

resultaten platform GRZ Amsterdam

Een unieke samenwerking

J.Coolen, M.Smiers

25-7-2013

In deze notitie stellen wij u op de hoogte van de resultaten die in het platform GRZ Amsterdam zijn behaald.

Vorig jaar is er een opdracht gegeven vanuit de SIGRA waarin de bestuurders hebben aangegeven de ontwikkelingen binnen de GRZ stedelijk op te pakken, met accent op de inhoudelijke aspecten inzake kwaliteit, zorgpaden, etc.

Alvorens op de inhoud in te gaan wil ik vanuit mijn rol als voorzitter van dit Platform mijn dank en waardering uitspreken naar de deelnemers van dit Platform. Met grote inzet, betrokkenheid, deskundigheid en enthousiasme is er gewerkt aan deze opdracht. Deze wijze van samenwerking is uniek in de stad en de resultaten durf ik eveneens uniek te noemen.

In Sigra-verband is in 2012 bepleit voor een verkenning van GRZ die niet beperkt blijft tot Amsterdam maar de bredere regio bevat, bijvoorbeeld ook richting Diemen en Amstelveen.

Verder is als uitgangspunt vastgelegd dat de verkenning een zorginhoudelijke strekking heeft; het gaat over de inhoud van GRZ vanuit kwaliteitsoptiek. Zorgaanbieders met betrokkenheid van Achmea – en in latere fase ook cliëntenorganisaties en gemeente(n) – ontwikkelen ideeën over kwalitatief verantwoorde zorg; maar ze gaan zich niet uitspreken over de vraag wie welke zorg moet gaan bieden (een rol van de zorgverzekeraars).

De opdracht was als volgt geformuleerd:

Organiseer een platform waarin

- inhoudelijke vakmensen bijeen over gezamenlijk ontwikkelen van zorgpaden en standaarden door GRZ
- inhoudelijke bouwstenen worden gelegd voor een stedelijke discussie over taakverdeling en specialisatie m.b.t. GRZ

Voor het inhoudelijk beraad hebben we een platform GRZ Amsterdam opgericht dat vanaf september 2012 t/m juli 2013 10 keer bijeen is gekomen met deskundigen uit zorgorganisaties. Hierin zijn Amsta, Cordaan, Evean, Zgao, Zonnehuisgroep, Amstelring, Achmea en de ziekenhuizen OLVG en SLAZ vertegenwoordigd.

Dit platform heeft de volgende resultaten bereikt (w.o. instrumenten en werkafspraken)

Gezamenlijke communicatie van GRZ-aanbieders naar ziekenhuizen

Vanaf december 2012: één gezamenlijk verhaal over de nieuwe situatie, de doelgroep voor GRZ, de nieuwe werkwijze rond triage, enzovoort.

Ontwikkelen van triage-instrument. GRZ is ingebed in samenwerking van ziekenhuis, eerste lijn en zorg thuis. De instroom in GRZ komt overwegend vanuit ziekenhuizen. Er is voor de regio een eenduidig instrument voor triage ontwikkeld wat aansluit op de landelijke ontwikkelingen. (zie bijlage)

De organisatie van de triage in Amsterdam;

- we zijn met elkaar overeengekomen dat de Specialist ouderengeneeskunde (SO) triert voor ouderen die (kansrijk) in aanmerking komen voor GRZ (op moment dat ze in ziekenhuis zijn)
- de triage als inhoudelijk oordeel over de vraag of GRZ zinvol en haalbaar is vindt plaats onafhankelijk van de organisatie waarvoor de SO werkzaam is
- na uitkomst op basis van triage zullen de transferbureaus de bemiddeling naar de instellingen in gang zetten

Dit is hele bijzondere samenwerking binnen de VVT-organisaties in de stad Amsterdam.

Scholing van transferverpleegkundigen: de transferverpleegkundigen hebben instructies ontvangen over het triage instrument. Hierdoor zijn zij in staat een belangrijke bijdrage te leveren bij het plaatsen van de cliënt op de juiste vervolgzorg locatie binnen Amsterdam. Alle transferverpleegkundigen van de Amsterdamse ziekenhuizen zijn geschoold vanuit het platform van SO's.

Bekostiging van de triage:

De volgende ziekenhuizen zijn vertegenwoordigd bij het overleg: Amstelland ziekenhuis, VUmc, OLVG, AVL, Slotervaartziekenhuis.

Stand van zaken van dit moment:

- Op termijn in instrument bij Point inbouwen. Dat zal naar verwachting pas in 2014 zijn.
- Tot die tijd de excelsheet gebruiken tbv registratie triage. Hiermee is de afgelopen maanden binnen Amstelland geëxperimenteerd en nu tbv het SLAZ heeft iedereen het ook keurig ingevuld.
- We hanteren vooralsnog het NZA tarief voor SO.
- We gebruiken deze excelsheet om 2 redenen:
 - Om in 2013 al te kunnen declareren en vergoeding te krijgen
 - Om inzicht te krijgen in de tijdsbesteding zodat wellicht op termijn een vaste tijdseenheid per vorm van triage afgesproken kan worden.
- Voorstel is dat alle SO (dus ook van andere organisaties) op deze manier gaan werken. Dit zal in het volgende stedelijk overleg worden besproken, maar ook intern bij Sigra en mogelijk wordt er een aparte afspraak gepland met management van behandelaren van andere V&V instellingen.
- ziekenhuizen willen dit vastleggen in een contract

Op SIGRA niveau wordt het thema bekostiging verder uitgewerkt.

Uitwerken van zorgpaden. GRZ wordt verleend aan patiënten met uiteenlopende achtergronden zoals CVA, trauma, amputatie, electieve orthopedie, 'overige kwetsbare ouderen'. We willen voor zulke patiëntgroepen zorgpaden uitschrijven. Veel zorgorganisaties hebben hierover al documenten gemaakt. Belangrijk is dat we – met het oog op transmurale ketens – eenduidige omschrijvingen van zorgpaden hebben, zodat ook partners als ziekenhuizen en eerstelijnszorg weten hoe de zorg vanaf ontslag ziekenhuis is ingericht. De uitwerking van zorgpaden is een algemeen schets geworden. Het bleek niet wenselijk in deze fase dat we zorgpaden ontwikkelingen die per doelgroep aangeven wat de behandeling inhoudt en door wie deze wordt uitgevoerd. Dat kan iedere keten met de partners oppakken. Belangrijker is de cliënten en de partners te laten weten wat de uitgangspunten en de criteria zijn waarmee in de regio de GRZ wordt verleend (duidelijkheid naar eerstelijnszorg, ziekenhuizen, care).

Beschrijven basisnormen kwaliteit. GRZ is gespecialiseerde zorg; net als in de ziekenhuizen speelt de discussie over 'voldoende iets doen' als voorwaarde van kwaliteit. Onder meer Verenso heeft in adviezen uit eerdere jaren hierover standpunten ingenomen (minimumnorm klinische capaciteit). Het is de bedoeling dat we over dit onderwerp een inhoudelijk standpunt ontwikkelen; met gebruik-making van inzichten uit onderzoek en praktijkervaring. Hierbij hoort ook een zienswijze op de vorm van GRZ. Zeer denkbaar is dat de GRZ steeds minder in een klinische setting wordt geboden (of voor veel patiënten korter) en steeds meer in dagprogramma's of kortdurend thuis bij de patiënt. Het is wenselijk dat we hierover 'doorkijkjes' maken.

Deze ontwikkeling is verder niet uitgewerkt in het Platform. Duidelijk is geworden dat de accenten vooral liggen op de doelgroep:

- CVA
- Orthopedie en trauma
- Overig

De doelgroep overig is een grote groep GRZ cliënten die tegelijkertijd ook het meest gevarieerd is en moeilijk te beschrijven is.

De SO die triage uitvoeren hebben een platform/vakgroep opgericht waarin zij casuïstiek bespreken met elkaar. De uitkomsten zullen vier keer per jaar worden terug gekoppeld aan het Platform GRZ Amsterdam

De landelijke richtlijnen voor concentratie worden onderschreven door het platform, tegelijkertijd is er behoefte aan nabijheid van voorzieningen in de stad. Het betreft veelal ouderen die hier aanspraak op maken en vaak moeilijk in staat zijn grote afstanden te overbruggen met (openbaar) vervoer.

Wat vooral blijkt uit de uitgevoerde literatuurstudie, is dat er geen uitspraken zijn te doen over de relatie tussen volume en kwaliteit. Een recent onderzoek uitgevoerd door het 'Consortium van onderzoek van kwaliteit van zorg' (J. Rademaker, et al, 2012) beschrijft hierover uitvoerig.

Verenso¹ heeft een onderzoek laten verrichten naar het positioneren van de GRZ in de ouderenzorg om dit jonge specialisme in Nederland op de kaart te zetten en komt tot deze conclusie:

De meerwaarde van het multidisciplinaire team in de geriatrische revalidatie komt alleen tot zijn recht op afdelingen van enige omvang. 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. Hier liggen op stedelijk niveau nog mogelijkheden.

Onderzoek: er zijn nog resultaten bekend over de wijze van revalideren bij ouderen die evidenced based zijn. Het VUmc en het AMC hebben interesse getoond om hier onderzoek naar te doen. Een korte impressie hiervan is gegeven door Cees Hertogh (VUmc) en Sophia de Rooij (AMC).

Hoe nu verder?

Het platform ziet mogelijkheden om de GRZ in Amsterdam verder te ontwikkelen. Een groot probleem in een regio als Groot Amsterdam is het feit dat er in de keten (ziekenhuis, revalidatieafdeling en thuiszorg) een groot aantal aanbieders actief zijn. Tot nu toe heeft het initiatief bij het ontwikkelen van de zorgpaden gelegen bij de aanbieders van intramurale revalidatiezorg. Deze aanbieders hebben zich gericht op ziekenhuizen die zich in de nabijheid van de intramurale revalidatieafdelingen bevinden. De thuiszorgorganisaties zijn daarbij niet betrokken. De instroom in de keten wordt momenteel grotendeels bepaald door het ziekenhuis waar de initiële behandeling plaatsvindt en de afspraken die dat ziekenhuis heeft gemaakt met intramurale revalidatieafdelingen. De intramurale revalidatieafdelingen ontslaan patiënten naar een groot aantal thuiszorgteams dat in de wijk werkzaam is en die onderdeel zijn van diverse thuiszorgaanbieders. Er zal dus een structuur moeten worden gevonden waarin de samenwerking en coördinatie tussen de diverse wijkteams (of de stedelijk gespecialiseerde verpleging) en intramurale revalidatieafdelingen kan worden ontwikkeld.

Het huidige platform wil de Sigra, en de betrokken bestuurders in cure en care, voorstellen om:

- De GRZ inhoudelijk verder te ontwikkelen door het aanbod in de stad verder af te stemmen met andere partijen zoals de ziekenhuizen en de revalidatiecentra, thuiszorg en huisartsen. De ketens verstevigen en ontwikkelen. Daartoe een inhoudelijke werkgroep te vormen waarin naast vakmensen uit de GRZ ook experts van ziekenhuizen en eerste lijn betrokken zijn.
- Achmea actief blijven betrekken bij de ontwikkeling van GRZ in Amsterdam
- Het platform/vakgroep van indicerende SO – zoals het ook zelf voorstaat – voort te zetten als een eigen stedelijk vakverband voor verbetering van triage en intercollegiale raadpleging. Daarbij een beleidmedewerker van Sigra als coördinator te laten werken (raming = 2 dagen per maand).
- Onderzoek doen naar de uitkomsten van GRZ, welke effecten heeft revalidatie bij ouderen, welke interventies leiden tot verbetering van kwaliteit van leven, revalideren bij kwetsbare ouderen.

Met deze opzet:

- (a) een vakverband van SO
- (b) een stedelijke / regionale werkgroep van experts voor inhoudelijke ontwikkeling GRZ
- (c) met behoud van rol van zorgverzekeraars in overleg met GRZ aanbieders (productieafspraken)

Namens alle leden van het Platform GRZ Amsterdam vernemen wij graag welk standpunt het bestuur van de SIGRA hierin wil innemen.

¹ Verenso; beroepsvereniging voor Specialisten Ouderengeneeskunde

Client: Wortel TEST (man) 20-03-2054 BSN: 123456782
Eef Peelen Amsterdam | Afmelden |

✕ Annuleren
📄 Opslaan

Algemene gegevens
Toegang GRZ
Voor Opname
Aanvullende Klinimetr

Ingevuld door

Telefoonnummer

Datum ingevuld

Algemene gegevens

Contactpersonen

| | | | |
|------------------------|-----------|------------------|--------------|
| Achternaam (volledig) | Koe | Voornaam | Clarabella |
| Relatie tot de patiënt | Buurvrouw | Telefoonnummer 1 | 0234-7788652 |

Naam behandelend Arts

Medebehandelaars

| | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Geriater | <input checked="" type="checkbox"/> Logopedist |
| <input type="checkbox"/> Psychiater | <input type="checkbox"/> Fysiotherapeut |
| <input checked="" type="checkbox"/> Medisch maatschappelijk werk | <input checked="" type="checkbox"/> Ergotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Gespecialiseerd verpleegkundige | <input checked="" type="checkbox"/> Pedagogisch medewerker |
| <input checked="" type="checkbox"/> Diëtist | <input type="checkbox"/> Revalidatiearts |
| <input type="checkbox"/> Anders | |

Datum opname

Versturend ziekenhuis

Situatie Patiënt

Gewenste ontslagdatum

Voorgeschiedenis

Diagnose/Reden opname/aanvraag

Behandeling

Toegang GRZ: aandachtspunten bij toegang tot GRZ

Prognose verwachte ontwikkeling t.a.v de ziekte of aandoening

Herstel 3 tot 6 maanden

Speciale aandachtsgedebieden zorgovername (verpleegkundige afdeling)

- Incontinentie
- Gehoorproblemen
- Visusproblemen
- Verwaarlozing
- Dwaal/zwerfgedrag
- Zwak/ontbrekend mantelzorgnetwerk
- Eénpersoons kamer med. noodzakelijk
- Infectie
- Verslaving
- Obesitas

Gewicht (kg)

80

Lengte (cm)

134

BMI (= resultaat kg/lengte²)

44,6

Bewustzijn

Patiënt is wakker en kan vertellen wat hem/haar overkomen is

Cognitie

Patiënt geeft er blijk van informatie te kunnen opnemen en te reproduceren

Fysieke belastbaarheid

Patiënt bed is uit bed (afgezien van de middagrust)

Patiënt kan 4-8 uur uit bed

Patiënt kan 2-4 uur uit bed

Patiënt kan minder dan 2 uur per dag uit bed

Patiënt ligt nog in bed

Delier

Aanwezig Afwezig Herstel na delier gedurende deze opname

Motivatie voor revalidatie

Patiënt geeft overtuigend aan toe te willen werken naar ontslag naar huis

Toelichting op Motivatie revalidatie

Maecenas non vehicula felis. Vivamus tincidunt, leo id congue fringilla, risus mauris vulputate lacus, a tincidunt est odio quis nibh

Inschatting terugkeer naar huis na GRZ

Ja, kans op terug naar huis of verzorgingshuis is reëel

Misschien, kans op terug naar huis/verzorgingshuis is nog onduidelijk

Nee, kans op terug naar huis/verzorgingshuis is niet reëel

Toelichting

Maecenas non vehicula felis. Vivamus tincidunt, leo id congue fringilla, risus mauris vulputate lacus, a tincidunt est odio quis nibh

Psychisch functioneren

- Geheugenverlies Geen Matig Ernstig
- Desoriëntatie Geen Matig Ernstig
- Gedragsstoornissen Geen Matig Ernstig
- Stemmingsstoornissen Geen Matig Ernstig
- Denk / waarnemingsstoornissen Geen Matig Ernstig
- Ziekte inzicht Ja Nee Verminderd

Communicatie

- Communicatieproblemen Spraakproblemen
 Gehoorproblemen
 Visusproblemen

Fysiek functioneren

Hulp bij zelfzorg nodig

Voor opname

- Baden of Douchen
 Aankleden
 Toiletgang
 Gebruik Incontinentiemateriaal
 Transfer Bed/Stoel
 Mobiliteit
 Eten en Drinken

Tijdens deze opname

- Baden of Douchen
 Aankleden
 Toiletgang
 Gebruik Incontinentiemateriaal
 Transfer bed/stoel
 Mobiliteit
 Eten en drinken

Mobiliteit

Gebruik hulpmiddel

Voor opname

- Rollator
 Rolstoel
 Krukken/stok
 Looprekje
 Looprekje met elleboog schalen

Tijdens deze opname

- Rollator
 Rolstoel
 Krukken/stok
 Looprekje
 Looprekje met elleboog schalen

Sociale situatie / huishouden

- Burgerlijke staat * ▼
- Samenstelling huishouden ▼
- Aantal kinderen in het gezin
- Woonsituatie ▼
- Verzorgings- / verpleeginstelling 🔍
- Toelichting
- Mantelzorger aanwezig Niet bekend Ja Nee
- Bijdrage mantelzorger Persoonlijke verzorging
 Huishouden
 Vervoer
 Overig

Aanvullende Klinimetrie

| | Datum | Resultaat | Resultaat 2 weken v |
|---------------|------------|-----------|---------------------|
| Barthel index | 14-01-2016 | 1 | 1 |
| DOS | 14-01-2016 | 1 | 1 |
| FAC | 14-01-2016 | 1 | 1 |
| Katz-ADL | 14-01-2016 | 1 | 1 |
| Snaq | 14-01-2016 | 1 | 1 |
| Anders | | 1 | |
| WOLC | 14-01-2016 | 1 | 1 |
| PRPP | 14-01-2016 | 1 | 1 |
| Watersliktest | 14-01-2016 | 1 | 1 |
| SAN | 14-01-2016 | 1 | 1 |
| MI | 14-01-2016 | 1 | 1 |
| MMSE | 14-01-2016 | 1 | 1 |

Resultaat/Uitslag Triage Geriatrische Revalidatie Zorg

Patiënt bezocht in ziekenhuis

Kernprobleem

Functionele prognose

Voldoet wel/niet aan volgende GRZ criteria:

Patiënt is gemotiveerd voor revalidatie

 Ja Nee

Patiënt is leerbaar

 Ja
 Nu beperkt leerbaar, verwachting is binnen enkele weken GRZ wel leerbaar
 Nee

Patiënt is fysiek belastbaar

 Ja
 Nu beperkt belastbaar, verwachting is binnen enkele weken GRZ wel belastbaar
 Nee

Patiënt kan na revalidatie naar huis / verzorgingshuis

 Ja, naar verwachting naar huis na de geriatrische revalidatie (binnen 6 maanden)
 Misschien, kans op terug naar huis/verzorgingshuis is nog onduidelijk
 Nee, kans op terug naar huis/verzorgingshuis is niet reëel

Geschatte kans op 'terug naar huis' (w.o. verzorgingshuis)

 %

Patiënt komt in aanmerking voor in medisch-specialistische revalidatie

 Ja, patient is (voorlopig) aangemeld bij MSR
 Nee

Conclusie uit triage

 Geen GRZ Wel GRZ = DBC-GRZ (max. 6 maanden)

Evt. afspraken t.b.v. ontslag