



LEIDEN UNIVERSITY MEDICAL CENTER

**Deze powerpoint is gepresenteerd op
het 4e WCN-Verenso symposium**

Proeftuinen en Kruisbestuiving

25 mei 2011.

**Deze presentatie is eigendom van Wilco Achterberb.
Het gebruiken van (delen van) deze presentatie mag alleen in
overleg met de auteur.**





LEIDEN UNIVERSITY MEDICAL CENTER

Proeftuinen *Geriatrische Revalidatie*

Prof Wilco Achterberg,

Hoogleraar Institutionele Zorg en Ouderengeneeskunde, LUMC

Specialist Ouderengeneeskunde Topaz



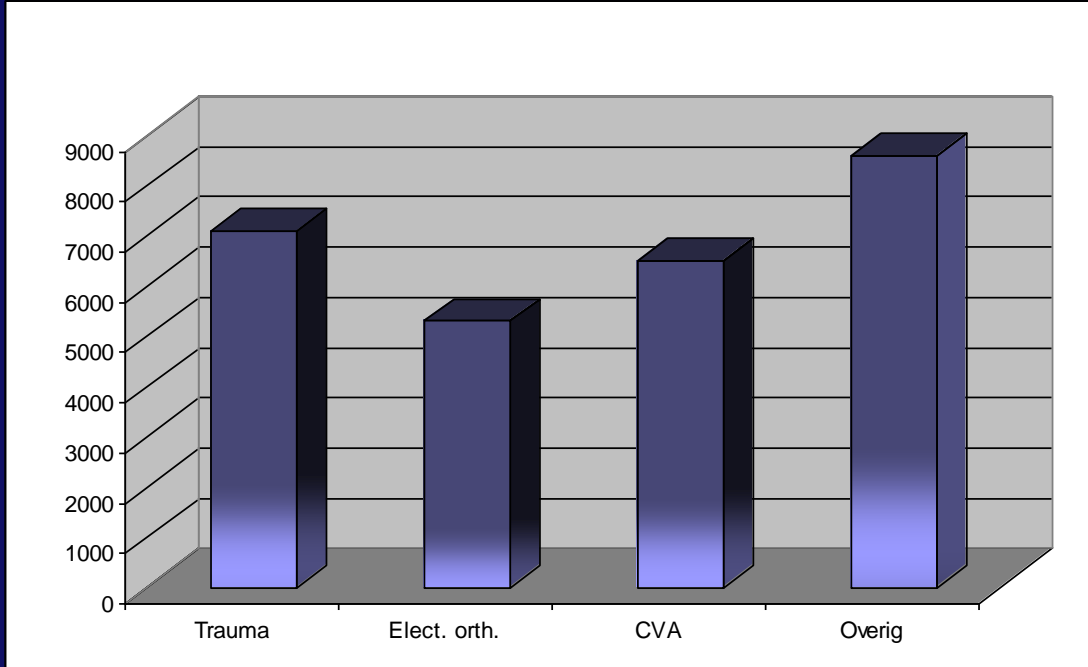


Proeftuinen van vernieuwend zorgaanbod

Een tabloid over de
(toekomstige) overheveling
van de geriatrische revalidatiezorg
naar de Zorgverzekeringswet.

- Achtergrond & Aanleiding proeftuin
- Doel, Interventies & Verwachte resultaten
- Samenwerking RA/SO
- Monitor **Singer**

Achtergrond: Aantal patiënten in Nederland per jaar ETC-Tangram/LUMC 2007



| | |
|--------------------|------|
| <u>Overig:</u> | |
| Bewegingsapparaat | 28 % |
| Gastro intestinaal | 15 % |
| Respiratoir | 13 % |
| Cardiovasculair | 10 % |
| Neurologisch | 7 % |
| Anemie/alg zwakte | 9 % |
| Dementie/org psych | 3 % |
| Rest | 14 % |

Trauma:

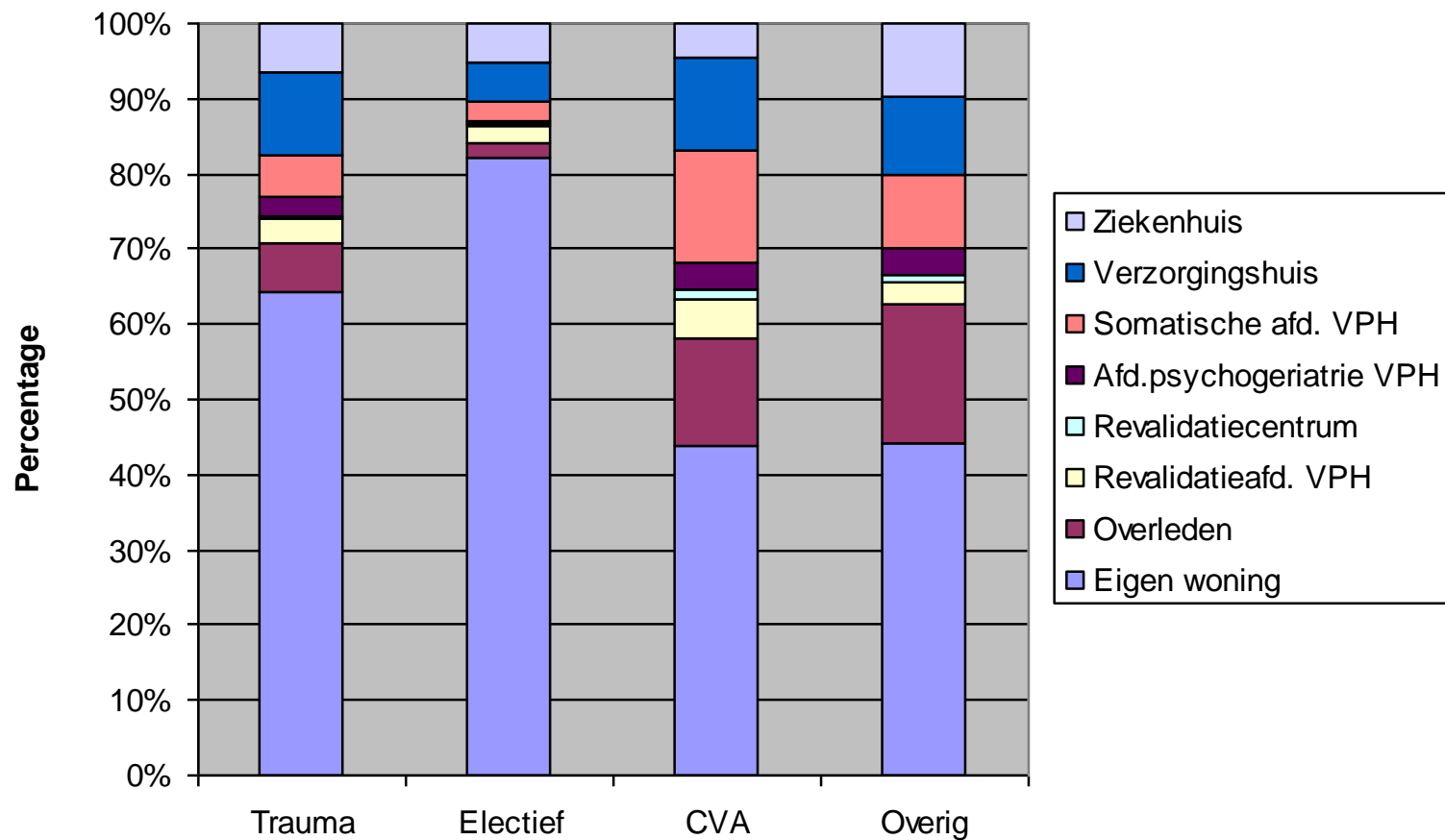
| | |
|-----------------|------|
| Heupfracturen | 53 % |
| Bekkenfracturen | 8 % |
| Onderbeen fr | 5 % |
| Humerusfractuur | 5 % |
| Wervelfractuur | 5 % |

Electief:

| | |
|----------|------|
| THP | 39 % |
| Revisies | 13 % |
| TKP | 29 % |

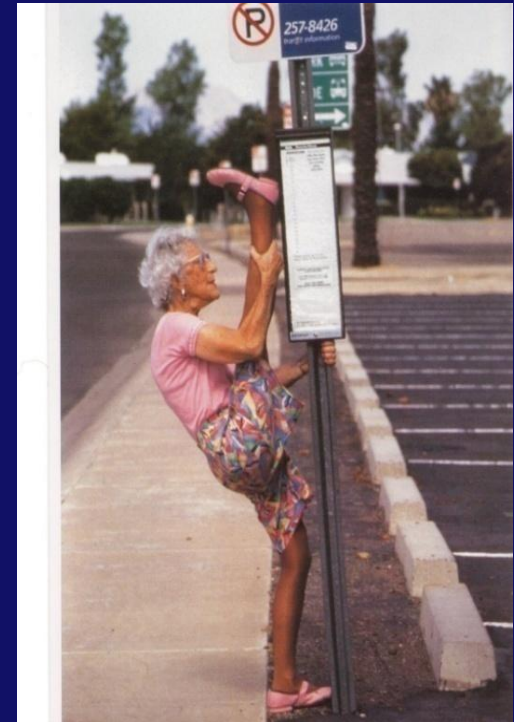
Ontslagbestemming 2007 ETC Tangram/LUMC

Ontslagbestemming per diagnosegroep



*Conclusies en knelpunten**

- Omvang revalidatie 27.500 patiënten per jaar (2007)
- Optimaal revalidatiepad is onbekend
- Individuele centra presteren zeer wisselend
- Opnameduur is korter op grote revalidatie afd.
- Opnameduur zou verkort kunnen worden
- Weinig samenwerking in de keten
- Schotten in de zorg belemmeren doorstroom
- Financiering is geen prikkel tot betere prestaties
- Uitkomsten niet transparant, Black box?



*Revalidatie in de AWBZ, omvang, aard en intensiteit
ETC Tangram, PHEG/LUMC 2008

Overheveling Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ) uit de AWBZ naar de Zvw in 2013

Reden overheveling:

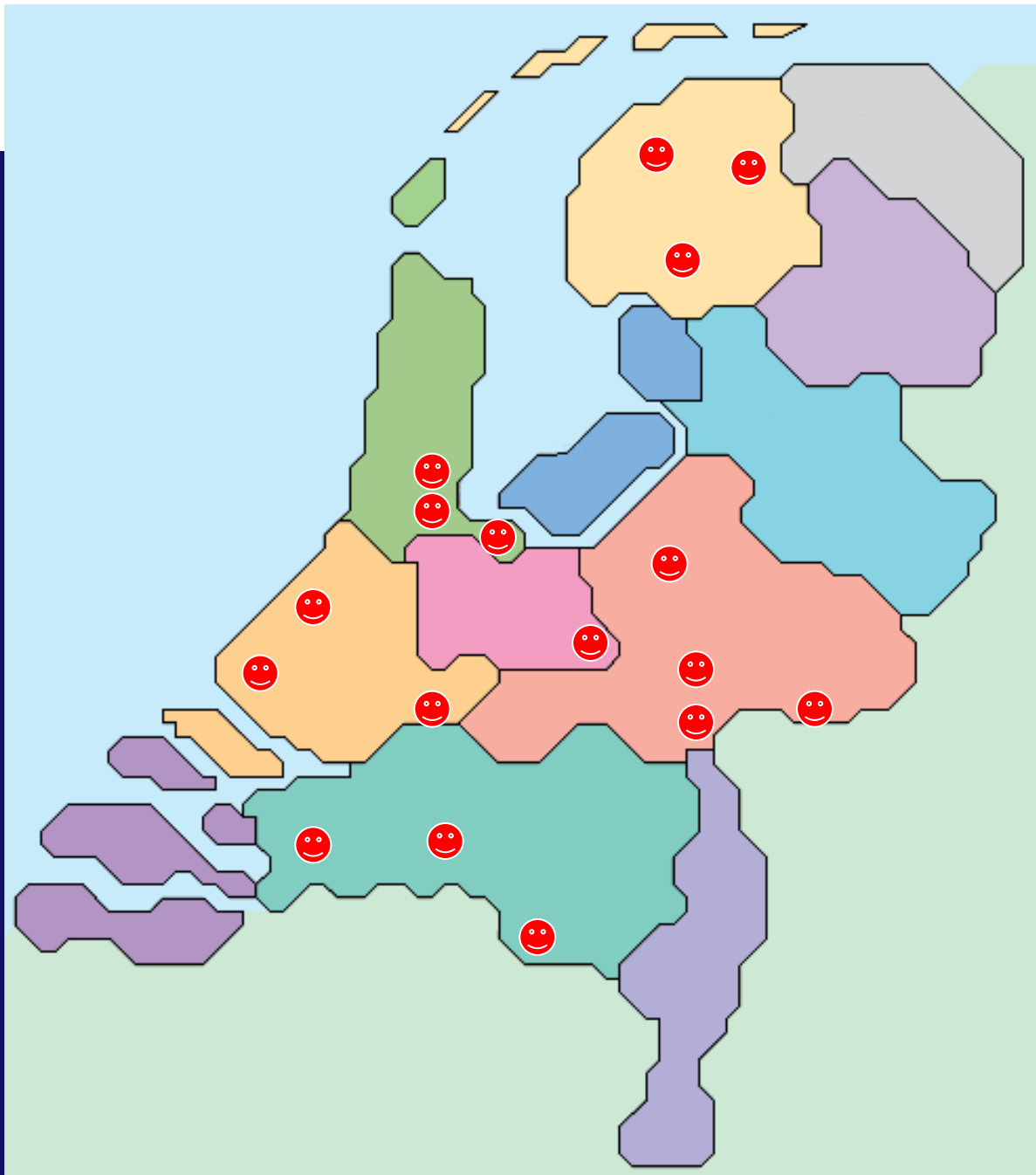
- GRZ is kortdurende, herstelgerichte zorg en dus verzekerbare zorg en hoort om die reden niet in de AWBZ thuis
- GRZ is ketenzorg en daarom gebaat bij een enkel financieringsstelsel
- GRZ onder regie van de zorgverzekeraar kan beter in keten worden georganiseerd

Stuurgroep:

- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- ActiZ (brancheorganisatie van zorgondernemers)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Verenso (brancheorganisatie specialist ouderengeneeskunde en sociaal geriaters)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- DBC Onderhoud

Doel:

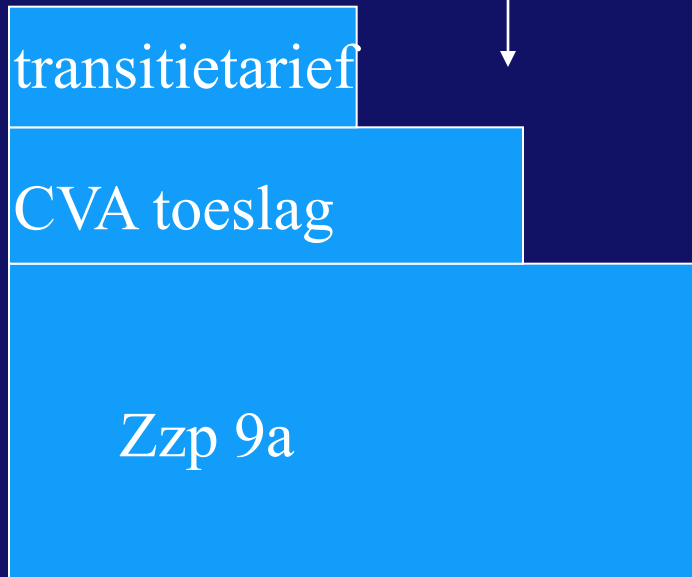
Het organiseren van een innovatief, flexibel aanbod van geriatrische revalidatiezorg dat op maat is gesneden voor de cliënt, in samenwerking met diverse aanbieders in de keten en de zorgverzekeraars.



- Ontwikkelen zorgpaden voor verschillende doelgroepen
- Ontwikkelen van Triage instrument
- Intensievere en meer behandeling (transitietarief!)
- Alternatieve behandelmethode
- Ketenafspraken optimaliseren
- Informatieoverdracht optimaliseren
- Rol van de cliënt en mantelzorgversterken
- Aanpak knelpunten in de doorstroming
- Kwaliteitsverbetering & zorg op maat
- Scholing medewerkers & “coaching on the job”

Verkorting opname
met 2 weken

56 dagen



Resultaten:

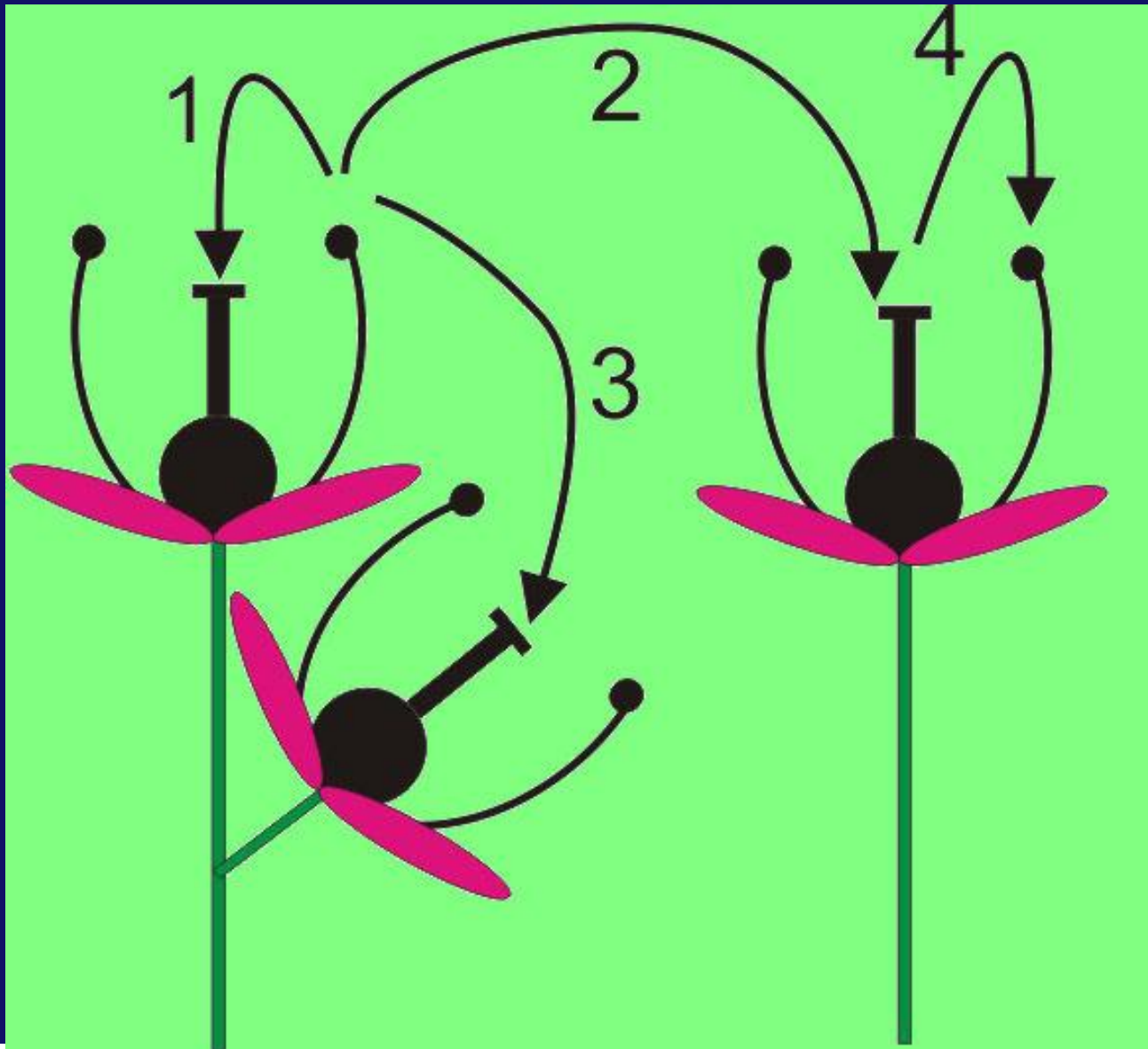
Toename van kennis, inzichten, informatie en ervaringen op basis waarvan men kan komen tot:

- Een samenhangend aanbod van GRZ in de regio met meerwaarde voor de cliënt
- Een gefundeerde onderbouwing voor de zorgverzekeraar om de regierol te kunnen vervullen
- DBC registratie systeem

Samenwerking SO revalidatiearts

- Samen vormgeven ontwikkelen
- Advies: revalidatieproces
- Consultatie patienten
- Meekijken/meelopen, van elkaar leren!

Kruisbestuiving....



Samenwerking SO revalidatiearts

- Ontwikkelen zorgpaden voor verschillende doelgroepen
- Ontwikkelen van Triage instrument
- Intensievere en meer behandeling
- Alternatieve behandelmethode
- Ketenafspraken optimaliseren
- Informatieoverdracht optimaliseren
- Rol van de cliënt en mantelzorgversterken
- Aanpak knelpunten in de doorstroming
- Kwaliteitsverbetering & zorg op maat
- Scholing medewerkers & “coaching on the job”
- Samen vormgeven, meekijken RA met SO?
- Samen vormgeven
- Advies/consultatie RA
- Advies RA, meekijken met RA
- Samen vormgeven
- Samen met specialist vormgeven
- Meekijken met RA?
- Samen met RA
- Advies/meekijken RA
- Samen met RA

Monitor bestaande uit 3 lijnen:

Lijn 1 → Procesevaluatie op organisatieniveau
(door procesbegeleiders proeftuinen)

Lijn 2 → Procesevaluatie op cliëntniveau

Lijn 3 → Effectevaluatie op cliëntniveau

Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)

VU medisch centrum Amsterdam (VUmc)

Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC)

- Prof. dr. W.P. (Wilco) Achterberg, LUMC
- Dr. R. (Romke) van Balen, LUMC
- Dr. J.C.M. (Jolanda) van Haastregt, MUMC+
- Prof. dr. J.M.G.A. (Jos) Schols, MUMC+
- Drs. A.J. (Aafke) de Groot, VUmc
- Prof. dr. C.M.P.M. (Cees) Hertogh, VUmc
- Drs. G. (Ineke) Zekveld, LUMC



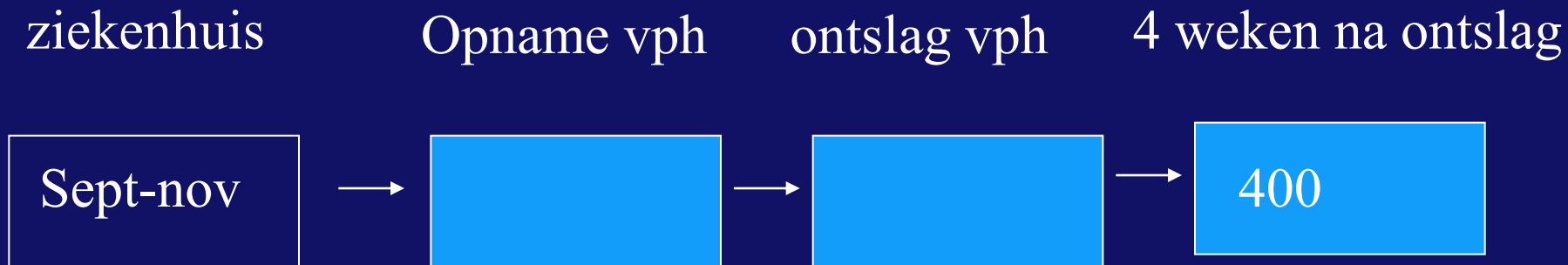
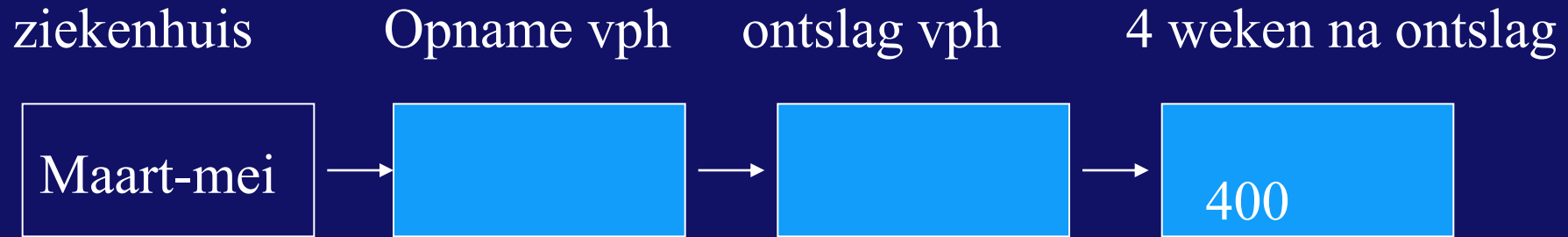
LEIDEN UNIVERSITY MEDICAL CENTER

SINGER

Synergy and INnovation in GEriatric Rehabilitation
Samenwerking en INnovatie in GEriatrische Revalidatie



Vergelijken 2 cohorten 2011



Nieuw cohort 2012?

| Meetmoment | Bron | Methode |
|---|--|---|
| Bij opname cliënt (revalidatieafdeling) (T0) | Verzorgende, arts, fysiotherapeut | Online enquête |
| Bij ontslag naar thuissituatie of voorziening voor langdurig verblijf (T2) | Verzorgende, arts, fysiotherapeut | Online enquête |
| Gedurende hele opname (continue) | Behandelaars en administratieve afdeling | Online DBC- zorgtraject formulier t.b.v. de DBC registratie |
| Vier weken na ontslag naar de thuissituatie of voorziening voor langdurig verblijf (T3) | Cliënt & primaire mantelzorger | Schriftelijke vragenlijst (mogelijk mondeling) |

- A. Tot welke vormen van integrale zorgtrajecten op individueel cliëntniveau leiden proeftuinen?
- B. Op welke wijze wordt binnen individuele zorgtrajecten omgegaan met:
- Overdracht
 - Triage
 - Revalidatiedoelen
 - Kwaliteit van samenwerking
 - Prognosestelling
 - Screening en assesment
 - Ondersteuning en begeleiding van cliënt en mantelzorg
 - Voorbereiding ontslag
 - Regie en traject verantwoordelijkheid
- C. Wat is de mening van cliënt en mantelzorg over de zorgtrajecten?

- Oordeel over zorg/behandeling gedurende hele traject
- Oordeel over triage
- Oordeel over de begeleiding bij transitie's
- Oordeel over afstemming van de zorg
- Oordeel over mate waarin rekening wordt gehouden met wensen en behoeften cliënt
- Oordeel over betrokkenheid cliënt bij het opstellen van doelen revalidatie-behandeling
- Oordeel over informatieverstrekking
- Algeheel oordeel over het zorgtraject
- Verbeterpunten zorgtraject

- Demografische kenmerken

Leeftijd, geslacht, etniciteit, opleiding, burgerlijke staat, woonsituatie, afstand mantelzorger

- Gezondheid cliënt

Ervaren gezondheid, complicaties, multimorbiditeit, cognitief functioneren, ADL, mobiliteit, zorggebruik, etc.

- DBC registratie

Opnameduur, behandeluren, betrokken disciplines, etc.

- ADL (Katz / MDS)
- Ervaren kwaliteit van leven (MDS / RAND-36)
- Zelfredzaamheid Frenchay Activities Index (FAI)
- Bezorgdheid vallen 'Short Falls Efficacy Scale-International' (short FES-I)
- Ervaren gezondheid (MDS / RAND- 36)
- Psychisch welbevinden (MDS / RAND-36)
- Sociaal functioneren (MDS / RAND-36)

- ADL: Barthel Index
- Cognitief functioneren: Cognitive Performance Scale (CPS)
- Depressieve klachten: MDS depressieschaal
- Comorbiditeit: Functional Comorbidity Index (FCI / MDS)
- Mobiliteit: Functional Ambulation Categories (FAC)
- Balans: Berg Balance Scale (BBS) (uitsluitend CVA patiënten)

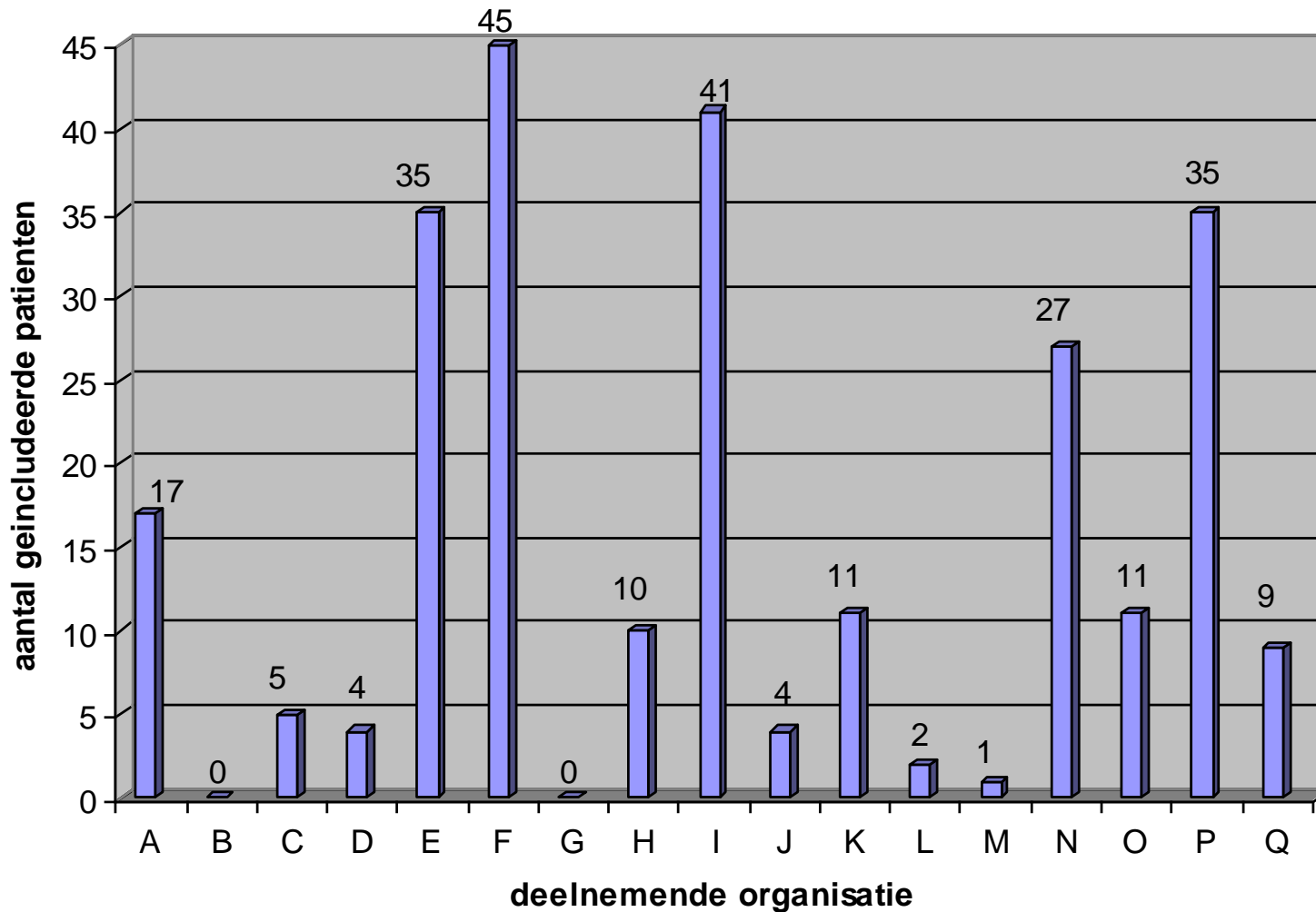
Optioneel:

- Looptest: Timed Up and Go (TUG) Tien meter looptest (TML)
- Classificatie Parkinson, Hoehn & Yahr scale
- Parkinson Disease Questionnaire (PDQ-8)

- Objectieve belasting mantelzorg (Erasmus iBMG / MDS)
- Ervaren belasting mantelzorg (Self - rated burden VAS en Carer Questionair of life / MDS)
- Ervaren kwaliteit van leven (RAND 36 / MDS)
- Ervaren gezondheid (RAND 36 / MDS)

1. Integrale zorgtrajecten op individueel cliëntniveau beschreven naar doelgroep
2. Inzicht in de effecten van de integrale zorgtrajecten op de cliënt en diens mantelzorger
3. Een leidraad voor zorgverleners en zorgverzekeraars

Resultaat tot nog toe (begin mei 2011)



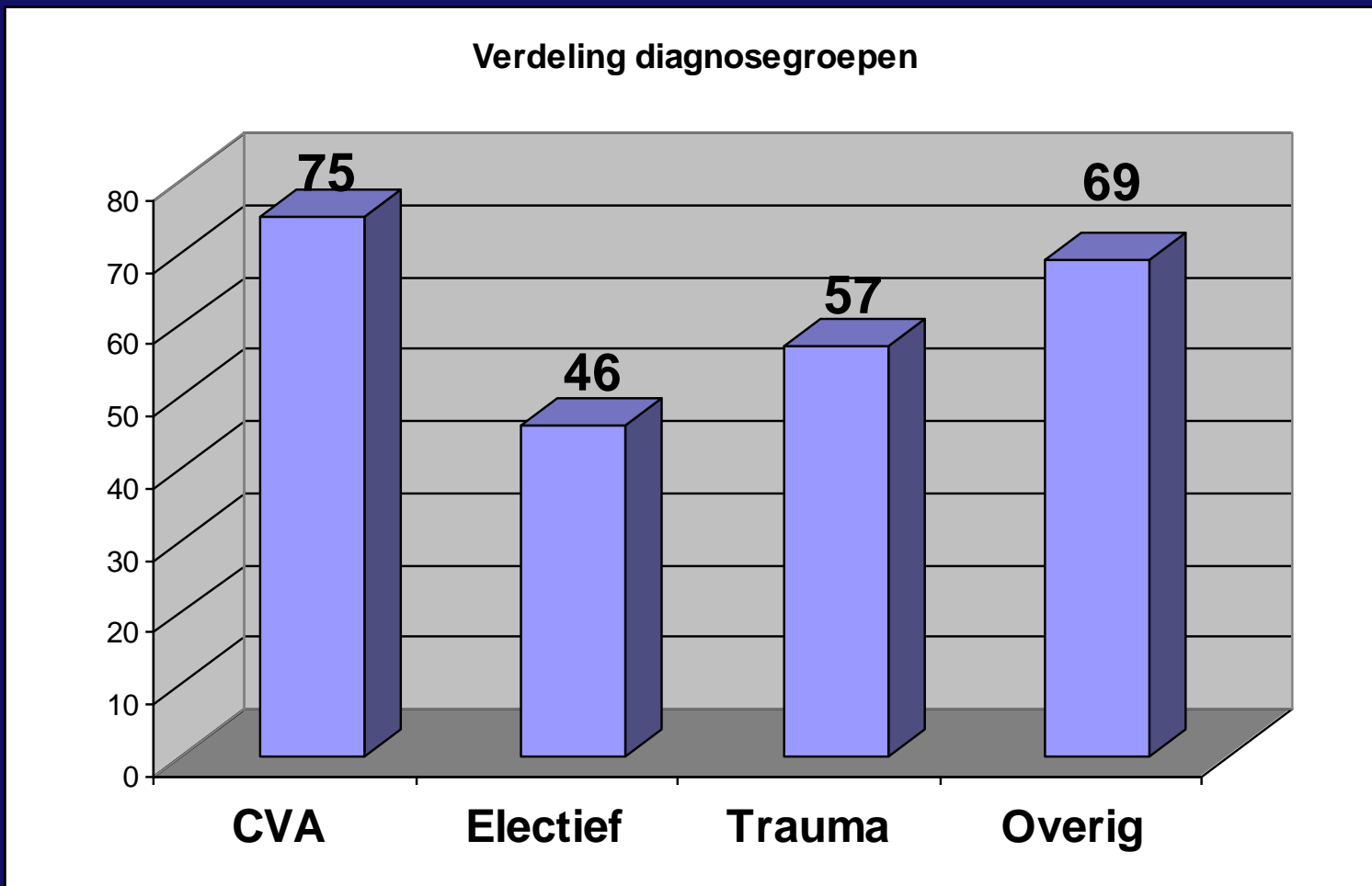
Aantal cliënten tot nog toe

| | |
|----------------------------|-----|
| Aantal patiënten aangemeld | |
| Consent | 322 |
| Geen consent | 49 |
| Overleden | 5 |

Geslacht:
34% man
66% vrouw

| Aantal online enquêtes ingevuld | Bij opname | Bij ontslag |
|---------------------------------|------------|-------------|
| EVV'er | 264 | 92 |
| Arts | 249 | 83 |
| Fysiotherapeut | 247 | 88 |

Gemiddelde
Leeftijd:
78 jaar



- 2013
- Onder regie zorgverzekeraars
- Vrij contracteren
- Geen CIZ, wel: triage instrument!
- ZZP 9 verdwijnt, ZZP 11 komt (oude ZZP9B)

‘mooiste grote tuin’



Gouden tip van de tuinaannemer:

- Zorg voor een goede conversatie met de klant.
- Gebruik duurzame materialen.
- Wees zelf kritisch op de uitvoering van de werken.
- Voer geen werken uit waar je zelf niet achter staat.

