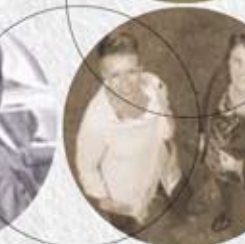




# Opmaat

HERSTELZORGPROGRAMMA REGIO LEIDEN 2010-2013  
*Integrale, functiegerichte zorg en bekostiging voor kwetsbare ouderen*



‘Als je zo zwak en nog  
zo ziek bent zou je  
eigenlijk even tijdelijk  
naar een  
verzorgingshuis  
moeten kunnen.  
Thuis pak je je rust  
niet. Ik stond gelijk weer  
te koken en af te  
wassen’

*Mevrouw Hoep (75)*



‘Juist door stress kan je van schrik ineens niet meer weten in welk jaar je leeft. Dat beïnvloedt eigenlijk ten onrechte de uitslag’



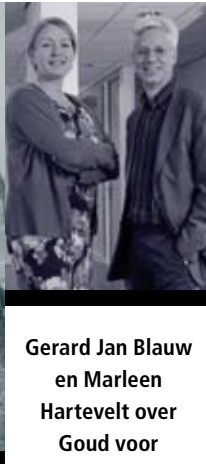
‘Soms betekent kwaliteitsverbetering van ouderenzorg snijden in eigen vlees’

‘Laten we hopen dat dit de opmaat wordt naar nog veel meer 1,5e-lijnszorg’



‘We doen er in deze maakbare samenleving makkelijk over, maar een operatie blijft altijd heftig en risicovol, zeker voor ouderen. Dus kijk samen goed naar de context waarin de patiënt verkeert’



|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                               |                                                                                |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                             |                                                                                |                                                                                                                                                           |                                                    |
| Rudi Westendorp en Irma van Everdinck over het Herstelzorg-programma                                                                                                           | Sytze Geursen over Patiënten-participatie                                                                                                                       | Roos van der Mast en Noor Heim over het HZP-onderzoek                                                                                                                                                                                                                 | Tiny Hobma en Harriët van Heusden over het interviewen van patiënten                                                                                                                         | Rob Saathof en Annette van der Zwet over Eenduidige overdracht en Transmurale digitalisering                                                                     | Marleen Hartevelt en Ineke Bakker -van Faassen over Revalidatietriage                                                                                                                                                                        | Mirjam Schonenberg en Gijs Willemsen over 1,5°-lijnszorg                                                                              |
| Van de werkvloer moet je het hebben                                                                                                                                            | Kwaliteits-zorg be-gint met luisteren naar de patiënt                                                                                                           | Eén negatief antwoord op VMS-vragen geeft al verhoogd risico                                                                                                                                                                                                          | De timing was altijd weer een gok                                                                                                                                                            | ‘Bellen en faxen hoeft niet meer’                                                                                                                                | Een praktisch bruikbaar instru-ment                                                                                                                                                                                                          | ‘Laat het geld de patiënt volgen, niet het systeem’                                                                                   |
| ‘Ook al is de zorginnovatie nog lang niet “klaar”, grote winst is dat instellingen oog hebben gekregen voor elkaar en dat er gezamenlijk op elkaars werk wordt gereflecteerd.’ | ‘Zeker als je het hebt over kwetsbare ouderen: kijk verder dan de aandoening. Daar hoort bij dat je je als zorgverlener verdiept in de achtergrond van mensen.’ | VMS+ screent snel en efficiënt de groep ouderen die na een ziekenhuisopname een grotere kans hebben om minder zelfredzaam te worden. Geef je ze direct de speciale aandacht die ze nodig hebben, dan leidt dat tot verbetering van hun conditie. Auteur: Masja de Ree | ‘Er is een discrepan-tie tussen je gevoel en de zakelijkheid die het afnemen van een interview vereist. Dat mensen er soms zo slecht aan toe waren, dat je gewoon hoopte dat ze nee zeiden.’ | ‘Het werken met POINT heeft het transferproces een stuk versneld en verduidelijkt, en ook veiliger gemaakt.’                                                     | Voor een optimaal herstel is het essentieel dat ouderen na ziekenhuisopname op de juiste plek terechtkomen. Het triage-instrument van Ineke Bakker-van Faassen blijkt uitstekend te werken. Presentatie van en door Ineke Bakker-van Faassen | ‘Op mensen die met wat meer bewegen en balansoefeningen voldoende geholpen geholpen zijn, hoef je geen 2°-lijnsanalyse los te laten.’ |
| 10                                                                                                                                                                             | 14                                                                                                                                                              | 18                                                                                                                                                                                                                                                                    | 24                                                                                                                                                                                           | 28                                                                                                                                                               | 32                                                                                                                                                                                                                                           | 38                                                                                                                                    |
|                                                                                             |                                                                              |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                           |                                                                               |                                                                                                                                                           |                                                    |
| Gerard Jan Blauw en Marleen Hartevelt over Goud voor Oud(erenzorg)                                                                                                             | Monique van Moorsel en Corry Knijnenburg over De Boeg                                                                                                           | Liesbeth Leurs over PeriOperatieve zorg van Thuis tot Thuis                                                                                                                                                                                                           | Margreet Plug en Astrid Vlasman over Proeftuin geriatrische revalidatie Leiden                                                                                                               | Yvon Braam en Lumien van der Meer over Sturen op kwaliteit                                                                                                       | De praktijk blijkt weerbarstig, maar er is een begin                                                                                                                                                                                         | Inleiding                                                                                                                             |
| ‘Wat geldt voor kinderen, geldt zeker ook voor verwarde oudere mensen. Met steeds een vertrouwd gezicht in de buurt voorkom je een hoop ellende.’                              | ‘Alles waar wij van droom-den, is er ook gekomen’                                                                                                               | ‘Dankzij POTT voelt iedere patiënt zich gehoord’                                                                                                                                                                                                                      | ‘Elkaar zien is elkaar kennen en sneller schake-len’                                                                                                                                         | ‘De concurrentie tussen de instellingen maakt onze missie nog eens extra complex. Je ziet een enorm spanningsveld tussen kwaliteit van zorg en commercialiteit.’ | ‘De concurrentie tussen de instellingen maakt onze missie nog eens extra complex. Je ziet een enorm spanningsveld tussen kwaliteit van zorg en commercialiteit.’                                                                             | Slotwoord                                                                                                                             |
| 44                                                                                                                                                                             | 48                                                                                                                                                              | 52                                                                                                                                                                                                                                                                    | 56                                                                                                                                                                                           | 60                                                                                                                                                               | 64                                                                                                                                                                                                                                           | 72                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                              | Lijst van afkortingen                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                              | 68                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                              | Colofon                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                              | 74                                                                                                                                    |

Dit boekje  
is een  
hommage  
aan alle  
ouderen en  
professionals  
die meege-  
werkt hebben  
aan de  
projecten  
van het  
Herstelzorg-  
programma.  
Door hun  
enthousiasme  
en inzet is er  
veel bereikt

1

Het Herstelzorgprogramma (HZP) is onderdeel van het Nationaal Programma Ouderenzorg. Dit programma is erop gericht om de zorg voor ouderen met complexe problemen te verbeteren. Het is in de Leidse regio gestart in maart 2010. Op allerlei manieren hebben de professionals uit de deelnemende organisaties zich samen met de ouderen ingezet om projecten uit te voeren.

Het doel van het Herstelzorgprogramma is de achteruitgang in zelfredzaamheid van kwetsbare ouderen na een ziekenhuisopname te minimaliseren en het herstel daarna te versnellen en te verbeteren. Alle projecten hebben zich op dit doel gericht. Prioriteit binnen de projecten waren vooral informatie en communicatie in de regio.

Belangrijk uitgangspunt was dat de ouderen hun visie en commentaar konden geven op de voorgestelde plannen. Zo zijn er met de ouderen focusgesprekken gehouden (wat vond men van de voorgestelde plannen) en spiegelgesprekken (voldeed de uitkomst van de projecten aan de verwachtingen). Er is positief kritisch gereageerd op de projecten, waarbij gelukkig geen blad voor de mond werd genomen. Dat belooft nog wat voor de toekomst!

De projecten zijn uitgevoerd met professionals werkzaam in de deelnemende organisaties. Niet altijd de gemakkelijkste keuze, omdat hun dagelijks werk ook gedaan moest worden.

Als gevolg van inspirerende bijeenkomsten ontstond er dynamiek in de regio om verdere samenwerking tot stand te brengen. Het verder kijken dan de eigen organisatie en werkterreinen werkte zeer stimulerend en verruimde het blikveld. Hierdoor ontstond wederzijdse waardering en transparantie. Het bekend zijn met elkaars organisaties verkleinde de werkafstand en wekte begrip als het even niet wilde vlotten.

Is de regio nu af? Zeker niet. Meerdere projecten blijven doorlopen, worden geborgd in de staande organisaties of zijn al structureel beleid. Andere projecten staan nog voor een implementatietraject maar zijn goed doordacht en beschreven. Een uitdaging voor de bestuurders om het vervolg te ondersteunen en de vruchten van het HZP als een opmaat te zien voor verdere hervormingen ten gunste van kwaliteitszorg.

Dit boekje is een hommage aan alle ouderen en professionals die meegewerkt hebben aan de projecten van het Herstelzorgprogramma. Door hun enthousiasme en inzet is er veel bereikt. Uit elk project geven medewerkers in een interview weer wat zij hebben gedaan en wat is bereikt. Dit boekje informeert u daarover.

Ik wens u dan ook veel leesplezier.

*Irma van Everdinck-van der Pols*

Programmadirecteur Herstelzorgprogramma



# Van de werkvloer moet je het hebben

## 2

Als een wervelwind raasde het Herstelzorgprogramma drie jaar lang over het landschap van de Leidse ouderenzorg. Het rammelde aan poorten, sloeg bruggen en liet geen hoek, kier of gat ongemoeid. Het gevolg was dat iedereen over de muren van organisaties heen met elkaar in gesprek is geraakt. De patiënt moet het enige leidmotief zijn in alles wat je als zorgaanbieder doet of nalaat. Dat vereist een integrale visie op zorg. Het HZP heeft daarvoor een blauwdruk geleverd.

Een ziekenhuisopname gaat voor veel ouderen gepaard met verlies van zelfredzaamheid. Vaak is er sprake van blijvend functieverlies en afhankelijkheid van bijvoorbeeld thuiszorg of verzorging in een verpleeghuis. Ouderen met complexe problemen hebben een groter risico op functieverlies.

Dat risico blijkt omlaag te kunnen als je het zorgsysteem op diverse fronten anders inricht. Alle deelnemers aan de projecten binnen het Herstelzorgprogramma hadden één streven: waar mogelijk het verlies van zelfredzaamheid zien te voorkomen en het herstel na ziekenhuisopname versnellen en verbeteren. En die gezamenlijke focus heeft onmiskenbaar zijn vruchten afgeworpen. Het HZP heeft een veelheid aan instrumenten ontwikkeld die zich in de praktijk hebben bewezen.

De wens om de ouderenherstelzorg ingrijpend te verbeteren stond al vele jaren op de agenda van het Geriatrisch Netwerk van de Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland Noord. Penvoerder van het HZP Rudi Westendorp: 'De Leidse regio liep hiermee voor op de rest van het land. Dat geldt ook voor het idee dat veranderingen in het stelsel redenerend vanuit de patiënt tot stand moeten komen. Dat is dus ook waarmee we in het HZP begonnen zijn: ons oor te luisteren leggen bij de patiënt.'

Op de vraag of het HZP ook tot doel had om ketens als organisatievorm te bevorderen, reageert Westendorp ontkennend. 'Juist niet. Je start met de zorgvraag van





Programmadirecteur van het HZP **IRMA VAN EVERDINCK-VAN DER POLS** heeft een lange staat van dienst in de gezondheidszorg. Haar professionele loopbaan startte zij als verpleegkundige in de psychiatrie waarna zij overstapte naar de algemene verpleging. Hierna volgden meerdere managementstudies. In 1984 begon zij haar loopbaan in het LUMC als verpleegkundig hoofd van diverse afdelingen. Als verpleegkundig manager en bestuurder leidde zij innovatieprojecten in het ziekenhuis, in de regio en op landelijk niveau in NFU-verband.

In 2010 nam zij deel aan de Executive Leergang Veroudering en Gezondheidszorg aan de Leyden Academy on Vitality and Ageing waar de vraagstukken rond gezondheidszorg voor ouderen de uitgangspunten vormen. Door deze studie en eerdere ervaringen uit haar loopbaan heeft zij zich een weg gebaad als directeur van het Herstelzorgprogramma om dicht bij de werkvloer maar met een bestuurlijke bril het programma te leiden.

## HERSTELZORGPROGRAMMA (HZP)

- Doelgroep: zorgsector Zuid-Holland Noord.
- Betrokken instellingen en organisaties: ActiVite, Avant, Bronovo-Nebo, Diaconessenhuis, Holland Rijnland, LHV-Kring West-Nederland, LUMC, Marente, Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland Noord, Rijnlands Revalidatie Centrum, Rijnland Zorggroep, Rivierduinen, Topaz, Zorg en Zekerheid, Zorgbelang Zuid-Holland.

de oudere. Als die zorgvraag het beste in een keten kan worden georganiseerd, gebruik je de vorm van een keten. En als dat niet zo is, dan doe je dat niet. In die volgorde zijn we bij alles te werk gegaan.’ Programmadirecteur Irma van Everdinck vult aan: ‘Bij de verdeling van het geld hebben we wel als voorwaarde gesteld dat er minimaal twee zorginstellingen aan een project deelnamen. Niet met primair de insteek om de ketenzorg te stimuleren, maar om een dynamische innovatieruimte te creëren.’ Westendorp: ‘Dat was onze manier om de mensen uit de verschillende instellingen uit hun eigen comfortzone te krijgen. Anders gebeurt er niets. Organisaties zijn van nature niet erg geneigd om over hun eigen muren heen te kijken.’

Zijn er zaken die Westendorp en Van Everdinck met de kennis van nu anders zouden hebben aangepakt? Van Everdinck: ‘In het zorglandschap verandert er de laatste jaren zo veel op het gebied van regelgeving, reorganisaties, fusies... Iedereen heeft het daar verschrikkelijk druk mee. Dan moet je als innovatieprogramma misschien iets minder ambitieus inzetten dan wij ons aanvankelijk hadden voorgenomen. De meeste van de oorspronkelijke plannen hebben we omgebouwd naar praktische pilots op en met de werkvloer. Westendorp: ‘Onze overtuiging is dat je verandering moet laten be-

- Doel: minimaliseren van verlies van zelfredzaamheid bij kwetsbare ouderen en verbeteren van het herstel na ziekenhuisopname. Het project kwam tot stand onder de vlag van het Nationaal Programma Ouderenzorg. Het NPO beoogt een samenhangend zorgaanbod dat beter is afgestemd op de individuele behoeften van ouderen.

ginnen op dat microniveau. Werkend vanuit een duidelijke visie op macroniveau, dus denkend vanuit de oudere patiënt. Daarmee kom je min of meer vanzelfsprekend uit op samenwerking tussen de betrokken zorginstellingen. We zijn zo ver en lang mogelijk uit de buurt gebleven van regelgevings- en organisatieperikelen, het wrede mesoniveau, waar het draait om macht en geld. Want als je daar in een pril stadium in belandt, word je erin meegesleurd en vermangeld. Pas als een verandering zich op de werkvloer bewezen heeft, als men van het succes heeft kunnen proeven, begin je met de volgende uitdaging: de implementatie, hoe krijg je het in het bestaande systeem ingeregeld. De kunst is om de verandering klein te houden, maar wel groot genoeg om zeggingskracht te hebben. En wat natuurlijk ook nodig is, is commitment van het bestuur. Die rugdekking hadden we.’ Van Everdinck: ‘Wat wij hier in de regio ten opzichte van projecten elders in het land goed gedaan hebben is dat we bottom-up gewerkt hebben, met onszelf in een faciliterende rol. De innovatie wordt zo “eigen-dom” van de professionals zelf, in plaats van dat je externen met een prototype in de hand laat invliegen. Misschien is onze aanpak ingewikkelder, maar vernieuwing komt zo beter van de grond. Soms beseffen we zelf nog niet helemaal hoe groot de impact van het

*‘We zijn zo lang mogelijk uit de buurt gebleven van regelgevings- en organisatieperikelen, waar het draait om macht en geld’*

HZP is. Ook al is de zorginnovatie nog lang niet “klaar”, grote winst is dat instellingen oog hebben gekregen voor elkaar, met elkaar in gesprek zijn gegaan en dat er gezamenlijk op elkaars werk wordt gereflecteerd. De organisaties zijn minder naar binnen gekeerd.’

Soms betekent kwaliteitsverbetering van ouderenzorg voor instellingen, met name ziekenhuizen, snijden in eigen vlees (zie bijvoorbeeld het deelproject Herinrichting 2de en 1ste-lijszorg). Nu het HZP op z’n eind loopt, lijkt de vraag gerechtvaardigd of en hoe je organisaties kunt bewegen te krimpen als daarvoor de financiële prikkel ontbreekt. Westendorp, met gevoel voor understatement: ‘Daar is het laatste woord nog niet over gezegd. Wellicht gaan we toe naar een situatie dat ook de zorgverzekeraar zich nog meer verplaatst in de premiebetaler en ketens als geheel gaat beoordelen. Het beste eruit haalt voor de laagste prijs. Hoe dan ook: ziekenhuizen worden gefinancierd uit publieke middelen en dat schept de verplichting om er zuinig mee om te gaan. Die verantwoordelijkheid wordt wel gevoeld, maar er was zoiets als een HZP-programma voor nodig om de zaak in beweging te krijgen.’ Volume afbouwen lijkt dus een lastige kwestie. Druk van bovenaf (de zorgverzekeraar) kan helpen, en van onderaf zouden patiëntenorganisaties een stimuleren-

de rol kunnen spelen. Westendorp verwoordt het zo: ‘De ouderen moeten zeggen wat ze willen hebben en de zorgverzekeraar moet plaatsvervangend afregelen dat de jongens en meisjes in het middenveld doen waar de premiebetaler op zit te wachten.’ Van Everdinck: ‘Zo worden vraag en aanbod pas echt goed op elkaar afgestemd.’ Volgens Van Everdinck worden de patiëntenorganisaties en ook de cliëntenraden steeds professioneler en daadkrachtiger. ‘Ik ben ervan overtuigd dat die ontwikkeling zich doorzet. Wij helpen ze graag bij het verstevigen van hun positie.’ Het HZP heeft ruim gebruik gemaakt van de input van het Ouderenberaad en de ouderenorganisaties. Hiernaast is het HZP de motivator geweest om met de Unie KBO een opzet te maken voor een keurmerk voor de geriatrische revalidatieketen. Westendorp: ‘Met het echt structureel inregelen van de vruchten van het HZP komen we feitelijk in het domein van geld, macht en politiek. Zo ver reikt onze invloedssfeer niet. Waar wij met de kennis van nu misschien wel meer achterheen hadden kunnen zitten is het beleggen van die verantwoordelijkheid bij de top. Irma gaat daarmee verder, samen met Transmuralis, een organisatie die voortkomt uit het HZP en die is opgericht om de samenhang binnen de regio op het gebied van zorg te bevorderen.’ ■

PROF. DR. RUDI WESTENDORP is penvoerder van het HZP. De aansturing van het project vond plaats vanuit het Centrum Ouderengeneeskunde, het klinisch samenwerkingsverband van de afdelingen Ouderengeneeskunde en Psychiatrie.

Sinds zijn benoeming in 2000 tot hoogleraar Interne geneeskunde focust Westendorp zich op verouderingsgeneeskunde en combineert hij beide expertisegebieden in de zoektocht naar begrip van leeftijdgerelateerde aandoeningen en gezond oud worden. Van 2005 tot 2012 was hij hoofd van de afdeling Ouderengeneeskunde waar het onderzoek zich richt op ouderen en multimorbiditeit. Hij is oprichter en directeur van de Leyden Academy on Vitality and Ageing, waar pioniers worden opgeleid in het toepassen van excellente en innovatieve zorg om de kwaliteit van leven van ouderen te bevorderen.



# Kwaliteitszorg begint met luisteren naar de patiënt

## 3

Herstelzorg vindt het belangrijk om de ervaringen van patiënten als uitgangspunt te nemen bij het innoveren en verbeteren van zorg. Het in 2008 opgerichte Ouderenberaad Zorg en Welzijn Noordelijk Zuid-Holland heeft aan de wieg gestaan van het HZP in de ontwikkeling en beoordeling van het programma vanuit het perspectief van ouderen zelf. Leden van het Ouderenberaad hebben bij aanvang van het project input geleverd en feedback gegeven.

Daar bleef het niet bij. Om inzicht te krijgen in de ervaringen en behoeften van patiënten en mantelzorgers zijn in aanwezigheid van een vertegenwoordiger van het Ouderenberaad twee focusgroepsbijeenkomsten gehouden met een aantal patiënten en mantelzorgers uit het Bronovo, het Diaconessenhuis, het LUMC en het Rijnland Ziekenhuis. Onder leiding van Sytze Geursen werd onder meer gesproken over informatieoverdracht en deskundigheid, en hoe die te verbeteren. De resultaten werden gepresenteerd aan de Specialistisch Geriatrische Teams in de vier deelnemende ziekenhuizen – deze teams zijn eveneens een product van het HZP. De SGT's bepaalden op grond daarvan welke verbeteracties werden ingezet en waren verantwoordelijk voor de uitvoering daarvan.

In de afrondingsfase van het HZP zijn met patiënten en mantelzorgers in verschillende ketens ook nog drie spiegelgesprekken gehouden om na te gaan of de doorgevoerde aanpassingen in de (na)zorg ook daadwerkelijk als verbeteringen werden ervaren. Hierbij waren zorgverleners, artsen en verpleegkundigen als toehoorder aanwezig.

Het HZP-projectonderdeel patiëntenparticipatie is ontwikkeld in nauwe samenwerking met Zorgbelang. Zorgbelang Zuid-Holland is een provinciale organisatie die de

Op de weg naar herstel samen optrekken met de patiënt... De goede wil is er en ook de overtuiging dat met dit uitgangspunt elke zorginnovatie moet beginnen. Maar hoe geef je die gezamenlijkheid gestalte? Het HZP gaf het goede voorbeeld door het Ouderenberaad een sleutelrol te geven in de ontwikkeling en uitvoering van de projecten. Sytze Geursen van Zorgbelang vertelt hoe het in z'n werk ging.





**SYTZE GEURSEN** is adviseur bij Zorgbelang Zuid-Holland, een patiënten- en consumenten-platform. Hij had tot taak de communicatie en de samenwerking tussen zorgverleners enerzijds en patiënten en mantelzorgers anderzijds samen met patiënten en mantelzorgers vanuit patiëntperspectief te evalueren en tot aanbevelingen te komen. Hij trad op als onafhankelijke gespreksleider bij focusgroepsbijeenkomsten en spiegelgesprekken.

## PROJECT: PATIËNTENPARTICIPATIE

- Doel: verbetering van kwaliteit in zorg en welzijn vanuit het perspectief van de oudere, kwetsbare patiënt.
- Betrokken instellingen (doelgroepen): Bronovo, Diaconessenhuis Leiden, LUMC, Rijnlands Revalidatie Centrum, De Boeg (Marente), Rijnland Ziekenhuis.

belangen behartigt van gebruikers van zorg en welzijn in deze provincie. Bij het opzetten van patiëntenparticipatie in organisaties die deelnamen aan het HZP bracht Zorgbelang in samenspraak met de projectleider in kaart wat hoofden en uitvoerenden op de werkvloer precies van welke groep patiënten te weten wilden komen en zorgde er vervolgens voor dat het contact met de patiënt op gang kwam.

Als onafhankelijke partij leidde Geursen zowel de focusgroepsbijeenkomsten als de spiegelgesprekken. Hij licht toe: 'Bij een spiegelgesprek zijn zorgverleners als toehoorder aanwezig. Ze krijgen rechtstreeks feedback van patiënten die onderling in gesprek gaan over hun ervaringen. Ik ontmoet uitsluitend zorgverleners die het beste voor hebben met hun patiënten. De werkelijkheid van de patiënten is echter anders dan de hunne. Daar kunnen zij hun voordeel mee doen.' Bij de focusgroepen en spiegelgesprekken was een projectmedewerker van het HZP aanwezig. Dit was het moment om op specifieke vragen en onderwerpen van patiënten specifieke feedback te krijgen. Op haar beurt beantwoordde ze ook vragen van patiënten.' Beide typen gesprekken werden als zeer nuttig ervaren. Aanvankelijk maakten patiënten ook deel uit van de SGT's van het LUMC, het Diaconessenhuis en het Rijnland Ziekenhuis. Maar hun inbreng daar kwam niet goed van de grond. Geursen: 'Het tempo waarin technische medische zaken werden besproken lag voor hen vaak te hoog.' Daarmee legt hij de vinger op de

zere plek: 'De werelden van de professional en van vrijwilligers, in dit geval de oudere patiënt en mantelzorgers, liggen nog ver uit elkaar. Daar hadden ook andere projecten van het NPO mee te kampen. Toch heb ik gemerkt dat die twee werelden – mede dankzij programmadirecteur Irma van Everdinck, die van aanvang aan voortdurend gehamerd heeft op het belang van patiëntenparticipatie – binnen het HZP nader tot elkaar zijn gekomen. Professionals zijn beter in staat om in begrijpelijke taal te spreken en geduld te oefenen voor opvattingen van niet-professionals. Aan de andere kant zijn niet-professionals meer de taal van professionals gaan spreken en zijn ze er beter tegen opgewassen.'

Hoe essentieel patiëntenparticipatie in de zorg ook is, je krijgt het niet bepaald gemakkelijk van de grond. De mentaliteit van professionals is nog vaak dat zij toch het beste weten wat goed is voor de patiënt. Maar ook patiënten en mantelzorgers staan lang niet altijd te trappelen om hun stem te laten horen. Op het moment dat je met gezondheidsproblemen wordt geconfronteerd, houdt de zorg die je krijgt aangeboden je enorm bezig. Maar eenmaal weer thuis verflauwt de aandacht razendsnel. Geursen: 'Om mensen dan toch te mobiliseren, ervan te overtuigen dat wat zij inbrengen ertoe doet en de zorg naar een hoger plan kan helpen, is een kunst apart. Er komt veel overredingskracht bij kijken. HZP-beleidsmedewerker Marleen Hartevelt heeft daar veel energie in gestopt. Het zit 'm ook een beetje in de

generatie. De huidige ouderen zijn vaak te bescheiden.' Om te kunnen sturen op vergroting van patiëntveiligheid en het reduceren van vermijdbare schade, kortom om het aanbod beter te laten aansluiten op de vraag, is de inbreng van patiënten in feite onmisbaar. Zeker in dit tijdsgewricht, waar zowel patiëntenbelangen-groepen als overheden en verzekeraars het beleid van zorginstellingen op dit punt steeds nauwlettender zullen volgen en beoordelen. Geursen: 'Voor de reputatie van een keten of instelling is het prettig om te kunnen zeggen: "Kijk, wij houden spiegelgesprekken met onze klanten en we doen aantoonbaar iets met de resultaten."' Bij die openheid en transparantie hoort dat het organiseren van die participatie wordt uitbesteed aan een onafhankelijke partij als Zorgbelang.

Zou (de mate van) patiëntenparticipatie een indicator moeten zijn in de accreditering van een zorginstelling? Geursen: 'De kracht ligt mijns inziens juist in het vrijwillige – maar niet vrijblijvende - karakter ervan. Je kunt het niet afdwingen, maar ook oudere patiënten gaan wel steeds meer hun eigen keuzes maken. Dat wordt ook in toenemende mate van ze verwacht.' Als zorgaanbieder heb je de taak om mensen daarin zo goed mogelijk te begeleiden, de dialoog met ze aan te gaan. En dat lukt alleen als je je concentreert op de mens die voor je zit, en niet uitsluitend op de aandoening die bestreden moet worden. Wat wil mijn patiënt, hoe kom ik daar achter? Eenvoudig is dit niet, beaamt Geursen. 'Niet alle patiënten willen meepraten over de behandeling. Maar je zou ze daarin wel kunnen stimuleren.' Of ze het nu wel of niet willen, of 'alleen maar' goed willen worden voorgelicht, voor de zorgaanbieder komt het aan op geduld en sociale vaardigheden. Inzicht in en begrip voor de mens die voor hem zit. Wat staat er zoal op het leerpuntenlijstje voor zorgaanbieders dat dankzij de gehouden focusgroepsbijeenkomsten en spiegelgesprekken kon worden opgesteld? Geursen: 'In z'n algemeenheid kun je stellen dat het in de communicatie nog regelmatig misgaat. Dat

*'Zeker als je het hebt over kwetsbare ouderen: kijk verder dan de aandoening. Daar hoort bij dat je je als zorgverlener verdiept in de achtergrond van mensen'*

patiënten bijvoorbeeld niet altijd weten welke informatie het ziekenhuis deelt met een vervolginstelling. En welke niet.' Bij kwetsbare ouderen die ook cognitief een probleem hebben, wordt de waarde van de mantelzorgers als informatiebron, bijvoorbeeld ten aanzien van medicatie, nogal eens onderschat. Aanbeveling van Geursen: 'Maak er gebruik van, geef de mantelzorgers een rol in het hele proces.'

Wat door mantelzorgers nog node wordt gemist in het traject dat hun naaste doorloopt, is een vast aanspreekpunt, een casemanager die telefonisch bereikbaar is en eenduidige informatie geeft. Overigens een wederkerige behoefte: de zorgaanbieder is gebaat bij één centrale persoon die kan spreken namens de patiënt en zijn omgeving. Ook de informatieoverdracht is voor verbetering vatbaar. 'Ik herinner me dat mantelzorgers van patiënten met een delier in een van de spiegelgesprekken aangaven geen idee te hebben wat een delier is. Als je naaste plotseling denkt dat hij beschoten wordt of dat er boten door de gang varen, weet je niet wat je overkomt. Je bent dan als mantelzorgers graag beter bekend met het ziektebeeld en hoe hiermee om te gaan. De betrokken instelling had de informatie weliswaar gecommuniceerd, maar in de vorm van een folder. Dat mantelzorgers deze ervaring met ons deelden, heeft de aanbeveling opgeleverd om - aanvullend op de folder - meer mondelinge voorlichting te geven en te checken

of de informatie goed is overgekomen.' Geursen: 'Het gaat steeds weer om die dialoog met de patiënt en zijn omgeving: waar hebben mensen behoefte aan. Aan welke informatie op welke manier. Zeker als je het hebt over kwetsbare ouderen: kijk verder dan de aandoening. Daar hoort bij dat je je als zorgverlener verdiept in de achtergrond van mensen. Mensen komen niet blanco binnen, die reageren vanuit een bepaalde achtergrond.' Uit een spiegelgesprek in Bronovo kwam naar voren hoe groot de waardering is als men vlak na opname met patiënt en/of mantelzorgers even een praatje maakt en vraagt naar de achtergrond, de familie en cetera. Dan krijg je als ziekenhuis meteen beter zicht op de context van waaruit mensen reageren.' Ook de timing van een slechtnieuwsgesprek was onderwerp van gesprek. Geursen: 'Een patiënt gaf het volgende te kennen: doe dat als behandelend arts niet aan het einde van de dag vlak voordat je naar huis gaat. Stuur een patiënt niet zo de nacht in. Ook hier gaat het om aanvoelen van wat patiënten willen.'

Het project Patiëntenparticipatie van het HZP onderstreept nog eens dat ouderenzorg een bepaalde deskundigheid en bewustheid vergt. Geursen: 'Het gaat vaak om heel praktische dingen. Een paar eenvoudige aanpassingen in het werkproces en een kleine tijdsinvestering leveren al zo veel meer kwaliteit van zorg op.' En dat niet alleen: werken in de zorg wordt een stuk leuker. ►

DRIEDUIZEND PATIËNTEN INTENSIEF GEVOLGD

# Eén negatief antwoord op VMS-vragen geeft al verhoogd risico

DOOR MASJA DE REE

Het binnen het HZP door Roos van der Mast en Noor Heim ontwikkelde screeningshulpmiddel VMS+ selecteert de groep ouderen die na een ziekenhuisopname een grotere kans hebben om minder zelfredzaam te worden. Zij hebben direct extra aandacht nodig om dat te voorkomen.

Geef je ze die aandacht, dan leidt dat inderdaad tot verbetering van hun conditie, wijzen de data uit die de afgelopen twee jaar verzameld zijn over deze groep. Heim: 'VMS+ heeft samen met alle andere innovatieve projecten die binnen het HZP zijn uitgevoerd onmiskenbaar positief gewerkt.'

4

Kun je voorspellen welke patiënten een deel van hun zelfredzaamheid verliezen na een ziekenhuisopname? Welk instrument gebruik je daarvoor? En hoe kun je dat vervolgens zo veel mogelijk voorkomen? Werpen alle innovatieve projecten die onder de vlag van het HZP zijn uitgevoerd hun vruchten af? Prof. Roos van der Mast en onderzoeker dr. Noor Heim stelden vast dat dit zo is. Van 2010 tot 2013 werd drie keer een cohort van duizend patiënten geïnterviewd. Het ging om ouderen (70+) die opgenomen waren in het LUMC, het Diaconessenhuis Leiden, het Rijnland Ziekenhuis en Bronovo in Den Haag. Zij kregen binnen drie dagen na hun opname een uitgebreide vragenlijst voorgelegd, met vragen over de medische voorgeschiedenis, zorggebruik, de thuissituatie, zelfredzaamheid thuis, stemming en kwaliteit van leven. Het interview bevatte verder een aantal cognitieve testjes. De standaardvragen over de voor ziekenhuizen 'verplichte' VMS-onderwerpen delier, vallen, ondervoeding (gewicht) en fysieke beperking (zelfstandigheid) maakten deel uit van het interview. Heim: 'We hebben onderzocht of we aan de hand van de antwoorden op al die vragen konden voorspellen welke patiënten drie maanden na ziekenhuisopname een "negatieve uitkomst" zouden hebben.' Daaronder wordt verstaan: overlijden, een zorgwaartepakket van 3 of hoger (indicatie CIZ) of op één punt minder zelfstandig in het dagelijks leven. Dit laatste betekent dat de patiënt bijvoorbeeld niet meer alleen in bad kan of boodschappen doen, terwijl hij dat voor de ziekenhuisopname wel kon.





PROF. DR. ROOS VAN DER MAST is hoogleraar ouderenpsychiatrie bij de afdeling Psychiatrie in het LUMC. Zij is vicevoorzitter van het HZP en voorzitter van de werkgroep Onderzoek.

## ONDERZOEK NAAR HULPBEHOEFTE, COMPLICATIES BIJ HERSTEL EN ZORGGEBRUIK BIJ OUDERE KWETSBARE PATIËNTEN

- Doelgroep: 70+patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis.
- Betrokken professionals en instellingen: artsen en verpleegkundigen van LUMC, Rijnland Ziekenhuis, Diaconessenhuis Leiden en Bronovo.
- Resultaten:
  - VMS+, een gevalideerd screeningsmiddel dat de kwetsbare ouderen selecteert.
  - Twee jaar na de start van het Herstelzorgprogramma hebben minder ouderen een ‘slechte uitkomst’ na ziekenhuisopname.
  - De bewustwording onder artsen, verpleegkundigen en management groeit. Er is steeds meer aandacht voor de speciale behoeften van kwetsbare ouderen. Ook is er meer gerichte scholing in zorg voor kwetsbare ouderen.

Drie keer duizend patiënten vinden die mee willen én kunnen doen, dat viel niet mee. ‘Zo’n interview is best belastend als je oud en ziek bent. En de gesprekken duurden lang, van drie kwartier tot bijna twee uur’, vertelt Heim. ‘Gelukkig hadden we een heel gemotiveerd en creatief team verpleegkundigen dat de interviews afnam.’ Drie maanden na het interview in het ziekenhuis vulden de patiënten thuis een vragenlijst in. Van der Mast: ‘Daarmee brachten we in kaart in hoeverre ze hersteld waren van de opname. Konden ze nog hetzelfde als daarvoor? Woonden ze nog thuis?’ Na twaalf maanden volgde nog zo’n vragenlijst. De respons was erg hoog. Door veel na te bellen slaagden de onderzoekers erin uiteindelijk van 85 procent van de deelnemers aan het ziekenhuisinterview ook de vragenlijst die thuis gestuurd werd retour te krijgen.

Heim: ‘Omdat ook de zorgverzekeraars betrokken waren, konden we bovendien informatie krijgen over de patiënten die niets meer lieten horen. We keken daarvoor naar hun zorgindicatie en naar hoe zich die ontwikkelde. Dat was een belangrijke aanvulling want bij dit soort onderzoek is het een probleem dat je juist de “zwakste broeders” het moeilijkst bereikt.’

De eerste onderzoeksrunde leverde VMS+ als screeningsmethode op (zie kader). Heim: ‘Ons doel was in de eerste plaats om de juiste vragen te vinden en die samen te voegen in een handzame screening, die snel en gemakkelijk is uit te voeren.’ Uit het onderzoek bleek dat de veertien vragen die ziekenhuizen in verband met het landelijke VMS-programma toch al aan hun patiënten stellen, volstaan om de kwetsbaarste ouderen te herkennen. Het is wel zaak de antwoorden goed te interpreteren. ‘Leeftijd blijft de belangrijkste factor als het gaat om risico op het verlies van zelfredzaamheid’, legt Heim uit. ‘Uit ons onderzoek blijkt dat bij patiënten boven tachtig jaar één negatief antwoord bij de VMS-screening al wijst op een verhoogd risico. Voor patiënten tussen zeventig en tachtig jaar oud is dit drie negatieve antwoorden.’ Van der Mast: ‘Een extra vragenlijst, naast de VMS-screening en de leeftijd, bleek niets toe te voegen aan de kracht van deze voorspelling. Dat is een gelukkige uitkomst, want dat betekent dat ziekenhuizen geen ingrijpende aanpassingen hoeven doen om een goede screening uit te voeren.’

Belangrijk is dat na het uitvoeren van de screening de juiste vervolgstappen worden genomen. Heim: ‘Bij de

*‘Drie keer duizend patiënten vinden die mee willen en kunnen doen, dat viel niet mee’*

ouderen die volgens de screening “kwetsbaar” zijn, is het niet voldoende om een diëtist in te schakelen als één van de vragen over voeding negatief beantwoord wordt. Niet alleen dit specifieke probleem verdient dan aandacht, er is ook een geriater of internist ouderengeneeskunde nodig om de patiënt verder te onderzoeken.’ Tijdens de tweede ronde van patiënteninterviews, een jaar later, is het onderzoek naar het screeningsinstrument herhaald en gevalideerd. Daarna gingen de onderzoekers met de artsen van de vier deelnemende ziekenhuizen om de tafel. Zij hebben hun conclusie inmiddels omarmd. Van der Mast: ‘In het LUMC krijgen de als kwetsbaar gescreende patiënten een rood vlaggetje bij hun naam. Dit betekent dat de internist ouderengeneeskunde bij deze patiënt betrokken wordt. Elk ziekenhuis zoekt een eigen invulling in de manier waarop ze omgaan met kwetsbare ouderen, die past bij hun manier van werken.’ Uit de onderzoeksgegevens blijkt dat ongeveer vier op de tien patiënten van zeventig jaar en ouder met VMS+ als kwetsbaar worden geïdentificeerd. ‘Bij hen is de standaardzorg mogelijk onvoldoende om achteruitgang in functioneren en zelfredzaamheid te voorkomen en moet dus extra expertise worden ingeschakeld.’

## EFFECTIVITEIT METEN

De interviews bij het eerste cohort patiënten diende ook als voormeting om de resultaten van het HZP in kaart te brengen. De vraag luidde in dit geval: hoe herstellen ouderen in de regio Leiden van een opname in het ziekenhuis? Twee jaar later werd een derde groep oudere patiënten geïnterviewd. Dit keer met het doel te kijken of het HZP, met alle uitgevoerde acties in de afzonderlijke ziekenhuizen, enig effect heeft gehad. ‘Dat lijkt zo te zijn’, zegt Van der Mast. ‘Een negatieve uitkomst drie maanden na de ziekenhuisopname blijft vaker uit. Patiënten verliezen minder vaak een deel van hun zelfstandigheid.’ Maar het is moeilijk om te bepalen waar de positieve trend precies aan is toe te schrijven. Heim: ‘Dat is inherent aan dit type onderzoek. Er was gewoon geen controlegroep beschikbaar die géén speciale zorg krijgt. Bovendien voeren bijvoorbeeld ook huisartsen projecten uit om de zorg voor ouderen te verbeteren. Ook die effecten wegen mee.’ Van der Mast denkt dat de resultaten nog duidelijker waren geweest als ze nog een jaar gewacht hadden met de effectmeting. Want ook al zijn artsen positief over de screening VMS+, de implementatie van de juiste vervolgstappen kost tijd en mankracht.

## BEWUSTWORDING

Het HZP heeft in elk geval bijgedragen aan de bewustwording onder artsen en verpleegkundigen, daar zijn de onderzoekers van overtuigd. Een val, een delier, dat zijn risicofactoren. Die vereisen extra alertheid. ‘Dat besef is gegroeid’, zegt Van der Mast. ‘En niet alleen op de werkvloer maar ook bij het management, waardoor bijvoorbeeld meer scholing wordt gegeven. Nu gaat het erom dat als de alarmbellen afgaan, ook echt een ouderendeskundige wordt ingezet.’ In het LUMC heeft de zorg voor ouderen inmiddels een vlucht genomen. ‘Ik hoop dat we aan het eind van het jaar kunnen zeggen dat de VMS+-screening in tachtig procent van de gevallen wordt ingezet. Ook de gewenste interventies daarna lopen steeds beter dankzij de



DR. NOOR HEIM studeerde gezondheidswetenschappen en promoveerde in 2011 op een onderzoek naar ouderen en overgewicht. Binnen het HZP is zij senior onderzoeker.

ONDERZOEK

formalisering van een multidisciplinair specialistenteam dat in het hele ziekenhuis inzetbaar is en gevraagd én ongevraagd advies geeft. Dat laatste is mogelijk dankzij de rode vlaggetjes die bij de screening achter de naam van een patiënt verschijnen.’

Ook Heim ziet dat er stappen gezet zijn. ‘Soms komt de oogst iets later dan je hoopt, maar het HZP is een goede katalysator geweest voor betere zorg voor ouderen. De betrokkenheid groeit onder zorgverleners. Een kwetsbare oudere is niet langer het probleem van iemand anders.’

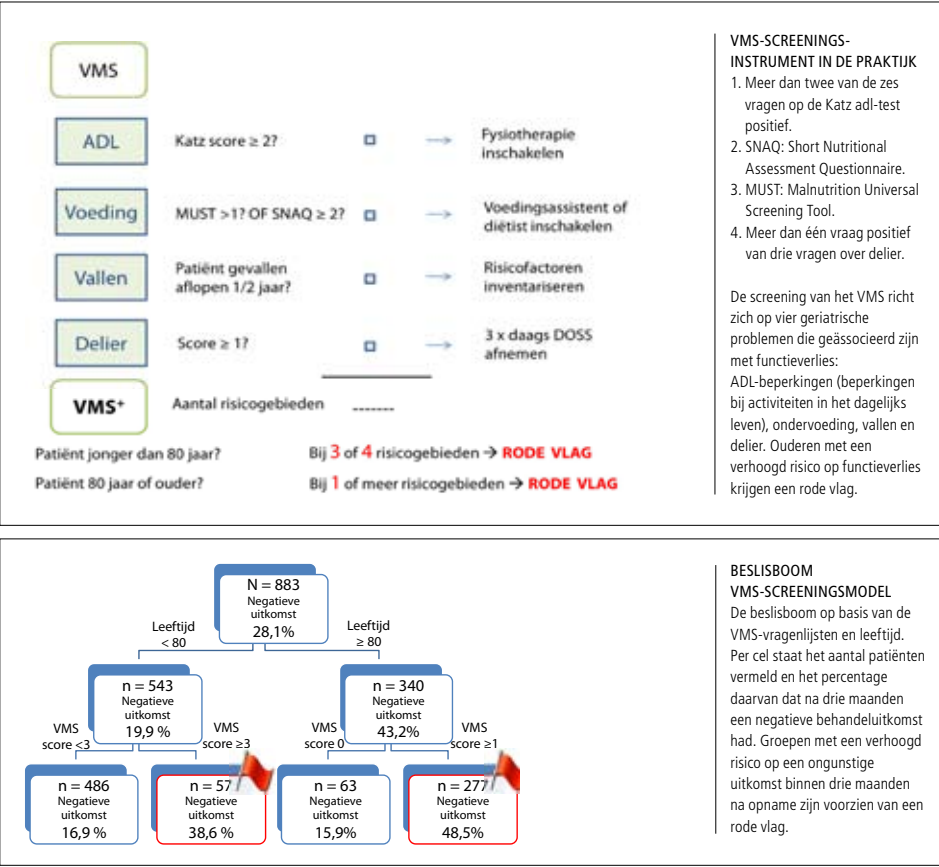
‘Een negatieve uitkomst drie maanden na de ziekenhuisopname blijft dankzij de acties van het HZP vaker uit’

**FINANCIEEL-ECONOMISCH ONDERZOEK**

Heim en Van der Mast onderzoeken ook wat het Herstel-zorgprogramma oplevert in financieel-economisch opzicht. Van der Mast: ‘We gaan kijken hoe de zorgkosten zich hebben ontwikkeld in de loop van het HZP, in deze regio, maar ook ten opzichte van regio’s waar geen vergelijkbare projecten lopen.’ Om dit te onderzoeken bekijken de onderzoekers onder meer de declaraties die in de loop van de jaren bij de zorgverzekeraars zijn ingediend. ‘Helaas loopt dit project vertraging op. De gegevens over de eerste helft van 2013 zijn pas in 2014 beschikbaar. De conclusies van dit onderzoek laten dus nog even op zich wachten.’ ▶

KWETSBARE OUDERE PATIËNTEN HERKENNEN

- Binnen het HZP is de screeningsmethode VMS+ ontwikkeld en getest. Deze maakt het mogelijk oudere patiënten die een verhoogd risico hebben hun zelfredzaamheid te verliezen in het ziekenhuis, al bij opname te herkennen.
- VMS+ bestaat uit zes vragen over handelingen in het dagelijks leven (ADL), drie vragen over verwardheid, één vraag over vallen en vier vragen over ondervoeding.
- Op basis van het aantal positieve risicogebieden kunnen zorgverleners kwetsbare ouderen herkennen. Ouderen tussen zeventig en tachtig jaar lopen risico als ze bij drie of vier vragen een positief antwoord geven. Voor patiënten van tachtig jaar en ouder geldt al bij één positieve uitkomst een verhoogd risico.
- Op een positieve screening moet een passende interventie volgen, bijvoorbeeld een consult bij een geriatrisch team. Dit team of de internist ouderengeneeskunde moet gericht maatregelen nemen om functieverlies als gevolg van de ziekenhuisopname te voorkomen.



# De timing was altijd weer een gok

5

Als je zorginnovaties invoert, moet je ook checken of ze iets uithalen. Daarom, én om te kijken of het door HZP-onderzoeker Noor Heim ontwikkelde VMS+ screeningsinstrument extra kwetsbare ouderen met verhoogd risico daadwerkelijk in een vroeg stadium kon detecteren, waren er drie meetrondes nodig: een voormeting, een validatiemeting en een effectmeting. Acuut of electief opgenomen 70+-patiënten op de afdelingen heeldkunde, orthopedie, urologie of neurologie van het LUMC, het Diaconessenhuis of het Rijnland Ziekenhuis kwamen hiervoor in aanmerking. In Bronovo richtte men zich louter op acuut opgenomen 70+-patiënten.

Tiny Hobma heeft tijdens het tweede en derde onderzoekjaar meegewerkt aan de metingen in het LUMC, waarvoor het noodzakelijk was om binnen 72 uur na opname geschikte kandidaten te vinden en aan het bed te bevragen. Dat viel op z'n zachtst gezegd niet altijd mee. Hobma: 'Vaak hadden mensen net een slechtnieuwsgesprek gehad en/of waren gewoon te ziek. En dan kwam ik nog binnen met mijn lijstje. Dan zit een patiënt meestal niet bepaald te wachten op een interview.' Waren deze gesprekken in het tweede jaar nog van korte duur, in het derde jaar ging het om langere interviews van ongeveer drie kwartier, die ze aan het bed afnam op diverse afdelingen van het LUMC.

De opdracht was om minimaal 220 patiënten te 'scoren'. Uiteindelijk lukte het tot Hobma's eigen verrassing om samen met een andere collega 225 ouderen bereid te vinden om mee te doen. 'Ik ging altijd eerst even kijken of ik wel mocht storen, of de patiënt fit genoeg was. Dat deed ik in afstemming met de verpleging.' Soms, als mensen zich goed voelden en kort en bondig konden antwoorden, redde ze het in 25 minuten. 'Maar ik heb ook wel ander-

Voor het HZP-onderzoek waren tussen 2010 en 2013 duizenden 70+-patiënten nodig, die vlak na opname in een van de vier deelnemende ziekenhuizen bereid waren zich te laten interviewen, testjes te doen en later ook nog eens vragenlijsten over de mate van herstel in te vullen.

Ook aan mantelzorgers werd gevraagd een vragenlijst in te vullen, en alle gegevens moesten natuurlijk ook nog nauwkeurig in een database worden ingevoerd. Een megaklus. Tiny Hobma en Harriët van Heusden en hun collega-onderzoeksm medewerkers kregen het voor elkaar.





**TINY HOBMA** is sinds twee jaar senior verpleegkundige op het pijnbehandelcentrum van het LUMC. In hetzelfde ziekenhuis was zij eerder senior verpleegkundige op de afdeling oogheelkunde/KNO en researchverpleegkundige bij neurologie. Bovendien doet zij al jarenlang vertaalwerk naar het Engels voor diverse andere werkgevers.

Voor het HZP heeft zij twee keer gedurende vier maanden 70+patiënten in het LUMC geselecteerd en geïnterviewd op de afdelingen heilkunde 1, heilkunde 2 (kort en lang verblijf), orthopedie, urologie en neurologie van het LUMC (T2, validatiemeting en T3, effectmeting). Nadat de patiënten waren ontslagen, verwerkte zij alle gegevens in de database.

half uur bij mensen gezeten die breedspakig waren of tussendoor niet lekker werden.’ De timing was altijd weer een gok. ‘Als je net op een slecht moment aanklopte, kon je het soms verder wel vergeten. Het eerste wat ik vroeg was dan ook of het uitkwam en ik benadrukte dat het voor mij geen probleem was om later op de dag of de volgende ochtend terug te komen.’

Na een aantal algemene vragen begon het interview direct met een cognitieve test, om te checken of de patiënt überhaupt wel goed genoeg was om mee te doen. Op deze manier werd duidelijk of de patiënt betrouwbare antwoorden gaf, wat essentieel was voor het onderzoek. Dat onderdeel, bestaande uit vragen als ‘welke dag van de week is het vandaag’, ‘in welke plaats zijn we nu’ en het benoemen van voorwerpen in de ruimte bleek in de praktijk nogal eens een hindernis. Patiënten ervoeren die vragen vaak als vervelend, confronterend of beledigend. Kortom: het kwam erop aan om dit setje vragen goed van te voren in te kleden om te voorkomen dat patiënten hierop zouden afknappen en de handdoek in de ring zouden gooien. Hobma: ‘Ik legde altijd uit dat het een test was om te kijken of mensen fit en geconcentreerd genoeg waren om mee te doen. Het woord “geheugen”, daar schieten ouderen snel van in de stress. Dat wil je voorkomen, want juist door die stress kan je van schrik ineens niet meer weten in welk jaar je leeft. Dat beïnvloedt eigenlijk ten onrechte de uitslag.’

Soms moesten patiënten er ook heel erg om lachen, vertelt Van Heusden. ‘Dat kwam ook door mijn manier van presenteren: er komen nu een paar heel suffe vragen, maar die zijn wel belangrijk om te bekijken wat een ziekenhuis-opname mogelijk met uw geheugen of met uw cognitie doet.’ Hobma: ‘Soms kwam het voor dat mensen ineens foutjes maakten en dan ook zelf doorkregen van hé, die narcose of medicijnen doen iets met me.’ Van Heusden: ‘Dan was het gelijk ook legitiem om foutjes te maken.’

Als de patiënt cognitief goed genoeg was om mee te doen, werd hij bevraagd over zaken die zelfredzaam-

heid, risicofactoren en stemming betroffen, voor en/of tijdens de opname.

Harriët van Heusden werkte ook mee aan het vervolg van de effectmeting. Voor dit vervolg kregen de deelnemers - zorgvragers en hun eventuele mantelzorgers - een nieuwe vragenlijst thuis gestuurd. Van Heusden: ‘Mijn werkzaamheden op het LUMC bestonden voornamelijk uit de coördinatie van het verzenden van de vragenlijsten, de ontvangst terug, het nabellen, de invoer van de gegevens en de aansturing van vijf studenten die zich net als ik bezighielden met invoer en nabellen.’ Bij deze meetronde bleek het een hele uitdaging om te achterhalen waar de patiënten na ontslag waren gebleven: of ze al thuis waren of misschien (tijdelijk) naar een revalidatiecentrum of verpleeghuis waren gegaan. Daarbij ging Van Heusden niet over één nacht ijs. ‘Als de vragenlijst niet op tijd bij ons terugkwam, begon het nabellen. Soms waren mensen gewoon niet te bereiken. Ze konden overleden zijn of tijdelijk ergens anders verblijven. Of ze hadden gewoon geen zin in het beantwoorden van nog zo’n vragenlijst, en hadden ze hem al weggegooid. Soms lukte het telefonisch dan alsnog. En in een enkel geval gingen we persoonlijk bij ze langs om toch nog die antwoorden te krijgen.’

Daarnaast nam Van Heusden samen met twee andere collega’s deel aan de effectmeting – interviews aan het bed - in het Rijnland Ziekenhuis. Met z’n drieën zagen ze meer dan vierhonderd 70+patiënten, bij wie het niet altijd lukte om ook daadwerkelijk een interview af te nemen. Soms waren mensen al weer uit het ziekenhuis ontslagen. Dergelijke flietsbezoeken komen in het Rijnland Ziekenhuis, met name bij urologie, ook bij oudere patiënten vaak voor. ‘Tegen de tijd dat jij doorhebt dat ze in het ziekenhuis liggen, bevinden ze zich op de OK en kom je de volgende dag terug, dan zitten ze soms al klaar om weg te gaan. En dan hebben ze geen zin meer om mee te doen. Dan willen ze graag zo gauw mogelijk weer naar huis. Of ze zijn al weg.’

*‘Als je net op een slecht moment aanklopte, kon je het soms verder wel vergeten’*

Lastig vond Van Heusden het aansnijden van onderwerpen die ook al door het ziekenhuis zelf met de patiënt waren besproken, zoals ‘hoe gaat het thuis, hoe staat het met uw eetlust, kunt u zichzelf wel redden, bent u bij een eerdere opname of ziekte wel eens in de war geweest’. ‘Dan kreeg je wel eens moedeloze reacties, van jee, moet dat allemaal nog een keer, wat doen jullie eigenlijk met die informatie?’

Parallel aan de interviews met de patiënten liepen de vragenlijsten die werden ingevuld door eventuele mantelzorgers. Hun aanwezigheid duidde overigens meestal op verhoogde kwetsbaarheid van de patiënt. Ook zij kregen na drie maanden nogmaals een vragenlijst opgestuurd. Aan hen werd gevraagd hoe ze het zorgen voor een zieke naaste ervoeren, hoe het was gesteld met hun eigen fysieke en mentale gesteldheid en of ze het aankonden.’ En als bleek dat het eigenlijk te veel voor ze was, wat dan? Hobma: ‘Wij waren uitsluitend gegevens-verzamelaars, maar soms, als patiënten tijdens een interview in tranen uitbarstten, bijvoorbeeld bij een vraag over hoe vaak ze de laatste tijd gelukkig waren geweest, dan reageer je daar natuurlijk wel op. Dan blijf je na afloop wel even napraten, zodat ze hun verhaal kwijt kunnen.’ Van Heusden: ‘Soms vroegen we de geestelijke verzorging om langs te gaan.’

Af en toe ging het scoren van patiënten en het daaruit voortvloeiende interviewwerk de beide onderzoeksmedewerksters niet in de koude kleren zitten. Hobma: ‘Er is een discrepantie tussen je gevoel en de zakelijkheid die het afnemen van zo’n interview vereist. Dat mensen er soms zo slecht aan toe waren, dat je gewoon hoopte dat ze nee zeiden. Omdat je wist dat je ze straks nog erger uitgeput zou achterlaten.’ Blij verrast waren de onderzoeksmedewerkers over de vitaliteit van veel ouderen. Hobma: ‘Dan vroeg je bijvoorbeeld: “Heeft u een mantelzorger?” Bleken ze het zelf te zijn. Of ze zeiden: “Zeg, kan dat invullen niet op de computer?”’

Goed nieuws voor het LUMC: toen Tiny Hobma na een jaar meewerkte aan de effectmeting merkte ze een verbetering in de behandeling op. ‘Op bepaalde afdelingen in het LUMC werd veel eerder gereageerd als mensen na de operatie een delier dreigden te krijgen dan het jaar daarvoor. Ik zag in hun status dat ze direct medicatie hadden gekregen. Vaak kon ik dan de volgende dag alsnog een interview afnemen. In de ronde daarvoor heb ik heel veel patiënten niet kunnen interviewen omdat ze delirant waren geworden.’ Of deze verbetering in behandeling van oudere patiënten toe te schrijven valt aan de projecten van het HZP is echter moeilijk te zeggen. In het LUMC lopen talloze onderzoeken en pilots tegelijkertijd. Maar fijn om te horen is het zeker. ■

**HARRIËT VAN HEUSDEN** is zelfstandig ondernemer in correctie-, redactie- en vertaalwerk (uit het Engels), met gezondheidszorg en geneeskunde als specialiteit. Daarnaast is zij werkzaam als freelance onderzoeksmedewerker, voornamelijk ten behoeve van (promotie)onderzoeken in ziekenhuizen.

Voor het HZP heeft zij ten behoeve van effectmeting in 2012-2013 gedurende vier maanden 70+patiënten geselecteerd en geïnterviewd, op de afdelingen orthopedie, chirurgie, urologie en neurologie van het Rijnland Ziekenhuis. Tevens ondersteunde zij in het LUMC de gegevensverwerking van de effectmeting.



# ‘Bellen en faxen hoeft niet meer’



Transfers van patiënten tussen zorginstellingen verliepen altijd uitermate ingewikkeld. Het was een intensief werkproces waarbij nog veel handwerk werd verricht, met alle valkuilen van dien. Informatie bleef achter of was onvoldoende, patiënten verbleven onnodig langer in het ziekenhuis, de huisarts was niet geïnformeerd over waar de patiënt verbleef in de keten. In samenwerking met Sleutelnet is onderzocht welk softwarepakket het beste in aanmerking kwam om een digitaal overdrachtsdossier te realiseren. POINT (Punt voor Overdracht, Informatie, Naslag en Transfers) kwam als beste uit de bus.

POINT ondersteunt het werkproces waarin patiënten vanuit ziekenhuizen worden overgedragen naar de zorgaanbieders en andersom. POINT is een webapplicatie en werkt over de grenzen van afzonderlijke instellingen heen. Het elektronisch overdrachtsdossier bouwt zichzelf op aan de hand van de fasen die de zorgprofessionals met elkaar doorlopen.

Annette van der Zwet, hoofd Transferbureau van het LUMC, vertelt hoe het er vroeger aan toe ging: ‘We regelden vanuit het ziekenhuis samen met thuiszorgorganisatie Marente, toen nog Valent, de thuiszorg van patiënten. Sommige partijen in de zorg vroegen zich af of dat wel eerlijk gebeurde. Was de verleiding niet heel groot voor Valent om de patiënten bij hun eigen instelling onder te brengen? Onderzoek wees uit dat de toewijzing juist heel eerlijk gebeurde. Maar toen in 2010 de regeling ziekenhuisverplaatste zorg (medisch specialistische zorg die uit naam van de specialist en het ziekenhuis bij de patiënt thuis wordt geleverd, red.) van kracht werd, sloot de Raad van Bestuur dat de eigen verpleegkundigen

Binnen de regio is transmurale digitalisering in het HZP met hoge prioriteit op de agenda gezet. Het softwareprogramma POINT bleek het beste toegerust om de data die tijdens overdrachtmomenten nodig zijn te behappen en te delen. Rob Saathof van Sleutelnet en Annette van der Zwet van het Transferbureau LUMC vertellen over de zeer voorspoedig verlopen invoering en de vele voordelen van het nieuwe systeem.





**ANNETTE VAN DER ZWET** is hoofd Transferbureau LUMC. Haar rol binnen Transmurale digitalisering was de implementatie van POINT binnen het LUMC en contacten onderhouden met partners in de regio. Het resultaat van deze activiteiten is dat vanaf 1 april 2013 alle communicatie in de regio voor de klinische patiënten via POINT verloopt.

### PROJECT: EENDUIDIGE E-OVERDRACHT EN TRANSMURALE DIGITALISERING

- Doelgroep: alle zorginstellingen in de regio.
- Betrokken instellingen van het eerste uur: Diaconessen-huis Leiden, Rijnland Zorggroep, LUMC, Topaz, ActiVite, Marente, Rijnlands Revalidatie Centrum, Sleutelnet.
- Invoering van e-overdracht voorziet in:
  - standaardisering van het transferproces in een minimale overdrachtsset (MOS)
  - papierloos werken
  - minder doublures en verhoging processnelheid
  - minimalisering foutkans
  - transfer- en overdrachtsgegevens zijn volledig en tijdig
  - continuïteit van de zorg is gewaarborgd na overplaatsing
  - verkorting opnameduur
  - beschikbaarheid managementinformatie.

van het LUMC voortaan de thuiszorg helemaal zelf moesten regelen. De stap naar een transferbureau bemand met ervaren verpleegkundigen, dat naast thuiszorg ook transfers naar vervolginstellingen regelt, was snel gezet. Het LUMC volgde daarmee een trend, die zich landelijk heeft ontwikkeld. Daarvóór regelde maatschappelijk werk de transfers, maar die situatie was al niet ideaal omdat men niet altijd voldoende verpleegkundige kennis in huis had om die zorg goed te kunnen regelen. Ik heb toen een reorganisatieplan geschreven voor de Raad van Bestuur, dat werd aangenomen. En in goed overleg met maatschappelijk werk hebben we toen een jaar de tijd gekregen om alle zorg die zij tot nu toe hadden geregeld over te nemen en een nieuw transferbureau in te richten. Dat was heel intensief maar ontzettend leuk om te doen. Sinds 1 januari 2012 zijn we een zelfstandig bureau, met allemaal zeer ervaren verpleegkundigen uit het LUMC. Wij regelen alle zorg, intra- en extramuraal. Voor de mensen van maatschappelijk werk was het soms niet makkelijk om dit werk los te laten - sommigen deden het al een kwart eeuw - maar de overdracht is buitengewoon prettig en professioneel verlopen.’

Toen het Transferbureau een feit was, kwam alles in een stroomversnelling, vertelt Van der Zwet. ‘We waren nog ontzettend veel aan het bellen en faxen. Bij dat laatste ging het vaak om handgeschreven, onleesbare briefjes waarover dan weer nagebeld moest worden. Van onze

Raad van Bestuur mogen we patiëntgegevens niet via de mail versturen, maar alleen via een beveiligde lijn. Omdat we die niet hadden, dachten we in de richting van versleutelde mail. Daarnaast speelde nog dat wij EZIS (elektronisch patiëntendossier) kregen in het LUMC. POINT kwam op een goed moment, de tijd was er rijp voor. Het werken met POINT heeft het transferproces een stuk versneld en verduidelijkt, en ook veiliger gemaakt. De regionale invoering ervan heeft ook bewerkstelligd dat we maandelijks met alle betrokken instellingen tegelijk om de tafel zitten. We praten elkaar dan bij over het werken met POINT, en hoe we alles nog efficiënter zouden kunnen maken door lering te trekken uit de opgeslagen data. Dat heeft duidelijk een gunstig effect op de samenwerking in het algemeen. Voor de patiënt betekent het dat wij in korte tijd de nazorg kunnen regelen.’

Transmurale digitalisering vereist dat je het eerst eens wordt over de set aan patiëntgegevens die moet worden gedeeld en daarvoor een standaard ontwikkelt. Rob Saathof, projectmanager van Sleutelnet: ‘Eerst hebben we samen met de betrokken instellingen de uit te wisselen informatie inhoudelijk gedefinieerd en gestandaardiseerd. Dit noemen we de minimale overdrachtsset (MOS). Deze MOS vormt de basis voor het overdrachtsdossier dat in POINT door de verzendende partij kan worden aangemaakt.’

Van der Zwet: ‘In het overdrachtsdossier staan zowel de diagnose en behandeling van de patiënt als de zorgvraag die hij heeft bij het verlaten van het ziekenhuis. Wat heeft de patiënt nodig als hij straks in een thuissituatie zit of naar een verpleeghuis gaat? Of, als hij naar huis gaat, heeft hij daar zorg nodig, en is dat dan verpleging of thuiszorg? POINT voorziet in wel 200 uitklapvelden. Als je ergens met “ja” antwoordt, krijg je weer een verdiepvraag. Zodra een patiënt is aangemeld bij een thuiszorgorganisatie of verpleeghuis kan deze inloggen in POINT en het overdrachtsdossier altijd inkijken. Alle aanvullingen van het transferbureau of de afdeling zijn vanaf dat moment zichtbaar voor die ontvangende instelling.’

De privacy van de patiënt staat voorop en Sleutelnet zorgt samen met de leverancier van POINT (Techxx) dat de applicatie voldoet aan de strenge overheids-eisen op het gebied van persoonsbeveiliging. Saathof: ‘Alléén het dossier van die ene patiënt die in aantocht is, kan door de verzender en door de ontvanger worden bekeken. Maar een derde partij, die wel toegang heeft tot POINT, kan dat dossier niet inzien. Sterker nog: die ziet dat hele dossier niet eens. We willen niet dat er patiëntgegevens op straat komen te liggen.’

Van der Zwet: ‘In het LUMC wordt alles overigens nogmaals getest voordat het in productie wordt genomen, ook omdat er koppelingen zijn met EZIS. Dus als er iets in POINT verandert, kan dat invloed hebben op hoe we EZIS hebben ingericht. Andersom kan ook, dat er iets in EZIS verandert dat implicaties heeft voor POINT. Dan wegen we samen af of die aanpassingen al dan niet door kunnen gaan.’

Saathof onderstreept dat POINT niet bedoeld is als bewaarpunt van medische dossiers. Zodra de overdracht heeft plaatsgevonden wordt het dossier gesloten en uiteindelijk gewist. ‘Het systeem dient puur de logistiek, het transferen van patiënten van de ene naar de andere organisatie.’ Maar stel dat een patiënt na het ziekenhuis in een verzorgingshuis komt en vervolgens doorgaat naar de thuiszorg. Moet dat verzorgingshuis dan een heel nieuw dossier aanmaken ten behoeve van de thuiszorg? Saathof: ‘Het zou inderdaad zonde van de tijd zijn om dan *from*

*scratch* weer alles opnieuw te moeten invullen. Er worden nu een paar aanpassingen in POINT gedaan zodat je een bepaalde hoeveelheid informatie kan hergebruiken. Maar alleen data die niet veranderen komen daarvoor in aanmerking, zoals NAW- en verzekeringsgegevens, de naam van de huisarts en de ziektegeschiedenis. Het zou gevaarlijk zijn de toestand van de patiënt, medicijngebruik of de woonsituatie klakkeloos over te nemen. De situatie kan immers na bijvoorbeeld een maand verzorgingshuis ingrijpend zijn veranderd.’

Dat het gebruik van de applicatie besparingen oplevert, lijkt in de hele regio te zijn doorgedrongen. Van der Zwet: ‘Het mooie is dat er koppelingen zijn gemaakt met EZIS zodat gegevens vanuit EZIS ook in POINT terecht komen. Je weet gelijk de contactpersoon, de huisarts, de apotheek... En je weet dat die gegevens betrouwbaar zijn. Aanvankelijk leek POINT alleen maar meer werk op te leveren omdat verpleegkundigen niet gewend waren om zo veel info te moeten invoeren ten behoeve van het Transferbureau. Daar werd ook wel eens over gemopperd. Maar die inspanning win je weer terug omdat je dezelfde informatie bij de overdracht kunt gebruiken. In de toekomst hopen we nog meer koppelingen te kunnen maken, zodat POINT meer gebruiksvriendelijk wordt.’

Hoe meer zorginstellingen in de regio gaan werken met POINT, hoe beter. Niet alleen omdat je de kosten dan kunt delen maar ook omdat je daarmee een optimaal rendement behaalt voor de patiëntenzorg. Saathof: ‘Point is een cloudoplossing. Dat betekent dat de software in internet draait en er niet een systeem in de ziekenhuizen staat. Dan moet je goed afspreken wat voor kosten je wilt betalen aan de leverancier. Het mooie van Sleutelnet is dat we voor meerdere partijen als één partij kunnen onderhandelen. Dat drukt de aanschafprijs.’

Reclame maken in de regio voor het systeem blijkt niet nodig. Saathof: ‘Iedereen ziet het succes, organisaties melden zich spontaan bij ons aan.’ Van der Zwet: ‘Wij zijn heel enthousiast, we zouden niet meer zonder willen.’ ▶

**ROB SAATHOF** is projectmanager bij Sleutelnet B.V., het samenwerkingsverband van alle zorgverleners en de zorgverzekeraar in de Regio Zuid-Holland Noord op het gebied van ICT ([www.sleutelnet.nl](http://www.sleutelnet.nl)). Hij is verantwoordelijk voor invoering van POINT in de regio waaronder:

- eenduidig gebruik van POINT onderling afstemmen
- applicatie POINT zo inrichten dat de organisaties goed worden gerepresenteerd
- trainen van de gebruikers
- faciliteren van verbetersessies in de regio.



# Een praktisch bruikbaar instrument

DOOR INEKE BAKKER-VAN FAASSEN

Oudere, kwetsbare patiënten hebben na een ziekenhuisopname vaak nog revalidatie en/of verpleegkundige zorg nodig. Afhankelijk van de individuele behoeften kan deze zorg op verschillende manieren worden geleverd, thuis of in een instelling. Voor een optimaal herstel is het belangrijk dat na ziekenhuisopname ouderen op de juiste tijd op de juiste plek terechtkomen. Het is daarom essentieel om vóór ontslag uit het ziekenhuis op een voor de regio eenduidige manier te bepalen welke nazorg het best passend is. Dit speerpunt binnen het Herstelzorg-programma heeft nu geleid tot een praktisch bruikbaar instrument.



GRZ werd voorheen bekostigd uit de algemene middelen van de AWBZ, maar sinds januari 2013 via de ziektekostenverzekering met bijbehorende diagnosebehandelingcombinatie (DBC)-systematiek. Als gevolg hiervan wordt de indicatiestelling niet meer door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) maar door het ontvangende verpleeghuis gedaan, door de specialist ouderengeneeskunde die een DBC opent.

De beslissing hoe en waar een patiënt het beste kan revalideren is dus meer dan ooit een samenspraak tussen het ziekenhuis, verpleeghuis en de revalidatiekliniek, bij monde van de medisch specialist, de specialist ouderengeneeskunde en de revalidatiearts. Van oudsher is bij dit plaatsingsbeleid ook de inbreng van verpleegkundigen en zorgbemiddelaars cruciaal. De rol van deze professionals blijft ook in het huidige triageproces essentieel. Meer en meer krijgt de patiëntenzorg vorm via het zogenoemde multidisciplinair overleg (MDO). Bij een dergelijke overlegvorm zitten genoemde professionals en medisch specialisten met elkaar aan tafel en kunnen triage en indicering direct multidisciplinair worden vormgegeven.

Door de veranderingen binnen de revalidatiezorg voor ouderen heeft Verenso, de beroepsvereniging van specialisten ouderengeneeskunde, een *Triage Instrument Geriatrische Revalidatiezorg* ontwikkeld. Dit geeft een degelijke wetenschappelijke en theoretische onderbouwing van het gewenste triageproces en de daarbij behorende criteria, maar is praktisch niet direct bruikbaar. Iets dergelijks is nu wel ontwikkeld door de werkgroep GRZ van de Rijnland Zorggroep (RZG), in samenwerking met het HZP. Aan de hand van ja/nee-vragen wordt de





**MARLEEN HARTEVELT** was van november 2010 tot 1 september 2013 werkzaam als beleidsmedewerker in het HZP. Zij ondersteunde o.m. de werkgroep Triage van het HZP en ontwikkelde een digitaal triage-instrument. Daarnaast draagt zij zorg voor het HZP-onderdeel Patiëntenparticipatie en is zij projectleider van het deelproject Goud voor Oud(eren)zorg in Bronovo.

## VOORGESCHIEDENIS

Om goed, tijdig en transparant te kunnen bepalen of en zo ja welke vorm van nazorg een patiënt behoeft, zijn heldere afspraken nodig tussen de betrokken professionals en organisaties. Op de eerste plaats dienen er eenduidige criteria voor toelating per zorgvorm te zijn. Beleidsmedewerker Marleen Hartevelt ging er samen met een aparte werkgroep Triage (bestaande uit diverse disciplines vanuit verschillende organisaties) mee aan de slag, met als resultaat een lijst van criteria gedragen door alle zorginstellingen.

De volgende stap was een beslisboom te ontwikkelen: een set van vragen op basis waarvan je als professional bepaalt of en zo ja voor welke vorm van nazorg een patiënt in aanmerking komt. En dan zodanig dat een patiënt voldoet aan de in de regio nauw omschreven criteria. Hartevelt vertaalde deze beslisboom in een digitaal triage-instrument dat aan de hand van het beantwoorden van tien ja/nee-vragen bepaalt welke zorg gewenst is. Het triage-instrument is digitaal beschikbaar via [www.herstelzorg.nl](http://www.herstelzorg.nl). Gebleken is dat het in een behoefte voorziet. Het Transferbureau van het LUMC gebruikt het bijvoorbeeld in

gebruiker door een beslisboom geleid en komt op die manier tot een concreet triagebesluit. Geprobeerd is de vragen zo te formuleren dat ze inhoudelijk zo goed mogelijk de lading dekken van de onderscheidende factoren en criteria die worden beschreven in het Verenso-document. Het is makkelijk in het gebruik en zeer geschikt om te worden gedigitaliseerd in een EPD of digitaal overdrachtsnetwerk. Het triage-instrument is opgedeeld in verschillende blokken, waarbij elk blok staat voor een fase in het triageproces met de daarbij betrokken professionals. Het instrument triert niet alleen met betrekking tot de best passende revalidatiezorg. Ook wanneer patiënten niet in aanmerking komen voor revalidatie kan worden

onduidelijke situaties of als hulpmiddel voor nieuwe medewerkers. Het gebruik in de vorm van een website bleek echter niet handig in de dagelijkse praktijk op een verpleegafdeling. Het ligt meer voor de hand om het instrument volledig te integreren in het EPD van het ziekenhuis en in POINT. Op die manier kan informatie uit de anamnese gebruikt worden als input voor het instrument, met de aanvraag voor nazorg als output. Maar dat is een lang en ingewikkeld traject.

In de tussentijd verscheen in de zomer van 2012 het *Triage Instrument Geriatrische Revalidatiezorg* van Verenso. Dit lijvige document beschrijft hoe en onder welke omstandigheden de besluitvorming over al dan niet (geriatrische) zorg moet worden gedaan. De werkgroep Triage kwam tot de conclusie dat beide instrumenten geïntegreerd zouden moeten worden.

Ineke Bakker-Van Faassen van de Rijnland Zorggroep heeft het triage-instrument van Herstelzorg en de werkwijze zoals door Verenso beschreven mooi verenigd. Zij maakte een praktisch bruikbare beslisboom, die o.m. in gebruik is bij de Rijnland Zorggroep.

verder getrieerd voor de beste passende zorg of thuiszorg. Daarmee is het dus te gebruiken voor elke patiënt die wordt ontslagen uit het ziekenhuis, ongeacht aandoening of leeftijd.

Het eerste blok in het triage-instrument staat voor de screeningsfase in de triage. De vragen uit het screeningsgedeelte kunnen primair worden beantwoord door de verpleegkundige op de ziekenhuisafdeling in samenspraak met de behandelend specialist of arts-assistent. Vaak zal ook de deskundigheid van een zorgbemiddelaar, transferverpleegkundige of vergelijkbare professional in deze fase worden ingeschakeld. In veel ziekenhuizen zijn hiervoor bestaande overlegstructuren, al dan niet gedigitaliseerd.

*Het triage-instrument is te gebruiken voor elke patiënt die wordt ontslagen uit het ziekenhuis, ongeacht aandoening of leeftijd*

In het screeningsgedeelte wordt allereerst bepaald of een patiënt na ontslag nog revalidatiezorg nodig heeft. Daarvoor dient te worden beantwoord of er noodzaak is tot multidisciplinaire behandeling, geformuleerd als *meer* dan basis monodisciplinaire behandeling, en of er bepaalde algemene uitsluitingscriteria voor revalidatie zijn, zoals terminale ziekte of gevorderde dementie. Als een patiënt op grond van deze vragen niet in aanmerking komt voor revalidatiezorg, maar wel nazorg nodig heeft na ziekenhuisopname, komt deze automatisch terecht in het herstellingsgedeelte van het triage-instrument, waar bij dezelfde professionals betrokken zijn.

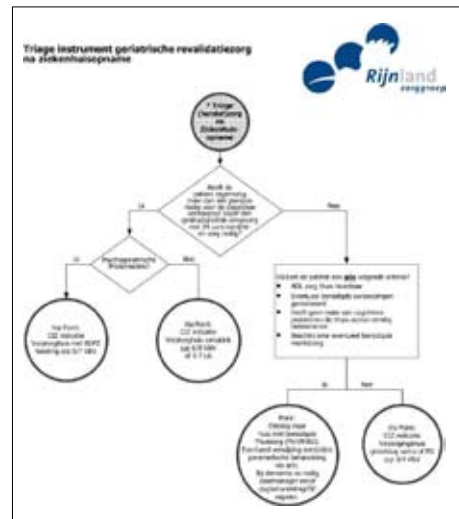
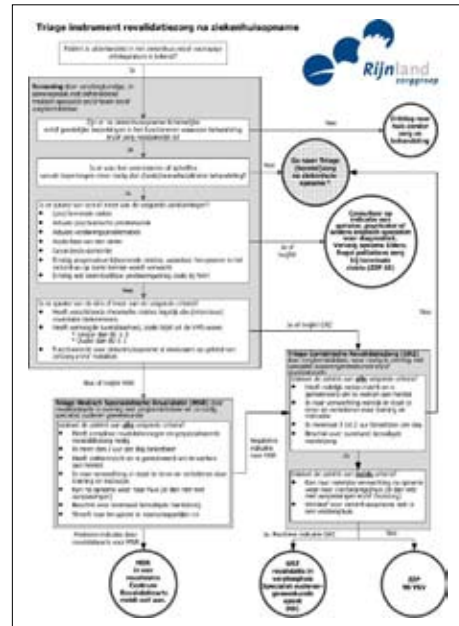
De volgende stap in de screening levert duidelijkheid over of de betreffende patiënt meer gebaat is bij MSR in een revalidatiecentrum of bij GRZ in een verpleeghuis. De belangrijkste onderscheidende factor hiervoor is medische kwetsbaarheid. Globaal gezegd zijn kwetsbare patiënten meer gebaat bij revalidatie in het verpleeghuis en niet geschikt voor revalidatie in een revalidatiekliniek. Het triage-instrument toetst aan de hand van drie relevante items: multimorbiditeit, functioneren voor ziekenhuisopname en leeftijd in combinatie met de VMS-score. Bij dit laatste is gebruikgemaakt van recente onderzoeksresultaten van het HZP, waaruit bleek dat de VMS-score in combinatie met leeftijd een voorspellende waarde heeft met betrekking tot herstel na ziekenhuisopname.

In het Verenso-document wordt gesproken over medische stabiliteit als belangrijke te toetsen factor in het triageproces, gedefinieerd als 'medische toestand, waarin *geen* acute verstoring van orgaan of lichaamsfuncties verwacht wordt, die het herstel- en revalidatieproces negatief beïnvloedt of aanleiding geeft tot een acute ziekenhuisopname en/of overlijden'. Deze medische stabiliteit wordt in het triage-instrument getoetst door zowel het blokje met uitsluitingscriteria, als de vragen met betrekking tot kwetsbaarheid. Zijn patiënten ernstig medisch instabiel dan voldoen ze aan een of meer van de uitsluitingscriteria. Zijn ze redelijk medisch stabiel maar wel verhoogd kwetsbaar, dan komt dit naar voren uit de vragen die de kwetsbaarheid toetsen.

Wanneer op basis van de beschreven screening de patiënt in aanmerking lijkt te komen voor MSR, dan wordt de revalidatiearts geconsulteerd, op verwijzing van de behandelend specialist. Daarmee komen we in het MSR-blok van het triage-instrument. De revalidatiearts bepaalt aan de hand van de criteria, die hij toetst door eigen onderzoek, of de patiënt in aanmerking komt voor MSR. Zo nodig vindt overleg plaats met de zorgbemiddelaar en/of specialist ouderengeneeskunde. Bij een positieve indicatie voor MSR meldt de revalidatiearts de patiënt zelf aan bij de revalidatiekliniek.

Specialist ouderengeneeskunde **INEKE BAKKER-VAN FAASSEN** was lange tijd werkzaam op de revalidatieafdeling van Rijnland Zorggroep, met name CVA-revalidatie. Zij was in die hoedanigheid lid van de RZ-werkgroep Geriatrische Revalidatiezorg (subwerkgroep Triage en doorstroom). Binnen het Herstelzorgprogramma was zij voorzitter van de werkgroep Postoperatief en maakte zij deel uit van de werkgroep Triage onder leiding van Marleen Hartevelt.





Leeftijd is in principe geen triagecriterium. Maar in combinatie met de VMS-score wordt leeftijd in het instrument wel meegenomen als voorspeller van kwetsbaarheid

Bij negatieve indicatie voor MSR wordt de patiënt opnieuw getrieerd aan de hand van de criteria voor GRZ.

Wanneer de patiënt op basis van de screening in aanmerking lijkt te komen voor GRZ, beoordeelt de zorgbemiddelaar, waar nodig in overleg met de specialist ouderengeneeskunde, of deze patiënt voldoet aan alle criteria voor GRZ. Bij twijfel overlegt de zorgbemiddelaar hierover met een specialist ouderengeneeskunde van de revalidatieafdeling van de ontvangende instelling. De ontvangende instelling toetst doorgaans ook de GRZ-criteria voordat wordt overgegaan tot opname.

De vragen in deze twee revalidatie-triageblokken corresponderen met door Verenooy genoemde bouwstenen die het patiëntenprofiel bepalen. Aan de hand van deze vragen wordt definitief getoetst of het profiel van de betreffende patiënt past binnen de criteria voor MSR of GRZ. Globaal gesproken is GRZ geschikt voor de meer kwetsbare, vaak oudere patiënten, die verschillende chronische ziektes hebben, en (zeer) matig belastbaar zijn, maar nog wel gemotiveerd en trainbaar zijn en zicht hebben op verbetering als het gaat om de te revalideren aandoening. MSR is geschikt voor patiënten die nog relatief gezond waren voor de ziekenhuisopname, een hoge intensiteit van therapie aankunnen en goed leerbaar en trainbaar zijn en voor wie specifieke revalida-

tiefaciliteiten nodig zijn. Voor beide doelgroepen geldt dat ze na revalidatie weer moet kunnen terugkeren naar huis of verzorgingshuis.

Leeftijd is in principe geen triagecriterium. Maar in combinatie met de VMS-score wordt leeftijd in het instrument wel meegenomen als voorspeller van kwetsbaarheid. In die zin is leeftijd wel een factor die wordt gewogen in het triageproces.

Het meest wenselijke is dat de triage plaatsvindt binnen een multidisciplinair overleg in het ziekenhuis waarbij zowel de medisch specialist, verpleegkundige, zorgbemiddelaar, revalidatiearts als specialist ouderengeneeskunde aanwezig zijn, met name bij specifieke doelgroepen zoals CVA-patiënten. Dit werkt het meest efficiënt en geeft ook de gelegenheid de taken te verdelen. Sommige gecompliceerde patiënten kunnen ook gezamenlijk door de revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde worden bekeken. Praktisch is een dergelijk MDO niet altijd haalbaar, zeker niet binnen de korte opname-tijd van tegenwoordig, ook van oudere patiënten. Bij een deel van de opnames is de triage niet erg gecompliceerd en kan de zorgbemiddelaar of transfersverpleegkundige in overleg met de ziekenhuisafdeling aan de hand van dit triage-instrument een goed plaatsingsbesluit nemen. Zowel in het MDO als voor individuele gebruikers kan het een praktisch hulpmiddel zijn. ►

‘En mogelijk was haar  
leeftijd een bondgenoot  
waardoor ze iemand  
aan het worden was  
die ze nog niet kende.  
Ze heeft het op de  
gezichten van sommige  
oude mensen gezien.  
Die heldere, tevreden  
blik...’

Alice Munro (82), winnaar Nobelprijs voor de literatuur 2013

57 Hoe vaak heeft u zich  
afgelopen maand  
somer gevoeld?

- ☐ Altijd
- ☐ Heel vaak
- ☐ Redelijk vaak
- ☐ Soms
- ☐ Bijna nooit
- ☐ Nooit

58 Hoe vaak heeft u zich  
de afgelopen maand  
gelukkig gevoeld?

- ☐ Altijd
- ☐ Heel vaak
- ☐ Redelijk vaak
- ☐ Soms
- ☐ Bijna nooit
- ☐ Nooit

59 Hoe vaak heeft u zich de  
afgelopen maand  
gevoeld dat niets  
opvrolijken?

- ☐ Altijd
- ☐ Heel vaak
- ☐ Redelijk vaak

Het HZP vroeg aan duizenden oudere patiënten die de afgelopen jaren in het LUMC, het Diaconessenhuis, het Rijnland Ziekenhuis of Bronovo werden opgenomen, of ze wilden meedoen aan een grootscheeps patiëntenonderzoek. Als ze toestemden, betekende het voor hen en hun mantelzorger(s) het voeren van vermoeiende gesprekken in het ziekenhuis, en ook nog eens het invullen van een ellenlange vragenlijst drie maanden na ontslag. Hoewel ze zich op een zeer moeilijk moment in hun leven bevonden, zeiden velen toch 'ja'. Zij voelden zich aangesproken, omdat ze wisten dat ze daarmee de herstelzorg voor de oudere patiënten die na hen kwamen, konden helpen verbeteren.

Mevrouw Grin-van Leeuwen en mevrouw Van Duijn-Hoep, geportretteerd op de volgende bladzijden, zijn twee uit die duizenden patiënten die ja zeiden tegen het onderzoek. Gehavend, maar voldoende hersteld om nog te kunnen doen wat het bestaan voor hen waardevol maakt, zeggen zij ook volmondig 'ja' tegen het leven.

8

Mevrouw Grin-Van Leeuwen (90) woont vanaf het voorjaar 2013 weer in het huis waar zij al 47 jaar woont. Nadat zij op 4 januari werd getroffen door een herseninfarct bracht zij twee weken door in het Diaconessenhuis waarna zij revalideerde in centrum Bernardus in Sassenheim. Gedurende de drie maanden die ze daar verbleef, werd er in haar huis op kosten van de gemeente een traplift naar de slaapkamerverdieping aangelegd, zodat ze zich – met de hulp van twee zusters van Buurtzorg en twee thuiszorgmedewerkers – weer redelijk kan redden in haar eigen vertrouwde omgeving. Ondanks de verlamingsverschijnselen die ze had, kan ze zich nu weer redelijk goed voortbewegen met een looprek. Elke dag oefent ze ermee, en komt zelfs weer af en toe buiten, in gezelschap van een van haar vaste verzorgers.

Nog maar kort geleden werd mevrouw Grin getroffen door een tia, maar gelukkig werd ze op tijd gevonden door de jongen van de apotheek die net bij haar aanbelde om medicijnen te brengen. Ze houdt er rekening mee dat zij niet lang meer heeft. Op de vraag of dat haar bedrukt, antwoordt ze opgewekt: 'Ik verbaas me elke dag dat ik nog leef.'

Als hartpatiënt, en vervolgens ook nog kankerpatiënt als gevolg waarvan zij in 2001 haar maag kwijtraakte, is ze gewend te leven met het zwaard van Damocles. En door een aangeboren afwijking aan haar voeten is het lopen haar nooit gemakkelijk afgegaan.

Veel lof heeft zij over de zorg die ze nu krijgt. Maar tijdens haar diverse verblijven in het ziekenhuis viel het haar regelmatig op dat het behandelend artsen moeite kost overzicht te houden over haar ingewikkelde medische geschiedenis. Na haar herseninfarct kreeg ze van een specialist te horen die haar eigen dokter verving: 'U bent te dik, u moet meer lopen.' Waarna mevrouw Grin naar haar voeten wees. Ook kon het voorkomen dat zij een diëtist aan haar bed kreeg die niet op de hoogte was van de maagverwijdering twaalf jaar geleden. Deze voorvallen waren voor haar redenen om met het onderzoek mee te doen.

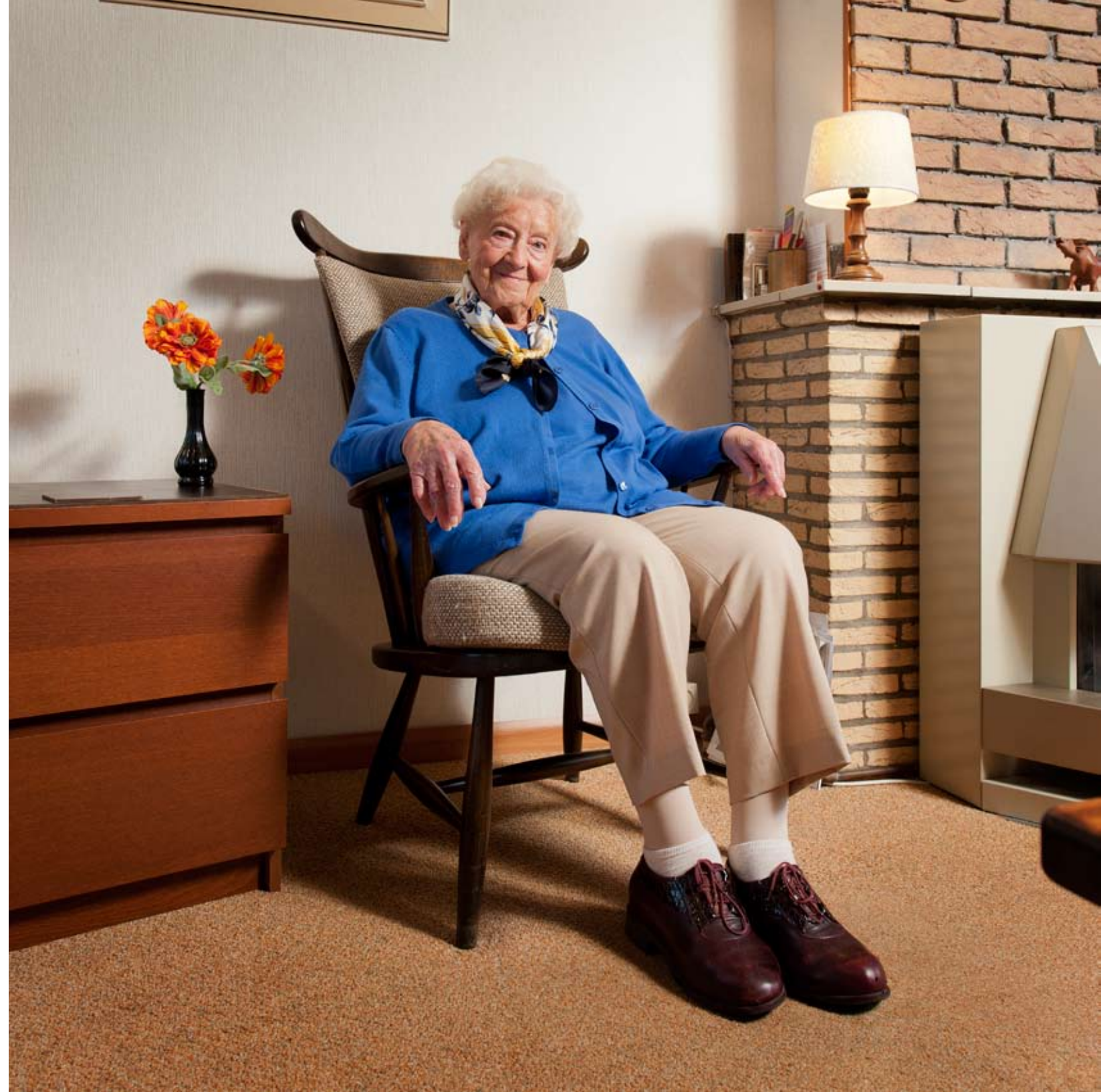
Haar leven was er een met de gebruikelijke ups en downs. Na de meisjesmulo, die was gevestigd in de Leidse Breestraat, voltooide zij een opleiding handelscorrespondentie bij de LOI. Haar eerste – en laatste – baan was bij het consultatiebureau voor TBC-patiënten. Omdat ze trouwde en al snel zwanger was, zou ze eigenlijk met ontslag gaan - zoals dat toen ging. Maar het consultatiebureau had haar zo hard nodig dat ze tot drie maanden na de geboorte van haar enige

zoon bleef doorwerken. Terwijl haar baby in een belendend kamertje op kantoor lag te slapen, was zij druk in de weer met haar typemachine, haar werk nu en dan onderbrekend om het kind te voeden.

In de jaren zeventig scheidde ze van haar man, waarna een kalm en redelijk gelukkig leven begon met talrijke sociale contacten. Tot op de dag van vandaag belt mevrouw Grin langdurig met zo'n vijf bevriende leeftijdgenoten om ze - daar is ze goed in – een hart onder de riem te steken of het laatste wereldnieuws met ze door te nemen. 'Als 's avonds rond negen uur de verpleging komt om me uit te kleden en naar mijn slaapkamer boven te begeleiden, ga ik daarna toch nog altijd even naar beneden om tv te kijken'. Aan een tv in haar slaapkamer heeft ze geen behoefte.

Lezen doet mevrouw Grin heel erg graag, het ene literaire werk na het andere. Kranten en tijdschriften worden gespeld in haar doorzonwoning in Oegstgeest, die nog geheel de geest ademt van de jaren vijftig en zestig. Toch staan haar meubels erbij alsof ze net uit de winkel komen. Kwestie van bijhouden en zo nu en dan opnieuw laten stofferen.

Op de vraag of ze nog iets te wensen heeft, antwoordt ze ontkennend. Volmaakt tevreden. Hoewel, een middagje naar zee, dat zou ze nog wel eens willen. ►





## 9

**M**evrouw Hoep (75) komt net van het stadhuis waar ze in ondertrouw is gegaan. Zij ontmoette haar verloofde vier jaar geleden in de bus. 'Meneer zat alleen. Ik vroeg of ik naast hem mocht komen zitten. We raakten aan de praat, hij vertelde dat hij keyboard en gitaar speelt en dat hij samen met zijn nicht een cd zou maken maar ze had net afgebeld. "Goh", antwoordde ik, "ik speel piano en ik zing ook, bij de operette, in een kerkkoor en op wijkavonden en zo." Prompt vroeg hij of ik de zangpartijen van zijn nicht wilde overnemen. Leek me best leuk, zo'n cd maken.'

En zo geschiedde. Het raakte aan, maar kort daarop begon het getob. 'Na een heupoperatie bleef ik last houden, maar daar viel met pijninjecties op z'n tijd wel mee te leven. Maar steeds vaker voelde ik me zwaar griepig. Heel

hoge koorts. Mijn huisarts kon niks vinden. Toen ik hem vertelde dat ik het ook benauwd kreeg bij het zingen, stuurde hij me door naar het LUMC.' Er werden foto's genomen en de uitslag was longkanker. De hele long moest eruit. Dat zij deze dramatische uitslag onverhoeds te horen kreeg terwijl haar vriend ergens aan het optreden was, heeft zij als onprettig ervaren, evenals het tijdstip van ontslag. 'Als je zo zwak en nog zo ziek bent zou je eigenlijk even tijdelijk naar een verzorgingshuis moeten kunnen. Thuis pak je je rust niet. Ik stond gelijk weer te koken en af te wassen.' Meneer Van Duijn: 'Ik mocht het van haar niet doen.' Over de verpleging in het LUMC is mevrouw Hoep zeer te spreken.

Ze herstelde, maar werd korte tijd later opnieuw geplaagd door eczeem, tenminste, daar leek het op. Een deel van de vermaledijde plek bleek te zijn ontaard in huidkanker, waarvoor ze moest worden bestraald. Mevrouw Hoep: 'Een rotgeintje.' Ze dacht in het Antoni van Leeuwenhoek in goede handen te zijn, maar daar stuurde men haar weg met een contra-indicatie. Even later bleek het toch wel degelijk foute boel.

Alsof dat allemaal nog niet genoeg was, bleek ze vorig jaar darmkanker te hebben. Meneer Van Duijn: 'Naar mijn smaak wachtte de huisarts ook nu weer te lang met doorverwijzen. Ze had al heel lang last, maar de problemen werden steeds onderschat.'

## INTERVIEW MEVROUW HOEP

Mogelijk speelde daarbij een rol dat mevrouw Hoep niet snel bij de pakken neerzit en gezegend is met een energieke natuur. Mevrouw Hoep: 'Mijn huishoudelijke hulp vindt het knap dat ik met die heup nog het bed uit kom. Ik loop er nog mee, ik ga naar het strand, ik ga zitten in zee. Dat is ook goed tegen eczeem.'

Die darmkanker was heel akelig. Mevrouw Hoep: 'Nog erger dan de long. Ik heb zo'n pijn gehad.' De behandelend arts van het Diaconessenhuis bleef maar vezels voorschrijven om haar darmen weer aan de praat te krijgen. Toen dit niet lukte, is er bij haar alsnog een stoma aangelegd. 'Mevrouw Hoep: 'Hadden ze dat maar gelijk gedaan, dat had ons een hoop ellende bespaard.' Meneer Van Duijn: 'Ook het Diaconessenhuis heeft haar te vroeg naar huis gestuurd. Ik was er wel om haar te helpen, en er kwam dagelijks verpleging en thuiszorg langs, maar het was eigenlijk te zwaar voor ons allebei. Ze was te ziek.'

Toen mevrouw Hoep haar vriend leerde kennen, was ze dertien jaar weduwe geweest. 'Daar vond ik niks aan. Ik had een goed huwelijk. Overal is wel eens wat.' Haar hele leven heeft ze gegymd. Ook was ze een tijd gek met boerenschilderen. Maar muziek is haar passie. Een keer in de maand treedt ze op met haar vriend en een keer in de week zingt ze in het kerkkoor. Meneer Van Duijn: 'Ze haalt weer de hoogste noten.' ▮

# ‘Laat het geld de patiënt volgen, niet het systeem’

10

Balansstoornissen analyseren en valtrainingen regelen kunnen huisartsen over het algemeen prima zelf. Maar dat kan niet in een 10-minutenconsult. En niet altijd zonder de expertise van een internist ouderengeneeskunde en de aanvullende analyse van de praktijkondersteuner en fysiotherapeut. Niet om medische, maar om deze puur praktische redenen worden patiënten in het ziekenhuis of een valpoli in de 2<sup>e</sup> lijn getrajecteerd op dure, tijdrovende onderzoeken die vaak niet nodig zijn. Wat als nu eens de specialist samen met de huisarts in de huisartsenpraktijk naar de patiënt ging kijken? Zou dat voor de patiënt niet veel prettiger – en goedkoper – zijn?

Mirjam Schonenberg van huisartsenpraktijk Schonenberg & Smaal en internist ouderengeneeskunde Gijs Willemsen van het Diaconessenhuis namen in Katwijk de proef op de som. Hoe kwam hun samenwerking tot stand? Schonenberg: ‘Gijs heeft een sleutelpositie in het Diaconessenhuis als het gaat om projecten binnen het NPO en ik ben in de gemeente Katwijk ook voorzitter van de werkgroep Ouderenzorg. Zodoende werken we al lang intensief samen en rolden we bijna vanzelf in dit project.’ Schonenberg is niet zomaar huisarts, maar extra opgeleid in ouderengeneeskunde. Als kaderhuisarts heeft ze tot taak de zorg rond de kwetsbare oudere in Katwijk zo nuttig en efficiënt mogelijk vorm te geven. Daar hoort het creëren van een stevig netwerk bij. Zij vervult deze functie namens een grote groep huisartsen met in totaal 56.000 ingeschreven patiënten.

Schonenberg is ervan overtuigd dat zorg aan ouderen zo dicht mogelijk bij huis moet plaatsvinden. Dat deze visie vanuit de 2<sup>e</sup> lijn wordt gedeeld ervaart zij als erg prettig. ‘Samen geven wij de kreet “zorg dichtbij” werkelijk

Als een oudere valt of bang is om te vallen, verwijst de huisarts hem meestal door naar het ziekenhuis voor een uitgebreide valanalyse. Dat onderzoek is duur en blijkt vaak onnodig. Met de wetenschap dat je ouderen maar beter zo lang mogelijk uit de buurt van ziekenhuizen moet houden, zetten het Diaconessenhuis en een Katwijkse huisartsenpraktijk een 1,5<sup>e</sup>-lijns polikliniek op. Met als voorbeeldig resultaat: betere zorg, die minder kost.





**GIJS WILLEMSSEN** is internist ouderengeneeskunde in het Diaconessenhuis. Voor het project Herinrichting 2<sup>e</sup>- en 1<sup>e</sup>-lijnszorg was hij coördinator 1,5<sup>e</sup>-lijnszorg in de nieuwe Katwijkse balanspolikliniek Houd Stand.

## PROJECT: HERINRICHTING 2<sup>E</sup>- EN 1<sup>E</sup>-LIJNSZORG. ANALYSE VAN VAL-RISICO'S IN DE 1,5<sup>E</sup> LIJN EN ZORG IN DE KETEN

- Doelgroep: ouderen met valrisico.
- Betrokken instellingen: Huisartsenpraktijk Schonenberg & Smaal, Diaconessenhuis, Zorggroep Katwijk, Stichting Welzijn Ouderen Katwijk, gemeente Katwijk, Paramedisch Centrum Katwijk.
- Resultaten:
  - 50% van de balansanalyse kan plaatsvinden in de 1<sup>e</sup> lijn door huisarts, POH'er en geriatrisch fysiotherapeut, met internist ouderengeneeskunde als consulent

handen en voeten.' Willemsen: 'In de loop der jaren stelde ik vast dat zich in het Diaconessenhuis een grote groep valpatiënten meldt die er niet thuisloopt. Mensen die met wat meer bewegen en balansoefeningen voldoende geholpen zijn. Daar hoeft je geen 2<sup>e</sup>-lijnsanalyse op los te laten. Daarnaast wordt steeds duidelijker dat de winst van 2<sup>e</sup>-lijns val- en balanspoli's, die overal als paddenstoelen uit de grond schieten, maar heel erg betrekkelijk is. Dat geldt overigens voor meer gespecialiseerde poli's in ziekenhuizen.'

De aanzienlijke groep medisch lichte gevallen waar Willemsen het over heeft, is ook een groep die door huisartsen makkelijk blijkt te worden herkend. Willemsen: 'Hoewel we nog niet beschikken over exacte cijfers is ons duidelijk dat de diagnose "pluis of niet pluis" feilloos door de Katwijkse huisartsen die meededen met het project is gedaan. De patiënten die ik nog in het ziekenhuis zie, hadden echt aanvullend onderzoek en medische interventie nodig. Er wordt uitstekend ingestuurd. De "goede" groep krijgen we hier op de poli Houd Stand.'

Een enkeling moest bij nader inzien alsnog voor een analyse naar het ziekenhuis. Vervelend, maar van grote risico's of veel tijdverlies was geen sprake. Schonenberg: 'Bij die patiënten hadden wij al een groot stuk van het voorwerk gedaan.'

- na een balanstaining kan de patiënt aansluitend gebruikmaken van lokale beweegprogramma's, met positief effect op de gezondheid in het algemeen
- door vermindering van overbodige consulten en diagnostiek in de 2<sup>e</sup> lijn wordt meer bespaard dan er kosten bij komen in de 1<sup>e</sup> lijn
- de kwaliteit van leven neemt toe gemeten in patiënttevredenheid.

Het stond de huisartsen in de regio overigens vrij om mee te doen aan het project. Schonenberg: 'Dat kun je ze ook niet verplichten. Regulier verwijzen blijft gewoon mogelijk.'

De deelnemende Katwijkse huisartsen hebben bewezen dat ze de regierol bij patiënten met balansstoornissen prima aankunnen, mits ondersteund door 2<sup>e</sup>-lijns expertise in de huisartsenpraktijk. Het team in Katwijk bestond naast kaderhuisarts Schonenberg en internist ouderengeneeskunde Willemsen uit een geriatrisch fysiotherapeut en een praktijkverpleegkundige. Een belangrijke steun vormden de assistente en de praktijkverpleegkundige van het huisartsteam, Marloes van Duijn en Marianne van Beelen. De analyse inclusief advies blijkt in een consult van een uur te kunnen worden gedaan.

Schonenberg: 'Als je de herinrichting van de 2<sup>e</sup> en 1<sup>e</sup> lijn tot 1,5<sup>e</sup>-lijnszorg goed aanpakt, heeft dat een enorme impact, niet alleen op kwaliteit van leven maar ook op de kosten.' Schonenberg beaamt dat er nog wel goed naar het kostenplaatje in z'n totaliteit moet worden gekeken. Naast het organiseren van de medische kant en het bedienen van 22 huisartsenpraktijken komt het welslagen van de poli Houd Stand aan op netwerken en een goede logistiek. De lichte gevallen van de poli hebben ter herstel en preventie immers begeleiding nodig in de

vorm van valtrainingen en andere oefentherapieën. Bewegingsvoorzieningen in de buurt en op regelmatige basis, liefst niet al te duur en gegeven met kennis van zaken. Schonenberg steekt daarom veel tijd in het onderhouden van uitstekende relaties met de gemeente, Stichting Welzijn Ouderen Katwijk en de geriatrische fysiotherapeuten van Paramedisch Centrum Katwijk. Dat het Diaconessenhuis een goede samenwerkingspartner is, blijft in de gemeente niet onopgemerkt. Willemsen: 'Wij hebben met sportartsen en orthopeden in het ziekenhuis een instructievideo ontwikkeld voor patiënten die, in bed wachtend op ontslag, alvast iets aan het opbouwen van hun balans en spierkracht wilden doen. Die wordt drie keer op een dag uitgezonden door onze interne televisiezender. Die video hebben we aangeboden aan de gemeente Katwijk, zodat zorg- en verpleeghuizen en buurtcentra er ook iets mee kunnen. Zo heeft de hele bevolking er wat aan.' Schonenberg: 'Dat heeft men hier zeer op prijs gesteld. Dat Gijs vaak aanzat bij besprekingen met de gemeente heeft de verstandhouding zeker positief beïnvloed.'

Als je louter naar inkomsten kijkt, lijkt het ziekenhuis de grote verliezer. Zijn ze in het Diaconessenhuis wel blij met Willemsen? 'Ik ondervind alle medewerking van mijn directie. Ook bij ons wordt het kwaliteits- en welzijnsaspect, het denken vanuit de patiënt, steeds belangrijker. Dit project heeft op die punten veel bereikt. We hebben de zorgverzekeraar erop gewezen dat iedereen erbij wint. Ook het ziekenhuis zou er op de een of

*'Laten we hopen dat dit de opmaat wordt naar nog veel meer 1,5<sup>e</sup>-lijnszorg'*

andere manier voor beloond moeten worden dat het bespaart en kwaliteit van zorg verhoogt. Een verzekeraar zou misschien goede ketenzorg als geheel moeten gaan belonen. Laat het geld de patiënt volgen, niet het systeem. Weg van de klassieke structuren. Want wat wij hier doen past nog nergens in. De 1<sup>e</sup> lijn en de 2<sup>e</sup> lijn worden op verschillende manieren bekostigd. Inkopers huisartsenzorg en inkopers ziekenhuizen zijn in de zorgverzekeringswereld twee nog volstrekt gescheiden bloedgroepen. Wat wij nodig hebben is iemand die er met een helicopterview boven hangt.'

Het keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis, ontwikkeld door de landelijke ouderenorganisaties en dit jaar voor het eerst toegekend (o.a. aan het Diaconessenhuis, red.), vindt Willemsen een fantastisch concept. 'Dat dwingt zorgaanbieders minder in bedrijfseconomische en meer in termen van gastvrijheid en service te denken. Dat je een ouder echtpaar verwelkomt aan de deur en hun auto even voor ze wegzet. Dat je een luifel boven de ingang maakt zodat ze droog kunnen uitstappen. Het zit 'm vaak in simpele dingen. En dan hoop ik dat de bestuurders nog even op deze toer doorgaan en uitkomen bij de gedachte: waarom moeten we deze mensen uit Katwijk überhaupt ontvangen terwijl ze ook geholpen hadden kunnen worden in hun woonplaats?

Maar deze manier van denken staat nog in de kinderschoenen. Hoe dan ook staat de ziekenhuizen de komende jaren krimp te wachten. Deels ten gunste van de huisarts. Dat is mooi, maar dan moeten huisartsenpraktijken wel de tijd krijgen om zich op hun nieuwe rol als 1,5<sup>e</sup>-lijnsvoorziening voor te bereiden. Willemsen: 'Voor dit project hebben we met elkaar afgesproken: laten we klein beginnen, de zorg verbeteren voor een heel belangrijke, kwetsbare doelgroep. Laten we hopen dat dit de opmaat wordt naar nog veel meer 1,5<sup>e</sup>-lijnszorg. Wij zien het als uitdaging om de hele ouderenzorg naar dit model om te vormen. Datgene doen wat nuttig is op de juiste plek. Te kijken of we met elkaar tot werkbare en verstandig gefinancierde modellen kunnen komen.' ▸

**MIRJAM SCHONENBERG** is huisarts in Katwijk aan Zee in Huisartsenpraktijk Schonenberg & Smaal en is sinds 2012 ook kaderhuisarts ouderengeneeskunde in de regio. Daarnaast is zij voorzitter van de werkgroep Ouderenzorg van de Zorggroep Katwijk. Taken binnen het project:
 

- aansturing van het logistieke proces in de 1<sup>e</sup> lijn
- vorming beweeggroep Houd Stand
- (mee)beoordelen van de naar de poli Houd Stand door collega's verwezen ouderen, bijgestaan door assistente Marloes van Duijn en praktijkverpleegkundige Marianne van Beelen, beiden lid van het huisartsteam Schonenberg & Smaal.



# ‘Geen koude kroketten meer op het nachtkastje!’

11

Ook al voordat het HZP van start ging in 2010 had deze groep patiënten de speciale aandacht van Bronovo. Internist ouderengeneeskunde Gerard Jan Blauw: ‘Dat ouderen die acuut in het ziekenhuis terechtkomen een heel kwetsbare patiëntengroep vormen, is al langer bekend. Naast hun lichamelijke problematiek - de directe aanleiding tot opname – raken deze mensen door psychosociale omstandigheden in het ziekenhuis vaak ook nog eens in de war. Het zo beperkt mogelijk houden van die cognitieve (en ook fysieke) achteruitgang is ons aller doel.’

Om dit te bewerkstelligen was het eerst nodig deze groep nauwkeurig in kaart te brengen. Projectleider Goud voor Oud(erenzorg) en beleidsmedewerker HZP Marleen Hartevelt maakte daarvoor gebruik van het binnen het HZP ontwikkelde VMS+model waarmee kan worden gemeten of oudere patiënten een risico hebben om kwetsbaar te zijn op het gebied van delier, ondervoeding, vallen en fysieke beperkingen. Dat gebeurt in meerdere ziekenhuizen, maar het bijzondere aan het project in Bronovo is dat het onderzoek zich toespitste op cognitie en vallen en zich richtte op de moeilijkste, meest kwetsbare categorie, namelijk die van acuut opgenomen ouderen van wie de medische voorgeschiedenis veelal niet volledig bekend is. Hartevelt: ‘Direct na opname van een oudere die mogelijk tot deze kwetsbare groep behoort, doen we – als dat maar enigszins mogelijk is - een cognitietest. Ik geef toe dat het afnemen van zo’n test in de hectiek van de SEH niet altijd even makkelijk is, maar als ziekenhuis wil je zo snel mogelijk weten of je patiënt in de war is, zodat je de behandeling en de zorg daarop kunt afstemmen. Zo weet je binnen een paar minuten of het iemand is op wie je extra moet letten en kun je die in-

Kwetsbare ouderen met cognitieve stoornissen en/of een fractuur komen veelal in het ziekenhuis terecht via de spoedeisende hulp. Bronovo nam deel aan het Herstelzorgprogramma door het klinisch proces voor deze acute 70+patiënten op diverse fronten structureel te optimaliseren. Prettige bijkomstigheid is dat de verbeterde zorg kostenbesparend lijkt te werken.





**GERARD JAN BLAUW** is hoogleraar interne geneeskunde met als aandachtsgebied ouderengeneeskunde en internist ouderengeneeskunde in Bronovo en in het LUMC. Voor het Herstelzorgprogramma (HZP) was hij verantwoordelijk voor het opzetten en de implementatie van het VMS+ screeningprogramma in beide ziekenhuizen, met speciale aandacht voor de acuut opgenomen oudere patiënten.

## PROJECT: GOUD VOOR OUD(ERENZORG)

- Doelgroep: acute 70+patiënten met cognitieve stoornissen en/of fractuur.
- Betrokken instelling: Bronovo.
- Goud voor Oud(erenzorg) voorziet in:
  - inventarisatie en oplossing organisatorische en logistieke knelpunten

- herziening en ontwikkeling van protocollen rond screening en interventie
- scholing personeel
- opzetten project Vrijwilligers Ouderenzorg.

formatie direct delen met de verpleging van de betreffende opnameafdeling. Want aan zo'n patiënt moet je geen moeilijke vragen stellen. Die stel je aan zijn omgeving. Je weet meteen dat je wat verder moet kijken dan je neus lang is.'

Het begrip verwardheid is niet precies gedefinieerd, maar de centrale vragen die met de test worden beantwoord zijn of de patiënt al dan niet nog in regie is, helder kan nadenken, snapt waar hij is en wat er aan de hand is. Blauw: 'De oorzaken worden met zo'n test natuurlijk niet opgehelderd, maar wel of de patiënt in kwestie nog helder kan nadenken.'

Dat een positieve uitslag van de test enorme consequenties heeft voor de omgang met de patiënt in het ziekenhuis is duidelijk. Maar ook voor de periode na ziekenhuisopname is zo'n uitkomst essentieel. Blauw: 'Van ouderen die slecht over zichzelf kunnen beschikken omdat de hersenen niet goed functioneren weten we dat terugkeer naar huis heel moeilijk wordt. Dat is nu eenmaal de praktijk. Maar toch liet men zich daar in de oude situatie steeds weer door overvallen. Op de dag van ontslag, als de gebroken heup of longontsteking verholpen is, kwam pas de vraag: en wat nu? Terug naar huis kan echt niet.' Hartevelt: 'Beetje laat hè.' Blauw: 'Als je dat in de eerste uren na opname dankzij de test al kunt vaststellen, kun je meteen met de huisarts en mantelzorg in conclaaf over de mogelijkheden van de patiënt na opname.' Omdat de opnameduur de laatste decennia sterk verkort is en meestal niet meer

dan een week in beslag neemt, maakt tijdig overleg over de toekomst nog urgenter.

Blauw onderstreept dat er nog veel schort aan de communicatie als het gaat om het doorgeven van cognitieve problemen. Huisartsen signaleren het wel maar schrijven het lang niet altijd op in het medisch dossier. Of mantelzorgers, die er misschien al jaren mee leven, geven het niet door aan de huisarts. Ook het ziekenhuis blijft wel eens in gebreke, zodat de huisarts zich overvallen voelt als hij de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis verward thuis aantreft. Een situatie die de patiënt in elk geval niet verder helpt.

Elk ziekenhuis heeft zijn eigen couleur local, maar zowel in Bronovo als in het LUMC, het Diaconessenhuis en het Rijnland Ziekenhuis is men onder de vlag van het HZP aan de slag gegaan met het organiseren van betere zorg aan oudere patiënten. Het Bronovo en het LUMC formeerden een Consultatieve Dienst Ouderengeneeskunde (CDO), bestaande uit een multidisciplinair geriatisch team dat ongevraagd en volautomatisch bij patiënten langs gaat die via VMS+ als extra kwetsbaar zijn aangemerkt. Blauw: 'Niet om te kijken of ze medisch inhoudelijk goed behandeld worden voor hun hartinfarct of longontsteking - dat kan de specialist heel goed zelf - maar om gezamenlijk te bepalen hoe het beste met de verhoogde kwetsbaarheid om te gaan, zodat de patiënt zo ongeschonden moge-

lijk door zijn ziekenhuisopname heen rolt.' Ook is er vanaf dag één contact met het Transferbureau, de Schakelunit en de mantelzorg, om te kijken in welke omgeving en met welke ondersteuning de patiënt na ontslag kan gaan wonen.

Deze nieuwe aanpak heeft het verplegend personeel in Bronovo gestimuleerd om ook echt aan de slag te gaan met de protocollen. Allen hebben een training gevolgd om de thema's van VMS+ goed te leren kennen en de zorg daarop aan te passen. Hartevelt: 'Een delier bijvoorbeeld komt veel voor. Daar is heel lastig mee om te gaan, maar als je de verschijnselen maar in een vroeg stadium herkent, kun je aan de bel trekken bij de CDO voor bijstand en advies.' Door tijdig medisch te interveniëren kun je de aandoening bovendien beperken, verkorten of zelfs voorkomen.

In Bronovo hebben ze nu echt de smaak van goede ouderenzorg te pakken. Hartevelt startte er onlangs met Vrijwilligers Ouderenzorg. Dit project is gebaseerd op het Hospital Elder Life Program, een programma waarbij

*De boodschap aan  
zorgverzekeraars  
en politiek  
Den Haag is  
zonneklaar:  
seniorvriendelijke  
ziekenhuizen  
leveren hun geld  
dubbel en dwars  
op*

geschoolde vrijwilligers zeven dagen per week de kwetsbare ouderen ondersteunen met oriëntatie, voeding en bewegen. Blauw: 'Iedereen weet dat tijd en aandacht - bij alle patiënten maar zeker bij deze kwetsbare groep - herstelbevorderend werkt.' Hartevelt: 'Maar omdat het verpleegkundigen daarvoor vaak aan tijd ontbreekt, leiden we nu een groep vrijwilligers op om dat stuk voor hun rekening te nemen. Even praten met een patiënt die warrig is, hem op weg helpen in de nieuwe situatie, helpen met oefenen, helpen met en gezelschap houden bij het eten. Dit systeem heeft zich al bewezen in Amerika. We gaan het gewoon doen en kijken wat het oplevert.' Blauw: 'Als geconstateerd wordt dat een patiënt niet goed eet, werd er in de klassieke situatie een diëtist op af gestuurd. Waardoor er vanuit de keuken een stroom kroketten op gang kwam. Maar als je in de war bent, eet je die niet op. Gevolg: een ondervoede patiënt met naast zich op het nachtkastje een stapel koude, onaangeroerde kroketten...'

De geplande nieuwbouw van het Bronovo voorziet niet alleen in een gezellige, gezamenlijke eetkamer maar ook in slaapplek voor familie. Hartevelt: 'Wat geldt voor kinderen, geldt zeker ook voor verwarde, oudere mensen. Met steeds een vertrouwd gezicht in de buurt voorkom je een hoop ellende.'

Nog even terug naar het project Goud voor Oud(erenzorg). Zijn de resultaten al bekend, werkt het? Blauw: 'Hoewel we de data nog niet allemaal hebben verzameld en geanalyseerd, laten de eerste ruwe gegevens zien dat onze doelgroep er na ziekenhuisopname beter aan toe is dan ervoor. Wij pretenderen niet dat we met die CDO's de enig juiste systematiek hebben gevonden om het herstel van acuut opgenomen extra kwetsbare ouderen te bevorderen, maar ons bevalt het uitstekend.' En dat zonder extra dokters aan te nemen. De boodschap aan zorgverzekeraars en politiek Den Haag is zonneklaar: seniorvriendelijke ziekenhuizen leveren hun geld dubbel en dwars op. ►

**MARLEEN HARTEVELT** was van november 2010 tot 1 september 2013 werkzaam als beleidsmedewerker in het HZP. Zij heeft zich met diverse onderwerpen beziggehouden. Zo ondersteunde zij de werkgroep Triage van het HZP en ontwikkelde ze een digitaal triage-instrument. Daarnaast draagt zij zorg voor het HZP-onderdeel Patiëntenparticipatie en is zij projectleider van het deelproject Goud voor Oud(erenzorg) in Bronovo.



# ‘Alles waar wij van droomden, is er ook gekomen’

12

De behoefte aan een afdeling als De Boeg kwam voort uit de observatie dat in het ziekenhuis opgenomen patiënten bij wie herstelvertragende cognitieve problemen tot uiting komen, vaak onnodig lang in het ziekenhuis verbleven. Niemand wist eigenlijk raad met dit type patiënten, voor wie het ziekenhuis niet de juiste omgeving is, die te verward zijn voor een somatische revalidatieafdeling maar ook ongeschikt zijn voor een psychogeriatrische afdeling omdat bij hen (nog) geen diagnose dementie is gesteld. Bovendien zijn psychogeriatrische afdelingen vaak onvoldoende toegerust op patiënten die (ook) somatisch moeten revalideren.

Overigens komen patiënten niet alleen via het Diaconessenhuis of andere ziekenhuizen in De Boeg terecht maar ook naar aanleiding van acute gevallen van verwardheid, ontstaan in de thuissituatie. In de afgelopen jaren kwam in PG-verpleeghuis Mariënhaven een groeiend aantal verwarde, oude mensen uit de regio binnen via de noodbeddenregeling. Op de verkeerde plek dus, want (nog) zonder de diagnose dementie. Monique van Moorsel: ‘Onze afdelingsarts in Mariënhaven kwam toen met het idee om ons te specialiseren en een aparte, gecombineerde psychogeriatrische transitieafdeling met zowel herstellzorgbedden als noodbedden in het leven te roepen. Dit idee paste in het HZP.’ In september 2012 kwamen de eerste patiënten vanuit het Diaconessenhuis aan en daarmee werd De Boeg, met een eigen specialistenteam en speciaal opgeleid personeel, officieel geopend.

Op De Boeg worden patiënten maximaal drie maanden geobserveerd, gescreend, begeleid, verzorgd en behandeld door een zorg- en behandelteam dat toegerust is

Corry Knijnenburg, verpleegkundig expert ouderengeneeskunde in het Diaconessenhuis Leiden en Monique van Moorsel, teammanager van afdeling De Boeg in Warmond, werken beiden al tientallen jaren in de ouderenzorg. Bezielde praten ze over de verbeterde zorg aan patiënten met dementie of een delier, maar ze zijn zich bewust van hun grenzen.

Dat zit ‘m in de aard van de ziekte, maar ook in de constante bezuinigingen in de zorg. Enthousiast zijn ze over hun nieuwe afdeling De Boeg. ‘Alles waar wij vroeger van droomden, is er ook gekomen.’





CORRY KNIJENBURG MSC. werkt sinds 2000 in de functie van verpleegkundig expert ouderengeneeskunde in het Diaconessenhuis Leiden. Sinds 2010 is zij betrokken bij de verpleegkundige vervolgopleiding geriatrie verpleegkunde in het LUMC. Van 2002 tot 2007 was zij vicevoorzitter van de VVVG (nu V&VN afdeling geriatrie verpleegkunde). Zij vertegenwoordigde V&VN, o.a. in het expertteam van het Landelijk Dementie Programma, de IGGZ-werkgroep prestatie indicator delirium, het expertteam van VMS-zorgthema 5 'kwetsbare ouderen' en de expertcommissie ontwikkeling criteria voor seniorvriendelijk ziekenhuis (Unie KBO). Vanaf de start van het Nationaal Programma Ouderen is zij betrokken bij het ontwerpen van het zorgprogramma kwetsbare ouderen, de dataverzameling in het Diaconessenhuis en de bijscholing voor verzorgenden en verpleegkundigen van de transitieafdeling De Boeg van Marente.

PROJECT: DE BOEG (TRANSITIEAFDELING MARENTE, REVALIDATIE PG)

- Doelgroep: ouderen bij wie nog geen cognitieve stoornis is gediagnostiseerd en bij wie tijdens opname in een ziekenhuis verwardheid en delier ontstaan, en oudere thuiswonende dementerenden bij wie plotselinge verergering van problemen plaatsvindt.
- Betrokken instellingen: Diaconessenhuis, Mariënhaven (Marente), GGZ Rivierduinen.
- De Boeg voorziet in:
  - beter op de doelgroep afgestemde en passende zorg met sneller herstel als gevolg
  - minder risico op onveilige situaties voor patiënten
  - vermindering 'verkeerde bed'-problematiek in het ziekenhuis
  - meer rust op de reguliere afdelingen in Mariënhaven
  - betere toerusting en daardoor meer werkplezier voor medewerkers.

voor deze specifieke doelgroep. In deze periode is zorg en behandeling erop gericht de patiënt in een stabielere toestand te krijgen. Doel van het revalidatietraject is het realiseren van functieherstel zodat patiënten waar mogelijk weer naar huis kunnen gaan. Corry Knijnenburg screent patiënten in het Diaconessenhuis of ze in aanmerking komen voor een tijdelijk verblijf in De Boeg: 'De patiënten die in aanmerking komen voor De Boeg lijden vaak aan een delier en/of aan nog niet gediagnostiseerde dementie. En soms hebben ze er nog een depressie bij. Dit type kwetsbare patiënten revalideert gewoon veel en veel langzamer. Als ze al kunnen revalideren. Als de medische behandeling is afgerond is het ziekenhuis niet de omgeving voor deze hele kwetsbare groep mensen. Daar krijgen ze alleen maar meer complicaties.' Van Moorsel: 'Maar ze passen ook niet op een gewone revalidatieafdeling.' Knijnenburg: 'Somatisch zeker niet, want ze hebben te veel cognitieve problemen. Voordat een delier is uitgewoed ben je vaak al drie maanden verder. Die drie maanden heb je ook nodig om te bepalen wie er onder al die narigheid zit. Soms is dat heel verrassend, blijkt men dankzij het verblijf hier in De Boeg toch weer redelijk zelfstandig te kunnen functioneren.' Van Moorsel: 'Dat is zo belangrijk. Dat je echt goed zoekt wat er aan de hand is, Dat je deze kwetsbare mensen de tijd en de rust kunt om weer op de toppen van hun

kunnen te functioneren. En dat je ze niet prematuur op een PG-afdeling plaatst waar niet de juiste aandacht gegeven kan worden. Of, misschien erger, dat je ze naar huis stuurt met een delier. Die zagen we dan meestal vroeg of laat weer terug via de noodbeddenregeling, heel erg achterop geraakt en met nieuwe verwondingen.' Voor deze mensen is er nu dus De Boeg. Er zijn zes bedden voor herstellende en tien bedden voor noodopnames. Corry Knijnenburg en Monique van Moorsel werken al tientallen jaren in de zorg. En beiden vinden zorg aan patiënten met dementie nu stukken verbeterd. Van Moorsel: 'Je had toen geen materialen, geen spulletjes, je deed je stinkende best maar je had er niks omheen.' Knijnenburg: 'We hadden geen hoog/laag-bedden, we hadden bedden op pootjes. Dus je tilde iemand van tachtig kilo van een stoel met zijn tweeën in bed. Bizar. Je was er de hele dag mee bezig. Incontinentiemateriaal was er niet. En toen kwam er langzaam een cultuuromslag op gang. Er werd meer over de ziekte bekend. We kregen de kans om patiënten met dementie als mensen te behandelen. We maakten cassettebandjes met stemmen van de familie erop, we gaven ze een pop om te wiegen, of we gaven ze de fles, omdat ze dat fijn vonden. Dat is wat mij raakte, dat het normaal werd om de zorg beter op het individu af te stemmen.'

Van Moorsel: 'We gingen andere termen gebruiken, we hadden het bijvoorbeeld niet meer over slabben, maar over servetten. En niet meer "ik ga u voeren" maar "ik ga u helpen bij het eten". Er werd steeds meer bekend over dementie. Tot voor enkele jaren wisten we ook niet goed wat een delier was.' Knijnenburg: 'Vroeger noemden we dat turbodement. Iemand vertoonde ineens dementerend gedrag en dat was een goede waarneming, maar dat het van tijdelijke aard zou kunnen zijn... Wij van het Diaconessenhuis leerden enorm veel van verpleeghuizen over de zorg aan patiënten met dementie en verpleeghuizen leerden veel van ons over delier. Toen ik hier in 1991 wegging om me verder te gaan ontwikkelen, heb ik altijd gedacht: ik kom weer terug. En kijk, hier zit ik weer! En nu, met De Boeg, zijn al die dingen waar wij toen al van droomden er ook gekomen. Ik vind het zo mooi, de cirkel is rond.'

Hoe blij Van Moorsel en Knijnenburg ook zijn met de nieuwe afdeling – die overigens de score voor Mariënhaven op zorgkaart.nl flink omhoog heeft gebracht – toch zien zij duidelijk grenzen aan de zorg voor deze groep mensen. Knijnenburg: 'Als een oudere patiënt bij ons in het Diaconessenhuis komt met een gebroken heup, kan hij in principe na drie dagen weer op de been zijn. Dankzij nieuwe operatietechnieken zijn de overlevingskansen

*'Dankzij nieuwe operatietechnieken zijn de overlevingskansen enorm gestegen. Maar de verwarring is er vaak niet minder om'*

enorm gestegen. Maar de verwarring is er vaak niet minder om. We kunnen nu heel goed opereren, maar soms vraag je je wel eens af wat je aan het doen bent. De prognose voor mensen die eenmaal gaan vallen en hun botten breken is gewoon niet geweldig. We moeten concluderen dat een afdeling als De Boeg daaraan ook niet veel kan doen. Veel patiënten hier overlijden binnen die drie maanden alsnog.' Van Moorsel: 'Als mensen hier binnenkomen, vertonen ze vaak eerst een stijgende lijn. Maar het lijkt wel of mensen – dan heb ik het over 90+ - het op een gegeven moment toch opgeven. Dat we hier met zo veel sterfgevallen te maken zouden krijgen, hebben we aanvankelijk niet goed ingeschat.' Knijnenburg: 'Ja, want je hoopt toch dat patiënten die van thuis kwamen weer naar huis kunnen gaan. Dat is de insteek. Maar blijkbaar is dit zo'n kwetsbare groep...' Van Moorsel: 'Veel van de hier opgenomen patiënten met cognitieve problematiek bleken achteraf wel degelijk aan dementie te lijden. Niet eerder geconstateerd. Daar schrik je wel van.' Knijnenburg: 'Ik denk dat zeker de helft van de mensen die wij vanuit het Diaconessenhuis gestuurd hebben met een delier, toch ook dement bleek te zijn.' Van Moorsel: 'Ja, en van een flink aantal weten we het niet omdat ze overleden zijn voordat de diagnose kon worden gesteld.'

Is na deze bevindingen een type afdeling als De Boeg toch nuttig? Knijnenburg: 'We praten hier over 90+'ers. Het leven is ook eindig. Het ziekenhuis is geen veilige plek voor dit type patiënt. En je kunt ze – zonder duidelijke diagnose - ook niet doorsturen naar een hospice. Want dan moet je kunnen zeggen dat iemand binnen heel korte tijd gaat overlijden. Die garantie kun je niet geven. Bovendien: ook al is het een kleine minderheid die wél opknapt, geneest van een delier en weer naar huis kan, die minderheid geeft De Boeg natuurlijk alle bestaansrecht.' ▶

MONIQUE VAN MOORSEL is teammanager van afdeling De Boeg (en De Kajuit) en raakte samen met Ernest Koerten, specialist ouderengeneeskunde van De Boeg, in de uitvoerende fase bij dit project betrokken.



# ‘Dankzij POTT voelt iedere patiënt zich gehoord’

‘De patiënt moet in het zorgpad centraal staan.’ Iedere zorgverlener zal dit principe onderschrijven. Toch is dit vaak niet het geval, met alle nadelige gevolgen van dien. Door het proces dat de orthopedische 70+patiënt doorloopt van stap tot stap minutieus te beschrijven, kwam bovendien waar de schoen wringt. Het nieuw ontwikkelde, multidisciplinair en instellingsoverschrijdend POTT-zorgpad geeft de betrokken professionals de juiste handvatten om de kwetsbare 70+ patiënt zo goed mogelijk weer thuis te krijgen. Projectleider Liesbeth Leurs: ‘Communicatie, met elkaar en met de patiënt, is door het hele zorgpad heen essentieel.’

# 13

Alle bij de orthopedieketen betrokken professionals zijn continu bezig met het verbeteren van zorg. Maar de overgangsmomenten blijven daarin de zwakke schakel. Leurs: ‘Bij deze keten “van thuis tot thuis” zijn veel verschillende organisaties en disciplines betrokken. Dat maakt het complex. We zijn met elkaar om de tafel gaan zitten en kwamen tot de ontdekking dat het woord “patiënt” in onze procedures, protocollen en instructies nauwelijks voorkomt. Er staan zaken in beschreven als: hoe behandel je een wond, of hoe voer je operaties uit of hoe regel je nazorg. Maar dit gaat altijd over “onderdelen” van een patiënt. Niet de patiënt, maar de handeling staat centraal. We vroegen ons af wat er nodig is om juist wel de patiënt, als persoon, centraal te stellen.’

Binnen de muren van het Rijnland Ziekenhuis wordt voortdurend aan het proces gesleuteld om een goede afstemming tussen de verschillende professionals te bereiken. De geriatrische trauma-unit en het Rapid Recovery-pad zijn daar een goed voorbeeld van. Het POTT-zorgpad, dat volgens Leurs generiek van aard is en ook gebruikt kan worden bij mensen met andere aandoeningen, richt zich op het beter organiseren van de overdrachtsmomenten, met de patiënt als uitgangspunt. Leurs: ‘Onze basisvraag was: hoe bereik je dat de patiënt zich *in charge* voelt? Het traject dat een patiënt doorloopt, is eigenlijk in grote lijnen steeds hetzelfde. Bij het in kaart brengen ervan ontdekten we dus niets nieuws. Interessant waren de overgangsmomenten. De gesprekken hierover tussen de diverse actoren – patiënt, huisarts, fysiotherapeut, orthopeed, geriater - hebben niet alleen een schat





**LIESBETH LEURS** is beleidsmedewerker Zorgbeleid bij ActiVite. Binnen het project HerstelZorgProgramma is/was zij:

- lid Werkgroep Herstelzorg in het Rijnland Ziekenhuis (lopend)
- intern projectleider POINT bij ActiVite (lopend)
- projectleider deelproject Herstelzorg met Rijnland Ziekenhuis en Eerste Lijn (fysio en huisartsen) POTT (PeriOperatieve zorg van Thuis tot Thuis) (tot maart 2013)
- lid werkgroep Triage (tot september 2012)
- inhoudelijk advies op MOS-ontwikkeling (tot februari 2012)
- lid werkgroep instroomcriteria gerelateerd aan triagemodel (tot november 2011)
- lid werkgroep postoperatief gerelateerd aan triagemodel (tot april 2011).

## PROJECT: POTT (PERIOPERATIEVE ZORG VAN THUIS TOT THUIS)

- Doelgroep: kwetsbare orthopedische 70+patiënten die voor opname zelfstandig wonen en na ingreep aan knie of heup weer naar huis kunnen.
- Betrokken professionals en instellingen: huisartsen, fysiotherapeuten, ActiVite, Rijnland Ziekenhuis, Praktijk voor fysiotherapie Ommedijk.
- POTT voorziet in:
  - een (individueel) multidisciplinair, instellingsoverschrijdend, functiegericht zorgpad, met als gevolg een betere inzet en afstemming van de zorg voor,

tijdens en na de ziekenhuisopname. Het traject zoals het wordt doorlopen door de patiënt dient daarbij als uitgangspunt

- patiënten kunnen na opname zo veel mogelijk zelfstandig thuis blijven functioneren en er treedt geen vermijdbaar functieverlies op
- patiënten verblijven precies zo lang als nodig in een ziekenhuis en belanden niet onnodig in verpleeghuis of verzorgingshuis.

aan verbeterpunten opgeleverd maar hebben iedereen nog eens van elkaars onwetendheid, verkeerde veronderstellingen en irritaties doordrongen. Dat bewustzijn is een cruciaal ingrediënt bij het aankweken van de wil tot meer communicatie en samenwerking. Want daar draait het allemaal om. Bij elk overdrachtsmoment hebben we geïnventariseerd: wat is nu belangrijk als we dit zorgpadstuk willen verbeteren of verhelderen? Aan de hand daarvan hebben we een prioriteitenlijst gemaakt. Niet onbekend, maar toch vrij schokkend vond iedereen dat als nummer 1 kwam bovendien: duidelijkheid scheppen ten aanzien van de (belangrijkste) hulpvraag van de patiënt.’

Die hulpvraag is op diverse momenten in de keten lang niet altijd duidelijk. Ook niet in het begin. Leurs: ‘De huisarts veronderstelt bij het doorverwijzen naar de orthopeed dat het wel helder is wat hij vraagt en de orthopeed veronderstelt dat het wel helder is wat er van hem gevraagd wordt. En zo kan het gebeuren dat een huisarts denkt te hebben doorverwezen voor louter een diagnosebevestiging en dat hij na een aantal weken zijn patiënt geopereerd op het spreekuur terugziet omdat de orthopeed dacht dat het om een

behandelopdracht ging. De huisarts toont zich verbaasd, tot verwarring van de patiënt, en vraagt: “Hoezo bent u geopereerd?” Dan heb je als patiënt niet echt het gevoel dat je in de zorgketen centraal hebt gestaan.’

Aan een exacte formulering van de hulpvraag zou bij alle, maar vooral bij kwetsbare 70+patiënten, veel meer aandacht moeten worden besteed. ‘We doen er in deze maakbare samenleving makkelijk over, maar een operatie blijft altijd heftig en risicovol, zeker voor ouderen. Dus kijk samen goed naar de context waarin de patiënt verkeert. Hij wil natuurlijk dat zijn knie of heup beter functioneert. We kunnen er bij iedereen nieuwe heupen en knieën in zetten. Maar is dat de vraag? Wil iemand optimale functieverbetering of wil iemand alleen maar geen pijn meer hebben? Met pijnmedicatie kun je soms nog prima alles doen. Van elke patiënt, niet alleen van de 70+’er, zou je de context moeten kennen. Als iemand zegt: ik wil weer gewoon kunnen rennen, mijn knie is stuk, kunnen we er een nieuwe knie in steken. Maar als iemand conditioneel helemaal niet in staat is om te rennen, buiten-

vrees heeft of te zwaar is of geen zin heeft om te gaan rennen, dan gaat ie dat natuurlijk ook niet doen met een nieuwe knie.’

Vanuit deze optiek doe je als zorgverlener dus ook meer een beroep op de patiënt, dat hij actief meedenkt en keuzes maakt. Leurs: ‘Ja, dat noemen we *shared decision making*. Een moeilijke kwestie. Want iemand met een pijnklacht weet doorgaans niet alle ins en outs van de medische kant. En voor de huisarts is het niet altijd makkelijk om in te schatten in hoeverre de patiënt in staat is die geneeskundige informatie te begrijpen. Hoe dan ook: het is belangrijk om die inspanning te leveren. Zodat in elke stap de hulpvraag helder is. Communicatie, met elkaar en met de patiënt, is door het hele zorgpad heen essentieel.’

Daarover moet consensus zijn, en die is er gelukkig ook. Het POTT-project heeft een aantal grote gemene delers gedetecteerd die - zorgbreed - irritaties kunnen wegnemen. Leurs: ‘Hou me ten goede: iedereen doet nu al ontzettend zijn best om de patiënt goed te informeren. Maar dat wij in onze besluitvorming voor operatie de hulpvraag vaak niet goed voor ogen hebben, of niet precies weten hoe kwetsbaar de patiënt is... daar valt nog veel aan te verbeteren. Net als dat je koste wat kost wilt voorkomen dat de patiënt iedere keer onnodig opnieuw moet vertellen of hij wel

of niet alleen woont. Zeker als hij net zijn geliefde heeft verloren.’

En daarmee komen we op nummer 2 van de prioriteitenlijst, ook aan het begin van het zorgtraject: de sociale kaart. Leurs: ‘Als je naar huis gaat na de operatie moet je in het begin ondersteuning hebben. Als iemand alleen woont, stuur je hem niet snel terug want dan is de kans groot dat ie toch alles zelf gaat doen. Zorg dan dat er hulp is of dat hij tijdelijk in een revalidatie kan komen. En zorg ook dat de huisarts weet dat meteen mobiliseren bij orthopedische patiënten het nieuwe motto is, de essentie van Rapid Recovery. Want als vanuit het ziekenhuis beweging wordt gepropageerd en de huisarts nog rust adviseert, zou dat natuurlijk dramatisch verwarrend zijn.’

Omdat de patiënt de enige constante is, is hem in het POTT-zorgpad een belangrijke rol toebedeeld in de informatieoverdracht tussen de verschillende actoren. De patiënt krijgt goede informatie mee om de huisarts naar behoren te kunnen brieven. ‘Zorg dat de patiënt mobilisatie voor in zijn hoofd heeft zitten en niet: stilliggen. Voorheen was het zo dat een protocol van het ziekenhuis stopte op het moment dat de patiënt de deur uitliep. Maar als je wilt dat het herstel verder goed verloopt, is het fijn als het protocol wordt voortgezet, hetzij thuis, hetzij in een herstellocatie.’

Uiteraard speelt ook digitalisering een belangrijke rol bij de uitwisseling van informatie. Leurs: ‘In de regio werken we nu al met het softwareprogramma POINT waardoor in een beveiligde omgeving zorggerelateerde informatie vanuit de verpleegafdelingen in het ziekenhuis doorgegeven wordt aan de nazorglocaties.’

Leurs zou het toejuichen als ook de patiënt en zijn formele en informele zorgverleners virtueel zouden kunnen volgen waar in de keten hij zich op dat moment bevindt. Maar dat blijft nog even toekomstmuziek.

Hoe helder en eenvoudig de verbeterpunten die het POTT-project in kaart heeft gebracht ook schijnen, Leurs toont zich een realist. Zo staat bijvoorbeeld het financieringssysteem nog wel eens verbetering in de weg. ‘Het is aan de politiek en de verzekeraars om hier wat aan te doen. Dit POTT-project is maar een klein stapje in de goede richting. Als we de goede stappen maar blijven maken. Het zijn al die kleine stappen bij elkaar die een verbetering brengen.’

Wat gaat er nu met de uitkomsten van dit project gebeuren? Leurs: ‘Ik heb net gehoord van de manager van het Rijnland Ziekenhuis, waar ook de afdeling orthopedie onder valt, dat het ziekenhuis zich samen met de directie van ActiVite hard wil maken om alles wat binnen hun bereik ligt te gaan realiseren. Dat ze de noodzaak ervan inzien, is natuurlijk prachtig nieuws.’

*‘Je wilt koste wat kost voorkomen dat de patiënt iedere keer onnodig opnieuw moet vertellen of hij wel of niet alleen woont. Zeker als hij net zijn geliefde heeft verloren’*

# ‘Elkaar zien is elkaar kennen en sneller schakelen’

Omdat de vraag naar geriatrische revalidatie door de vergrijzing alleen maar zal toenemen, is een cliëntgericht, kwalitatief hoogwaardig en voldoende aanbod voor de regio belangrijker dan ooit. Hoe bereik je dit alles zonder (grote) uitbreiding van intramurale capaciteit en met beperking van de ligduur in het ziekenhuis en in het verpleeg- en behandelcentrum? Margreet Plug, specialist ouderengeneeskunde in Topaz Overrhyn, en Astrid Vlasman, verpleegkundige volwassenenrevalidatie in het Rijnlands Revalidatie Centrum (RRC), zetten de schouders eronder. ‘Proeftuin Leiden heeft ons veel goeds gebracht.’

14

In de twee jaar dat het project liep, heeft de Proeftuin geriatrische revalidatie Leiden flinke vooruitgang geboekt in de CVA-keten van de regio. Margreet Plug: ‘Hoofddoel van de Proeftuin is om iedere CVA-patiënt op ieder moment van zijn herstel op de juiste plek en op de juiste manier te behandelen. Door de werkprocessen en verantwoordelijkheden van de drie organisaties nauwkeurig te omschrijven en te stroomlijnen en de criteria voor opname en ontslag te verduidelijken, is een snellere doorstroom bereikt.’

Professionals en managers weten elkaar op alle niveaus sneller te vinden, zegt Plug. ‘Wat betreft de triage in het ziekenhuis is er meer contact en afstemming tussen de specialisten van het LUMC, de revalidatieartsen en de specialisten ouderengeneeskunde van Topaz.’ Daarbij is gretig gebruikgemaakt van het triage-instrument dat binnen het HZP is ontwikkeld, evenals van de applicatie POINT, om bij overdrachtsmomenten via internet gegevens uit te wisselen.

LUMC-afdeling Neurologie, RRC en Topaz Overrhyn zijn er in korte tijd in geslaagd om voor het overgrote deel van de CVA-patiënten op de vijfde dag na ziekenhuisopname alles geregeld te hebben voor overdracht naar een omgeving op maat. Vanuit het LUMC kan een patiënt zo snel mogelijk terecht in het RRC of Topaz Overrhyn (of huis) om met revalideren te beginnen.

Naast de reeds bestaande mogelijkheid van poliklinische revalidatie in het RRC bestaat nu ook de mogelijkheid voor dagrevalidatie in Overrhyn. Daarvoor komen cliënten in aanmerking na klinische revalidatie. De dagrevalidatie is altijd multidisciplinair en opgebouwd uit modules. Een cliënt kiest in overleg met de specialist ouderengeneeskunde een hoofdmodule en maximaal





**MARGREET PLUG** is werkzaam als specialist Ouderengeneeskunde in Topaz Overrhyn. In het HZP nam zij deel aan de volgende activiteiten:

- ontwikkelen van het triage-instrument (samen met beleidsmedewerker Marleen Hartevelt en revalidatiearts Carel Meskers)
- pilot met triage-instrument
- ontwikkelen Minimale Overdrachtset (MOS)
- uitwisseling/verbinding met de activiteiten die hebben plaatsgevonden in de Proeftuin CVA-ketenzorg: triage, overdracht en capaciteitsanalyse
- inbreng in overleg HZP vanuit het perspectief van het verpleeghuis (en presentatie Proeftuin)
- ondersteuning implementatieverpleegkundige (Astrid Vlasman) in Topaz Overrhyn, samen met het afdelingshoofd.

PROJECT: PROEFTUIN\* GERIATRISCHE REVALIDATIE LEIDEN

- Doelgroep: CVA-patiënten met een verhoogde somatische en sociale kwetsbaarheid.
- Betrokken instellingen: LUMC, Rijnlans Revalidatiecentrum (RRC), Topaz.
- Proeftuin revalidatie Leiden heeft geleid tot (verbetering van):
  - triage
  - overdracht en communicatie tussen professionals en met de cliënt
  - door- en uitstroom uit ziekenhuis, revalidatiecentrum en verpleeg- en behandelcentrum
  - revaliderend klimaat/effectiviteit van de behandeling.

twee submodules. Het uitgangspunt is een combinatie van individuele behandeling en behandeling in groepen. Ter illustratie van de grondigheid waarmee de CVA-keten zichzelf opnieuw heeft uitgevonden, brengen we de oude situatie nog even in herinnering. Astrid Vlasman: ‘Vroeger werd de CVA-patiënt door de afdeling Neurologie in het LUMC via een fax aangemeld bij het Transferbureau. Er waren geen afspraken omtrent het tijdstip waarop die daar in behandeling werd genomen. Dus dat kon wel eens twee werkdagen duren. Pas dan werd bekeken waar die patiënt het beste naar toe kon om te revalideren. Dan moesten de gesprekken met de patiënt en de familie nog beginnen. Wéér een paar dagen verder. Vervolgens werd de patiënt bij een instelling aangemeld, maar die moest de casus nog bekijken. Een traject dus dat lang duurde en de revalidatie geen goed deed. In het proces van aanmelding is nu het Transferbureau ertussenuit gehaald. PA’s (Physician Assistants, met korte lijntjes naar de aanmeldingsbureaus van het RRC en Topaz Overrhyn, red.) van de afdeling Neurologie melden een CVA-patiënt direct bij de gewenste instelling aan. Dat heeft veel tijdswinst opgeleverd. POINT heeft daar ook bij geholpen, maar naar mijn mening kan die applicatie voor het digitaal uitwisselen van informatie nog beter worden benut.’

*\* Proeftuin is een landelijk project ter voorbereiding van de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet, waar LUMC, RRC en Topaz als Proeftuin Leiden aan hebben meegedaan. Omdat het inhoudelijk in lijn lag en min of meer gelijktijdig van start ging, ondersteunde Herstelzorgprogramma (HZP) het project, o.m. door financiering van implementatieverpleegkundigen. Proeftuin Leiden richtte zich op twee doelgroepen: de orthopedie-revalidatieketen rond de schakelunit in Topaz Zuydthwijk en de CVA-revalidatieketen LUMC, RRC en Topaz Overrhyn. Bijgaand verhaal concentreert zich op de CVA-revalidatieketen.*

Ook zijn de revalidatiemethoden zelf verbeterd, zowel in het ziekenhuis als in het verpleeghuis. Plug: ‘De intensiteit van oefenen is verhoogd en de verzorging is nadrukkelijk gepositioneerd als medebehandelaar. De insteek van de revalidatie, in het verpleeghuis met name, is veranderd van verblijf naar doorstroom. Met als ultieme doel dat de patiënt terug kan naar huis.’ De patiënt wordt daartoe sneller en meer belast, waardoor de effectiviteit van de behandeling is vergroot. Personeel is bijgeschoold voor deze nieuwe benadering van zorg ‘met de handen op de rug’. Astrid Vlasman fungeerde in het project als implementatieverpleegkundige (aanjager van veranderingen in - en motor achter aanpassingen van - de revalidatieketen). Samen met haar revalidatiedeskundige collega Meta Lansbergen hadden ze vanuit het HZP de opdracht om met een helicopterview te bekijken hoe het proces van opname en ontslag bij de verschillende partners in de ketens verliep en te benoemen waar de knelpunten lagen. Vlasman: ‘Ja, dat was heel spannend. Meta en ik vonden dat in het begin best lastig, hoe breng je zoiets... Je komt niet zomaar ergens binnen en zegt: “We komen de boel hier even bekijken.” We hebben ons bescheiden opgesteld. Wat ook hielp was dat ik gewoon als ver-

*‘Je komt niet zo-  
maar ergens binnen  
en zegt: “We komen  
de boel hier even  
bekijken.” We hebben  
ons bescheiden  
opgesteld’*

pleegkundige op de betreffende afdelingen mocht meewerken: in het LUMC op de afdeling Neurologie en het Transferbureau, en ook op de revalidatieafdeling van Topaz Overrhyn. Zo hebben we vertrouwen en draagvlak kunnen creëren.’ Door kennis en best practises met elkaar te delen en verplegend en verzorgend personeel uit te wisselen is er over en weer veel van elkaar geleerd. Vlasman: ‘Verpleegkundigen van het revalidatiecentrum hebben meegewerkt op de afdeling Neurologie, en andersom. Toen het einde van het project in zicht kwam, wilde ik ook behandelaars gaan uitwisselen. Daarmee is nu een start gemaakt. De fysiotherapeut van het LUMC heeft bijvoorbeeld al bij ons in het RRC meegekeken. Ook dat was heel leuk en leerzaam.’

Al in de acute fase in het ziekenhuis, de eerste vijf dagen na een CVA, wordt aanbevolen te beginnen met revalidatie. Samen met een aantal verpleegkundigen in het LUMC heeft Vlasman bekeken wat de mogelijkheden zijn en of ze nog voorwaarden kon scheppen om dat te verbeteren. ‘Zo is de CVA-Oefengids (met voorbeelden van oefeningen in gradaties van intensiteit, red.), die al in gebruik was bij het RRC en het LUMC, vorig jaar ook verbeterd. ‘Door Overrhyn omarmd. Als een patiënt na ontslag uit het ziekenhuis verhuist naar bijvoorbeeld het RRC of Overrhyn, neemt hij die gids mee. Het is gewoon goed

om iets tastbaars bij de hand te hebben. Dat werkt zelfstandigheid en gevoel van eigen verantwoordelijkheid voor het herstel in de hand. De richtlijn is dat mensen heel intensief moeten oefenen. Een van de middelen om dat te stimuleren is via deze gids.’ Plug: ‘Aan onze kant is in Topaz Overrhyn het revalidatieproces ook versneld. Meteen op de eerste dag bekijken we naar aanleiding van de overdrachtsgegevens in POINT samen met fysiotherapie, ergotherapie en de verzorging naar: hoe moet deze patiënt in en uit bed en welke stoel is geschikt, wat spreken we af om te zorgen dat dat veilig en verantwoord gaat, et cetera? Vroeger gebeurde dat natuurlijk ook, maar niet zo gestructureerd. Nu is dit zogenoemde ADL (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen, red.)-overleg wekelijks vast ingeroosterd, en dat werpt z’n vruchten af. Het is fijn om elkaar regelmatig te zien en informatie uit te wisselen. De ervaringen van de verzorgers kunnen door de behandeldisciplines meegenomen worden in hun advies. Hoe ga je nu om met de mobiliteit, wat gaan we nu oefenen? Dat is wat revaliderend werken moet zijn: óp naar de volgende stap, maar wel op een veilige manier.’ Vlasman: ‘En alles vastleggen natuurlijk, daarvoor is dat persoonlijke revalidatiemapje er gekomen.’

We hebben het nu steeds gehad over de patiënt, maar hoe zit het met het werkplezier? Is dat ook toegenomen? Vlasman: ‘Natuurlijk willen we allemaal dat een patiënt precies op tijd op de juiste plek terecht komt. Maar bij sommige CVA-patiënten zal het altijd moeilijk blijven om binnen die streeftermijn van vijf dagen ziekenhuis al juist te triëren, te bepalen wat de prognose is op functioneel gebied. Mensen zijn soms zo de weg kwijt door die klap van het CVA. Maar voor een grote groep is het wel heel duidelijk. En dan is het fijn zo snel mogelijk in het juiste tempo en met de juiste intensiteit te beginnen met revalideren. Daar worden we natuurlijk blij van.’ Plug: ‘Wat ons ook goed doet, is dat dankzij alle aanpassingen zowel de wachttijd voor CVA-patiënten in het ziekenhuis is gedaald als ook de opnameduur bij Topaz Overrhyn.’

**ASTRID VLASMAN** werkt als verpleegkundige op de afdeling volwassenenrevalidatie in het Rijnlans Revalidatie Centrum (RRC). Samen met collega Meta Lansbergen (focus op orthopedie) was Vlasman (focus op neurologie) uitgeleend aan het Transferbureau van het LUMC voor het HZP om de afspraken vanuit de Proeftuin LUMC, RRC en Topaz Overrhyn te implementeren. Haar opdracht als implementatiedeskundige (samen met Meta Lansbergen) was:

- stroomlijnen en afstemmen van werkprocessen in de deelnemende instellingen
- verbetering logistiek, kennisoverdracht en communicatie en samenwerking (o.a. door invoering van POINT)
- verbetering van de kwaliteitscyclus door implementatie voorgestelde veranderingen (o.a. invoering van triage-instrument).



# De praktijk blijkt weerbarstig, maar er is een begin

Met het ketenkwaliteitsmodel dat Yvon Braam en Lumien van der Meer ontwikkelden voor de CVA-keten LUMC-RRC-Topaz, kregen de specialisten van deze instellingen goud in handen om de kwaliteit van de geboden zorg concreet te monitoren en te verbeteren. Maar de ambities van de beide leiders van het HZP-project Sturen op kwaliteit lagen wel een tikkeltje hoger.

15

De Proeftuin geriatrische revalidatie Leiden heeft in diverse opzichten voor verbetering van het revaliderend klimaat in de CVA-keten LUMC-RRC-Topaz gezorgd. Zo zijn er afspraken gemaakt omtrent triageprocedures en -criteria, gaat de overdracht vlotter en is de effectiviteit van de behandeling vergroot, met een verhoogde door- en uitstroom als gevolg (speerpunt van deze proeftuin). Maar omdat het aan leiderschap ontbrak, dreigden de innovaties te verzanden. Om de professionals te helpen met het institutionaliseren van nieuwe werkprocessen en hun tools aan te reiken om de kwaliteit van zorg duurzaam te monitoren en te sturen, heeft het deelproject van HZP, Sturen op kwaliteit, een pilot in dezelfde keten gedaan. Mede op basis van bevindingen van patiënten en een klankbordgroep, is een evaluatiemodel volgens het principe 'plan-do-check-act' ontwikkeld waarmee in principe elke keten aan de slag kan. De geboden kwaliteit van zorg (zowel medisch inhoudelijk als logistiek) wordt door middel van instellingoverschrijdende casusbesprekingen periodiek tegen het licht gehouden en dan komen er ook zaken ter tafel die voor verbetering vatbaar zijn. Zo eindigt men ieder gesprek weer met een lijstje van actiepunten waarvoor één van de aanwezigen binnen de keten verantwoordelijk wordt gesteld.

Deze ketenbrede kwaliteitsbesprekingen zijn een unicum, volgens fysiotherapeut Lumien van der Meer. 'Alle bij de CVA-keten betrokken medisch specialisten - revalidatiearts LUMC, neuroloog LUMC, PA neurologie LUMC, revalidatiearts RRC, specialist ouderengeneeskunde Topaz - zitten erbij. Het is in de zorg zeker nog niet gebruikelijk om open en bloot en intramuraal met elkaar te praten over hoe het beter kan. Daar is vertrouwen en wederzijds respect voor nodig. Een andere cultuur.'





**YVON BRAAM** studeerde ergotherapie en politicologie. Van een commerciële carrièrestart bij Randstad als projectmanager keerde ze terug naar de zorg. Daar zet ze haar expertise in op het gebied van verbeteringsmanagement. Binnen het HZP was zij voor het deelproject Sturen op kwaliteit senior kwaliteitsadviseur en manager van twee projecten:

- ontwikkelen en implementeren van een keten kwaliteitsmodel waarmee de kwaliteit van geriatrische revalidatiezorg ketenbreed geëvalueerd en gestuurd kan worden
- ontwikkelen van een certificering voor ketens om kwaliteit van zorg te toetsen in samenwerking met de Unie KBO. Aan de hand van de opgestelde lijst van kwaliteitscriteria bereidt zij een nieuw projectplan voor.

## PROJECT: STUREN OP KWALITEIT

- Doelgroep (betrokken instellingen): LUMC, RRC, Topaz.
- Doel: ontwikkelen van een keten kwaliteitsmodel om de kwaliteit van de geriatrische revalidatieketen te evalueren en te sturen.

Voordat het zover kon komen, was het noodzakelijk gezamenlijk te bepalen: wat verstaan we nu eigenlijk onder kwaliteit van zorg? En ten tweede: hoe meten we die? Van der Meer: 'De specialisten hebben onderling zelf veertien kwaliteitsnormen of wel indicatoren benoemd en die hebben wij gevisualiseerd met een dashboard. Zo kunnen alle indicatoren cyclisch worden nagelopen.' In totaal zijn er zes zittingen geweest.

Het meetwerk aan de hand van indicatoren was geen sine cure, vertelt Braam. 'Aankankelijk wilden we de hele patiëntenpopulatie in deze CVA-keten aan de indicatoren toetsen. Maar dat bleek al snel te hoog gegrepen. De dossiers moesten handmatig worden doorgeploegd omdat er beperkte managementinformatie digitaal beschikbaar was. We hadden de specialisten misschien wat meer moeten afremmen en voor veel minder indicatoren moeten gaan. Een applicatie als POINT kan er in de toekomst voor zorgen dat het doorlichten van alle patiënten op kwaliteitsnormen een fluitje van een cent wordt. Maar zo ver is het nog niet.' Braam beklemtoont dat er te weinig patiënten zijn bekeken om te spreken van een wetenschappelijk onderzoek. Bovendien zullen de resultaten niet uitsluitend kunnen worden toegeschreven aan het project Sturen op kwaliteit. Maar dat er vooruitgang is geboekt, is zeker. De grootste winst is behaald door het stellen van ketendoelen en hier gezamenlijk aan te werken. 'De ligduur in het LUMC, één van de in totaal veertien indicatoren, is door het proeftuinproject al van twaalf naar vijf dagen – de nieuwe landelijke richtlijn - gegaan. Dat is een geweldige prestatie, maar om het zo te houden vergt constante aandacht.' Overigens wordt het 'eindcijfer' bepaald door prestaties van alle drie de instellingen, het gaat immers

over de ervaringen van de patiënt, en die heeft met de keten als geheel te maken.

Een andere indicator waarmee gewerkt is, is de Barthel-score, een wetenschappelijk onderbouwde test die aangeeft hoe zelfstandig een patiënt is. Het is een test die de eerste keer wordt afgenomen op dag 4 na een beroerte en die kan voorspellen waar de patiënt over een half jaar staat. Braam: 'Daar kun je een prognose op loslaten. En juist daarom is het zo belangrijk dat die test in het ziekenhuis wordt afgenomen. De score heeft veel invloed op de ontslagbestemming en de vervolginstelling kan zich ermee voorbereiden op het type patiënt dat in aantocht is, of er progressie te verwachten is.' Hoewel de score voor het ziekenhuis minder belangrijk is – de patiënt verdwijnt immers standaard na maximaal vijf dagen naar elders – nemen de verpleegkundigen de test toch af. Van der Meer: 'De kwaliteitsbesprekingen zijn gebruikt om over en weer meer begrip voor elkaars werk te kweken en expertise te delen. Als je weet hoe waardevol zo'n Bartheltest is in de vervolghandeling van een beroertepatiënt neem je die test gewoon af, ook al heb je weinig tijd.' Urgentieverhogend werkt ook de nieuwe Zorgverzekeringswet. De bekostiging van revalidatie in een verpleeghuis is uit de AWBZ gehaald. Iedere instelling is erbij gebaat kwaliteit te monitoren en transparant te maken. Een gestructureerd kwaliteitsoverleg kan meehelpen dit doel te bewerkstelligen.

Het project Sturen op kwaliteit heeft concrete verbeteringen opgeleverd, maar er valt nog véél meer winst te behalen, vinden Braam en Van der Meer. Een randvoorwaarde is dat iedereen zich werkelijk verantwoordelijk voelt voor de kwaliteit van het CVA-zorgpad als geheel. Braam: 'De

keten ontbeert leiderschap. Dit op te lossen stond van het begin af aan op onze agenda, maar blijft een enorme uitdaging. Hoeveel ze ook nu hun best doen om te sturen op kwaliteit, de specialisten hebben geen mandaat en ze worden gestuurd op doelstellingen die binnen de eigen instelling geformuleerd zijn. Meetbare, instellingoverschrijdende ketendoelstellingen zijn er helaas nog maar mondjesmaat. Met ons project hebben we de rol van kartrekker op ons genomen, maar nu onze werkzaamheden aflopen zullen de besturen van de zorginstellingen hun koppen bij elkaar moeten steken.'

Samen met Loes van Herten, directeur van Transmuralis, hebben Braam en Van der Meer ten aanzien van de toekomst van de CVA-keten in de regio een adviesrapportage gemaakt. (Transmuralis - stichting Transmuraal Netwerk Zuid-Holland Noord - is in 2013 opgericht om de samengang binnen de regio op het gebied van zorg te bevorderen, red.). Van Herten neemt in 2014 het stokje van Van der Meer en Braam over om de CVA-zorg naar een hoger plan tillen in de hele regio. Het rapport staat vol met beargumenteerde tips hoe je dat zou kunnen organiseren.

Braam: 'De concurrentie tussen de instellingen maakt onze missie nog eens extra complex. Je ziet een enorm spanningsveld tussen kwaliteit van zorg en commercialiteit. In dat speelveld hebben we gezamenlijk geprobeerd om daar bo-

*'De kwaliteitsbesprekingen zijn gebruikt om over en weer meer begrip voor elkaars werk te kweken en expertise te delen'*

venuit te stijgen. Om na te denken over wat klantgerichtheid nu werkelijk betekent. Wat moet je doen om patiënten de beste zorg te leveren, los van organisatiebelangen? We hebben gemerkt dat het ketenbreed implementeren van zo'n denkwijze veel tijd kost en aandacht nodig blijft houden.'

De stem van de patiënt wordt nu nog onvoldoende gehoord. Binnen het HZP is patiëntenparticipatie op de kaart gezet door focusgroepsbijeenkomsten en spiegelgesprekken met patiënten te organiseren. Maar die inbreng zou volgens Braam naar een hoger niveau moeten worden getild. 'Daar heb je mondige, oudere ervaringsdeskundigen bij nodig. Laat die eens met een heel andere bril kijken naar de indicatoren. Misschien zeggen ze wel: "Allemaal leuk en aardig, die ligtijd van vijf dagen, maar dat ik goed wordt bejegend en voorgelicht in het ziekenhuis vind ik veel belangrijker. En daarna wil ik naar een instelling van mijn eigen keus en niet naar het revalidatiecentrum of verpleeghuis dat toevallig in jullie keten zit.'"

In de Leidse regio zijn naast de keten LUMC-RRC-Topaz nog twee andere CVA-zorgpaden. Braam: 'Je ziet die *preferred paths* ontstaan en dat is prima, want dan wordt zorg goed op elkaar afgestemd, Maar eigenlijk is dat toch weer een vorm van verzuiling. Wat je in feite zou willen is dat je één keten hebt waarin al die instellingen zitten. Zodat je als patiënt kan schakelen vanuit het ziekenhuis tussen alle mogelijke revalidatiecentra en verpleeghuizen. Zo ben je niet alleen klantgericht bezig, maar krijg je ook de beddenbezetting in de regio beter op orde.'

Onvervulde ambities zijn er legio, maar in mineurstemming zijn beide projectleiders zeker niet. Braam: 'De kracht van dit project is dat we een gezamenlijke standaard hebben opgesteld en dat we op basis van concrete doelstellingen en cijfers visueel maken of is uitgevoerd wat met elkaar is afgesproken. En dat er intramuraal cassetten worden besproken, met verbetering van zorg als gemeenschappelijke drijfveer.'

Braam en Van der Meer benaderen het positief: 'Kwaliteit bereik je in kleine stapjes. Durf te kiezen. Less is more!' ►

**LUMIEN VAN DER MEER** is werkzaam als fysiotherapeut binnen het team neurologie van het Rijnlands Revalidatie Centrum. Haar taken in 2013 binnen Sturen op kwaliteit:

- organiseren van kwaliteitsbesprekingen
- ontwikkelen van prestatie-indicatoren en dashboard ter visualisering
- presenteren kwaliteitsbespreking op symposium van het CVA-Kennisnetwerk
- schrijven van Adviesrapportage i.s.m. Yvon Braam en Loes van Herten (directeur Transmuralis) voor het opzetten van een gezamenlijke CVA-keten Zuid Holland Noord.



# Afkortingen en begrippen

|                    |                                                                                                                                                           |                            |                                                                                                                                                                                 |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CIZ                | Centrum Indicatiestelling Zorg                                                                                                                            |                            |                                                                                                                                                                                 |
| CVA                | Cerebro Vasculair Accident                                                                                                                                |                            |                                                                                                                                                                                 |
| DBC                | Diagnose Behandel Combinatie                                                                                                                              |                            |                                                                                                                                                                                 |
| EZIS               | Elektronisch Ziekenhuis Informatie systeem                                                                                                                |                            |                                                                                                                                                                                 |
| GGZ                | Geestelijke Gezondheidszorg                                                                                                                               |                            |                                                                                                                                                                                 |
| GRZ                | Geriatrische Revalidatiezorg                                                                                                                              |                            |                                                                                                                                                                                 |
| HELP               | Hospital Elder Life Program                                                                                                                               |                            |                                                                                                                                                                                 |
| HZP                | Herstel Zorg Programma                                                                                                                                    |                            |                                                                                                                                                                                 |
| ICT                | Informatie en Communicatie Technologie                                                                                                                    |                            |                                                                                                                                                                                 |
| IGZ                | Inspectie voor de volksgezondheid                                                                                                                         |                            |                                                                                                                                                                                 |
| LUMC               | Leids Universitair Medisch Centrum                                                                                                                        |                            |                                                                                                                                                                                 |
| MDO                | Multidisciplinair Overleg                                                                                                                                 |                            |                                                                                                                                                                                 |
| MOS                | Minimale Overdrachtsset                                                                                                                                   |                            |                                                                                                                                                                                 |
| NFU                | De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra                                                                                                 |                            |                                                                                                                                                                                 |
| MSR                | Medisch Specialistische Revalidatie                                                                                                                       |                            |                                                                                                                                                                                 |
| NPO                | Nationaal Programma Ouderenzorg                                                                                                                           |                            |                                                                                                                                                                                 |
| POINT              | Punt voor Overdracht, Informatie, Naslag en Transfer                                                                                                      |                            |                                                                                                                                                                                 |
| RZG                | Rijnland Zorggroep                                                                                                                                        |                            |                                                                                                                                                                                 |
| SEH                | Spoeisende Hulp                                                                                                                                           |                            |                                                                                                                                                                                 |
| V&VN               | Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland                                                                                                                 |                            |                                                                                                                                                                                 |
| VMS                | Veiligheids Management Systeem                                                                                                                            |                            |                                                                                                                                                                                 |
| ZZP                | Zorg Zwaarte Pakket                                                                                                                                       |                            |                                                                                                                                                                                 |
| Rapid Recovery-pad | Zorgpad dat een snel, veilig en comfortabel herstel na een grote orthopedische operatie bevordert. Nieuwe inzichten op het gebied van operatietechnieken, |                            | pijnbestrijding, fysiotherapie en voeding hebben geleid tot de mogelijkheid om snel en met minder pijn te herstellen van een grote operatie.                                    |
|                    |                                                                                                                                                           | Shared decision making     | Gezamenlijke besluitvorming is een manier van werken waarbij arts en patiënt samen tot een beleid komen dat het beste bij de patiënt past.                                      |
|                    |                                                                                                                                                           | Triage                     | Een proces van beslissingen op basis waarvan een zo goed mogelijke ‘fit’ gemaakt wordt tussen de patiënt en voorhanden zijnde middelen.                                         |
|                    |                                                                                                                                                           | Transferbureau             | Het bureau regelt samen met de patiënt de zorg na ontslag uit het ziekenhuis.                                                                                                   |
|                    |                                                                                                                                                           | Transmurale digitalisering | Informatie digitaal overdragen naar een andere organisatie.                                                                                                                     |
|                    |                                                                                                                                                           | Transmuralis               | Stichting Transmuraal Netwerk Zuid-Holland Noord is in 2013 opgericht door de bestuurders van Herstelzorg om de samenhang binnen de regio op het gebied van zorg te bevorderen. |
|                    |                                                                                                                                                           | Verenso                    | De vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters.                                                                                                         |



16

**L**eiding geven aan het Herstelzorgprogramma was voor iedereen die heeft meegewerkt een intensieve tijd maar bovenal een boeiende periode in een dynamische omgeving. De opdracht was de regio in beweging te brengen. U mag beoordelen of dit is gelukt.

Ook in de prille beginfase is er heel hard gewerkt om tot een goed plan te komen en het op papier te krijgen. Een en ander heeft geresulteerd in een mooie subsidie. Dank aan mevrouw dr. Nyncke Smidt die de schrijfgroep enthousiast heeft geleid en geïnspireerd om het projectplan tot stand te brengen.

Het is onmogelijk om iedereen persoonlijk te bedanken die op enigerlei wijze heeft bijgedragen aan het uitwerken van de projecten en het tot stand brengen van de resultaten. Daarom aan alle professionals en ouderen zeer veel dank voor uw inzet, creativiteit, kennis, geduld en discussie. Zonder u hadden we dit mooie resultaat niet kunnen presenteren. Onze speciale dank gaat uit naar alle patiënten/cliënten en mantelzorgers die deelgenomen hebben aan het onderzoek. Dit was voor hen niet altijd even gemakkelijk. In zo'n onzekere periode van het leven heeft het meedoen aan interviews en enquêtes immers niet de eerste prioriteit. Zonder hun loyale bereidheid waren de belangrijke stappen die we gezet hebben naar betere zorg überhaupt niet mogelijk geweest. Verschillende innovaties zijn al daadwerkelijk geïmplementeerd en andere liggen klaar om te worden uitgerold. Belangrijk is dat we mede door deze ontwikkelingen onnodige schade tijdens ziekenhuisopnames en herstelperiodes kunnen voorkomen of beperken. Echter... de regio is niet (nooit!) klaar en een continue systematische evaluatie en bijstelling van de zorg aan ouderen in onze regio zal in de toekomst nodig blijven.

### Enkele belangrijke resultaten:

Het herkennen van ouderen met een verhoogd risico op functieverlies in het ziekenhuis door middel van VMS+screening (landelijk Veiligheids Management Systeem en onderzoek Herstelzorg) op de vier grootste geriatrische problemen (delier, vallen, ondervoeding en fysieke beperking). Na identificering van de risicopatiënten worden gericht interventies ingezet zoals specialistisch geriatrische teams ouderenzorg.

### Oprichting van afdeling De Boeg (transitieafdeling Marente, revalidatie PG)

Herstelafdeling voor ouderen waarbij tijdens opname in een ziekenhuis verwardheid en/of delier is ontstaan,

en voor oudere thuiswonende dementerenden bij wie plotselinge verergering van problemen plaatsvindt. Verwijzing naar deze afdeling maakt dat deze patiënten snel kunnen worden overgeplaatst waardoor onnodige achteruitgang kan worden voorkomen.

### Eenduidige Overdracht via Transmurale digitalisering

Alle zorginstellingen in de regio hebben een eenduidige overdracht van zorg geformuleerd om zodoende met elkaar één taal te spreken en hierdoor de continuïteit van de zorg te waarborgen. Deze overdracht wordt via een digitaal systeem overgedragen. Verder wordt het gehele transferproces bij overplaatsing digitaal ondersteund. Hierdoor wordt onnodige wachttijd voorkomen.

### Sturen op kwaliteit

Dit project richtte zich op het ontwikkelen van een model voor systematische evaluatie en kwaliteitsverbetering van de geriatrische revalidatieketen (herstelgerichte zorg). In samenwerking met Transmuralis is een rapportage gemaakt om verdere ontwikkeling te adviseren. Verder is in samenwerking met de Unie KBO gewerkt aan de ontwikkeling van criteria om de kwaliteit van zorg te toetsen vanuit het perspectief van de ouderen. De Unie KBO zal dit project vervolgen.

### Herinrichting 2<sup>e</sup>- en 1<sup>e</sup>-lijnszorg

Ouderen dicht bij huis houden en onnodige ziekenhuisbezoeken voorkomen is het uitgangspunt bij dit project, dat is uitgewerkt tussen het Diaconessenhuis en de huisartsen in Katwijk. Ouderen die vallen of bang zijn om te vallen worden in dit project bij de huisarts geanalyseerd in plaats van in het ziekenhuis. De internist ouderengeneeskunde komt regelmatig naar de huisartsenpraktijk om samen met de huisarts casuïstiek te bespreken. Het resultaat is: betere zorg dicht bij huis tegen mindere kosten.

### Ontwikkeling triagemodel voor nazorg na ziekenhuisopname

Alle deelnemende organisaties met revalidatie- en herstelmogelijkheden hebben dit onderwerp ter hand genomen. Er is een beslisboom ontwikkeld. Dit is een set van vragen op basis waarvan bepaald kan worden voor welke vorm van nazorg een patiënt in aanmerking komt. Samengevoegd met het triage-instrument van Verenso ([www.verenso.nl](http://www.verenso.nl)) is dit een praktisch bruikbare beslisboom geworden. Binnen de Rijnland Zorggroep wordt hier nu mee gewerkt.

### Goud voor Oud(erenzorg) in Bronovo

Het gehele zorgtraject van acute 70+patiënten met cognitieve stoornissen en/of fractuur is binnen het ziekenhuis geoptimaliseerd. Organisatorische en logistieke knelpunten zijn opgelost en protocollen en interventies zijn herzien en geïmplementeerd. Veel aandacht is besteed aan scholing van het personeel. Inmiddels is het HELP-project gestart ter ondersteuning van zorg aan ouderen.

### PeriOperatieve zorg van Thuis tot Thuis (ActiVite en de Rijnland Zorggroep)

Het betreft hier kwetsbare orthopedische 70+patiënten die voor opname zelfstandig wonen en hier naartoe terugkeren na een ingreep aan knie of heup. Voor deze routing is een multidisciplinair, instellingsoverschrijdend, functiegericht zorgpad beschreven. De beschrijving van dit zorgpad is in samenspraak met de thuiszorg, ziekenhuis, fysiotherapeuten en huisartsen ontwikkeld.

Leiden, 1 november 2013

*Irma van Everdinck-van der Pols*

Programmadirecteur Herstelzorgprogramma





‘Dat is wat  
revaliderend  
werken moet  
zijn: óp naar  
de volgende  
stap, maar  
wel op  
een veilige  
manier’



De boodschap aan zorg-  
verzekeraars en politiek  
Den Haag is zonneklaar:  
seniorvriendelijke zieken-  
huizen leveren hun geld  
dubbel en dwars op



‘De insteek van revalidatie,  
in het verpleeghuis met  
name, is veranderd van  
verblijf naar doorstroom.  
Met als ultieme doel dat  
de patiënt terugkan naar  
huis’

## COLOFON



**OPMAAT** biedt een indruk van de projecten van het Herstelzorgprogramma die in het kader van het Nationaal Programma Ouderen in de regio Leiden zijn uitgevoerd. De uitgave is in PDF-formaat te vinden op [www.herstelzorg.nl](http://www.herstelzorg.nl) en in print te bestellen (zolang de voorraad strekt) via [info@herstelzorg.nl](mailto:info@herstelzorg.nl).

Betrokken instellingen en organisaties: ActiVite, Avant, Bronovo-Nebo, Diaconessenhuis, Holland Rijnland, LHV-aKring West-Nederland, LUMC, Marente, Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland Noord, Rijnlands Revalidatie Centrum, Rijnland Zorggroep, Rivierduinen, Topaz, Zorg en Zekerheid, Zorgbelang Zuid-Holland.

Opdrachtgever

**Irma van Everdink-van der Pols**  
(programmadirecteur Herstelzorgprogramma)

Concept en realisatie

**Machteld Bouman**  
(bureau Bouman tekstproducties)

Teksten

**Machteld Bouman**, met bijdragen van:  
**Ineke Bakker-van Faassen**, **Irma van Everdink-Van der Pols**, **Masja de Ree**

Fotografie

**Fjodor Buis**

Art direction | layout | drukwerkbegeleiding  
**Sandra van Merode**



**ActiVite**



*patiënten en consumenten platform*



**Marente**



**TOPAZ**