na ontslag uit de instelling voor geriatrische revalidatiezorg uitwaaiëren over de hele regio, waar ze met een groot aantal zorgverleners te maken krijgen (huisartsen, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen, thuiszorgmedewerkers, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en overige paramedici). Dit vraagt om een goede afstemming tussen deze zorgverleners. Echter, gezien het grote aantal zorgverleners in de eerste lijn die regionaal zijn gespreid, is het aantal patiënten afkomstig uit de geriatrische revalidatiezorg waar afzonderlijke zorgverleners mee te maken krijgen relatief klein. Het actief betrekken en het maken van eenduidige afspraken met de eerstelijns-zorgverleners voor deze groep patiënten is daarom tot nu toe niet gerealiseerd.

Bij een mogelijke doorontwikkeling van het zorgpad wordt geadviseerd om extra aandacht te besteden aan deze nog niet gerealiseerde verbeterpunten.

Bij de (door)ontwikkeling van het zorgpad is gebruik gemaakt van het implementatiemodel van Grol en Wensing [13]. Een beperking bij het gebruik van het implementatiemodel is dat het primair betrekking heeft op de implementatie van een reeds ontwikkelde interventie en niet op de (door)ontwikkeling ervan. Aangezien de eerste vier stappen van het model van Grol en Wensing echter tot een goede aanscherping en nadere uitwerking van de innovatie kan leiden door het nauw betrekken en analyseren van doelgroepen is toch besloten dit model als basis te nemen bij de (door)ontwikkeling van de interventie. Dit betekent echter dat het (door)ontwikkelproces van het zorgpad niet los kan worden gezien van het implementatieproces van het zorgpad. Belangrijk voordeel van het integreren van beide processen is dat het zorgpad goed wordt afgestemd op de betrokken doelgroepen en zorgorganisaties, wat de kans op implementatie en borging van het zorgpad in de reguliere zorg zal vergroten.

De volgende stappen in het implementatiemodel van Grol en Wensing zijn de daadwerkelijke integratie van het zorgpad in routines en de continue evaluatie en indien nodig bijstelling van het implementatieplan [13]. Momenteel wordt in de regio Maastricht in een prospectieve studie een effectevaluatie, procesevaluatie en economische evaluatie van het zorgpad uitgevoerd. Doel van de effectevaluatie is te testen of het zorgpad daadwerkelijk zorgt voor verbetering van zelfredzaamheid, sociale participatie en kwaliteit van leven van patiënten met 'overige diagnoses'. In de procesevaluatie zal een beschrijving

worden gegeven van de daadwerkelijk uitgevoerde onderdelen en implementatieactiviteiten om na te gaan of het zorgpad daadwerkelijk wordt geïmplementeerd zoals vooraf bedoeld. Hiernaast zal de ervaring van de deelnemers (patiënten, mantelzorgers en zorgverleners) met het zorgpad in kaart worden gebracht. De economische evaluatie vergelijkt de kosten van het zorggebruik voor en na implementatie van het zorgpad geriatrische revalidatiezorg. Ten slotte zal een Delphi consensusstudie worden uitgevoerd waarbij het zorgpad ter verificatie wordt voorgelegd aan specialisten ouderengeneeskunde. Het doel hiervan is consensus te creëren onder experts over de inhoud van het zorgpad en hiermee de kans op landelijke verspreiding van het zorgpad te vergroten.

Dankbetuiging

Deze studie is uitgevoerd binnen het project 'Op weg naar herstel', gesubsidieerd door het Nationaal Programma Ouderenzorg van ZonMw (dossiernummer 314070401).

We willen alle deelnemers aan de verschillende werkgroepen binnen het project 'Op weg naar herstel' bedanken voor hun inzet, motivatie en kritische blik gedurende de ontwikkeling van het zorgpad.

Auteurs

Irma Helga Johanna Everink

Vakgroep Health Services Research, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University

Department of Health Services Research, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Maastricht University, Maastricht

Email: i.everink@maastrichtuniversity.nl

Correspondentie: I.H.J. Everink, Vakgroep Health Services Research, CAPHRI, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Postbus 616, 6200 MD Maastricht

Jolanda C.M. van Haastregt

Vakgroep Health Services Research, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University

Vakgroep Health Services Research, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht

Gertrudis I.J.M. Kempen

Department of Health Services Research, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Maastricht University
Hoogleraar Sociale Gerontologie

Department Health Services Research en CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Maastricht University, Maastricht

Email: g.kempen@maastrichtuniversity.nl

Leen M.J. Dielis

azM Herstelzorg, Centrum voor geriatrische revalidatiezorg

azM Herstelzorg, Centrum voor geriatrische revalidatiezorg, Maastricht

José M.C. Maessen

Afdeling Patiënt en Zorg, Maastricht Universitair Medisch Centrum

Afdeling Patiënt en Zorg, Maastricht Universitair Medisch Centrum, Maastricht

Jos M.G.A. Schols

Department of Health Services Research, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Maastricht University, Maastricht.

Hoogleraar ouderengeneeskunde, vakgroep Health Services Research, Maastricht University, Maastricht

Literatuurlijst

1. McCloskey R.. Functional and self-efficacy changes of patients admitted to a Geriatric Rehabilitation Unit. *J Adv Nurs*. 2004;46(2):186-93. 10.1111/j.1365-2648.2003.02978.x
2. Actiz. Geriatrische Revalidatiezorg 2014 [18-08-2014]. <http://www.actiz.nl/website/dossiers/geriatrische-revalidatiezorg/geriatrische-revalidatiezorg>.
3. Peerenboom PBG, Spek J, Zekveld IG. In: Revalidatie in de AWBZ. Omvang, aard en intensiteit. Leusden: ETC Tangram & PHEG/LUMC Verpleeghuisgeneeskunde; 2008.
4. Bachmann S, Finger C, Huss A. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2010;340c1718-10.1136/bmj.c1718
5. Maassen H.. Aanpak geriatrische revalidatiezorg niet sluitend. *Med Contact*. 2013;8418-9.
6. Coleman EA, Smith JD, Frank JC. Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. *Int J Integr Care*. 2002;21-9.
7. Coulter A.. Paternalism or partnership? Patients have grown up-and there's no going back. *BMJ*. 1999;319(7212):719-20. 10.1136/bmj.319.7212.719
8. Coleman EA. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(4):549-55. 10.1046/j.1532-5415.2003.51185.x
9. Storm M, Siemsen IM, Laugaland K. Quality in transitional care of the elderly: key challenges and relevant improvement measures. *Int J Integr Care*. 2014;14e013-
10. Naylor MD, Kurtzman ET, Pauly MV. Transitions of elders between long-term care and hospitals. *Policy Polit Nurs Pract*. 2009;10(3):187-94. 10.1177/1527154409355710
11. Singer. Samenwerking en innovatie in de geriatrische revalidatiezorg. Utrecht: LUMC; 2013. <https://www.lumc.nl/sub/9600/att/SINGERrapport>
12. NPCF. Zorgpaden herstelgerichte zorg: wat patiënten belangrijk vinden. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie; 2010.
13. Grol R, Wensing M.. In: Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Amsterdam: Reed Business; 2011.
14. Graham ID, Tetroe JM. Getting evidence into policy and practice: perspective of a health research funder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;18(1):46-50.
15. Zijlstra L.. 'The road to recovery'. Evaluation the process of geriatric rehabilitation care for elderly persons with heterogeneous health problems. Maastricht: Maastricht University; 2012.
16. Schols JMGA, Haastregt JCM van, Schrijnemaekers VJJ, et al. Zorgpad Herstelgerichte Zorg Overige Problematiek. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2009.
17. Warnier RMJ. Transmuraal Zorg en Assessment Geriatrie Maastricht. Maastricht: academisch ziekenhuis Maastricht/MUMC; 2008.