

Kwaliteitsbeschrijving geriatrie revalidatiezorg

**Beschrijving van kwaliteit van zorg en
behandeling door de specialist
ouderengeneeskunde in de geriatrie
revalidatiezorg**



Colofon

Dit is een uitgave van VerenSo, beroepsvereniging van specialisten ouderengeneeskunde.

Disclaimer

Overname van teksten uit deze publicatie mag gebruikt worden met bronvermelding voor publicatie. Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden de auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend. Onjuistheden en/of suggesties voor verbeteringen kunt u doorgeven aan VerenSo.

Klankbordgroep

De kwaliteitsbeschrijving geriatrische revalidatiezorg is tot stand gekomen met medewerking van:

- Mw. V.A. (Vera) van Atteveld, arts in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde
- Dhr. P.E. (Peter) Blase, specialist ouderengeneeskunde
- Mw. T.N. (Nienke) Broekhoven – Velinga, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ
- Mw. M.J. (Jacqueline) Ellen- van Veelen, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ
- Mw. M. (Monika) Kiebert- Weltheroth, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ
- Mw. F.S. (Fiona) Koops, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ
- Mw. E. (Eefje) Kruijssen, specialist ouderengeneeskunde
- Mw. P. (Patricia) de Man – Visser, specialist ouderengeneeskunde
- Mw. K.M. (Monique) Nio, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts eerstelijns
- Dhr. P.A. (Alexander) Pluim Mentz, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ
- Mw. R.H. (Robien) Schreuder, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ
- Mw. L.D. (Laura) Wigman, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ
- Mw. E.G. (Eva) Willems, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ
- Dhr. J.P. (Jan) van der Waaij, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ
- Mw. J.F. (Janneke) Wolting – Bos, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ

Samenwerking

Dit document is opgesteld in samenwerking met Patiëntenfederatie Nederland en afgestemd met relevante beroepsverenigingen en de brancheorganisatie:

- ActiZ
- Ergotherapie Nederland
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) / Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG)
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
- Verpleegkundigen & Verzorgden Nederland (V&VN)

Ondersteuning

- Mw. S. (Sandra) van Beek, beleidsadviseur en manager team belangenbehartiging en bekostiging VerenSo
- Mw. J.J. (Jolande) Radstaak, beleidsadviseur belangenbehartiging en bekostiging VerenSo

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
Leeswijzer	6
1. Het doel van geriatrische revalidatiezorg.....	7
2. De start van de revalidatie	9
2.1 Triage.....	11
2.2 Taken, werkwijze en verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde	12
2.2.1. Het belang van een goede overdracht van patiëntgegevens	13
3. De multidisciplinaire behandeling in de GRZ	15
3.1 Het opstellen van een multidisciplinair behandelplan.....	15
3.2 Taken, werkwijze en verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde.....	17
3.2.1 Coördinatie van de behandeling en voortgang van de patiënt	17
3.2.2 Afstemming tijdens de behandeling.....	18
4. Einde revalidatietraject en overdracht.....	19
4.1 Het belang van een goede overdracht bij het einde van het revalidatietraject	20
4.2 Taken, werkwijze en verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde.....	22
Geraadpleegde literatuur.....	23

Inleiding

Over deze kwaliteitsbeschrijving

Deze kwaliteitsbeschrijving geeft weer wat specialisten ouderengeneeskunde gezamenlijk onder goede geriatrische revalidatiezorg (GRZ) verstaan en welke randvoorwaarden daarvoor nodig zijn. Deze kwaliteitsbeschrijving heeft meerdere doelen. In de eerste plaats geeft deze beschrijving weer wat de patiënt en zijn naasten van de specialist ouderengeneeskunde mogen verwachten tijdens het GRZ-traject. Deze informatie helpt hen om samen met zorgprofessionals te overleggen welke zorg en behandeling het beste past.¹ Ten tweede formuleert deze beschrijving de randvoorwaarden en kaders waarbinnen de specialist ouderengeneeskunde als behandelaar de regie kan voeren over het geriatrisch revalidatietraject.² Ten derde beoogt deze beschrijving de multidisciplinaire samenwerking in de GRZ te stimuleren.

In de GRZ werken specialisten ouderengeneeskunde nauw samen met andere disciplines. Vaak vormen zij samen met de verpleegkundig specialisten en de physician assistants het medisch behandelteam. Alhoewel deze kwaliteitsbeschrijving ingaat op randvoorwaarden en knelpunten vanuit het oogpunt van de specialist ouderengeneeskunde, worden zij ook door anderen in het medisch behandelteam op eenzelfde wijze ervaren. Daarnaast is het belangrijk om te vermelden dat GRZ -naast het behandelproces- ook bestaat uit andere elementen, zoals een goede verpleging en verzorging. VerenSo en V&VN zijn voornemens deze elementen in de komende periode gezamenlijk nader uit te werken en de kwaliteitsbeschrijving hierop aan te passen.

Als basis voor kwalitatief goede geriatrische revalidatiezorg is gekozen om deze kwaliteitsbeschrijving op te stellen aan de hand van de zogeheten patiëntenreis (*patient journey*). Hierin volgen we de stappen van de patiënt tijdens een revalidatietraject.

Context

Op verschillende momenten in het leven kan het nodig zijn om te revalideren. Revalidatie is een overkoepelende term van verschillende soorten zorgverlening, waarbij het bevorderen van de zelfstandigheid en functionaliteit van de patiënt en zijn participatie in de maatschappij centraal staat.³ Geriatrische revalidatiezorg is één van de vormen van revalidatie. We worden steeds ouder in Nederland en de vergrijzende populatie kenmerkt zich door toenemende multimorbiditeit. Met het stijgend aantal ouderen is het noodzakelijk om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de ouderenzorg, waaronder GRZ, ook voor de komende generaties te kunnen borgen. Daarnaast wonen ouderen steeds langer thuis wat vraagt om een verandering in zowel de organisatie als de inhoud van ouderenzorg om passende zorg en behandeling te kunnen blijven bieden.

Als ouderen niet meer in staat zijn om eigen regie te voeren over het leven en de zelfstandigheid afneemt, spreken we van kwetsbare ouderen.⁴ Deze kwetsbaarheid is een opeenstapeling van fysieke, cognitieve, sociale en psychische achteruitgang, waardoor de kans op negatieve gezondheidsuitkomsten wordt vergroot. Zodra kwetsbare ouderen te maken krijgen met een (sub)acute achteruitgang in functioneren worden de dagelijkse activiteiten van het leven moeilijker. Voor hen kan een GRZ-traject nodig zijn om (indien mogelijk) op het oude niveau van functioneren terug te komen en te beoordelen welke zorg, behandeling en woningaanpassingen er nodig zijn om zo goed mogelijk zelfstandig te blijven functioneren. Daarbij is het streven dat een patiënt weer zelfstandig kan wonen. Als dit, ondanks woningaanpassingen, mantelzorg en wijkverpleging, niet meer haalbaar is kan worden gekeken naar een andere woonomgeving.

¹ De campagne '[Samen Beslissen](#)' geeft tips en tools om dit gesprek te faciliteren.

² [Handreiking](#) 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' (juni, 2022).

³ Standpunt 'Medisch Specialistische Revalidatiezorg', Zorginstituut, 2015.

⁴ Sociaal en Cultureel Planbureau, kwetsbare ouderen, 2011 en [RIVM](#), kwetsbare ouderen.

Geriatrische revalidatiezorg wordt sinds 2013 bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit betekent dat de kosten worden vergoed vanuit de zorgverzekering van de patiënt. Behandeling en zorg wordt hierbij vergoed volgens declaratie op basis van de diagnose-behandelcombinatie (DBC). De financiering vanuit de Zvw betekent ook dat de patiënt een keuze heeft waar hij/zij wil revalideren. In de praktijk blijkt de keuze vaak beperkt te zijn. Het is belangrijk dat het revalidatietraject aansluit bij de motivatie en behoeften van de patiënt en zijn naasten, waarbij het belangrijk is dat de patiënt zelf een voorkeur kan hebben waar hij/zij revalideert. Patiënten maken een keuze voor zorg en behandeling op basis van verschillende soorten informatie zoals; welke organisaties zorg en behandeling aanbieden, ervaringen van andere patiënten, bereikbaarheid van de locatie en informatie over kwaliteit.⁵ Het beschikbaar stellen van deze informatie helpt de patiënt bij het maken van deze keuze.

Door het ontbreken van een algemene beschrijving van goede kwaliteit van behandeling binnen de GRZ gebruiken zorgorganisaties nog vaak hun eigen zorgpaden. Hierdoor wordt mogelijk niet alle beschikbare kennis en inzichten optimaal gedeeld.⁶ De huidige praktijkvariatie maakt het lastig voor de patiënt om zich een beeld te vormen van hoe de zorg en behandeling er in de GRZ uitziet. Daarnaast is het voor zorgprofessionals moeilijk om evidence- of practice-based zorg te verlenen gezien het beperkte onderzoek op het gebied van revalidatie en herstel. Het rapport 'Onderweg naar Beter' concludeert dat er veel draagvlak is voor een overkoepelende kwaliteitsstandaard voor de GRZ.⁷ Om deze reden heeft VerenSo besloten een kwaliteitsbeschrijving uit te werken. Het werk van de specialist ouderengeneeskunde staat hierbij centraal.

Geriatrische revalidatiezorg is in ontwikkeling. Een patiënt kan na een opname op een revalidatieafdeling thuis verder revalideren. GRZ in de thuissituatie wordt ook wel extramurale of ambulante geriatrische revalidatiezorg genoemd.⁸ Op dit moment wordt er gekeken hoe GRZ in de thuissituatie geleverd kan worden zonder dat een patiënt wordt opgenomen op een revalidatieafdeling. Dit valt nu nog buiten de scope van deze kwaliteitsbeschrijving, al zijn bepaalde onderdelen uiteraard van toepassing. Afhankelijk van de ontwikkelingen in het veld wordt dit uitgewerkt in een volgende versie van de kwaliteitsbeschrijving. Naast deze kwaliteitsbeschrijving wordt ook een kwaliteitsbeschrijving voor het eerstelijnsverblijf ontwikkeld.

⁵ Voor meer informatie verwijzen wij naar [Patiëntenfederatie Nederland](#).

⁶ Rapport Beter Thuis – Varen op ervaringen, 2021.

⁷ Rapport 'Onderweg naar Beter' ontwikkelagenda, Consortium Geriatrische Revalidatie, 2021.

⁸ Bij ambulante geriatrische revalidatiezorg komt de zorgprofessional aan huis. Dit kan worden gecombineerd met poliklinische revalidatie waarbij de patiënt naar een GRZ-instelling toegaat.

Regiebehandelaarschap

Als de aard of de complexiteit van de te verlenen zorg dat nodig maakt, spreken alle betrokken zorgprofessionals af dat één van hen wordt aangewezen als regiebehandelaar.⁹

De specialist ouderengeneeskunde als regiebehandelaar van het GRZ-traject

Meerdere disciplines kunnen regiebehandelaar zijn in het GRZ-traject. De regiebehandelaar bewaakt de continuïteit en samenhang van de behandeling, zorgt voor voldoende overleg en afstemming tussen betrokken zorgprofessionals en ziet erop toe dat er één vast aanspreekpunt is voor de patiënt en zijn naasten. Dit betekent dat elke situatie anders is en de regiebehandelaar in samenwerking met het multidisciplinaire team iedere keer maatwerk levert.

Deze kwaliteitsbeschrijving beschrijft de werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde als regiebehandelaar. Daarbij is regiebehandelaarschap gekoppeld aan de behandelverantwoordelijkheid en (medisch)inhoudelijke verantwoordelijkheid zoals een arts deze biedt.

⁹ [Handreiking](#) 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' (juni, 2022).

Leeswijzer

De kwaliteitsbeschrijving volgt de reis van de patiënt tijdens het geriatrisch revalidatietraject. Elk hoofdstuk beschrijft daarbij de werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde en het multidisciplinaire team en welke randvoorwaarden nodig zijn om goede zorg en behandeling te kunnen bieden.

Hoofdstuk 1: Het doel van een geriatrisch revalidatietraject

Kwaliteit van zorg en behandeling is het leveren van de best passende zorg en behandeling voor de patiënt op de juiste plek. GRZ biedt de patiënt een plek om te werken aan herstel van kwaliteit van leven waaronder participatie en deelname aan activiteiten. Met als doel een terugkeer naar huis of andere geschikte woonsituatie.

Hoofdstuk 2: De start van de revalidatie en de opname van de patiënt

De behoeften, mogelijkheden en hulpvragen van de patiënt staan centraal bij het formuleren van de hoofddoelen van het revalidatietraject. Dit traject is voor iedere patiënt anders en vraagt om maatwerk vanaf de start. Om kwaliteit van zorg en behandeling te waarborgen moeten alle fysieke, cognitieve, sociale en psychische domeinen van de patiënt worden meegenomen vanaf de start van de revalidatie.

Hoofdstuk 3: De multidisciplinaire behandeling in de GRZ

Op basis van de hulpvraag en doelstellingen van de patiënt en zijn naasten wordt het behandelplan opgesteld. Kwaliteit van zorg en behandeling is een combinatie van het aanbieden van een (waar mogelijk) gestandaardiseerd revalidatietraject op basis van zorgpaden en de vrijheid om accenten aan te brengen die van toepassing zijn op de situatie van de patiënt. Deze behandeling wordt binnen een multidisciplinair team vormgegeven.

Hoofdstuk 4: Einde revalidatietraject en terugkeer naar huis inclusief overdracht gericht op passende nazorg

Om de best mogelijke zorg en behandeling na revalidatie te realiseren, is het belangrijk dat het gesprek over de vervolgstappen tussen patiënt, naasten en zorgprofessional op tijd plaatsvindt. Het behoud van kwaliteit van leven, omgaan met beperkingen en de gezondheid van de patiënt staan hierbij centraal.

Deze kwaliteitsbeschrijving geeft een globale weergave weer van het geriatrisch revalidatietraject en de werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde. De kwaliteitsbeschrijving is bedoeld voor de verschillende overlegtafels in de sector rondom kwaliteit en bekostiging. Daarnaast zal een patiëntenversie worden ontwikkeld. De blauwe kaders in de hoofdstukken geven verschillende definities weer. Specifieke aandachtspunten vanuit het oogpunt van de specialist ouderengeneeskunde zijn opgenomen in de oranje kaders in de hoofdstukken.

1. Het doel van geriatrische revalidatiezorg

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is bedoeld voor kwetsbare ouderen om te revalideren en te herstellen na een (sub)acute achteruitgang in functioneren, zoals achteruitgang in mobiliteit en algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).¹⁰ De (sub)acute achteruitgang kan een gevolg zijn van onder andere een beroerte (CVA) of een heupfractuur. De patiënt kan hierdoor beperkingen ervaren bij zelfstandig naar het toilet gaan, bewegen en het innemen van medicijnen. Hierdoor kunnen patiënten minder actief worden in hun vrijetijdsbesteding, het huishouden en interpersoonlijke relaties. Vaak vindt revalidatie plaats in aansluiting op een ziekenhuisopname, maar een patiënt kan ook vanuit de thuissituatie revalideren. GRZ is gericht op een terugkeer naar huis. Er zijn verschillende definities van GRZ in omloop. In deze kwaliteitsbeschrijving houden we de volgende definitie aan:¹¹

Geriatrische revalidatiezorg is ouderengeneeskundige gecoördineerde, multidisciplinaire behandeling voor kwetsbare ouderen en mensen met complexe multimorbiditeit die te maken hebben met een (sub)acute fysieke, cognitieve, sociale en/of psychische achteruitgang.

Het doel van geriatrische revalidatiezorg is het verminderen van de functionele beperkingen van de patiënt en het leren omgaan met de gevolgen hiervan door middel van multidisciplinaire behandeling zodat terugkeer naar de thuissituatie of een andere passende woonsituatie verantwoord is.

Patiënten die gebruik maken van GRZ hebben vaak te maken met meervoudige, complexe problematiek door een combinatie van cognitieve, fysieke, sociale en psychische aandoeningen. Binnen de GRZ zien we de volgende meest voorkomende ziektebeelden:

- Patiënten die een CVA (Cerebrovasculair Accident) hebben gehad. Een herseninfarct en hersenbloeding zijn veel voorkomende vormen van een CVA en kunnen ernstige zichtbare en onzichtbare gevolgen hebben voor een patiënt.¹²
- Patiënten die door een val of ongeval verschillende ernstige verwondingen (trauma) hebben. Verwondingen zijn bijvoorbeeld heup- bovenbeen- en bekkenfracturen, kneuzingen, brandwonden en/of wervelletsel.¹³
- Patiënten met achteruitgang door een ernstige infectie of ander intern ziektebeeld zoals longaandoeningen (o.a. COPD), spierziekten, oncologische aandoeningen (kanker) en hartfalen.
- Patiënten met complexe gewrichtsvervangende operaties aan heup, knie en/of schouder.
- Patiënten met amputaties. Een amputatie kan het gevolg zijn van vaatproblemen en/of diabetes mellitus, een infectie, ongeval of tumor.¹⁴

Daarnaast kunnen er uiteraard ook andere redenen zijn om met GRZ te starten.

"Ja, dat ik mezelf thuis een beetje helpen kan natuurlijk hé. Dat is de bedoeling... Aan dit been ik heb ik altijd al veel last en ik heb er ook nog reuma bij. Maar ik loop nu weer een beetje rechtop; ik doe zelf alweer een boterham smeren; ik mag weer lopen op de gang achter mijn rollator."

Quote patiënt

¹⁰ ADL-assistentie staat voor direct oproepbare persoonlijke assistentie waarbij patiënt hulp krijgt bij het eten of drinken, verplaatsen, persoonlijke hulp en verzorging en verpleegtechnische en medische assistentie. Voor meer informatie zie [ADL-assistentie | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#).

¹¹ Deze definitie sluit aan bij Europese definitie van Grund, Gordon et al. (2020): "multidimensional approach of "diagnostic and therapeutic interventions, the purpose of which is to optimise functional..., "capacity, promote activity and preserve functional reserve and social participation "in older people with disabling impairments.". Voor meer informatie zie <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00274-1>.

¹² Voor meer informatie verwijzen wij naar patiëntenvereniging [Hersenletsel](#).

¹³ Voor meer informatie verwijzen wij naar patiëntenvereniging [Osteoporose](#).

¹⁴ Voor meer informatie verwijzen wij naar patiëntenvereniging [Korter Maar Krachtig](#).

Een patiënt komt in aanmerking voor een geriatrisch revalidatietraject als er -naast de hulpvraag zelf- sprake is van kwetsbaarheid, beperkte belastbaarheid en/of multimorbiditeit.¹⁵ Ondanks dat er sprake kan zijn van verminderde leer- en trainbaarheid, moet de patiënt gemotiveerd en in staat zijn om nieuwe vaardigheden op te doen.



Patiënten kunnen via verschillende wegen starten met een geriatrisch revalidatietraject:

- Vanuit een ziekenhuisopname als een patiënt binnen één week na het verblijf in het ziekenhuis kan starten met een GRZ-traject.
- Vanuit de thuissituatie als een patiënt niet meer veilig thuis kan verblijven door (sub)acute functionele achteruitgang, geen verdere onderzoeken of opnames in het ziekenhuis nodig zijn en multidisciplinaire behandeling nodig is die (tijdelijk) niet meer haalbaar is in de thuissituatie.¹⁶
- Vanuit de polikliniek geriatrie/ouderengeneeskunde of de spoedeisende hulp (SEH) waaruit blijkt dat opname in de kliniek niet nodig is, maar een revalidatietraject wel noodzakelijk is.
- Vanuit een traject binnen de medisch specialistische revalidatie (MSR) als een GRZ-behandeling beter past bij de situatie van de patiënt.
- Vanuit een eerstelijnsverblijf (ELV) opname en de patiënt aanvullende multidisciplinaire revalidatie nodig heeft.¹⁷

De patiënt moet direct kunnen starten met de revalidatiebehandeling.

De duur van een GRZ-traject is afhankelijk van de gestelde revalidatiedoelen. Wettelijk is vastgelegd dat het gehele revalidatietraject, intramurale en ambulante revalidatie, maximaal zes maanden kan duren.¹⁸ Het is de taak van de specialist ouderengeneeskunde als regiebehandelaar om in dit proces te sturen zodat revalidatietrajecten doelmatig ingezet worden.

¹⁵ [Handreiking triage instrument GRZ](#) (Verenso, 2013).

¹⁶ Als een patiënt vanuit de thuissituatie of SEH met een revalidatietraject start, kan dit alleen na afname van een geriatrisch assessment die de specialist ouderengeneeskunde kan afnemen.

¹⁷ ELV is medisch noodzakelijk kort verblijf voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer thuis kunnen wonen, maar geen medisch specialistische behandeling zoals die gegeven wordt in een ziekenhuis of andere (geriatrische revalidatiezorg) instelling nodig hebben.

¹⁸ Als er na deze periode nog revalidatiedoelen zijn, kan de zorgverzekeraar in bijzondere gevallen een langere periode toestaan. Patiënten die al een indicatie binnen de wet langdurige zorg (Wlz) hebben of waarbij op voorhand al duidelijk is dat terugkeer naar huis niet mogelijk is, kunnen met een indicatie VV9B een GRZ-traject starten. Voor relevante wetgeving verwijzen wij naar *Besluit zorgverzekering. Artikel 2.5c (lid 2, sub a)*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport).

2. De start van de revalidatie

In dit hoofdstuk beschrijven we de start van het revalidatietraject. Daarbij beginnen we met een beschrijving van de wijze waarop een patiënt met de revalidatie begint. Vervolgens beschrijven we de taken, werkwijze en verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde wanneer deze de regie voert over het revalidatietraject.

De opname op een GRZ-afdeling vindt vaak plaats in een onzekere tijd voor de patiënt. De acute aandoening en/of achteruitgang kan een groot effect hebben op het leven van de patiënt. De patiënt kan door de complexe, meervoudige problematiek de dagelijkse activiteiten niet meer doen zoals hij of zij dat voorheen deed. Vaak is dit niet alleen een fysiek, maar ook een emotioneel proces voor de patiënt.

" Toen kreeg ik die zware longontsteking en verzwakte ik nog meer. Op een gegeven moment kon ik mezelf niet meer wassen. Ik heb echt staan huilen toen ik daar onder de douche stond...Zij moesten mij helpen en dat wilde ik niet. Ten eerste voel ik me daar te jong voor...Het team helpt je wel de drempel over... Dat geeft je moed om dingen te accepteren die je zelf niet meer kunt."
Quote patiënt



Bij revalidatie staat de eigen regie en actieve houding van de patiënt centraal. De specialist ouderengeneeskunde en het multidisciplinaire team helpen de patiënt hierbij tijdens de revalidatiebehandeling door hem/haar te motiveren om zoveel mogelijk zelf dagelijkse activiteiten uit te voeren. Ook wordt uitgelegd waarom de focus ligt op zelf dingen doen. De afspraken over de revalidatie krijgen vorm in de dialoog tussen patiënt, naasten en zorgprofessionals. Het betrekken van naasten, zoals partners, kinderen, buren en vrienden, is belangrijk bij de ontwikkeling en uitvoering van het behandelplan. Door het bundelen van de kennis van de patiënt en zijn naasten over zijn of haar situatie en de kennis van de zorgprofessional over mogelijke behandelingen kunnen zij samen beslissen welke zorg en behandeling het beste bij de hulpvraag past.¹⁹

¹⁹ De campagne '[Samen Beslissen](#)' geeft tips en tools om dit gesprek te faciliteren.

Het is belangrijk dat dit gesprek bij de start van de revalidatie wordt gevoerd en besproken wordt wat haalbaar is binnen de GRZ en welk niveau van participatie nodig is om terug te keren. Hierbij wordt rekening gehouden met het voorafgaande en huidig functioneren, functionele prognose, motivatie, leerbaarheid, leefstijl, behoeften en mogelijkheden van de patiënt en zijn naasten. Dit is maatwerk en biedt ruimte om zorg en behandeling te bieden die goed aansluit bij datgene wat voor de individuele patiënt belangrijk is.

" Denk niet over vier maanden ben ik hier misschien nog, maar plan de eerste 14 dagen in tot de volgende afspraak met de dokter of ziekenhuis en oefen met de oefeningen.

Doe het stap voor stap. Dan gaan we overzien."

Quote patiënt

De patiënt verblijft tijdelijk op een GRZ-afdeling. Vaak wordt -wanneer de patiënt wordt opgenomen- al meteen een verwachte ontslagdatum bepaald. Dit is de datum waarop verwacht wordt dat de patiënt naar huis zou kunnen en biedt houvast aan de patiënt, naasten en het multidisciplinaire team om aan de revalidatiedoelen te werken. Deze datum wordt door de specialist ouderengeneeskunde vastgesteld op basis van de functionele prognose. Door vanaf de eerste dag van de behandeling het (voorlopige) multidisciplinair behandelplan inclusief de (verwachte) ontslagdatum op te stellen helpt het de patiënt, zijn naasten en de behandelaren om het revalidatietraject inzichtelijk te krijgen. Daarnaast helpt het opdelen van het gehele revalidatietraject de patiënt en zijn naasten, door bijvoorbeeld tijdens de behandeling toe te werken naar de volgende afspraak. De patiënt en zijn naasten kunnen het proces beter overzien en dat brengt de patiënt en zijn naasten structuur en rust. Door het vroegtijdig betrekken van de patiënt en zijn naasten weten zij hoe de zorg en behandeling eruitziet, wat de verwachte ontslagdatum is, wat er (nog) georganiseerd moet worden voorafgaand aan deze datum, en worden zij hier niet door verrast.

Veranderingen van het functioneren van de patiënt kunnen blijvend zijn waardoor het van belang is om hierop te anticiperen. Advance Care Planning (ACP) is een continu en dynamisch proces van gesprekken die samen met de patiënt en zijn naasten gevoerd worden over zijn/haar huidige en toekomstige levensdoelen.²⁰ Wanneer proactieve zorgplanning wordt toegepast, heeft dit een positief effect op het welbevinden van de patiënt en zijn naasten en op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg en behandeling. ACP maakt het voor de patiënt, zijn naasten, de specialist ouderengeneeskunde en andere betrokken disciplines inzichtelijker om beslissingen te nemen over gepaste zorg en behandeling. Deze beslissingen kunnen onder andere betrekkingen hebben op reanimatie, opnames in het ziekenhuis en het toedienen van sondevoeding (als hij/zij niet meer zelfstandig kan slikken).

²⁰ Voor meer informatie over ACP zie <https://www.verenso.nl/themas-en-projecten/advance-care-planning-acp>.

In de dialoog tussen patiënt, naasten en zorgprofessionals bij de start van een revalidatietraject vereisen de volgende aspecten extra aandacht. Deze aspecten dienen vervolgens te worden meegenomen in het behandelplan:

1. Leerbaarheid

Eigen gewoontes van de patiënt en het cognitief vermogen kan de leerbaarheid beïnvloeden. Voldoende leerbaarheid is essentieel om een geriatrisch revalidatietraject te kunnen voltooien. Aan de hand van de leerbaarheid moet een voor de patiënt passende leerstrategie worden toegepast.

2. Functionele prognose

De patiënt en zijn naasten moeten goed inzicht hebben in de functionele prognose om zinvolle revalidatiedoelen op te kunnen stellen voor het behandelplan. De ziekteprognose wordt vaak gegeven door de medisch specialist in het ziekenhuis. De specialist ouderengeneeskunde kan de ziekteprognose vertalen in de functionele prognose. Dit is leidend bij het opstellen van de revalidatiedoelen.²⁰

3. Motivatie en rouw

Vaak is er sprake van een rouwproces vanwege een (sub)acute functionele achteruitgang die van grote betekenis is op iemands zelfstandigheid. Het rouwproces kan de motivatie van de patiënt om te revalideren en te herstellen positief dan wel negatief beïnvloeden.

2.1 Triage

Het is belangrijk dat de patiënt de juiste zorg en behandeling op de juiste plek ontvangt. Om te bepalen of GRZ passend is voor de patiënt start de behandelend arts het triageproces. Voor triage hanteren wij de volgende definitie:²²

Triage	Een zo vroeg mogelijk gestart dynamisch beslisproces waarmee patiënten, bij wie er beperkingen zijn in activiteiten, functioneren en/of participatie, worden geïndiceerd voorafgaand aan het juiste behandeltraject op de juiste plek.
--------	--

Het triageproces begint met het stellen van de volgende twee screeningsvragen:

- Zijn er één of meer aandoeningen die (na ziekenhuisopname) (blijvende) beperkingen opleveren?
- Heeft de patiënt voor het opheffen/verminderen van de beperkingen meer hulp nodig dan basis monodisciplinaire (één discipline) behandeling en/of basis verpleegkundige zorg?

Als op beide vragen 'ja' wordt geantwoord kan de arts doorgaan met het triageproces. Vervolgens worden de kwetsbaarheid, belastbaarheid, functionele prognose, motivatie en hulpvraag van de patiënt in kaart gebracht.²³ Om het participatie- of activiteitsniveau van de patiënt te formuleren wordt in de praktijk gebruik gemaakt van verschillende methodieken zoals de SFMPC en ICF-methode.²⁴

²¹ Dit vraagt om complexe besluitvorming in de praktijk. Meer evidence op dit gebied is wenselijk.

²² [Handreiking triage instrument GRZ](#) (Verenso, 2013).

²³ Bij een hogere medische stabiliteit, motivatie, benodigde intensiteit en specialisatie is MSR aangewezen. Voor meer informatie zie '[Geriatrische revalidatiezorg in de Zorgverzekeringswet](#)' en de website van [VRA](#).

²⁴ De SFMPC-methode staat voor de verschillende domeinen (somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatie) die allemaal het systeem van en rondom een patiënt vormen. De ICF-methode beschrijft het functioneren van de mens en eventuele problemen die de mens daarbij ervaart. Daarbij wordt uitgegaan van drie perspectieven: participatie, het menselijk handelen en de mens als organisme.

Gedurende GRZ wordt regelmatig met de patiënt en zijn naasten geëvalueerd of het -op basis van triage- gekozen traject nog steeds passend is. Op basis van nieuwe informatie, ervaringen en inzichten kan her-triage plaatsvinden. De wensen van de patiënt dienen als uitgangspunt voor elke interventie. Belangrijk is om hierbij aan te sluiten bij kwaliteit van leven, de behoeften en wensen van de patiënt.

"Ik vind het prima hier. Hier heb ik positieve ervaringen over gehoord van mijn man en van meerdere mensen. Mijn man is hier ook geweest en die heeft eerst op een andere plek gelegen en dat was heel slecht. ... Hier was toen geen plaats en toen hebben we geprobeerd om hem zo gauw mogelijk hier te krijgen."

Quote patiënt

2.2 Taken, werkwijze en verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde

"Door vragen te stellen als 'hoe functioneerde u thuis', 'wat deed u zelf nog' of 'wat zou u graag willen' lukt het de patiënt over het algemeen goed om zijn hulpvraag te benoemen."

Quote specialist ouderengeneeskunde

De uiteindelijke indicatiestelling voor een GRZ-opname is de verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde. Om de kwetsbaarheid van de patiënt te kunnen vaststellen wordt, afhankelijk van waar de patiënt verblijft, door een specialist ouderengeneeskunde, internist ouderengeneeskunde of klinisch geriater een geriatrische beoordeling (geriatrisch assessment) afgenomen. In dit assessment worden aandoeningen en problemen op het somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatie domein geïnventariseerd en gediagnosticeerd. Evenals de gevolgen daarvan op de kwaliteit van leven en zelfredzaamheid van de patiënt. Wij hanteren de volgende definitie van een geriatrisch assessment:²⁵

Geriatrisch assessment	Een multidisciplinair onderzoek waarin problemen en beperkingen van de patiënt worden geïnventariseerd en aandoeningen worden gediagnosticeerd. Dit onderzoek wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde.
------------------------	---

Op basis van een analyse van de gegevens uit het assessment wordt gekeken of de (sub)acute aandoeningen met multidisciplinaire behandeling verbeterd zouden kunnen worden. Pas na de indicatiestelling wordt de patiënt opgenomen en start de geriatrische revalidatiezorg. Hiervoor opent de specialist ouderengeneeskunde de DBC. Binnen de GRZ wordt een DBC door de specialist ouderengeneeskunde geopend op de datum waarop de patiënt binnenkomt.²⁶

²⁵ [Handreiking geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde](#) (Verenso, 2014).

²⁶ Het is belangrijk dat de DBC bij de start van de revalidatie geopend wordt zodat alle zorg en behandeling die de patiënt tijdens een GRZ-traject ontvangt vervolgens gedeclareerd kan worden.

De volgende twee specifieke aandachtspunten liggen buiten de invloedssfeer van de specialist ouderengeneeskunde, maar zijn essentieel om individueel maatwerk te kunnen leveren en de start van een revalidatietraject goed en tijdig te kunnen organiseren:

1. Een vlotte doorstroom uit het ziekenhuis is van essentieel belang in de zorgketen. Het kan voorkomen dat een patiënt klaar is om te revalideren maar toch langer in het ziekenhuis moet verblijven omdat hij/zij moet wachten voor een plek. Daarnaast worden in de praktijk patiënten aangemeld voor de GRZ met niet haalbare revalidatiedoelen, zonder motivatie om te revalideren of die al een Wlz-indicatie hebben. Dit is de zogeheten verkeerde-beddenproblematiek. Voor een juiste indicatiestelling voor GRZ is het belangrijk dat alle probleemgebieden, zoals fysieke, cognitieve, sociale en psychische, worden meegenomen.
2. Als een patiënt vanuit de spoedkliniek geriatrie/ouderengeneeskunde, thuissituatie of de SEH binnenkomt zonder dat hij/zij is opgenomen (geweest) in het ziekenhuis is de afspraak dat een specialist ouderengeneeskunde bij de start van GRZ het geriatrisch assessment afneemt indien de randvoorwaarden hiervoor beschikbaar zijn.²⁶ Afstemming tussen de specialist ouderengeneeskunde en andere artsen bij de start van een opname is essentieel om de kwaliteit van GRZ te waarborgen. Daarvoor dienen alle relevante patiëntgegevens bij overplaatsing naar de GRZ direct aangeleverd te worden bij de specialist ouderengeneeskunde. Vervolgens kan passende zorg en behandeling op basis van het totale beeld van de patiënt worden opgestart.

" Voor mij is het kwaliteit als je de ruimte hebt om waar mogelijk gestandaardiseerd een geriatrisch revalidatietraject aan te bieden maar met de vrijheid om daar de accenten in aan te brengen van de patiënt zelf. Dan is er ruimte om aan een participatiedoel te kunnen werken."
Quote specialist ouderengeneeskunde

2.2.1. Het belang van een goede overdracht van patiëntgegevens

De specialist ouderengeneeskunde heeft als regiebehandelaar toegang nodig tot relevante patiëntgegevens om een goede afweging te kunnen maken of GRZ de beste plek is voor een patiënt om te revalideren. Voor patiëntgegevens hanteren wij de volgende definitie:²⁸

Patiëntgegevens	Alle beschikbare medische, paramedische en verpleegkundige gegevens van de patiënt die worden opgenomen in het medisch dossier en noodzakelijk zijn voor een goede revalidatie en terugkeer naar huis.
-----------------	--

²⁷ [Leidraad toegang GRZ zonder voorafgaande opname in het ziekenhuis](#) (Verenso, 2020).

²⁸ Deze definitie sluit ook aan bij de wettelijke definitie van medisch dossier zie artikel 7:454 lid 1. Voor meer informatie over begrippen zoals medisch dossier en privacy verwijzen wij naar de website van [KNMG](#).

Deze patiëntgegevens komen vaak van de huisarts en uit het ziekenhuis. Als een patiënt start met een GRZ-traject, is het voor de specialist ouderengeneeskunde belangrijk om de volgende patiëntgegevens van zowel de huisarts als het ziekenhuis bij de start te ontvangen:²⁹

- Persoonsgegevens patiënt (BSN, NAW, geboortedatum en geslacht)
- Alle beschikbare voorgeschiedenis (incl. contra-indicaties en allergieën)
- Actuele medicatielijst (incl. afspraken, data, wijzigingen, overgevoeligheden en afwijkende nierfunctiewaarden)
- Medisch beleid, zoals beleid ten opzichte van reanimatie
- Medische overdracht van de huisarts en/of het ziekenhuis (met onder andere reden van opname, vervolgspraken, beloop van opname in het ziekenhuis, aandoening en acute achteruitgang)

"Het zou ook veel handiger zijn dat als je bijvoorbeeld uit het ziekenhuis komt en ze weten dat je gewoon naar een instelling, zoals revalidatie, gebracht wordt dat je dan van tevoren kan tekenen dat alle medische gegevens gedeeld worden. Ja, veel handiger."

Quote patiënt

Daarnaast is het van belang dat de volgende patiëntgegevens zo snel als mogelijk, maar binnen 24 uur bij binnenkomst worden aangeleverd bij de specialist ouderengeneeskunde:³⁰

- Volledige lijst van open (actuele) episodes en gesloten (niet langer actuele) episodes met attentievlag (incl. startdatum/datum laatste contact/afsluitdatum)
- Samenvatting van alle contacten met betrokken behandelaren, voorschriften, medische uitslagen en verslagen van de laatste vier maanden.

Het vastleggen van deze gegevens is essentieel om maatwerk te kunnen leveren en een doelmatig behandeltraject te kunnen realiseren. Vooral omdat de patiënt deze informatie niet altijd goed weet of kan verwoorden. De informatie komt de kwaliteit en continuïteit van zorg ten goede.

De volgende informatie heeft de specialist ouderengeneeskunde nodig om te kunnen bepalen of geriatrische revalidatiezorg de best passende zorg en behandeling is voor de patiënt:

- 1) Overzicht en beschrijving van voorafgaande ziekenhuisopname en de reden van opname om te revalideren.
- 2) Beschrijving van voorafgaande en huidige diagnoses en aandoeningen.
- 3) Medicatiegebruik bij opname.
- 4) Afspraken rondom advance care planning.
- 5) Allergieën en intoxicaties (vergiftigingen).
- 6) Premorbide functioneren (mobiliteit/thuiszorg/ADL).
- 7) Actuele informatie over lichamelijk en cognitief functioneren.
- 8) Beschrijving van ADL (activiteiten van het dagelijkse leven) en IADL (instrumentele ADL) functioneren.
- 9) Leerbaarheid, trainbaarheid en motivatie van de patiënt of belastingsmogelijkheden en beperkingen van de patiënt.
- 10) Sociale anamnese met daarbij een beschrijving van onder andere: mantelzorger; huidige inzet van professionele zorg; woonsituatie en dagbesteding.
- 11) Relevante klinimetrie volgens de samenwerkingsafspraken.

²⁹ Voor meer informatie zie richtlijn 'overdracht van medicatiegegevens in de keten' (2020).

³⁰ Voor meer informatie zie richtlijn 'gegevensuitwisseling huisarts en huisartsenpost' (NHG, versie 6, 2022).

3. De multidisciplinaire behandeling in de GRZ

In dit hoofdstuk beschrijven we het traject van de multidisciplinaire behandeling die een patiënt tijdens de GRZ ontvangt. Daarbij starten we met een beschrijving van de wijze waarop een multidisciplinair behandelplan wordt opgesteld. Dit plan is leidend voor het revalidatietraject. Vervolgens beschrijven we de taken, werkwijze en verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde wanneer deze de regie voert over het revalidatietraject.



3.1 Het opstellen van een multidisciplinair behandelplan

Bij geriatrische revalidatiezorg zijn altijd meerdere disciplines betrokken. Het multidisciplinaire team kan naast de specialist ouderengeneeskunde onder meer bestaan uit een fysiotherapeut, ergotherapeut, verpleegkundige, verzorgende, diëtist, logopedist, maatschappelijk werker, geestelijke verzorger, psycholoog, physician assistant, verpleegkundig specialist en andere artsen, zoals een specialist ouderengeneeskunde in opleiding.³¹ Taakverdeling tussen zorgprofessionals moet schriftelijk zijn vastgelegd en helder zijn verwoord aan de patiënt.³²

" Samenwerking is essentieel. Het is belangrijk dat je elkaar als zorgprofessional snel kunt vinden en samen de zorg en behandeling kan geven die de patiënt nodig heeft. "
Quote specialist ouderengeneeskunde

Samen met de patiënt en zijn naasten formuleert de specialist ouderengeneeskunde als regiebehandelaar het hoofddoel van het revalidatietraject en de voorwaarden om dit te behalen. De basis hiervoor is het ziektebeeld, het voorafgaande functioneren, de prognose en de door de patiënt gestelde doelen. Vervolgens is de specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk voor het opstellen van een individueel behandelplan. Dat begint met een beschrijving van de aandoeningen van de patiënt en de resultaten van het primaire medisch onderzoek.

³¹ Deze lijst is niet uitputten en kan per zorgorganisatie verschillen.

³² [Handreiking](#) 'Samenwerking en Taakherschikking Ouderenzorg' (Verenso, V&VN VS & NAPA, 2022).

De specialist ouderengeneeskunde verzamelt hiervoor alle (medische) patiëntgegevens, vaak volgens de SFMPC of ICF-methode, en noteert de volgende zaken in het behandelplan:

- de datum en reden van opname,
- inschatting van de behandelduur en de verwachte ontslagdatum,
- specifieke medische zaken (zoals pijnstilling, instellen medicatie i.v.m. specifieke condities, opvolgen van wonden)

Patiënten die revalideren binnen de GRZ hebben behoefte aan integrale en multidisciplinaire behandeling. Het is voor iedere patiënt belangrijk om een goed afgestemd multidisciplinair behandelplan te hebben dat gericht is op zijn/haar eigen wensen en mogelijkheden. De specialist ouderengeneeskunde kijkt met een interdisciplinaire blik welke disciplines kunnen bijdragen aan het revalidatietraject. Alle betrokken zorgprofessionals zijn verantwoordelijk om revalidatiedoelen die bij zijn/haar discipline horen SMART te formuleren. SMART staat voor specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden. Hij/zij gaat daarbij uit, maar niet uitsluitend, van bestaande specifieke zorgpaden als deze beschikbaar zijn. Door het bundelen van alle doelen ontstaat uiteindelijk het multidisciplinair behandelplan. Het is belangrijk dat de revalidatiedoelen op een voor de patiënt begrijpelijke manier worden opgeschreven en gecommuniceerd.

Wij hanteren de volgende definitie voor een multidisciplinair behandelplan:³³

Multidisciplinair behandelplan	Een beschrijving van doelen en behandeling die passen bij de specifieke problematiek en wensen van een patiënt. Dit behandelplan is in samenspraak met de patiënt en zijn naasten opgesteld door verschillende disciplines die gezamenlijk de zorg en behandeling bieden. De regiebehandelaar bewaakt hierin de samenhang.
--------------------------------	--

Het multidisciplinair behandelplan is leidend tijdens de revalidatie en een belangrijk hulpmiddel om gezamenlijk probleemgebieden te formuleren, doelen te bepalen, te prioriteren, taken te verdelen en vervolgens te evalueren of de doelen behaald zijn. Het bevat alle afspraken die gemaakt zijn met de patiënt door de specialist ouderengeneeskunde en andere behandelaren en beschrijft het hoofddoel, de doelen van de verschillende disciplines, tussendoelen en hoe deze doelen samen met de patiënt behaald kunnen worden.³⁴ De verwachte ontslagdatum wordt hierin ook opgenomen. Het behandelplan en/of revalidatiedoelen worden bijgesteld als de situatie daar om vraagt.

³³ Deze definitie is opgesteld aan de hand van de [handreiking MDO](#) (Verenso, 2015) en definitie [behandelplan](#) volgens de Nza.

³⁴ Voor meer informatie verwijzen wij naar [behandelkaders geriatrische revalidatiezorg](#) (Verenso, 2010) en [prestatie indicatoren geriatrische revalidatiezorg](#) opgesteld door Verenso (2013).

3.2 Taken, werkwijze en verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde

Wanneer de specialist ouderengeneeskunde regiebehandelaar is, voert deze de regie over het opstellen, de uitvoering en het bijhouden van het multidisciplinair behandelplan.

" De kracht van de specialist ouderengeneeskunde in de geriatrische revalidatiezorg is om te kijken of het behandelprotocol of zorgpad waarvoor de patiënt in aanmerking zou komen ook van toepassing is op de situatie van deze patiënt. Dat is maatwerk. "

Quote specialist ouderengeneeskunde

3.2.1 Coördinatie van de behandeling en voortgang van de patiënt

Nadat de behandeling is gestart, is het belangrijk om de voortgang van de patiënt nauwlettend te monitoren. Een moment waarop deze voortgang wordt besproken is het MDO (multidisciplinair overleg) waarbij alle betrokken disciplines aanwezig zijn. Hierbij wordt de voortgang van de patiënt in kaart gebracht, wordt in overleg met de patiënt gekeken of de doelen bijgesteld moeten worden en wordt geïventariseerd of de juiste disciplines betrokken zijn bij de revalidatie van de patiënt. De specialist ouderengeneeskunde als regiebehandelaar is tijdens het MDO verantwoordelijk voor het inhoudelijke traject en de evaluatie van het hoofddoel. Wij hanteren de volgende definitie voor een MDO:³⁵

Multidisciplinair overleg (MDO)	Het overleg tussen zorgprofessionals waarbij het multidisciplinaire team samenwerkt en afstemt over de behandeldoelen. Het MDO wordt bij voorkeur gehouden in aanwezigheid van de patiënt en zijn naasten. De inbreng van de patiënt moet worden meegenomen.
---------------------------------	--

Een MDO heeft tot doel:

- De voortgang van de revalidatie van de patiënt te monitoren. Hierbij kunnen de volgende vragen centraal staan: verloopt het revalidatieproces zoals verwacht, is de verwachte ontslagdatum haalbaar en wat moet er nog geregeld worden voorafgaand aan het ontslag (bijv. een huisbezoek of een oefenverlof van de patiënt onder begeleiding van familie);
- Het bijstellen van de revalidatiedoelen met patiënt, zijn naasten en betrokken disciplines;
- Passende leerstrategie bepalen aan de hand van de leerbaarheid van de patiënt;
- De revalidatiedoelen te prioriteren en de inzet van behandelaren hierop aan te passen;
- Het uitwisselen van informatie over de patiënt en met de patiënt.

Het MDO (en de acties die hieruit volgen) wordt bij voorkeur besproken in aanwezigheid van de patiënt en zijn naasten op een voor de patiënt en naasten begrijpelijke manier. Wanneer dit niet mogelijk is, worden de uitkomsten in ieder geval altijd teruggekoppeld naar de patiënt en zijn naasten. Iedere patiënt wordt in principe één keer in de twee weken tijdens de wekelijks geplande MDO's besproken, tenzij in het multidisciplinaire team is besloten dat een andere frequentie passend is. Dit overleg kan fysiek of digitaal plaatsvinden. Het is belangrijk deze afspraken met de patiënt te bespreken en vast te leggen. Door de afstemming met en tussen patiënt, naasten, specialist ouderengeneeskunde en andere zorgprofessionals draagt het MDO bij aan de continuïteit en efficiëntie van zorg en behandeling.

³⁵ Voor meer informatie over de rol van de specialist ouderengeneeskunde in relatie tot het MDO zie de [handreiking MDO](#) van VerenSo (2015) en voor meer informatie over de aanwezigheid van de patiënt bij het MDO zie blz. 39 van [Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg](#) (2021).

Als de patiënt en zijn naasten of de betrokken behandelaren tijdens de behandeling bijzonderheden of complicaties opmerken wordt er eerder dan het geplande MDO geëvalueerd. In het MDO wordt gekeken of de (verwachte) ontslagdatum nog haalbaar en realistisch is.

Het is belangrijk om het verloop van het revalidatietraject van de patiënt goed vast te leggen in het multidisciplinaire behandelplan.³⁶ Hierbij moeten onder andere het verslag van het MDO en de vervolgacties worden vastgelegd. De voortgang van de patiënt kan op deze manier worden geëvalueerd en de doelen in het multidisciplinair behandelplan zo nodig worden bijgesteld.

3.2.2 Afstemming tijdens de behandeling

Tijdens de revalidatie kan het zijn dat een patiënt voor een afspraak naar het ziekenhuis of andere zorgorganisatie moet. Een patiënt kan bijvoorbeeld een afspraak hebben met de neuroloog om bepaalde spierziekten verder te onderzoeken of met de radioloog voor het maken van röntgenfoto's, echo's of CT/MRI scans. Het is de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en naasten om zelf vervoer te regelen en hier regie over te voeren. Deze afspraken zijn vaak van grote invloed op het behandeltraject. Het multidisciplinaire behandelteam kan de patiënt en naasten ondersteunen waar nodig. Door de uitkomsten mee te nemen in het multidisciplinair behandelplan kan zorg en behandeling aan de patiënt efficiënter worden ingezet.

"Maar dan komt de taxi niet opdagen voor de zoveelste keer. Dan wordt de afspraak met de neuroloog weer een week uitgesteld...Dat zei ik ook in het ziekenhuis. Jullie smijten wel met twee weken of drie weken. Hallo; ik wil ook naar huis. Dat is niet bevorderlijk voor je gevoel hoor. Daar word je opstandig van of daar word je onverschillig van."

Quote patiënt

Hieronder volgen de belangrijkste randvoorwaarden die voor de specialist ouderengeneeskunde essentieel zijn tijdens de behandeling en om de voortgang van de patiënt te kunnen evalueren:

- Om de revalidatiedoelen van de patiënt tijdens het MDO te evalueren moet het patiëntendossier up-to-date zijn. De specialist ouderengeneeskunde en alle betrokken disciplines moeten daarvoor alle relevante patiëntgegevens, evaluaties en gesprekken vastleggen in het medisch dossier. Dit betekent dat elke behandelaar de revalidatiedoelen formuleert en wijzigt die bij zijn/haar discipline horen, zodat de specialist ouderengeneeskunde als regiebehandelaar het proces van de patiënt goed kan evalueren.
- Het is een vereiste om als specialist ouderengeneeskunde de patiënt zelf te zien tijdens het revalidatietraject wanneer de specialist ouderengeneeskunde regiebehandelaar is. Dit kan tijdens de wekelijkse visites, een multidisciplinair overleg en/of afstemmingsoverleg met alle betrokken behandelaren en/of een familiegesprek. Om ervoor te zorgen dat de patiënt (en zijn naasten) ook beschikbaar zijn tijdens deze momenten is het belangrijk om deze bezoeken mee te nemen in de planning. Op deze manier krijgt de specialist ouderengeneeskunde een goed beeld van hoe het met de patiënt gaat, hoe het revalidatietraject verloopt en of er medische aandachtspunten zijn (zoals het cognitief vermogen, functioneel niveau en de motivatie van de patiënt). Het contact met de arts wordt ook gewaardeerd door de patiënt en zijn naasten.

³⁶ Voor meer informatie over verwijzen wij naar de [nota Medische Verslaglegging](#) (Verenso, 2009).

4. Einde revalidatietraject en overdracht

In dit laatste hoofdstuk beschrijven we het einde van het revalidatietraject. Wanneer een patiënt naar huis kan terugkeren, betekent dit niet altijd het einde van een revalidatietraject. Het kan zijn dat de revalidatie ambulante thuis wordt voortgezet. Wij beschrijven hieronder eerst de terugkeer naar huis en vervolgens de formele beëindiging van het revalidatietraject. Tot slot beschrijven we de taken, werkwijze en verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde wanneer deze de regie voert over het revalidatietraject.

"Kwaliteit van zorg en behandeling is het zo vroeg mogelijk organiseren van het einde van het revalidatietraject met de patiënt en zijn naasten."

Quote specialist ouderengeneeskunde

Als de patiënt de revalidatiedoelen heeft behaald, als revalidatiedoelen kunnen worden voortgezet in de eerste lijn of als de revalidatie onvoldoende meer toevoegt aan het herstel van de patiënt, wordt toegewerkt naar een terugkeer naar huis. Dit is voor de patiënt vaak een belangrijke stap waarbij het revalidatietraject misschien wel wordt afgesloten maar de patiënt nog verder moet herstellen en zijn/haar weg in het leven opnieuw moet vinden. Daardoor kan de patiënt opzien tegen de terugkeer naar huis of de verhuizing naar een andere woonomgeving.



Het is belangrijk dat de voorbereiding voor het einde van het revalidatietraject zo vroeg mogelijk begint. Zoals in hoofdstuk twee beschreven, wordt de verwachte ontslagdatum bij voorkeur al bij de start van het revalidatietraject vastgesteld evenals wat de patiënt nodig heeft om zijn leven na het afronden van de opname op zijn eigen manier te kunnen voortzetten. Tijdens de behandeling evalueren de patiënt, zijn naasten en de betrokken disciplines of deze datum en doelen (nog) haalbaar is/zijn. De specialist ouderengeneeskunde organiseert voorafgaand aan de (verwachte) ontslagdatum een laatste MDO. Hierin bespreken alle betrokken disciplines of de ontslagdatum volgens hen haalbaar is, wat de patiënt nodig heeft om thuis verder te herstellen en worden resterende actiepunten onder de betrokken disciplines verdeeld. Dit kan bijvoorbeeld een huisbezoek zijn of een periode waarin de patiënt voor een dagdeel, een hele dag of een aantal dagen naar huis gaat om te inventariseren of aanvullende zorg en/of aanpassingen aan het huis nog nodig zijn. Deze acties worden vaak al tijdens het revalidatietraject besproken en uitgezet. In samenspraak met patiënt, naasten en betrokken disciplines bepaalt de specialist ouderengeneeskunde wanneer het hoofddoel van het revalidatietraject is behaald en of de patiënt kan terugkeren naar zijn of haar woonsituatie.

Als de patiënt thuis verder kan werken aan de revalidatiedoelen, wordt de patiënt door het multidisciplinaire team geadviseerd hoe dat het beste kan worden vormgegeven. Hierbij kan gedacht worden aan de volgende vervolgtrajecten:

- Wijkverpleging en/of paramedische zorg in de thuissituatie, zoals fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek (eerstelijnszorg).
- Voortzetting van de GRZ-behandeling in de thuissituatie en/of dagbehandeling waarbij meerdere paramedici behandelen (ambulante geriatrische revalidatiezorg).
- Voortzetting van de revalidatie in een Medisch Specialistische Revalidatie behandelteam.

Als de patiënt (nog) niet naar huis kan terugkeren maar er geen haalbare of realistische revalidatiedoelen meer zijn, kan de patiënt (tijdelijk) worden opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis of verder herstellen op een eerstelijnsverblijf afdeling. Dit betekent het einde van een geriatrisch revalidatietraject.

4.1 Het belang van een goede overdracht bij het einde van het revalidatietraject

Als de patiënt naar huis kan terugkeren draagt de specialist ouderengeneeskunde de verantwoordelijkheid over aan de huisarts. Daarnaast is het belangrijk om ook andere betrokken zorgprofessionals goed te informeren.

Voor medische overdracht hanteren wij de volgende definitie:³⁷

Overdracht	Het bewust overdragen van de verantwoordelijkheid voor de zorg en behandeling voor een patiënt van de ene zorgverlener aan de andere. Een goede overdracht vraagt van zowel de overdragende als de opvolgende zorgprofessional, duidelijke verantwoordelijkheden, taken en informatie.
------------	--

Zodra de patiënt naar huis kan, wordt voor of op de dag van ontslag een ontslagbrief verstuurd naar de huisarts waarin de volgende aspecten worden meegenomen:

- Reden van revalidatie
- Beloop van het revalidatietraject³⁸
- Functioneren op het moment van overdracht
- Anamnese en voorgeschiedenis
- Medicatie bij ontslag (inclusief alle wijzigingen en redenen)
- Medisch beleid ten aanzien van reanimatie
- Conclusie en samenvatting van de revalidatiebehandeling
- Benodigde nazorg voor de patiënt
- Adviezen en aandachtspunten

Het is belangrijk dat de informatie van alle betrokken disciplines wordt opgenomen in deze ontslagbrief met een duidelijk overzicht van alle (sub)revalidatiedoelen. Deze ontslagbrief wordt toegevoegd aan het medisch dossier van de patiënt. Als er nog acties nodig zijn in de thuissituatie of als de revalidatie gecompliceerd is verlopen, neemt de specialist ouderengeneeskunde bij voorkeur ook telefonisch contact op met de huisarts. Dit komt de kwaliteit van (na)zorg en behandeling ten goede. Het heeft de voorkeur om daarnaast een ontslagbrief op te stellen voor de patiënt en zijn naasten met praktische informatie over medicatie, hulpmiddelen, zorg en ondersteuning en contactpersonen en -gegevens.

³⁷ https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j4nvqs5kjq27kof_j9vvij5epmi1ev0/vjuziwfhlm8/f=/blq533378.pdf

³⁸ Waarbij gebruik gemaakt kan worden van het SFMPC of ICF-model.

"Korte lijnen met onder andere het ziekenhuis, de wijkverpleging en de huisarts zorgen voor zowel een kwalitatief goede opname als overdracht bij het einde van het revalidatietraject."
Quote specialist ouderengeneeskunde

Naast de medische overdracht naar de huisarts is een overdracht en mogelijke verwijfsbrieven naar de volgende disciplines belangrijk:

- **Apotheek**

Een overzicht van medicatie moet voor of op de dag van ontslag worden overgedragen naar de apotheek van de patiënt. Het is belangrijk dat hierbij alle medicatie (inclusief doorgevoerde wijzigingen tijdens opname) wordt meegenomen.

- **Wijkverpleging en paramedische zorg in de eerstelijns**

Als een patiënt na opname nog aanvullende zorg en/of behandeling aan huis nodig heeft, is het belangrijk dat de aanvragen en verwijzingen aan huis op tijd worden uitgezet. Daarbij verzorgen alle paramedici (zoals een fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist of diëtist) en (wijk)verpleegkundigen en verzorgden een overdracht naar de eigen discipline als de behandeling in de eerste lijn wordt vervolgd. Deze overdracht bevat specifieke behandelingsinformatie zodat de behandeling efficiënt kan worden voortgezet.

- **Verwijzend ziekenhuis**

Het komt de continuïteit van zorg ten goede door de ontslagbrief van het revalidatietraject ook naar de specialisten van het verwijzend ziekenhuis te sturen. Zo ontvangen zij een terugkoppeling van de revalidatiebehandeling.



"Ik kan niet meer zonder rollator in huis lopen, eerder wel, en dan heb je toch allemaal aanpassingen nodig. De badkamer die te klein is... Dat zijn allemaal dingen waar je voor komt te staan."
Quote patiënt

Ondersteuning bij het huishouden (zoals personenalarmering), woningaanpassingen en extra begeleiding in het dagelijkse leven kan worden aangeboden vanuit de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning). Voor het ontslag van de patiënt vraagt de specialist ouderengeneeskunde na of de noodzakelijke aanvragen tijdig zijn gerealiseerd, zodat de patiënt naar huis kan terugkeren. Mogelijk kan een beroep worden gedaan op mantelzorgers om terugkeer naar huis alvast mogelijk te maken wanneer nog niet alle woningaanpassingen zijn afgerond.

4.2 Taken, werkwijze en verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde

Als regiebehandelaar is de specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk voor de coördinatie van het einde van de revalidatie, het bewaken van het overzicht en voor de formele beëindiging van het GRZ-traject. Een GRZ-traject wordt formeel afgesloten door het sluiten van de DBC door de specialist ouderengeneeskunde. Alle betrokken zorgprofessionals zijn samen verantwoordelijk voor het behalen van de (sub)revalidatiedoelen die met de patiënt zijn geformuleerd. Hierdoor is het een gezamenlijk gedragen beslissing van het multidisciplinaire team dat betrokken is bij de revalidatie van de patiënt.

" Het beëindigen van een revalidatietraject is een gezamenlijk gedragen beslissing van patiënt, naasten en alle betrokken disciplines. Iedere discipline is hierbij verantwoordelijk voor zijn eigen gedeelte van het revalidatietraject. De specialist ouderengeneeskunde bewaakt als regiebehandelaar hierin de samenhang. "

Quote specialist ouderengeneeskunde

De volgende specifieke aandachtspunten zijn voor de specialisten ouderengeneeskunde belangrijk voor een volledige overdracht in de ketenzorg:

- Bij geriatrische revalidatiezorg zijn altijd meerdere disciplines betrokken. Met betrekking tot het ontslag is het belangrijk dat alle actiepunten worden verdeeld onder de betrokken zorgprofessionals. De specialist ouderengeneeskunde gaat hierbij na wat de patiënt nog nodig heeft en controleert als regiebehandelaar of alle aanvragen en actiepunten tijdig zijn uitgezet.
- Om passende zorg en behandeling te kunnen bieden na het einde van het revalidatietraject, is het belangrijk dat alle opvolgende zorgprofessionals geïnformeerd worden en de informatie naar hen op tijd wordt overgedragen. Vroegtijdige afstemming is hierbij van belang. Hierdoor weten de patiënt, zijn naasten en de zorgprofessionals wat er van hen verwacht wordt na het revalidatietraject en kan, indien nodig, aanvullende zorg en behandeling tijdig worden gestart.

Geraadpleegde literatuur

Academische Werkplaats voor Ouderenzorg Zuid Limburg. (2018). *Zorgpad Geriatrische Revalidatiezorg*. Beschikbaar op: https://www.awolimburg.nl/userfiles/files/implementatie/zorgpad_geriatrische_revalidatiezorg.pdf

Consortium Geriatrische Revalidatie. (2017). *Position Paper GRZ*. Beschikbaar op: <https://www.verenso.nl/asset/public/Thema-en-projecten/Financiering/Position-Paper-GRZ.pdf>

Consortium Geriatrische Revalidatie. (2021). *Rapport onderweg naar beter; de ontwikkelagenda voor een overkoepelende kwaliteitsstandaard voor de kortdurende herstelgerichte zorg*. Beschikbaar op: <https://www.verenso.nl/asset/public/Eindrapport-Onderweg-naar-beter-projectnummer-100200220i-0001.pdf>

De Groot, A. & Smit, E. (2020). *Triage door de specialist ouderengeneeskunde*. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, 4. Beschikbaar op: <https://www.verenso.nl/magazine-augustus-2020>

Everink, I., van Haastregt, J., Kempen, G. I. J. M., Thijssen, G. A. H. M., Bardelmeijer, E., de Witte, M., & Schols, J. (2018). *GRZ-opname vanuit de thuissituatie na triage door een specialist ouderengeneeskunde: Een pilotstudie*. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, 6, 1-11. Beschikbaar op: <https://www.verenso.nl/magazine-juni-2018>.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). (2022). *Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. Beschikbaar op: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/verantwoordelijkheidsverdeling.htm>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Besluit zorgverzekering, artikel 2.5c*. Beschikbaar op: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2022-01-01/0#Hoofdstuk2>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016). *Zorg- en verblijfsvormen kwetsbare ouderen*. Beschikbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2016/06/23/zorg-en-verblijfsvormen-kwetsbare-ouderen>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021). *Dialognota ouder worden 2020-2040*. Beschikbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/02/28/dialognota-ouder-worden-2020-2040>

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. (2012). *Geriatrische revalidatiezorg: wat vinden patiënten belangrijk*.

Nederlandse Zorgautoriteit. (2022). *Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG22132 (overheid.nl)*

Nederlandse Zorgautoriteit. (2022). *Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG22135 (overheid.nl)*

Programma Beter Thuis in opdracht van ZonMw en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport. (2021). *Rapport varen op ervaringen*. Beschikbaar op: https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Ouderen/Beter_Thuis/Rapport_Beter_Thuis_Varen_Op_Ervaringen.pdf

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Synthese*. Beschikbaar op: <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2018-0030.html>

Studio GRZ. (2015). *Handleiding registratie geriatrische revalidatie; toelichting op de grz-productstructuur en -spelregels voor de DBC-registratie 2015.*

Van Zuilekom, S., Schut, R. M., van Munster, B. C., & Spies, P. E. (2019). *Geriatrische revalidatiezorg na triage op de spoedeisende hulp: Patiëntkarakteristieken en revalidatie-uitkomsten.* Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 50(1), 8-14. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.36613/tqg.1875-6832/2019.01.02>

Verenso. (2010). *Behandelkaders Geriatrische Revalidatiezorg.* Beschikbaar op: <https://www.verenso.nl/asset/public/Thema-en-projecten/GRZ/StandpuntVerensoBehandelkadersdef.pdf>

Verenso. (2013). *Triage Instrument Geriatrische Revalidatiezorg.* Beschikbaar op: <https://www.verenso.nl/asset/public/Thema-en-projecten/GRZ/Verensotriage-instrument-GRZversie-maart-2013.pdf>

Verenso. (2013). *Prestatie indicatoren geriatrische revalidatiezorg.* Beschikbaar op: <https://www.verenso.nl/asset/public/Thema-en-projecten/Financiering/GRZ-2-Bijlage-IndicatorensetGRZ2.pdf>

Verenso. (2014). *Handreiking geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde.* Beschikbaar op: https://www.verenso.nl/asset/public/Richtlijnen_kwaliteit/VER-003-36_handrGeriatrischAssesement_v5.pdf

Verenso. (2019). *Competentieprofiel specialist ouderengeneeskunde. Voor optimale medische zorg aan kwetsbare ouderen en patiënten met een complexe zorgvraag.* Beschikbaar op: https://www.verenso.nl/asset/public/Praktijkvoering_handreikingen/VERENSO_Competentieprofiel2019.pdf

Verenso. (2020). *Leidraad Toegang Geriatrische Revalidatiezorg zonder voorafgaande opname in het ziekenhuis.* Beschikbaar op: https://www.verenso.nl/asset/public/Thema-en-projecten/GRZ/201203_Leidraad_GRZ-toegang-versie-1-1_DEF.pdf

World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).* Beschikbaar op: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

Zorginstituut Nederland. (2020). *Memo. Analyses zorgproducten geriatrische revalidatiezorg.* Beschikbaar op: <https://www.zorgcijfersdatabank.nl/binaries/content/assets/zorgcijfersdatabank/publicaties/memo-grz-analyses-zin.pdf>

Zorginstituut Nederland. (2021). *Geriatrische revalidatiezorg in de Zorgverzekeringswet.*