

Varen op ervaringen

van zorgvragers, mantelzorgers
en zorgverleners in geriatrische revalidatie (GRZ),
eerstelijnsverblijf (ELV) en geneeskundige zorg
voor specifieke patientgroepen (GZSP)



In opdracht van ZonMw en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport

Programma Beter Thuis

Januari 2021



Judith van den Besselaar
onderzoeker en geriater in opleiding

Bianca Buurman
hoogleraar Acute ouderenzorg

Linda Hartel
gezondheidswetenschapper en beleidsadviseur

Arnold Jongenburger
partner Studio GRZ en gezondheidswetenschapper

Roland van Peppen
partner Studio GRZ en bewegingswetenschapper

Emma Stornebrink
basisarts

Jenny Wan
gezondheidswetenschapper

studio **GRZ**

 **Amsterdam UMC**
Universitair Medische Centra

Ben Sajet
centrum

 **ZonMw**

 Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

In opdracht van ZonMw:
‘Algemene inventarisatie van ervaringen (organisatie en inhoud)
onder zorgvragers, mantelzorgers en zorgverleners binnen de
GRZ, het ELV en de GZSP’

Inhoud

Samenvatting	4
Voorwoord	9
Inleiding	11
Onderzoeksverantwoording	13
Resultaten	22
1. Participatiedoelen	23
2. Fase thuis en GZSP	24
2.1 Complexiteit van de doelgroep	24
2.2 Positionering en takenpakket SO in de eerstelijns	25
2.3 Groeps- en dagbehandeling	29
3. Triage	30
3.1 Onduidelijkheid mogelijkheden	30
4. GRZ en ELV	33
4.1 Overdracht en samenwerking niet optimaal	33
4.2 Opnamefase	34
4.3 Behandelfase	35
4.4 Werkprocessen	36
4.5 Interne doorstroom en switchen van indicaties	37
4.6 Ontslagfase	37
4.7 Veilig en verantwoord naar huis	38
4.8 Wachttijden Wlz, WMO en wijkverpleging	39
5. Vervolgzorg	41
5.1 Geschiktheid woning	41
5.2 Ambulante GRZ	41
5.3 Andere zorg en ondersteuning	41
6. Externe en contextuele randvoorwaarden	42
6.1 Arbeidsmarktkrapte	42
6.2 Lokale en regionale verschillen	43
Conclusies en aanbevelingen	44
Bijlage 1	Literatuuroverzicht
Bijlage 2	Uitwerking van interviews en focusgroepen
Bijlage 3	Overzicht van experimenten, pilots en proeftuinen
Bijlage 4	Interview guides gebruikt bij de interviews zorgvragers en zorgverleners
Bijlage 5	Karakteristieken deelnemende zorgvragers, mantelzorgers, zorgverleners en organisaties

Samenvatting

Doel van dit onderzoek

Het programma 'Beter Thuis' van ZonMw richt zich op het bevorderen van de kwaliteitscyclus van de drie zorgvormen geriatrische revalidatie (GRZ), eerstelijns verblijf (ELV) en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (GZSP). Hierbij is het perspectief van de zorgvrager het uitgangspunt.¹ Dit rapport is één van de initiatieven van ZonMw dat adviseert over de verdere programmering van Beter Thuis.

Methode

Er zijn ervaringen opgehaald van zorgvragers en zorgverleners met de zorgvormen GRZ, ELV en GZSP middels een literatuurverkenning, interviews en focusgroepen, en een inventarisatie van proeftuinen, experimenten en pilots. In de literatuurverkenning zijn 25 rapporten beschreven (*bijlage 1*), in het kwalitatieve onderzoek is gesproken met 25 zorgvragers, 8 mantelzorgers en 54 zorgverleners (*bijlage 2*) en er zijn gegevens van 40 proeftuinen, experimenten en pilots opgehaald (*bijlage 3*).

1 <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/ouderen/programmas/programma-detail/beter-thuis>



Conclusies en aanbevelingen

Dit onderzoek heeft geresulteerd in de volgende 9 conclusies met bijbehorende aanbevelingen.

1. Participatiedoelen centraal voor een betere samenwerking

De specialist ouderengeneeskunde (SO) eerstelijns werkt altijd met participatiedoelen, bij GRZ en ELV zijn deze vaak het uitgangspunt maar verschilt het sterk of deze ten uitvoer kunnen worden gebracht. Hier spelen contact met de mantelzorger, samenwerking in de eerstelijns en tussen de eerste- en tweedelijns een belangrijke rol. Bij GRZ en ELV zou een proefverlof een belangrijke rol kunnen spelen om de participatiedoelen te toetsen. Daarnaast kan er vertraging zijn in het behalen van participatiedoelen omdat er Wmo-voorzieningen moeten worden aangevraagd.

Onderzoeksaanbevelingen

- Bevorder kennisontwikkeling op het gebruik en evaluatie van participatiedoelen binnen GRZ, ELV en GZSP. Dit zou in de vorm van een proeftuin kunnen waarbij ook gekeken wordt of de participatiedoelen van de zorgvrager worden behaald. Samenwerking binnen de eerstelijns én tussen intramuraal en extramuraal zou hier centraal moeten staan, inclusief de effecten en toepasbaarheid van een proefverlof.
- Evalueer met gemeentes wat belemmerende en bevorderende factoren zijn om snelle woningaanpassingen te realiseren.

2. Variatie in zorgvormen en behoefte aan eenduidigheid

Binnen de GRZ worden op hoofdlijnen overeenkomsten gevonden in structuur en werkprocessen maar hebben organisaties nog wel vaak hun eigen zorgpaden. Binnen het ELV en de GZSP wordt een grotere diversiteit gezien in werkprocessen en inhoudelijke interventies. De variatie leidt tot inhoudelijke verschillen die niet inzichtelijk zijn voor verwijzers, zorgvragers en mantelzorgers.

Onderzoeksaanbevelingen

- Duid de patiëntpopulatie binnen het ELV nader met een kwantitatieve studie om daarna de richtlijnen op deze doelgroepen te kunnen laten aansluiten.
- Pas de werkwijzen binnen GRZ toe op kwaliteitsstandaard-ontwikkeling voor ELV. Neem hier uitkomstmaten in mee.
- Kom tot consensus over de positionering, het takenpakket en de werkwijze van de SO in de eerstelijns. Bijvoorbeeld met een Delphi-studie waarbij naast SO ook huisarts (HA), praktijkondersteuner huisarts (POH), wijkverpleegkundigen en casemanagers geconsulteerd worden.



3. Bekendheid van mogelijkheden binnen de ouderenzorg

Zorgvragers en zorgverleners hebben moeite om de weg te vinden naar passende zorg. Vooral de SO in de eerstelijns heeft nog weinig bekendheid waardoor deze vaak laat wordt ingezet. Gezien de complexiteit van de doelgroep binnen de drie zorgvormen is de expertise van de SO door de gehele cliëntreis van meerwaarde: deze rol zou meer benut kunnen worden. Bij twijfelgevallen bij triage zouden intramurale observatie-units een uitkomst kunnen bieden.

Onderzoeksaanbevelingen

- Evalueer de coördinatiepunten op werkwijze, rol van SO, aantal zorgverplaatsingen en uitkomsten voor de zorgvrager.
- Haal praktijkvoorbeelden op van triage aan huis door SO, (geriatrie) verpleegkundige of casemanager. Hierbij zou ook weer het participatiedoel van de zorgvrager centraal moeten staan en of er passende zorg is gevonden voor de zorgvrager.
- Bevorder interdisciplinair opleiden door kennisontwikkeling en focus op werken in de eerstelijns voor alle zorgopleidingen. Ontwikkel daarnaast nascholingen voor zorgmedewerkers in de eerstelijns en tweedelijns over welke zorginzet er mogelijk is voor de thuiswonende oudere.
- Evalueer praktijkvoorbeelden van triagebedden/observatiebedden: wat zijn de ervaringen van zorgvragers en wat zijn de uitkomsten van deze afdelingen.

4. Veilige zorgtransities en het belang van een gedeeld dossier

Transities en overdrachten zijn nog altijd gevoelig voor verlies van informatie. Daarom is het zeer belangrijk dat er doorontwikkeling komt voor een gezamenlijk cliëntdossier voor alle zorgverleners dat ook inzichtelijk is voor de zorgvrager.

Onderzoeksaanbevelingen

- Zet een landelijke leergemeenschap op die praktijkvoorbeelden over het gebruik van een gezamenlijk dossier door eerstelijns, intramurale VVT en de tweedelijns uitwisselt.
- Bevorder kennisontwikkeling voor een warme overdracht in de opname en ontslag van ELV/GRZ, waarbij huisarts en/of wijkverpleegkundige actief worden betrokken bij participatiedoelen, opname en ontslag door langs te komen in de instelling.



5. Herstel- en revalidatieklimaat

Belangrijke aandachtspunten voor het verbeteren van het herstel- en revalidatieklimaat zijn het creëren van meer (zelfstandige) oefenmomenten op de afdeling. Ook is er behoefte aan contact met medezorgvragers binnen de ELV en GRZ.

Onderzoeksaanbevelingen

- Wij adviseren om praktijkvoorbeelden op te halen hoe verschillende GRZ- en ELV-afdelingen een gunstig revalidatieklimaat realiseren. Er zou met name aandacht moeten zijn voor de behoefte van de zorgvrager in zelfstandig oefenen en peercontact.

6. Communicatie, bejegening en attitude

Zorgvragers en mantelzorgers vinden communicatie een belangrijk aspect van kwaliteit van zorg. Er kan verbetering worden behaald op het gebied van samen beslissen, het opstellen van participatiedoelen en hoe zorgvrager te betrekken bij het behandeltraject. Daarnaast hebben zorgverleners te maken met toenemende complexiteit van zorgvragen en vragen psychische, sociale en cognitieve problemen om andere communicatietechnieken. Binnen de GRZ zijn zorgverleners hier mogelijk al verder in geschoold dan zorgverleners in het ELV.

Onderzoeksaanbevelingen

- Bevorder kennisontwikkeling en implementatieonderzoek op het gebied van communicatietechnieken en inhoudelijke kennis voor zorgverleners om zorgvragers op juiste wijze te kunnen begeleiden.

7. Behandelintensiteit passend bij complexiteit van indicering

De eerste triage lijkt op dit moment de zorginzet van het gehele traject te bepalen. De zorgbehoefte kan echter gedurende het traject veranderen of anders blijken dan aan het begin van het traject. Het is wenselijk dat zorgvraag en participatiedoelen van de zorgvrager leidend zijn voor de zorginzet. Vooral binnen het ELV mist overzicht van de gebruikte zorginzet en de uitkomsten hiervan.

Onderzoeksaanbevelingen

- De NZa is voornemens dit jaar te starten met een registratie van zorginzet in het ELV en GRZ. Sluit hierbij aan met een wetenschappelijke evaluatie van deze zorginzet en de behaalde participatiedoelen. Dit zou ook in relatie gezien moeten worden tot de patiëntkenmerken binnen het ELV (zie *aanbeveling bij conclusie 2*). Hierop volgend zou met een bekostigingsonderzoek bekeken moeten worden welke financieringsstructuren passend zijn.



8. Doorontwikkeling ambulante GRZ

Passende financiering voor het leveren van ambulante revalidatie (poliklinisch dan wel therapie in thuissituatie) wordt door zorgverleners in de GRZ gemist.

Onderzoeksaanbevelingen

- Bevorder kennisontwikkeling op het gebied van ambulante revalidatie (poliklinisch en therapie in thuissituatie). Hier zou dan ook faciliterende financiële prikkels gekoppeld moeten worden. Hiervoor zouden (met inachtneming van het verschil in doelgroep) kunnen worden gekeken naar de organisatie van de medisch-specialistische revalidatie of participatiedoelen als instrument kunnen worden gebruikt. (zie ook conclusie 1)

9. Landelijke evaluatie van experimenten

Er ontbreekt structuur in evaluatie van uitkomsten van huidige experimenten en pilots. Daarnaast zijn de meeste experimenten gericht op de SO eerstelijns en triage, terwijl op behandeling in het ELV en het nazorgtraject ELV/GRZ nog veel vragen leven.

Onderzoeksaanbevelingen

- Stimuleer experimenten en pilots en maak deze onderdeel van het programma Beter Thuis met een gestructureerde evaluatie op uitkomstmaten van participatiedoelen. Leg hierbij de focus op experimenten op het gebied van behandeling in het ELV en de ambulante GRZ/nazorgtraject ELV.



Voorwoord

Voor u ligt het rapport 'Varen op ervaringen van zorgvragers, mantelzorgers en zorgverleners in geriatrische revalidatie (GRZ), eerstelijnsverblijf (ELV) en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)'.

Dit rapport is opgesteld in opdracht van ZonMw voor het programma Beter Thuis. Het programma 'Beter Thuis' van ZonMw richt zich op het bevorderen van de kwaliteitscyclus van de drie zorgvormen geriatrische revalidatie (GRZ), eerstelijnsverblijf (ELV) en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (GZSP). Dit wordt gedaan door het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden te stimuleren, proces van kennisontwikkeling te bevorderen en praktijkvoorbeelden te (laten) verzamelen, verspreiden en te onderbouwen. Hierbij is het perspectief van de zorgvrager het uitgangspunt.²

Dit rapport geeft een overzicht van de ervaringen van zorgvragers, hun mantelzorgers en zorgverleners met de zorgvormen GRZ, ELV en GZSP. Op basis van deze inzichten en ervaringen worden richtinggevende adviezen geformuleerd voor de verdere programmering van het programma Beter Thuis. Hoewel er in dit rapport veel verbeterpunten worden benoemd, willen we ook benadrukken dat, volgens de zorgverleners, zorgvragers en mantelzorgers de GRZ, ELV en GZSP voor kwetsbare ouderen een belangrijke toegevoegde waarde heeft. Op basis van het door ons uitgevoerde kwalitatieve onderzoek (interviews) kunnen we concluderen dat er verbeterpunten zijn, maar dat er ook veel goed gaat in de GRZ, ELV en GZSP.

Naast dit rapport is er ook Quickscan uitgevoerd, en zijn er subsidieoproepen uitgezet voor een knelpuntenanalyse van dagbehandeling binnen de GZSP en een programmeringsstudie kwaliteitsstandaarden voor GRZ en ELV. De combinatie van deze analyses zal uiteindelijk de basis zijn voor de verdere programmering voor het verbeteren van de kwaliteit binnen GRZ, ELV en GZSP.

Graag willen wij een dankwoord richten aan alle zorgvragers en mantelzorgers die bereid waren met ons in gesprek te gaan en met ons persoonlijke ervaringen te delen. Hun perspectief was essentieel om te komen tot cliëntgerichte aanbevelingen. Ook de zorgverleners willen we bedanken voor hun tijd, aandacht en moeite om ons deelgenoot te maken van hun ervaringen, voor het grootste deel ondanks de weer opkomende golf van COVID-19.

2 <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/ouderen/programmas/programma-detail/beter-thuis>



Tot slot willen we graag onze expertgroep bedanken voor hun feedback en kritische blik: Romke van Balen (specialist ouderengeneeskunde, onderzoeker geriatrische revalidatie LUMC), Aafke de Groot (specialist ouderengeneeskunde en kaderarts geriatrische revalidatie, onderzoeker triage Amsterdam UMC), Jolanda van Haastregt (senior onderzoeker vakgroep Health Services Research van de Universiteit Maastricht), Corrien van Haastert (senior-adviseur patiëntenbelang bij Patiëntenfederatie Nederland).



Inleiding

Geriatrische revalidatie (GRZ) en eerstelijnsverblijf (ELV) zijn gericht op herstel van de zorgvrager en terugkeer naar huis. GRZ richt zich op kwetsbare ouderen met complexe multimorbiditeit die meestal in het ziekenhuis een medisch-specialistische behandeling hebben ondergaan. Het kan bijvoorbeeld gaan om revalidatie na een beroerte of botbreuk, omdat de oudere nog niet in staat is om terug te keren naar huis. De behandeling in GRZ is multidisciplinair met als doel terugkeer naar huis en zo goed mogelijke deelname aan het maatschappelijke leven. Europese experts beschrijven dat geriatrische revalidatie met name gericht zou moeten zijn op participatiedoelen.³ De specialist ouderengeneeskunde (SO) is verantwoordelijk voor de geneeskundige zorg. ELV is medisch noodzakelijk kortdurend verblijf op een intramurale locatie in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden (generalistische geneeskundige zorg). Het is gericht op herstel en terugkeer naar de thuissituatie of betreft palliatief terminale zorg. Er zijn binnen het ELV drie subtypen ontstaan, waarbij 'hoog-complex' het meest voorkomt. Daarnaast is er ook laag-complex en palliatief terminale zorg. De huisarts, arts verstandelijk gehandicapten (AVG) of SO is verantwoordelijk voor de geneeskundige zorg. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (GZSP) is generalistische zorg voor specifieke kwetsbare doelgroepen die thuis wonen. Deze zorg is gericht op het voorkomen van verergering van beperkingen en het leren omgaan met beperkingen. Binnen de GZSP vallen verschillende 'zorgprestaties', zoals dagbehandeling voor ouderen en verstandelijk beperkten, gespecialiseerde dagbehandeling Huntington, maar ook individuele behandeling van bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde (SO), arts verstandelijk gehandicapten (AVG) of gedragswetenschapper.

De drie verschillende zorgvormen GRZ, ELV en GZSP zijn de laatste jaren volop in ontwikkeling. Voor GRZ zijn proeftuinen opgezet⁴ en voor het ELV zijn door verschillende onderzoeksbureaus inventarisaties gedaan.⁵ (zie verder bijlage 1, literatuurverkenning) Dit heeft nog onvoldoende geleid tot meer samenhang tussen de zorgvormen en de ontwikkeling van ambulante revalidatie lijkt achter te blijven. De drie vormen zijn elk in hun eigen stadium van ontwikkeling, maar maken alle onderdeel uit van de zorg aan ouderen en kwetsbare groepen met een zorgbehoefte en de wens om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. Ook zit er overlap tussen de

3 Grund, S., et al. European consensus on core principles and future priorities for geriatric rehabilitation: consensus statement. Eur Geriatr Med 11, 233-238 (2020).

4 Holstege, M.S., et al. Changes in geriatric rehabilitation: a national programme to improve quality of care. The Synergy and Innovation in Geriatric Rehabilitation study. Int J Integr Care 15, e045 (2015)

5 Onderzoek Eerstelijns verblijf. Q-consult Zorg; 2018 Ubink-Bontekoe C, Spierenburg M. In één keer goed!: Vilans, kenniscentrum voor de langdurige zorg; 2018 Van de Camp I, Koster L, Lapaijan I. Onderzoek kwaliteit eerstelijnsverblijf. Significant; 2018.



cliëntgroepen die gebruik maken van de drie zorgvormen.⁶ Het is daarom essentieel om deze drie zorgvormen in hun onderlinge samenhang te bekijken vanuit de totale 'reis' van de zorgvrager, om van daaruit te kunnen komen tot stappen voor doorontwikkeling. Er is nog weinig bekend over de ervaringen van de zorgvragers (cliënten), hun naasten en zorgverleners met de diverse zorgvormen: was de geboden zorg passend, was men tevreden met deze zorg en hoe toegankelijk is de zorg? In deze studie zal de nadruk daarom liggen op het verschaffen van meer inzicht in de ervaringen van zorgvragers, mantelzorgers en zorgverleners met deze drie zorgvormen.

Doel

Het doel van dit project is om een overzicht te geven van de ervaringen van zorgvragers, hun mantelzorgers en zorgverleners met de zorgvormen GRZ, ELV en GZSP. Op basis van deze inzichten en ervaringen worden richtinggevende adviezen geformuleerd voor de verdere programmering van het programma Beter Thuis.

Scope

Voor dit onderzoek houden we rekening met de uitgangspunten van het programma Beter Thuis met betrekking tot de zorgvormen GRZ, ELV en GZSP. We zien dat 95% van de zorgvragers die vallen binnen de scope van het programma Beter Thuis gebruikmaakt van zorg vanuit de GRZ, ELV en inzet van de SO in de eerstelijns.⁷ Dit betreft een groep van (oudere) zorgvragers met een breed scala aan zorgbehoeften. Gekeken naar de omvang van deze cliëntgroep en de hoeveelheid betrokken zorgverleners is er noodzaak om focus aan te brengen. Om binnen de tijdspanne van dit onderzoek met voldoende diepgang concrete resultaten op te leveren, hebben we ons daarom gericht op GRZ, ELV en vanuit de GZSP enkel de inzet van de SO in de eerstelijns. Binnen de GZSP is voor zover mogelijk ook gekeken naar het gebruik van groepsbehandeling en dagbehandeling voor ouderen.

6 Quickscan Geriatrische revalidatiezorg, Eerstelijns Verblijf en Aanvullende Geneeskundige Zorg. Q-consult

7 Quickscan Geriatrische revalidatiezorg, Eerstelijns Verblijf en Aanvullende Geneeskundige Zorg. Q-consult Zorg; 2019 Zorg; 2019



Onderzoeksverantwoording

Om de ervaringen opgehaald van zorgvragers, mantelzorgers en zorgverleners over de drie zorgvormen GRZ, ELV en GZSP te kunnen structureren is er gekozen om gebruik te maken van een framework.

Framework: de cliëntreis

Om de ervaringen gestructureerd te verzamelen, hebben wij gekozen om de cliëntreis te volgen met als basis het model van Pearson.⁸ Een cliënt heeft een zorgvraag en hiervoor kunnen er verschillende vormen van zorg worden aangeboden. Door de reis langs de verschillende zorgvormen en zorgverleners te volgen is het mogelijk om de samenhang van de zorgvormen te zien en wordt duidelijk welke waarde de afzonderlijke zorgsoorten GRZ, ELV en GZSP vervullen in de ervaringen van zorgvragers. Ook wanneer een zorgvrager of zorgverlener slechts met een enkele fase in de cliëntreis ervaring heeft, kan dit waardevolle inzichten geven. Zorgvragers kunnen van de fases, waar zij mee te maken hebben gehad, aangeven hoe deze fase heeft bijgedragen aan de beantwoording van hun zorgvraag. Zorgverleners hebben vaak ervaring als behandelaar in de ene fase en als verwijzer naar de volgende fase: zij kunnen dan aangeven wat zij vanuit deze rollen ervaren en welke verbetering vanuit hun perspectief nodig is voor de zorgvrager.

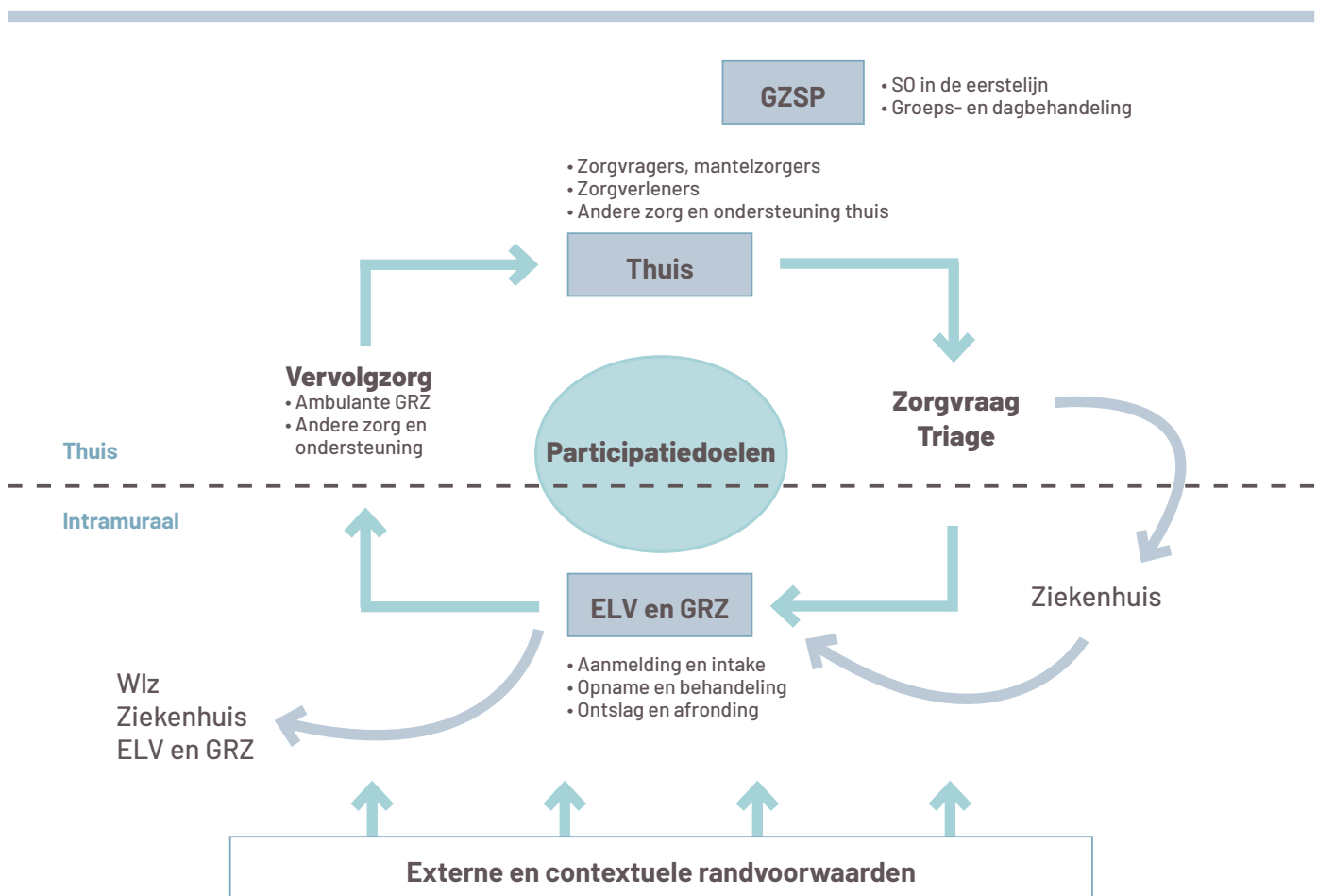
In figuur 1 is het framework voor dit rapport weergegeven. Centraal in alle vormen van zorg staan de **participatiedoelen** van zorgvragers. Dit gaat om dingen die zorgvragers graag weer willen kunnen doen. De zorgvrager formuleert bijvoorbeeld als doel: “ik wil naar de supermarkt kunnen lopen” in plaats van “ik wil 200 meter lopen”. De behoeften en ervaringen van zorgvrager, mantelzorger en zorgverlener worden op elk punt van de cliëntreis bekeken. De cliëntreis begint altijd **thuis**: een oudere woont zelfstandig, eventueel met ondersteuning van mantelzorger en verschillende zorgverleners (inclusief **GZSP**). Op het moment dat er een zorgvraag ontstaat (bijvoorbeeld zorgvrager valt) is er de fase **triage**. De zorgvrager en zorgverlener beoordelen gezamenlijk op dat moment waar de zorgvraag het best beantwoord kan worden (**thuis, of intramuraal in GRZ of ELV**). Na de triage begint de aanmeld- en intakefase. Er wordt een behandelplan opgesteld voor de zorgvraag en dan begint de behandelfase welke wordt afgesloten met de ontslagfase van de zorg. De zorgvrager vervolgt de cliëntreis thuis of waar

8 Pearson M, Hunt H, Cooper C, Shepperd S, Pawson R, Anderson R. Providing effective and preferred care closer to home: a realist review of intermediate care. Health & social care in the community. 2015 Nov;23(6):577-93.



nodig in een volgende intramurale setting. Bij thuiskomst wordt waar nodig **vervolgzorg** en -ondersteuning **thuis** ingezet en begint de cyclus weer bovenaan in de figuur.

Niet alle routes zijn in dit vereenvoudigde schema opgenomen. Het is natuurlijk goed mogelijk om vanuit huis opgenomen te worden in de langdurige zorg en zo zijn er nog vele variaties. Omdat deze opdracht zich focust op het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen en de samenhang tussen GRZ, ELV en GZSP hebben wij de route naar huis in dit framework centraal gesteld. Daarnaast vindt er ook een triagemoment plaats wanneer iemand uit het ziekenhuis kan worden ontslagen: wanneer wij ervaringen met de triage beschrijven gaat dit om beide triagemomenten.



Figuur 1. Framework aan de hand van de cliëntreis

Dataverzameling

De ervaringen van zorgvragers en zorgverleners met de zorgvormen zijn verzameld volgens de volgende methoden:

1. **Literatuurverkenning**
2. **Interviews en focusgroepen met zorgvragers en zorgverleners**
3. **Overzicht van experimenten en pilots**

1. Literatuurverkenning

Middels een internet-zoekstrategie en uitvraag binnen onze expertgroep zijn relevante Nederlandse rapporten verzameld, aangevuld met internationale rapporten, over ervaringen van zorgvragers, mantelzorgers en zorgmedewerkers met GRZ, ELV en GZSP. In dit rapport rapporteren we alleen ervaringen met de Nederlandse zorgvormen en wordt de internationale literatuur alleen als achtergrondinformatie gebruikt. Voor de zoekstrategie is gebruik gemaakt van Google (Scholar) en de volgende trefwoorden: ervaring(en), kwalitatief, interview, rapport, patiënt/cliënt, geriatrie revalidatiezorg, GRZ, GR, eerstelijnsverblijf, ELV, kortdurende zorg, tijdelijke zorg, herstellende zorg, dagbehandeling, groepsbehandeling, specialist ouderengeneeskunde. Er is gebruik gemaakt van Google omdat Nederlandstalige rapporten vaak niet gerubriceerd zijn in internationaal geïndexeerde databases. Middels Google zijn 21 rapporten gevonden, welke zijn aangevuld door 4 relevante internationale publicaties aangeleverd door de expertgroep. De in totaal 25 publicaties waren als volgt te rubriceren: 8 publicaties over GRZ, 6 over ELV, 5 over SO in eerstelijns, 2 over groeps- en dagbehandeling en 4 relevante internationale publicaties (3 over GRZ, 1 over intermediate care). De resultaten van deze literatuurverkenning zijn gestructureerd volgens de fases van de cliëntreis. Relevante bevindingen en aanbevelingen van deze literatuurverkenning zijn meegenomen in de interviews en focusgroepen.

2. Interviews en focusgroepen met zorgvragers en zorgverleners

Er zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen met zorgvragers die gebruik hebben gemaakt van GRZ en GZSP, zorgverleners uit de GRZ en focusgroepen met zorgverleners van de GZSP. Voor het ELV is gebruik gemaakt van interviews met zorgvragers en zorgverleners in 2018 door het Amsterdam UMC⁹. Deze zijn in samenhang met de nieuwe dataverzameling opnieuw geanalyseerd.

Voor de interviewguides (*bijlage 4, interviewgids gebruikt bij interviews en focusgroepen*) en analyse is gebruik gemaakt van het framework van de cliëntreis. Voor de interviews met

9 Van den Besselaar JH, Hartel L et al. "Patient come with two garbage bags of problems and we have to sort them". 2021-1 Accepted by Age&Ageing

10 Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;01/01;3(2):77-101

zorgverleners en zorgvragers van de GRZ is hetzelfde protocol gevolgd als voor het ELV. De interviews in 2018 hebben rijke data opgeleverd en op deze manier was het ook mogelijk om hetzelfde analyseformat te volgen. Er zijn enkele aanpassingen gemaakt in de interviewgids om de interviews passend te maken voor de GRZ. De interviews en focusgroepen zijn middels thematische analyse¹⁰ geanalyseerd. Tabellen 1-3 geven beknopt de karakteristieken van geworven deelnemers weer. Een uitgebreide weergave is te vinden in *bijlage 5, karakteristieken van deelnemers en cliëntreizen*.

ELV

In 2018 zijn de vijf zorgorganisaties die ELV bieden in Amsterdam benaderd voor deelname aan het onderzoek naar ervaringen met de implementatie van het ELV en om inzicht te krijgen welke cliëntgroep gebruik maakt van het ELV. Van alle vijf de organisaties hebben in totaal 9 afdelingen in verpleeghuizen en 2 afdelingen gesitueerd in ziekenhuizen deelname toegezegd. Zorgverleners dienden op de hoogte te zijn van het proces van aanmelding en ontslag, maar ook inhoudelijk over behandeling die gegeven werd. Er zijn in de meeste gevallen groepsinterviews gehouden (met een manager of zorgcoördinator in combinatie met een SO, verpleegkundige en/of verzorgende). Het interview startte met een algemene kennismaking en vragen over de afdeling. Daarnaast werden zorgverleners van tevoren gevraagd om een aantal casussen voor te bereiden van zorgvragers die in het ELV opgenomen waren geweest in de laatste 6 maanden en reeds met ontslag waren. Van deze casussen werd de opname van aanmelding tot ontslag doorgesproken.

Voor de interviews met zorgvragers werd de zorgverlener gevraagd om zorgvragers te benaderen die op dat moment waren opgenomen. Met deze zorgvragers werden ook de ervaringen met de opname doorgesproken vanaf het moment van aanmelding tot ontslag.

Tot slot is een focusgroep gehouden met managers en een SO uit de deelnemende ELV-organisaties om de resultaten van de interviews met zorgverleners en zorgvragers te toetsen. De deelnemers zijn geworven via een uitnodiging op persoonlijke titel uit het eigen netwerk van Amsterdam UMC.

GRZ

In 2020 zijn vijf regionaal verspreide zorgorganisaties uit het netwerk van Studio GRZ benaderd voor deelname aan het onderzoek naar ervaringen van zorgverleners in de geriatrische revalidatie. Van deze vijf GRZ-organisaties waren twee GRZ-afdelingen gelokaliseerd in het ziekenhuis, twee afdelingen in het verpleeghuis en één in combinatie met medisch-specialistische revalidatie (MSR). Er werd een interview gedaan met een specialist ouderengeneeskunde en een andere zorgverlener uit die organisatie die op de hoogte waren van het revalidatietraject (proces en inhoud) van aanmelding tot na ontslag. Het interview startte met een algemene kennismaking en vragen over de afdeling.



Voor de interviews met zorgvragers werd de zorgverleners gevraagd om zorgvragers te benaderen die reeds met ontslag waren en bereid waren mee te werken aan het onderzoek. Met deze zorgvragers werden ook de ervaringen met de revalidatie doorgesproken vanaf het moment van aanmelding tot na ontslag.

GZSP

Voor de GZSP is gekozen om focusgroepen te houden met SO werkzaam in de eerstelijns. Omdat deze zorgvorm nog erg jong is, is gekozen om eerst te exploreren hoe de SO op dit moment werkzaam is in de eerstelijns en hoe de SO bijdraagt aan het beantwoorden van zorgvragen van de thuiswonende oudere. Ook aan de SO is gevraagd om van tevoren casussen voor te bereiden om op die manier ervaringen te kunnen illustreren. Ook in deze gesprekken is de samenhang met andere zorgvormen geëxploreerd: hoe werken ze samen en wordt er verwezen naar intramurale opnames of andere vormen van zorg- en ondersteuning.

Via de website van Verenso zijn alle SO die geregistreerd staan als kaderarts eerstelijns benaderd voor deelname aan het onderzoek. Ook is in de nieuwsbrief van Verenso een oproep geplaatst voor deelname aan de focusgroepen, omdat ook SO zonder kaderopleiding werkzaam zijn in de eerstelijns.

Tabel 1: Overzicht van deelnemers

	Zorgvragers en mantelzorgers	Zorgverleners
ELV	12 interviews met 12 zorgvragers.	13 (groeps)interviews met in totaal 28 zorgverleners afkomstig uit Amsterdam: 7 SO/basisartsen, 8 verpleegkundigen, 7 verzorgenden, 6 managers/zorgcoördinatoren. In totaal zijn er 39 cliëntreizen doorgesproken. 1 focusgroep met 5 managers en 1 SO, afkomstig uit Amsterdam.
GRZ	10 interviews met 10 zorgvragers en 1 mantelzorger.	5 groepsinterviews met in totaal 10 zorgverleners: 5 specialisten ouderengeneeskunde, 1 verpleegkundig specialist, 1 transfer-verpleegkundige, 1 teamleider, 2 kwaliteitsverpleegkundigen en 1 fysiotherapeut. In totaal zijn er 25 cliëntreizen doorgesproken. Deelnemers waren afkomstig uit Gelderland, Limburg, Noord-Brabant, Noord-Holland en Zuid-Holland.
GZSP	9 interviews met 3 zorgvragers en 7 mantelzorgers.	3 focusgroepen met in totaal 15 specialisten ouderengeneeskunde en 1 verpleegkundig specialist afkomstig uit Friesland, Drenthe, Overijssel, Gelderland, Noord-Holland en Zuid-Holland.



Tabel 2: Karakteristieken deelnemende zorgvragers en mantelzorgers

		GRZ zorgvragers (n = 10)	GRZ mantelzorgers (n = 1)	ELV zorgvragers (n = 12)	GZSP zorgvragers (n = 3)	GZSP mantelzorgers (n = 7)
Geslacht, n (%)	Man	4 (40)	1(100)	6 (50)	2 (67)	2 (29)
Leeftijdscategorie, n (%)	30-39	-	-	-	-	1(14)
	50-59	1(10)	-	-	-	2 (29)
	60-69	1(10)	-	1(8)	-	2 (29)
	70-79	5 (50)	1(100)	3(25)	2 (67)	2 (29)
	80-89	3 (30)	-	5 (42)	1(33)	-
	90-99	-	-	3 (25)	-	-
Woonsituatie vóór opname, n (%)	Zelfstandig alleen	1(10)	-	11(92)	2 (67)	-
	Aanleunwoning	1(10)	-	-	-	-
	Zelfstandig samen	8 (80)	-	1(8)	1(33)	-
Ontslag-bestemming, n (%)	Huis	9 (90)	-	1(8)	-	-
	Woonzorgcentrum	1(10)	-	-	-	-
	Onbekend*	-	-	8 (67)	-	-
	Wlz	-	-	2 (17)	-	-
	Hospice	-	-	1(8)	-	-
Regio, n (%)	Gelderland	4 (40)	-	-	1(33)	-
	Noord-Holland	2 (20)	-	12 (100)	-	-
	Zuid-Holland	3 (30)	-	-	-	-
	Limburg	1(10)	-	-	-	-
	Noord-Holland	-	-	-	-	5 (72)
	Noord-Holland	-	-	-	-	-
	Overijssel	-	-	-	2 (67)	1(14)
	Zuid-Holland	-	-	-	-	1(14)

* Enkele zorgvragers in het ELV zijn geïnterviewd tijdens hun opname in het ELV, waardoor de ontslagbestemming nog niet altijd bekend was.

Tabel 3: Karakteristieken deelnemende zorgverleners

		GRZ	ELV	GZSP
		5 organisaties	5 organisaties	15 organisaties
		(n = 11)	(n = 32)	(n = 16)
Functie, n (%)	SO	5 (45)	5 (16)	15 (94)
	Verpleegkundige (i.o.), alle niveaus	2 (18)	8 (25)	-
	Verzorgende (i.o.), alle niveaus	-	4 (13)	-
	Manager	-	6 (19)	-
	Huisarts	-	1 (3)	-
	Fysiotherapeut	1 (9)	1 (3)	-
	Verpleegkundig specialist/basisarts	1 (9)	1 (3)	1 (6)
	Persoonlijk begeleider	-	3 (9)	-
	Overig	2 (18)	3 (9)	-
Regio, n (%)	Friesland	-	-	1 (6)
	Drenthe	-	-	2 (13)
	Overijssel	-	-	2 (13)
	Gelderland	3 (27)	-	1 (6)
	Noord-Holland	2 (18)	32 (100)	7 (44)
	Zuid-Holland	2 (18)	-	3 (19)
	Noord-Brabant	2 (18)	-	-
	Limburg	2 (18)	-	-

Datasaturatie

Voor de dataverzameling hebben we vooraf aantallen ingeschat die haalbaar waren in het tijdsbestek van dit onderzoek. Voor de dataverzameling bij zorgvragers en zorgverleners in de GRZ en het ELV hebben we datasaturatie bereikt: er werden in de laatste twee interviews geen nieuwe thema's meer gevonden¹¹. De dataverzameling bij de GZSP had een meer exploratief karakter, hier hebben we geen datasaturatie bereikt. Dit is dan ook meegenomen in de verdere aanbevelingen voor het programma Beter Thuis.

11 Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough? Field Methods - FIELD METHOD. 2006 02/01;18:59-82.

3. Overzicht van experimenten en pilots

Middels een internet-zoekstrategie via Google en uitvraag binnen onze expertgroep is een overzicht gemaakt van lopende en afgeronde experimenten en pilots binnen de GRZ, ELV of de SO in de eerstelijns of groeps- en dagbehandeling voor ouderen. De internet-zoekstrategie van fase 1 is hiervoor gebruikt en aangevuld met trefwoorden zoals experiment, pilot en proeftuin. De inventarisatie heeft 40 relevante resultaten opgeleverd. Het enige criterium voor inclusie was dat de organisatie het initiatief zelf benoemde als experiment, pilot of proeftuin op het gebied van GRZ, ELV of de SO in de eerstelijns of groeps- en dagbehandeling voor ouderen. De gevonden experimenten, pilots en proeftuinen zijn onderverdeeld in 14 typering. Tabel 4 geeft de typering en het aantal initiatieven per typering weer.

Tabel 4: Typering van pilots, experimenten en proeftuinen

Typering	Aantal
Samenwerking GRZ/MSR	5
Samenwerking in de gehele cliëntreis	2
Direct insturen GRZ	1
GRZ nazorg	2
ELV afdeling/herstelhotel	2
Observatie	8
Coördinatie	6
Gedeeld dossier	1
Praktijk SO eerstelijns	5
SO werkzaam in eerste lijn vóór invoering GZSP	1
Vaste SO aan huisartsenpraktijk	2
Telefonische bereikbaarheid van SO	1
VS ouderengeneeskunde in de eerstelijns	2
Samenwerking SO eerstelijns en huisarts	2

Er is een steekproef gedaan per typering om bij de projectleiders nadere informatie op te halen over de uitkomsten en verdere implementatie. Hierbij is gevraagd naar de meerwaarde van de pilot vanuit zorgvragersperspectief. De ervaringen met de experimenten zijn gebruikt voor mogelijke oplossingsrichtingen van knelpunten die worden ervaren en als inspiratie voor de onderzoeksaanbevelingen.

Beperkingen van dit onderzoek

Dit onderzoek heeft in zijn geheel plaatsgevonden gedurende de pandemie van COVID-19. Zorgverleners van de GRZ zijn gesproken op 1,5 meter afstand in september. In verband met oplopende corona-cijfers is besloten daarna alleen nog interviews met zorgvragers middels (beeld)bellen af te nemen. Aan het einde van elk interview is aan de zorgvrager/mantelzorger gevraagd of dit hen voor beperkingen had gesteld. Het merendeel van de zorgvrager/mantelzorger gaf aan dat ze goed antwoord konden geven op de vragen en het interviews als prettig hebben ervaren.

De resultaten van de interviews met zorgvragers en zorgverleners uit het ELV komen uit 2018. Echter, uit gesprekken met zorgverleners SO eerstelijns en GRZ, maar ook bij zorgvragers blijkt een groot deel van de problemen die destijds speelden nog steeds actueel te zijn. Daarnaast is een aantal knelpunten van het ELV ook getrianguleerd met een vragenlijst onder ELV-medewerkers begin 2020¹², waar wederom dezelfde knelpunten werden benoemd.

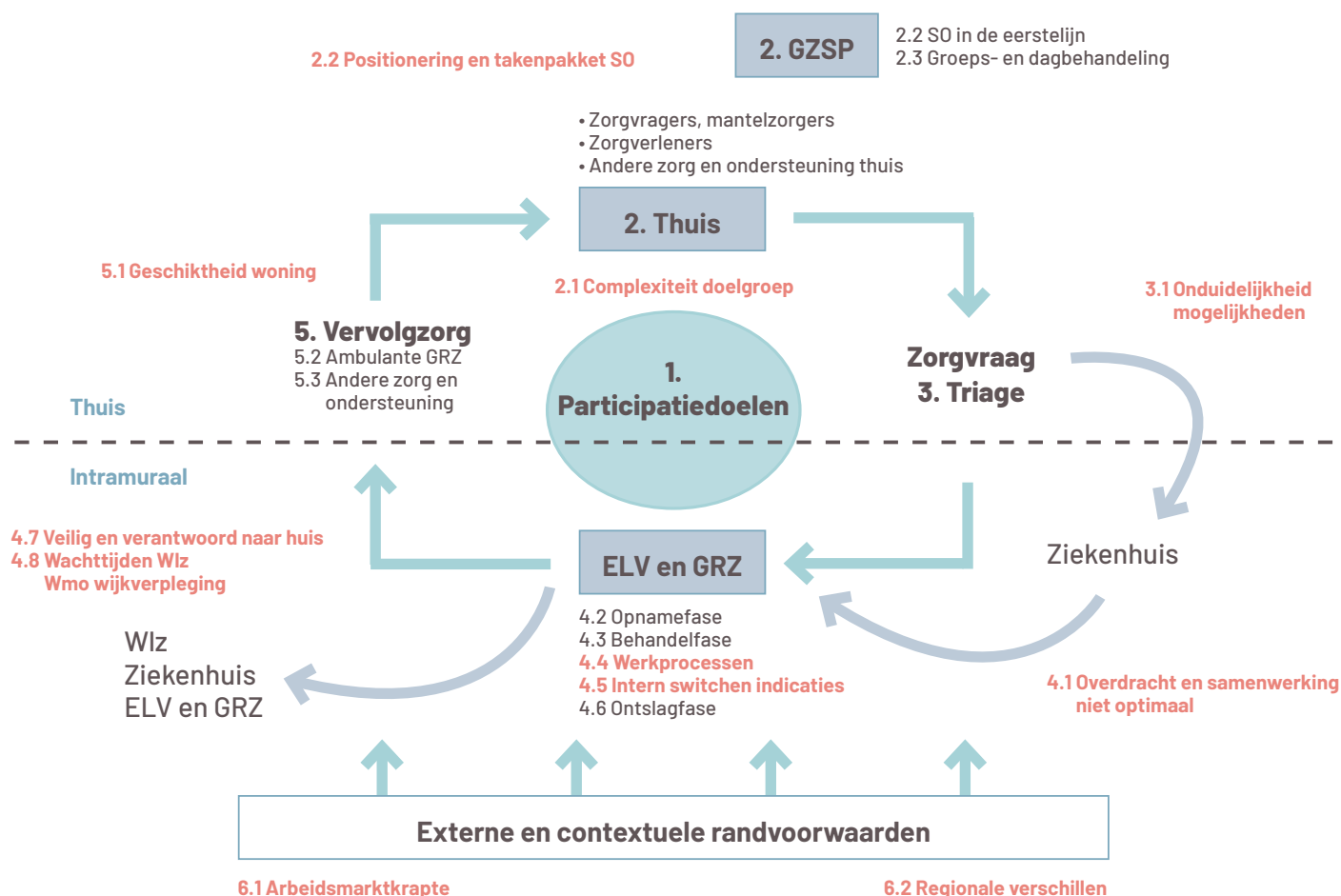
Wat betreft geografische spreiding zijn bij ELV alleen zorgverleners en zorgvragers gesproken uit de omgeving van Amsterdam. Uit de antwoorden op de vragenlijst onder ELV-medewerkers uit heel Nederland blijkt dat een groot deel van de knelpunten ook elders in het land wordt ervaren. Bij GRZ en GZSP was de spreiding divers, van stedelijk tot landelijk en verdeeld over de verschillende provincies. Bij GZSP is met relatief veel mantelzorgers gesproken vanwege de te beperkte cognitieve vaardigheden van de zorgvragers. Bij ELV en GRZ is daarentegen met relatief veel zorgvragers gesproken en minder met mantelzorgers. Dit lijkt vooral te maken te hebben met de zorgvraag waarmee verwezen is.

12 Nog ongepubliceerd onderzoek van Amsterdam UMC, gepresenteerd op de studiedag Tijdelijke Opname Thuiswonende Ouderen 2020 van het Leids Congres Bureau.



Resultaten

Onderstaand zijn de gecombineerde resultaten van de drie onderzoeksmethoden beschreven. In de bijlagen 1, 2 en 3 zijn de resultaten per onderzoeksmethode uitgebreid beschreven. Alle thema's worden benaderd vanuit de ervaringen van de zorgvragers, mantelzorgers en zorgverleners. Dit wordt steeds in perspectief geplaatst met de bevindingen uit de literatuur. De basis voor de gecombineerde resultaten is het framework zoals eerder is weergegeven in figuur 1. Aan dit framework zijn de gevonden thema's toegevoegd. Langs deze thema's geven we de resultaten in dit hoofdstuk weer.



Figuur 2. Framework cliëntreis met de thema's beschreven in de resultaten

1. Participatiedoelen

Zoals in het framework is beschreven, staan bij alle drie vormen van zorg de participatiedoelen van zorgvragers centraal, die worden geformuleerd in de vorm van toegepaste activiteiten. De doelgroep binnen de drie zorgvormen kenmerkt zich door problematiek op meerdere domeinen waardoor de participatiedoelen en daarmee de zorg- en revalidatiebehoefte per zorgvrager enorm kunnen variëren (*bijlage 2, thuisfase*). Bij alle zorgvormen moet de verkenning van deze participatiedoelen tussen zorgvrager en zorgverlener centraal staan.¹³

“Ja en gelijk werd vooral de fysiotherapeut die zegt mevrouw hè die ontvouwde gelijk een plan, we gaan heel rustig beginnen, we beginnen zus en zo en wat is uw einddoel, wat zou u uiteindelijk weer willen? Nou ja mijn einddoel was weer kunnen fietsen, gewoon weer op de fiets springen en de stad in gaan, nou dat heeft ie ook letterlijk zo gedaan.” (Zorgvrager GRZ, interview 5)

SO werkzaam in de eerstelijns geven aan te werken vanuit de participatiedoelen van een zorgvrager en wat belangrijk voor hen is voor goede kwaliteit van leven. SO benoemen dit ook als een van hun belangrijkste meerwaardes in de begeleiding van een zorgvrager (*zie ook hoofdstuk 2.2*). Binnen ELV en GRZ benoemen zorgvragers ook hun participatiedoelen, maar uit de interviews met zorgvragers blijkt dat er vooral gewerkt wordt aan het doel ‘naar huis’. Follow-up van de zorgvrager en zijn participatiedoel na ontslag gebeurt zelden.

Uit de literatuur blijken verschillende bevindingen over de betrokkenheid van de zorgvrager in het proces. Enerzijds geven zorgvragers aan dat ze het belangrijk vinden dat wordt nagegaan wat ze belangrijk vinden in het traject.¹⁴ Anderzijds bleek niet elke zorgvrager inspraak te willen in zijn behandeltraject.¹⁵ In NIVEL-rapporten werd de ervaring gedeeld dat ouderen soms niet eenduidig uitspreken wat voor hen belangrijk is. Ouderen geven aan dat ze graag meer contacttijd willen met hun zorgverlener voordat zij een beslissing nemen, terwijl zorgverleners en verzekeraars vooral voorbereidingstijd en wachttijd willen waarin ze zorgvragers kunnen ondersteunen met keuzehulp.¹⁶

13 Grund, S., et al. European consensus on core principles and future priorities for geriatric rehabilitation: consensus statement. *Eur Geriatr Med* 11, 233-238 (2020).

14 Uitkomsten zorgvragersraadpleging Geriatrische Revalidatie Zorg De Zorgcirkel 2018. (Facit, 2018).

15 de Vos, A.J.B.M., van Balen, R., Gobbens, R.J.J. & Bakker, T.J.E.M. Geriatrische Revalidatiezorg: De juiste dingen goed doen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 49, 12-21 (2017).

16 Boeije, H., Verkaik, R., de Groot, K., Kappen, H. & Korevaar, J. Kwaliteit van leven van langer thuiswonende ouderen: sessies met de praktijk. (NIVEL, 2019) van Dulmen, S., Roodbeen, R. & Noordman, J. Kennisvraag Tijd voor samen beslissen. Perspectieven van zorgvragers, zorgverleners en zorgverzekeraars ten aanzien van tijd om samen te beslissen. (NIVEL, 2020)



2. Fase thuis en GZSP

De cliëntreis wordt beschreven vanaf de fase waarin de zorgvrager thuis woont. In deze paragraaf worden de ervaringen met de ontwikkeling van de zorgvraag van ouderen thuis en met de inzet van de SO in de eerstelijns (GZSP) weergegeven.

2.1 Complexiteit van de doelgroep

Doordat ouderen langer thuis blijven wonen wordt door zorgverleners van alle drie de zorgvormen in onze interviews en focusgroepen een toename van de complexiteit van de zorgvraag bij ouderen ervaren. Men noemt een toename van kwetsbaarheid bij ouderen, waarbij naast complexe somatische en cognitieve problematiek, problemen in het sociale domein steeds vaker op de voorgrond staan. (zie bijlage 2, fase thuis)

“Maar je merkt gewoon de complexiteit van de patiëntengroep die is inmiddels zó enorm toegenomen. Wat vroeger gewoon in instituten zat, zit nu allemaal thuis.” (SO4, focusgroep 1)

Deze toename van complexiteit heeft impact op de gehele cliëntreis, zowel bij inzet van de SO in de eerstelijns als bij opname in GRZ en ELV. Vanuit het doorspreken van cliëntreizen met GRZ en ELV komt hierbij specifiek naar voren dat na opname steeds vaker secundaire problemen naar boven komen waarop bij de aanmelding niet was geanticipeerd. Zorgverleners ervaren hier een variatie aan, bijvoorbeeld cognitieve problemen, neuropsychiatrische symptomen (o.a. rouw, neerslachtigheid, apathie tot depressies, agressie, ontremd gedrag, wanen, hallucinaties) en verslavingsproblematiek waarvoor een specifieke benadering en soms ook medebehandeling vanuit de GGZ nodig is.

“ELV is dat ook: tijdelijke zorg, mensen komen met twee grote vuilniszakken met problemen en die moet je sorteren.” (SO, ELV interview 5)

In bijlage 2 (GRZ en ELV, aanmeldfase) is deze toename van complexiteit nader geïllustreerd met voorbeelden van zorgvragen op het somatisch psychisch, functioneel en sociaal domein. De kwetsbaarheid van thuiswonende ouderen over meerdere domeinen werd al eerder beschreven door het NIVEL¹⁷, Significant¹⁸ en Vilans¹⁹.

17 Boeije, H., Verkaik, R., de Groot, K., Kappen, H. & Korevaar, J. Kwaliteit van leven van langer thuiswonende ouderen: sessies met de praktijk. (NIVEL, 2019).

18 van de Camp, L., Koster, L. & Lapaijan, I. Onderzoek kwaliteit eerstelijnsverblijf. (Significant, 2018).

19 Ubink-Bontekoe, C. & Spierenburg, M. In één keer goed! (Vilans, kenniscentrum voor de langdurige zorg, 2018)

2.2 Positionering en takenpakket SO in de eerstelijns

In de cliëntreis woont de zorgvrager thuis en kan de huisarts de hulp van een SO inschakelen. Het kan ook zo zijn dat er op een andere plek triage plaatsvindt en dat wordt besloten tot het inschakelen van de SO in de eerstelijns als onderdeel van passende zorg.

Over het algemeen wordt zowel door zorgvragers en mantelzorgers als door zorgverleners een grote meerwaarde gezien van de zorg door de SO thuis voor de zorgvrager. Ze zien hierin de SO als de expert op het gebied van ouderengeneeskunde, maar vinden ook de samenwerking met de huisarts en andere zorgverleners belangrijk (zie ook bijlage 2, fase thuis).

“Ik heb ook niet de luxe dat ik [...] rustig voor m’n moeder kan zorgen, [...]. Nee, je doet het naast je werk. Dus ik was erg blij met de ondersteuning en het goeie contact wat ik heb gehad, zowel met de huisarts als met [SO] als met de casemanager. Dat ervaar ik als een hele... hè, inmiddels sta ik er niet meer alleen voor, maar we doen dat echt met een soort teampje om m’n moeder heen.”
(GZSP mantelzorger 2)

Bij de vraag aan SO wat zij als grootste meerwaarde voor de zorgvrager van hun werk zien, is de kern dat SO kijken naar hoe zij de kwaliteit van leven voor zorgvragers kunnen verbeteren.

SO1: [...] Wat echt kwaliteit van leven is, is wat er echt voor iemand toe doet. Daar ben ik altijd wel naar op zoek, dat je echt een brug slaat naar waar iemand een twinkeling van in de ogen krijgt. En dat dat dan hetgene is waar je dan aan gaat werken, om dat te ondersteunen.” (SO1, focusgroep 2)

Bekendheid vooraf onder zorgvragers en eerder inschakelen SO

Onder zorgvragers en mantelzorgers was vooraf onbekend wat de mogelijkheden zijn binnen de eerstelijns ouderenzorg. De geïnterviewde zorgvragers en mantelzorgers kwamen daarom niet zelf met het verzoek om een consult van de eerstelijns SO, hoewel velen wel aangeven dat er al langere tijd problemen speelden. De consulten werden in bijna alle gevallen door de huisarts geïnitieerd. Doordat zorgvragers niet weten wat een SO voor hen kan betekenen, hebben de meesten geen duidelijke verwachtingen van het consult. Achteraf zijn zorgvragers en mantelzorgers zeer tevreden over de (mede)behandeling van de SO en wensen zij dat deze al eerder ingeschakeld was.



“Kijk, je weet niet wat je mist als je niet weet dat het bestaat. Hè dus als de optie SO als je daar helemaal niet van op de hoogte bent, dan kun je moeilijk aangeven dat je daar behoefte aan hebt of dat dat belangrijk is.” (GZSP mantelzorger 2)

Onderzoek van de Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde (UPO) beschrijft ook dat zorgvragers en mantelzorgers behoefte hebben aan meer informatie over wat de UPO inhoudt en wat een huisbezoek voor hen kan betekenen.²⁰

Takenpakket SO en samenwerking met de huisarts

SO vervullen diverse rollen in de eerstelijns en de samenwerking en positionering tot andere zorgverleners kwam zowel bij zorgvragers en mantelzorgers als bij de SO veelvuldig aan de orde. Door een mantelzorger werd aangegeven dat het prettig is als de SO het overleg met de huisarts op zich neemt, zodat medische zaken niet met meerdere behandelaren besproken hoeven te worden door de zorgvrager of diens familie. Dat hoeft niet te betekenen dat de SO volledig het hoofdbehandelaarschap overneemt, maar dat het behandelarschap door de huisarts meer op de achtergrond plaatsvindt en de regie houdt door structureel terugkoppeling te krijgen van de SO. Zorgvragers vinden dit een prettige werkwijze. Ze worden goed in de gaten gehouden door de SO, maar weten dat zij bij acute gezondheidsklachten bij de huisarts terecht kunnen.

“Als je oor verstopt zit, dan ga je ook naar de huisarts. Ja, daarvoor bel ik [SO] niet op. Dus [SO] gaat echt over de ontwikkeling van de ziekte, over het beoordelen van de zelfstandigheid, over medicatie, echt over die hele specialistische... [...].”
(Mantelzorger, GZSP interview 2)

“En zeker voor de diepgang en ja hoe je ermee om moet gaan vind ik een specialist ouderengeneeskunde bij dementie vind ik die veel belangrijker dan een huisarts. Een huisarts die kan ook niet alles natuurlijk.”
(Mantelzorger, GZSP interview 1)

20 Ronde, B., Hertogh, C.M.P.M., Bosmans, J.E. & Meiland, F.J.M. Vijf jaar Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde: gebruikers, geleverde zorg, kosten en ervaringen (2020).

Daarnaast beschrijven zorgvragers dat de SO voor hen een gids kan zijn voor hun zorgvraag, omdat het onduidelijk is waar zij terecht kunnen met hun zorgvragen. Dit werd ook bevestigd door de interviews van de UPO waar een mantelzorger het zorgsysteem als ‘een oerwoud’ omschreef.

“En die [zorgvragers] raken helemaal het spoor bijster in de woud van de bureaucratie, ze weten niet wat er nog meer op de markt te halen valt.”
(SO, GRZ-organisatie 4)

Onder SO wordt duidelijk dat de ene SO meer op basis van eenmalige consulten werkt, en de andere meer voor langere tijd medebehandelaarschap met de huisarts aangaat en meer betrokken blijft bij de uitvoering van de behandeling van de zorgvrager. SO geven aan hierbij te overwegen de huisarts te willen ondersteunen en ontlasten met hun expertise, maar tegelijkertijd ook de centrale hoofdbehandelaarspositie van de huisarts voor thuiswonende zorgvragers te erkennen. Door met meerdere ‘losse consulten’ over een langere periode te werken en minder het medebehandelaarschap op zich te nemen, ervaren SO bovendien dat huisartsen in toenemende mate hun deskundigheid in complexe zorgvragen bij ouderen verbeteren. (zie bijlage 1 en 2, fase thuis)

De interviews van Kroes et al. (2020) beschrijven dat het samenwerkingsverband tussen huisartsen en SO leidt tot ontwikkeling in probleemherkenning en efficiënt en anticiperend werken.²¹ Succesfactoren voor het samenwerkingsverband zijn het laagdrempelig contact tussen huisarts en SO en het kunnen rapporteren in één systeem, waardoor er minder miscommunicatie is.

De positionering van de SO ten opzichte van de huisarts verschilt tot slot per regio. In de ene regio zijn SO bijvoorbeeld meer gepositioneerd in huisartsenpraktijken, waardoor SO kortere lijnen en meer bekendheid ervaren met de huisarts. Andere SO zijn meer gepositioneerd in een intramurale ouderenzorginstelling en bouwen meer individueel en via het MDO netwerken op met huisartsen. In sommige regio's wordt teveel verdeeldheid ervaren om tot eenduidige samenwerkingsafspraken te komen. Daar ervaren SO meer variatie per huisarts of organisatie in hun aanpak en vorm van samenwerken met de huisarts. (zie bijlage 1 en bijlage 2, fase thuis)

21 Kroes, J., Schuitemaker, A., van Buul, L., de Boer, M. & Hertogh, C.M. Zorg voor Kwetsbare ouderen: Samenwerkingsverbanden tussen verpleeghuisorganisaties en de eerstelijns. *Nederlands Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* (2020).



Rol van SO bij advance care planning

De SO wordt ook ingeschakeld om een goede inschatting te maken van functionele beperkingen en benodigde zorg. In een NIVEL-rapport werd door verschillende categorieën zorgverleners aangegeven dat het belangrijk is dat een oudere op alle domeinen integraal in kaart wordt gebracht en dat advance care planning kan bijdragen welke behoeftes centraal staan.²² Interviews van Vilans beschrijven ook weer dat een SO voor rust kan zorgen en verplaatsingen in een crisissituatie kan voorkomen.²³

Er zijn verschillende pilots en proeftuinen voor de specialist ouderengeneeskunde werkzaam in eerstelijns die de op bovenbeschreven praktijkvariatie reflecteren. Een ouderenpraktijk met zeer uitgebreide behandelmogelijkheden is de 'MESO-praktijk'. (zie kader en bijlage 3)

Pilot: MESO-praktijk

Dit is een pilot met een zorgvorm voor kwetsbare ouderen: Multidisciplinaire Eerstelijnszorg met een Specialist Ouderengeneeskunde (MESO). Het MESO-concept is ontwikkeld door Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet. Het is een aanvulling op de huisartsenpraktijk met een praktijkteam bestaande uit specialisten ouderengeneeskunde en geriatisch verpleegkundigen. De huisarts verwijst complexe zorgvragen en het praktijkteam voert dan het MESO-zorgpad uit. Het praktijkteam neemt enkele maanden de begeleiding van een oudere over. Een van de voorwaarden is dat er inzage is in het huisartsdossier. Ook wordt er gewerkt met een MDO. De pilot duurt ongeveer 3 jaar en zit in de opstartfase in Rotterdam Ommoord, Zoetermeer en Tiel.

22 Boeije, H., Verkaik, R., de Groot, K., Kappen, H. & Korevaar, J. Kwaliteit van leven van langer thuiswonende ouderen: sessies met de praktijk. (NIVEL, 2019)

23 Ubink-Bontekoe, C. & Spierenburg, M. In één keer goed! (Vilans, kenniscentrum voor de langdurige zorg, 2018)



2.3 Groeps- en dagbehandeling

In de focusgroepen met SO werkzaam in de eerstelijns blijkt dat er nog zeer beperkte ervaring is met dagbehandeling en groepsbehandeling binnen de GZSP. In de interviews met zorgvragers vanuit ELV en GRZ zijn er geen ervaringen opgehaald met de dag- en groepsbehandelingen.

Een SO zag de dagbehandeling ook als onderdeel van behandeling naast het instellen van de medicatie thuis. Dit wordt door de volgende mantelzorger geïllustreerd:

“En daar hebben ja ik ben daar echt, wat ik zeg, een jaar echt mee bezig geweest om dat[dagbesteding] erin te masseren en ze was er misschien ook nog niet aan toe, maar [SO] is wel dan ook een van degene geweest die dat echt om de 3 maanden zei van: [...]: [naam zorgvrager], je moet dit gaan doen. [...] Toen heeft [SO] op een gegeven moment ook gezegd van ‘het wordt langzamerhand een voorwaarde om door te kunnen gaan met de medicatie’.”
(GZSP mantelzorger, interview 2)

SO werkzaam in de eerstelijns beschrijven ook dat de dagbesteding belangrijk is om mantelzorgers te ontlasten. Echter, ook hier wordt aangegeven dat thuiszorg en huisarts vaak niet de routes kennen. Ook vertelt een SO dat toen de subsidieregeling voor groepsbehandeling stopte, ook de groepsbehandeling stopte.

In twee rapporten van Significant ²⁴ wordt beschreven dat wachttijd voor het inzetten van dagbehandeling en groepsbehandeling als een knelpunt wordt ervaren. Ook wordt beschreven dat het groepsgewijze aanbod bijdraagt aan de effectiviteit van dagbehandeling, omdat zorgvragers veel leren van de interactie met andere zorgvragers. Dit herkennen wij ook in ons onderzoek bij de ervaringen van zorgvragers die groepstherapie krijgen binnen de GRZ. Daarnaast is een multidisciplinair team van belang voor het succes van de dagbehandelingen: de meerwaarde is vooral dat er gemakkelijk tussen disciplines geschakeld kan worden. Een tekort aan behandelaren werd als een belemmerende factor opgemerkt.²⁵

24 Mulder, I. & van de Camp, L. Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling: gebruik en ervaringen in de periode 2015-2018. (Significant, 2018).
Rapportage Dagbehandeling. (Significant, 2019)

25 Mulder, I. & van de Camp, L. Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling: gebruik en ervaringen in de periode 2015-2018. (Significant, 2018)



3. Triage

De triage heeft als doel om de zorgvraag vanuit doorgaans thuissituatie of ziekenhuis te vertalen naar de juiste daarbij passende vorm van herstelgerichte zorg. In eerste instantie werd triage gebruikt om revalidatie te indiceren en GRZ van medisch-specialistische revalidatie te onderscheiden. Met de introductie van het ELV is daar een nieuwe dimensie bijgekomen en is het mogelijk om een ZZP9b aan te vragen voor mensen die alvorens al een ZZP5 indicatie hadden of die na revalidatie waarschijnlijk hulpbehoevend zullen blijven.²⁶

De zorgvrager en zijn mantelzorger hebben geen verwachtingen wat het traject hen te bieden heeft. Zij benoemen dit vooral wanneer ze nog nooit gebruik hebben gemaakt van een zorgvorm. Daarnaast betreft het vaak een acuut probleem en zij ervaren de zorginzet als 'het moet nu eenmaal'. Zij vinden het daarbij vaak ook lastig te benoemen of er een alternatief was voor een opname in de kortdurende zorg. Ook schaarste in opnamecapaciteit binnen de kortdurende en langdurige zorg kan ervoor zorgen dat zorgvragers na de triage niet op de locatie komen die voor hen de voorkeur had.

Bij het regelen van extra zorg is het met name belangrijk de zorgvrager en de mantelzorger hier goed bij te betrekken, aangezien zij hier niet altijd voor open staan.

“Idealiter groei je ernaartoe. De meeste mensen willen gewoon thuisblijven. Ik heb haast nooit iemand die naar een verpleeghuis toe wil, eigenlijk. Dus eh, maar... Ja, soms ontkom je er niet aan, kom je er niet onderuit. Dan vraagt het wel heel veel, ja, goeie communicatie om daar de cliënt in mee te krijgen eigenlijk.” (Focusgroep 2, SO 2)

3.1 Onduidelijkheid mogelijkheden

Er is bij verwijzers en zorgvragers niet altijd voldoende inzicht in de mogelijkheden die GRZ, ELV en GZSP bieden (zie *bijlage 2, fase thuis*). Zorgverleners uit de GRZ geven aan dat zij de triage-criteria duidelijk vinden. De specialist ouderengeneeskunde is verantwoordelijk voor de indicatiestelling GRZ. Doordat de aangeleverde informatie niet altijd compleet is, wordt dit triageproces nog weleens bemoeilijkt, maar over het algemeen is er wel duidelijkheid over de indicatie voor GRZ. In tegenstelling tot GRZ worden bij het ELV wel indicatieproblemen ervaren. Het ELV wordt door de zorgaanbieders veelal als een verzamelindicatie ervaren met een grote variatie in complexiteit en aard van de vraagstellingen. De indicatie voor deze doelgroep kan zowel door huisarts, specialist ouderengeneeskunde of verwijzend specialist worden gesteld.

26 <https://www.verenso.nl/magazine-augustus-2020/no-4-augustus-2020/wetenschap/triage-door-de-specialist-ouderengeneeskunde>



Een deel van de zorgverleners ervaart dat het ELV vooral als crisisopvang wordt gebruikt, terwijl er al langdurig problemen waren die eerder hadden kunnen worden aangepakt. Zij ervaren dat er vaak advance care planning mist in de thuissituatie waardoor niet tijdig wordt geanticipeerd op problemen.

“Aan de voorkant had eerder geschakeld moeten worden, daar was al langer duidelijk dat zij niet goed zelfstandig meer kon wonen. En ik denk als daar in preventieve zin eerder geschakeld was, dan was deze opname niet nodig geweest, had ze direct naar WLZ gekund.” (manager ELV, interview 11)

SO werkzaam in de eerstelijns merken dat een verwijzing naar intramurale kortdurende zorg soms wordt afgehouden wanneer er sprake is van sociale, psychische of cognitieve problematiek omdat de zorginstelling dan mogelijk bang is dat er uiteindelijk een Wlz-indicatie aangevraagd dient te worden en dit tot langdurige opnames kan leiden. Ook worden zij vaak niet geraadpleegd als er een verwijzing heeft plaatsgevonden naar intramurale zorg door een van zorgvragers waar zij in medebehandeling zijn. (zie bijlage 2, aanmeldfase)

“Er staat ook wel contactpersoon bij en dan staat er bijvoorbeeld dat het contact slecht is of dat er geen sociale contacten en dan staat er een iemand van Leger des Heils of zo bij als contactpersoon. Dan weet je al hoe laat het is.” (zorgconsulent ELV, interview 9)

De Quicksan van Q-consult²⁷ suggereert dat bij onduidelijkheid of twijfel over de juiste indicatie een observatie-afdeling uitkomst zou kunnen bieden (zie bijlage 1 en 3). Een voorbeeld hiervan is opgezet door het Maastricht UMC+ en ouderenzorgorganisatie Envida (zie kader). Aan de andere kant beschrijft Vilans²⁸ dat de zorgvrager idealiter in één keer op de juiste plek aan passende zorg wordt geholpen, een observatie- en triagebed kan het aantal verplaatsingen van een zorgvrager vergroten. Andere experimenten op het gebied van triage en coördinatie zijn veelal voorlopers geweest van de nu verplichte coördinatiepunten. (zie 3.4 in bijlage 3)

27 de Groot, A.J. & Vreeburg, E. Triage en Toegang Tijdelijke zorg: Beter Samenwerken aan de Poort. *Nederlands Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* (2019). QuickScan Geriatrische reavlidatiezorg, Eerstelijns Verblijf en Aanvullende Geneeskundige Zorg. (Q-consult, 2019)

28 van de Camp, L., Koster, L. & Lapaijan, I. Onderzoek kwaliteit eerstelijnsverblijf. (Significant, 2018). Ubink-Bontekoe, C. & Spierenburg, M. In één keer goed! (Vilans, kenniscentrum voor de langdurige zorg, 2018)



Experiment observatie-afdeling 'de Schakel' Maastricht UMC+ en Envida

Ouderen komen in aanmerking voor observatie-afdeling 'de Schakel' wanneer zij op de huisartsenpost of de SEH zijn geweest en geen opname-indicatie hebben voor het ziekenhuis, maar ook niet naar huis kunnen. In 2020 zijn 112 patiënten opgenomen geweest met een gemiddelde ligduur van 4,9 dagen. 45% van de patiënten ging terug naar huis, 42% naar ELV, 4% naar GRZ en 6% naar Wlz. Sinds januari 2020 zijn er ook bedden beschikbaar voor patiënten in het ziekenhuis die wachten op een Wlz-opname. De schakelafdeling heeft een hoge patiënttevredenheid met een gemiddelde score van 8,5.

Uit een gesprek met de projectleiders komen de volgende succesfactoren voor deze afdeling naar voren:

- Een verpleegkundige van de schakelafdeling gaat langs bij de patiënt op de SEH en beoordeelt of deze in aanmerking komt voor opname op 'De Schakel'.
- Het personeel op de afdeling heeft veelal ervaring in de thuiszorg, waardoor zij gewend zijn met beperkte middelen te werken en weten wat zorgvragers nodig hebben om veilig naar huis te kunnen.
- Intensief contact met de verwijzers (SEH en HAP) zodat zij goed op de hoogte blijven van de mogelijkheid om patiënten door te sturen naar de schakelafdeling. Dit leidt tot minder onnodige ziekenhuisopnames.
- Nadruk ligt op activeren en revalideren, waardoor ouderen beter op hun plek zijn dan op een verpleegafdeling in het ziekenhuis.
- Triage voor en opname op 'De Schakel' is 24/7 mogelijk, waardoor de doorstroom vanaf de SEH goed verloopt.
- De nieuwe zorgvorm trekt zorgpersoneel aan, waardoor personeelstekort geen belemmering vormt.
- Het knelpunt van deze afdeling heeft te maken met onvoldoende financiering.



4. GRZ en ELV

Het vervolg van de resultaten reflecteert het moment in de cliëntreis waarop wordt besloten tot een opname in GRZ of ELV. Vanuit die hoedanigheid wordt weer gekeken naar de verschillende fasen, beginnend bij de aanmeldfase.

4.1 Overdracht en samenwerking niet optimaal

Bij zowel GRZ als ELV is sprake van samenwerking met andere zorgaanbieders en zorgvormen. Er blijkt nog veel winst te behalen in de overdrachtsmomenten wanneer een zorgvrager zich binnen deze zorgvormen verplaatst. In ons onderzoek kwamen onvolledige informatie, verkeerde verwachtingen en wachttijden bij de doorstroming als veel genoemde knelpunten naar voren. Debet aan de onvolledige informatie is vaak het niet aanwezige cliëntendossier waarin de volledige historie van een zorgvrager is weergegeven. *(zie bijlage 2, aanmeldfase)* De literatuur laat verschillen zien tussen de ervaringen van zorgverleners en zorgvragers bij de overgang vanuit het ziekenhuis.²⁹

SO ervaren in de eerstelijns als knelpunt dat hun documentatie vaak niet beschikbaar is op spoedeisende hulp, op de huisartsenpost en bij opname in het ziekenhuis. Cruciale informatie kan daardoor missen. Ook in het ELV wordt soms de samenwerking met de huisarts gemist. *(zie bijlage 2, aanmeldfase)*

Er zijn verschillende landelijke experimenten waarin gezocht wordt naar mogelijkheden voor betere samenwerking op het gebied van overdracht. Eén van deze is de pilot 'VIP Samenwerken' waarbij met 11 huisartsenpraktijken en partners (SO, fysiotherapeut, ergotherapeut, case-manager dementie en wijkverpleging) in een gezamenlijk platform het behandelplan wordt bijgehouden dat ook toegankelijk is voor de zorgvrager. Dit platform maakt een snelle informatieoverdracht mogelijk en heeft ook een app waardoor bijvoorbeeld foto's van een wond gemakkelijk kunnen worden toegevoegd. *(zie 3.6 in bijlage 3)*

Uit de literatuur blijkt dat zorgvragers en mantelzorgers vinden dat zij vanuit het ziekenhuis onvoldoende informatie kregen over GRZ, waardoor zij met verkeerde verwachtingen aan de revalidatie begonnen. Zorgvragers vinden het belangrijk om te weten wat hun herstelmogelijkheden zijn.³⁰

29 GRZ, C. SINGER-rapport. (2013).

30 de Vos, A.J.B.M., van Balen, R., Gobbens, R.J.J. & Bakker, T.J.E.M. Geriatrische Revalidatiezorg: De juiste dingen goed doen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 49, 12-21 (2017).



Cliëntreizen ELV en GRZ met onvolledige informatie-overdracht en de gevolgen

Zorgvrager GZSP: een thuiswonende zorgvrager gebruikt langdurig psychofarmaca en een SO eerstelijns is bij haar behandeling betrokken. Bij verwijzing voor een ziekenhuisopname komt deze informatie niet goed mee, en vanwege achteruitgang van de nierfunctie wordt de psychofarmaca gestaakt tijdens de opname. Na ontslag komt zorgvrager in een langdurige vitale depressie waarvan zij niet meer herstelt.

Zorgvrager ELV: bij een zorgvrager die na een val is opgenomen in het ziekenhuis wordt de medicatie voor een bipolaire stoornis in dat ziekenhuis gestaakt. Er wordt geen plan van aanpak voor het vervolgen van deze medicatie-wijziging overgedragen. De zorgvrager ontwikkelt een depressie in het ELV, waardoor de psychiater ingeschakeld moet worden.

Zorgvrager GRZ: een thuiswonende zorgvrager wordt opgenomen in het ELV en van daaruit in het ziekenhuis en vervolgens in de GRZ. Bij de triage wordt niet vermeld dat zorgvrager recent in het ELV verbleef en bekend is in de GGZ. Tijdens de opname wordt de SO gebeld door een GGZ-behandelaar, die aangeeft dat tijdens de ELV-opname al is besloten dat zorgvrager niet meer naar huis terug kan keren. Volledige informatie-overdracht had onnodige verplaatsingen van de zorgvrager kunnen voorkomen.

4.2 Opnamefase

In hoeverre zorgvragers betrokken worden bij het opstellen van revalidatiedoelen en een behandelplan wisselt per zorgvrager (zie *bijlage 2, opnamefase*). Echter speelt hierbij ook mee hoe zorgvragers dit interpreteren: enkele zorgvragers gaven aan dat er geen revalidatiedoelen opgesteld waren, maar weten gedurende het interview toch meerdere doelen te benoemen, zoals 'aansterken', 'opknappen' en 'mobiel worden' (zie *bijlage 2, opnamefase*). De geraadpleegde literatuur laat verschillen zien in de wijze waarop revalidanten betrokken worden bij het opstellen van het behandelplan³¹. Bij onze interviews waren zowel de zorgvragers die zich betrokken voelden bij het opstellen van de doelen als de zorgvragers die zich hier niet bij betrokken voelden tevreden over de gang van zaken. Eén zorgvrager binnen GRZ gaf aan dat hij een uitgebreider plan en meer structuur had willen hebben vanaf de start van de revalidatie, zodat hij wist waar hij aan toe was. Een zorgvrager in ELV geeft aan dat er wel met haar dochter overlegd werd, maar niet met haarzelf en dat zij dit als kwalijk ervoer. Zorgvragers

31 GRZ, SINGER-rapport. (2013)



herinneren zich een intake door verschillende disciplines, die plaats vindt op dezelfde dag of verspreid over meerdere dagen. De meeste GRZ-zorgvragers hadden wekelijks een vast moment waarop de arts bij hen langskwam om de voortgang te bespreken. Ook waren zij goed op de hoogte van de uitkomsten van het multidisciplinair overleg (MDO). Deze gesprekken worden als waardevol ervaren en bieden ook de mogelijkheid voor eigen inbreng en vragen vanuit de zorgvrager.

Deze ervaring wordt niet door de zorgvragers in het ELV onderschreven. Binnen het ELV wordt in de opnamefase vaak een intake gedaan door uitsluitend een verpleegkundige of SO. Verder lijkt de structurele evaluatie en terugkoppeling minder aandacht te krijgen. ELV-zorgvragers geven aan vaker een arts te willen zien of dat de huisarts langskomt en dat er duidelijker wordt besproken wat hun mogelijkheden thuis zijn. Daarnaast misten ze dat er bij medicatiewijzigingen van tevoren uitleg gegeven wordt.

Binnen de GRZ kan structureel de expertise van meerdere behandel disciplines worden ingezet om tijdens de opnamefase te beoordelen op welk gebied er vragen liggen en welke interventies weer tot terugkeer naar huis kunnen leiden. Dit leidt tot een maatwerk revalidatieplan met daarin interventies op die domeinen die terugkeer naar huis belemmeren. Binnen de GRZ en het ELV wordt door beperkte financiering gezocht naar een goede balans tussen welke zorg noodzakelijk ingezet moet worden om zorgvrager veilig naar huis te krijgen en wat eventueel later opgepakt kan worden door een huisarts. *(zie bijlage 1, financiering en bijlage 2, behandeling)*

4.3 Behandelfase

Bij het starten van de behandelfase, komt in het bijzonder naar voren dat zorgvragers binnen de GRZ erg tevreden zijn over de fysiotherapeut. Zelfstandig kunnen trainen werd als zeer positief ervaren door zorgvragers, terwijl zorgvragers die die mogelijkheid niet hadden aangaven dat zij dit wel graag gewild hadden om sneller te herstellen en naar huis te kunnen.

“Maar ik kon gewoon zelf die gymnastiekruimte in en ook als hij [de fysiotherapeut] er niet was ook het weekend en zo mocht ik daar gewoon gebruik van maken, nou ja dus ik ging wat je noemt als een speer. Ik wou niet liever dan weer alles kunnen, dus ja.”
(Zorgvrager GRZ, interview 5)



Sommige zorgvragers geven aan het ook prettig te vinden contact-momenten te hebben met mede-revalidanten om ervaringen te kunnen uitwisselen en om aanspraak te hebben. (zie bijlage 2, meerwaarde GRZ en ELV). De literatuur bevestigt deze grote mate van tevredenheid over de behandeling.³² Zorgvragers en mantelzorgers binnen GRZ en ELV focussen meer op de kwaliteitsaspecten van de kamers, het eten, de bejegening, terwijl de zorgverleners meer gericht zijn op de inhoudelijk kwalitatief juiste zorg en behandeling (zie bijlage 2, fase behandeling).

Hoewel het doel van GRZ is om zorgvragers te laten terugkeren naar huis, geven SO aan dat uitstroom naar de Wlz niet hoeft te betekenen dat het revalidatietraject niet zinvol is geweest. Zorgvragers kunnen door een GRZ- of ELV-traject voorafgaand aan permanente opname in een verpleeghuis uitkomen op een lichtere zorgindicatie. Ook kan een revalidatietraject de kwaliteit van leven voor een langere periode verbeteren. (zie bijlage 2, behandel fase) Dit wordt ook onderschreven door de Europese consensus statement betreffende geriatrische revalidatie.³³

Gedurende de diverse GRZ- en ELV-trajecten blijkt dat tijdens de behandel fase regelmatig een bijstelling van de ingezette behandelinterventies moet plaatsvinden. Door de gestructureerde (multidisciplinaire) evaluatiemomenten wordt dit in de GRZ tijdig gesignaleerd en kan de behandeling worden bijgesteld. Toch werd er nog wel door zorgverleners beschreven dat soms pas laat in een opname problemen rondom huisvesting of mantelzorg naar voren kunnen komen. In het ELV ontbreken deze structurele evaluatiemomenten bij een deel van de instellingen en wordt er meer gestuurd op incidenten. Behandeling bij ELV lijkt ook veel gestuurd te worden door de financiële mogelijkheden: ofwel wordt de keuze gemaakt welke discipline begint met behandelen ofwel wordt gekozen juist wel meerdere disciplines in te zetten, maar dan blijkt financiering niet dekkend te zijn. (zie bijlage 2, behandel fase)

4.4 Werkprocessen

Binnen de GRZ wordt over het algemeen op een gestructureerde wijze gewerkt aan de mogelijke terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie. De multidisciplinaire intake en een gestructureerd multidisciplinair overleg met vooraf geplande multidisciplinaire evaluatiemomenten blijkt voor de doelgroep in de GRZ naar tevredenheid te werken. Deze gestructureerde werkwijze wordt veel minder gezien in het ELV. De grote variatie in doelgroep in combinatie met de beperkte inzet van behandelingen worden in het ELV als drempels gezien om voor alle zorgvragers deze gestructureerde werkwijze te hanteren. De frequentie en regelmaat van het multidisciplinair overleg (MDO) wisselt per instelling.

32 Everink, I.H.J., van Haastregt, J.C.M., Maessen, J.M.C., Schols, J.M.G.A. & Kempen, G.I.J.M. Process evaluation

33 Grund, S., et al. European consensus on core principles and future priorities for geriatric rehabilitation: consensus statement. *Eur Geriatr Med* 11, 233-238 (2020).



Ook wordt in de GRZ doelgericht gewerkt met een 'verwachte ontslagdatum' (VOD) die vrij vroeg in het traject wordt besproken en in overleg met de revalidant wordt vastgesteld. Deze doelgerichte werkwijze waarbij een verwachte ontslagdatum richtinggevend is voor professionals, zorgvragers en mantelzorgers wordt in het ELV minder teruggezien. *(zie bijlage 2, behandelfase, ontslagfase en succesfactoren)*

Binnen het ELV ervaren zorgverleners dat ze vaak beperkte mogelijkheden hebben om zorg in te zetten. Vaak zijn er meer uren behandeling nodig dan vergoed worden omdat zorgvragers met meerdere problemen komen. Met name als de psycholoog ingezet moet worden, is er geen behandeltime meer over voor bijvoorbeeld de fysiotherapeut of ergotherapeut.

4.5 Interne doorstroom en switchen van indicaties

In het verleden was het moeilijk om van ELV naar GRZ te switchen. Een van de organisaties benoemt dit ook en heeft dit opgelost door binnen de organisatie af te spreken dat zij 3 zorgvragers per jaar zelf mogen switchen van ELV naar GRZ. Dit probleem lijkt opgelost, omdat de regelgeving toelaat dat de SO nu bij patiënten zonder voorafgaande ziekenhuisopname de indicatie kan stellen zonder tussenkomst van een klinisch geriatr.

Bij een aantal organisaties zijn intern afspraken gemaakt over interne doorplaatsingen. Op deze wijze lijkt de problematiek in de uitstroomfase ten dele te worden verholpen. *(zie bijlage 2, externe factoren)*

4.6 Ontslagfase

Zorgvragers geven aan het fijn te vinden om na de tijdelijke opname weer thuis te komen. Wel is het even wennen om thuis te zijn door de nieuwe beperkingen die iemand voorheen niet had en het gebruik van hulpmiddelen. Voor sommige zorgvragers was het zwaarder dan verwacht, maar dit gaf geen grote problemen. GRZ-zorgvragers ervaren over het algemeen een goede uitleg over ontslag en worden meegenomen in het traject naar huis.

“[...] die hele periode eigenlijk ben ik goed begeleid en goed voorbereid, alleen ja af en toe kom je voor verrassingen te staan en dat is normaal denk ik.”
(Zorgvrager GRZ, interview 1)

“Ja de ouderenzorg heeft een heel gesprek met mij gehad en met de arts heb ik nog gesprekken, met de fysiotherapeut heb ik nog gesproken wat ik dan wou, of ik hier fysio wou hebben of van huis uit fysio. Het werd goed verzorgd allemaal dat ik naar huis ging. Kan ik niets van zeggen, echt niet.”
(Zorgvrager GRZ, interview 10)



Dit wordt minder in het ELV gerapporteerd. Ook hier geldt dat de juiste wijze van het betrekken van de zorgvrager maatwerk vraagt. Sommige zorgvragers willen vroegtijdig betrokken zijn, anderen laten het vooral over aan de professionals. Sommigen willen meer bij het bepalen van het ontslag betrokken worden, andere zorgvragers laten de beslissing rondom het ontslag vooral over aan de zorgverlener. Wel wordt door GRZ-zorgvragers aangegeven dat huisbezoeken en proefverlof redelijk structureel worden toegepast en dat zo'n huisbezoek of proefverlof een goede voorbereiding is op het definitieve ontslag (*zie bijlage 2, transitie naar huis*). Uit de interviews met ELV-zorgvragers komt dit minder nadrukkelijk naar voren.

Wel blijkt uit de literatuur dat ELV- zorgvragers vinden dat het proces van uitplaatsing in het ELV beter geregeld kan worden.³⁴

4.7 Veilig en verantwoord naar huis

Veel revalidanten geven aan dat ze goed voorbereid naar huis gaan. Zij voelden zich voldoende hersteld, werden betrokken bij het vaststellen van de ontslagdatum en konden met proefverlof en/of met de ergotherapeut op huisbezoek. Ook waren alle regelingen getroffen met betrekking tot woningaanpassingen, thuiszorg en voldoende medicatie om de eerste periode thuis door te komen. Binnen de GRZ willen veel zorgvragers in de thuissituatie graag doorgaan met oefenen om zo verder aan hun herstel te werken. Dit gebeurt veelal onder begeleiding van een (eerstelijns) fysiotherapeut en een deel oefent zelf ook met bijvoorbeeld wandelen en traplopen. De interviews met de zorgaanbieders laten zien dat het lastig is om te bepalen wanneer het 'veilig en verantwoord' is om weer naar huis te gaan. Tijdens de interviews bleek dat dit binnen het behandelteam regelmatig wordt besproken, maar dat er een grote mate van subjectiviteit meespeelt bij het beoordelen van een veilig en verantwoord ontslag. De ELV-zorgvragers geven aan dat ze bij thuiskomst fysieke achteruitgang ervaren, maar dat ze dit als gegeven accepteren.

Alle betrokkenen zijn het erover eens dat bij terugkeer naar huis er verder gewerkt moet worden aan het herstel. In een aantal gevallen werd het gebrek aan hulpmiddelen of het nog niet op orde zijn van de aanpassingen als zeer hinderlijk ervaren. Soms spelen er ook vragen op andere gebieden, zoals administratieve ondersteuning. Bij de overgang naar huis verdwijnt de revalidant uit beeld van de GRZ-behandelaars. De huisarts en de eerstelijns therapeuten-therapeuten zullen de zorgvrager verder dienen te ondersteunen bij zijn verdere herstel (*zie bijlage 1, nazorgfase en bijlage 2, ontslagfase*) Vanuit literatuur bleek aandacht voor een goede opvolging na ontslag uit de GRZ erg belangrijk.³⁵

34 Eerstelijnsverblijf: kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief. (Zorgvragersfederatie Nederland, MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, Ieder(in), 2017)

35 Beunder, C., Dekker, J.H.M., Brasser, J.A. & Depla, M.F.I.A. Thuis na een CVA: 'Dan begint het pas'. Een kwalitatief onderzoek naar de behoefte aan nazorg van CVA-zorgvragers na terugkeer naar huis. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 46, 196-203 (2015)



Gedurende het traject blijkt toch vaak dat er familieleden zijn die ondanks afspraken met revalidant een andere mening hebben over een veilige en verantwoorde plek voor de revalidant (zie ook *bijlage 2, opname fase*). Deze familieleden nemen vaak de regie over van de revalidant en komen dan soms lopende het traject tot heel andere doelen dan het behandelteam en de zorgvrager overeengekomen waren. Bij samen beslissen gaat het niet alleen om de zorgvrager en zorgverlener, maar zal ook de mantelzorger goed en tijdig betrokken moeten worden, uiteraard in overleg met zorgvrager. (zie *bijlage 2, externe factoren*) Deze verschillen tussen revalidanten en mantelzorgers werden ook in de literatuur gevonden.³⁶

4.8 Wachttijden Wlz, WMO en wijkverpleging

Na interventies in de GRZ en het ELV vindt er over het algemeen nog een vervolgtraject plaats in de eerstelijns of langdurige zorg (Wlz). Zijn ontslag zou uitgesteld worden omdat er in zijn regio geen thuiszorg beschikbaar was. Uit ons onderzoek komt naar voren dat zowel in de aanmeldfase als in de uitstroomfase op het gebied van samenwerking gedurende de cliëntreis nog verbetermogelijkheden liggen. Zorgvragers geven aan dat zij wel begrip hebben voor de wachttijd tot een opname in GRZ of ELV mogelijk is, maar geven ook aan dat zij een snellere overplaatsing bevorderlijk zien voor het herstel. Bij de keuze voor een bepaalde GRZ-instelling vinden de zorgvragers de locatie een belangrijk aspect. Zorgvragers geven aan graag dicht bij hun familie te willen zijn.

Hierbij vinden zij het ook belangrijk hun naasten te betrekken bij deze keuze aangezien zij te maken krijgen met reistijd. Vervolgens kan de uitstroom vanuit GRZ en ELV naar de Wlz bijvoorbeeld worden vertraagd door de beperkte opnamecapaciteit en het ontbreken van interne doorstroomafspraken over de opnames in de Wlz. ELV-zorgvragers ervaren dat er wachttijden zijn voor Wlz of dat ze langer in ELV moesten blijven terwijl dat eigenlijk niet nodig was. Zeker voor zorgvragers met een indicatie ZZP-4 is er over het algemeen geen passende voorziening voorhanden. Ook de thuiszorgcapaciteit van de wijkverpleging kan een terugkeer naar huis vertragen en de snelheid waarmee door de gemeente, die uitvoering geeft aan de Wmo, de aanpassingen gerealiseerd kunnen worden. De complexiteit van de doelgroep vraagt om een goede samenwerking en tijdig anticiperen en aansluiten op wat de zorgvrager belangrijk vindt in de cliëntreis. Ondanks alle pogingen om deze samenwerking te optimaliseren blijft dit toch een beperkende factor. (zie *bijlage 2, aanmeldfase en ontslagfase*)

36 GRZ, SINGER-rapport. (2013)



Clïentreis met ontbrekende samenwerking leidt tot veel zorgtransities en onvoldoende zorg voor zorgvrager

Het betreft een vrouw van in de 80-jaar die alleen zelfstandig in een flat woont. Haar mantelzorger (kind) vertelt dat zij mogelijk al langere tijd cognitieve problemen had en deze verbloemde. Vanwege een nierbekkenontsteking wordt zij in juli 2019 opgenomen in het ziekenhuis. Wanneer zij met ontslag naar huis gaat, lukt het haar toch niet afdoende voor zichzelf te zorgen tijdens een hittegolf. Zij droogt uit en valt, wat tot een tweede opname in het ziekenhuis leidt. Na deze opname wordt zij ontslagen naar ELV-laagcomplex.

Van september tot november is zij eerst opgenomen op een locatie die ELV-laagcomplex biedt. Helaas blijkt zij toch meer zorg nodig te hebben in verband met wonden en wordt zij overgeplaatst naar ELV-hoogcomplex. Hier spreekt de mantelzorger haar bedenkingen uit bij ontslag naar huis, maar voelt zich door de ELV-locatie gepusht om ontslag naar huis te accepteren. Er is sprake van een onprettige communicatie. Moeder geeft zelf aan zo min mogelijk bemoeienis te willen en met ontslag naar huis te willen gaan.

Wanneer zorgvrager wordt ontslagen naar huis, zijn de WMO-aanpassingen nog niet geregeld en kan de thuiszorg ook nog geen volledige zorg bieden. Mantelzorger schakelt kortdurend aanvullend particuliere zorg in. Vanaf dat moment ziet de mantelzorger dat de zorgvrager niet meer voor zichzelf kookt en brengt de familie elke week de maaltijden langs. Deze maaltijden vinden zij steeds na een week onaangeroerd in de koelkast. Zorgvrager eet alleen maar pakken koekjes en komt in die periode bijna 20 kg aan. Mantelzorger vraagt hulp van de huisarts, maar moeder verbloemt haar problemen wanneer deze op visite komt. Daarnaast zijn veel verschillende gezichten binnen de thuiszorg die zorgvrager ook niet afdoende leren kennen om mantelzorger te kunnen ondersteunen in de observaties. In april 2020 doet de praktijkondersteuner van de huisarts een cognitieve screening, hierbij werkt zorgvrager niet mee. Zij geeft aan dat zij de testen niet nodig vindt omdat zij niet gek is.

In juli 2020 wordt op aandringen voor meer hulp van de mantelzorger een SO ingeschakeld door de huisarts. Deze geeft na een eerste bezoek aan dat de cognitie slechter is dan eerder beschreven in het dossier van de huisarts en vermoedt verdere achteruitgang. Kort na dit eerste bezoek, voordat er een behandelplan kan worden opgesteld door de SO, komt zorgvrager weer ten val. Zorgvrager wordt wederom in het ziekenhuis opgenomen en daarna uitgeplaatst naar het ELV. De analyse van de SO eerstelijns wordt hier gecommuniceerd met de SO van het ELV. Er wordt besloten tot een Wlz ZZP5-aanvraag.



5. Vervolgzorg

Terugkeer naar huis vanuit GRZ en ELV is sterk afhankelijk van de aanwezigheid van een mantelzorgsysteem en hoe sterk dit systeem is. Overbelasting van bij een mantelzorger kan een reden zijn dat een zorgvrager nog niet naar huis kan. Aan de andere kant kan een sterk mantelzorgsysteem een bevorderende factor zijn voor een snelle terugkeer naar huis. Sommige mantelzorgers nemen taken op zich om de tijd te overbruggen totdat thuiszorg gestart kan worden of om ongeplande zorgmomenten thuis op te vangen.

5.1 Geschiktheid woning

Ook het type woning kan van invloed zijn op de ontslagbestemming. Het vinden van een geschikte woning of de tijdsduur die woningaanpassingen vragen, kunnen vertragend werken op de terugkeer naar huis. (zie bijlage 2, externe factoren)

5.2 Ambulante GRZ

Opvallend is de behoefte van de zorgaanbieders om meer ambulante revalidatietrajecten (thuis of poliklinisch) te gaan starten. Deze wens leeft al vele jaren, maar ondanks de mogelijkheden die er zijn, wordt dit nog minimaal toegepast. Als belangrijkste beperkende redenen worden benoemd: de reistijd en financieringsstructuur, die het moeilijk maakt om ambulante GRZ kostendekkend aan te bieden.

5.3 Andere zorg en ondersteuning

Veel nazorgtrajecten verlopen via eerstelijns therapeuten en worden vooral monodisciplinair vormgegeven. Een aantal specialisten ouderengeneeskunde geeft aan dat ze graag revalidanten na een aantal maanden terug zouden zien op een polibezoek om te beoordelen of er thuis nog problemen worden ervaren die niet waren voorzien. Tot op heden wordt dit slechts minimaal gedaan. (zie bijlage 2, ontslagfase) Vanuit de literatuur wordt door CVA-revalidanten benoemd dat zij na ontslag vaak nog veel vragen hebben en dat zij behoefte hebben aan nog een contactmoment.³⁷

“Nou kijk als we over die eerste dame spreken die zou ik best graag dan een keertje bijvoorbeeld na zes weken een keer willen zien hier gewoon om te kijken hoe het gaat. De vraag is wel is dat mijn eigen interesse gewoon om te weten van nou heb ik het nou goed gedaan en hoe gaat het met die mevrouw of is dat echt zinvol in het kader van kan ik nog wat voor haar betekenen behalve een luisterend oor en dat weet ik niet.” (Verpleegkundig specialist GRZ, organisatie 5)

37 Beunder, C., Dekker, J.H.M., Brasser, J.A. & Depla, M.F.I.A. Thuis na een CVA: 'Dan begint het pas'. Een kwalitatief onderzoek naar de behoefte aan nazorg van CVA-zorgvragers na terugkeer naar huis. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 46, 196-203 (2015)

6. Externe en contextuele randvoorwaarden

6.1 Arbeidsmarktkrapte

Zorgvragers in ELV en GRZ kunnen personeelstekorten duidelijk merken en hebben daar over het algemeen ook begrip voor. Vooral in avonddiensten en nachtdiensten ervaren zorgvragers dat het soms lang duurt voordat zij hulp krijgen. Dit leidde tot een zekere mate van onbegrip bij die zorgvragers, bijvoorbeeld met betrekking tot het door hen gewenste aantal keer douchen. Ook zien zorgvragers dat personeel gehaast is en veel mensen tegelijk moet helpen. Sommige zorgvragers in het ELV benoemden dat zij zich daardoor onveilig voelden. Dit gevoel van onveiligheid wordt vooral ook bepaald door onzichtbaarheid van verzorgenden en verpleegkundigen en hoe snel er op het alarm wordt gereageerd. Binnen het ELV benoemde een aantal zorgvragers dat ze merkten dat niet alle medewerkers afdoende geschoold waren: dit maakten zij vooral op uit medicatiefouten, slordigheden of een onvriendelijke bejegening. *(zie bijlage 2, behandelfase en personeel)*

Binnen de GRZ geven zorgverleners aan, dat er kwalitatief en kwantitatief voldoende personeel beschikbaar is. Binnen het ELV is het veel moeilijker om kwalitatief en kwantitatief een juiste bezetting te realiseren. *(zie bijlage 2, behandelfase)* Sommige ELV-afdelingen hebben wel dagelijks een verpleegkundige op de werkvloer, in andere verpleeghuizen wordt vaak gewerkt met een (kwaliteits)verpleegkundige die oproepbaar is voor meerdere afdelingen (Wlz en kortdurende zorg) voor verpleegkundige handelingen. In alle sectoren ervaart men dat werken met uitzendkrachten meer druk geeft op het vaste personeel. *(zie bijlage 2, behandelfase en personeel)*

Ook in de GZSP merken zorgvragers het personeelstekort onder SO. Hoewel zij het een grote meerwaarde vinden dat SO echt de tijd kunnen nemen - in tegenstelling tot hun ervaring bij de huisarts, merken zij wel degelijk dat ook de SO onder tijdsdruk staan. Dit uit zich bijvoorbeeld in het te laat komen op afspraken. Ook gaf een mantelzorger aan dat meer capaciteit de ruimte zou bieden om nóg pro-actiever te werk te gaan, door bijvoorbeeld vaker te bellen hoe het gaat. *(zie bijlage 2, personeel)*

Daarnaast hangt de positionering van de SO ook samen met de tekorten van SO in de eerstelijns: wanneer een SO eenmalige consulten met advies verricht kan deze SO meer zorgvragers en huisartsen bedienen dan wanneer de behandeling in zijn geheel wordt overgenomen. Mogelijkheden die werden benoemd door SO om dit tekort te ondervangen zijn het herschikken van taken naar een verpleegkundig specialist of praktijkondersteuner huisarts (POH) zowel intramuraal als extramuraal. *(zie bijlage 2, ontslagfase)*

6.2 Lokale en regionale verschillen



Tot slot werd aangegeven dat de verwijsvragen variëren naar gelang de kenmerken van ouderen in een wijk of regio. Dit kwam in de drie focusgroepen aan de orde en wordt met onderstaande gesprek uit focusgroep 2 geïllustreerd.

SO2: Je wordt enorm gevraagd en ingezet voor het systeem om mensen heen. Dat eh, in Amsterdam Nieuw-West vind ik dat het meest uitgesproken. Nu bij mensen met een migratieachtergrond. Dat is een heel grote groep, die zelden zich laat verwijzen of hulp inschakelt. En heel veel zelf doet. En dat begint nu wel een beetje te komen. [...]

SO3: Heel herkenbaar. We hebben twee verschillende soorten patiëntenpopulaties, een rijkere groep en een inderdaad die achterstandsgroep, veel migratie-achtergrond. Een hele grote splitsing in verwijsvragen, wanneer de vragen bij ons komt, of het nog preventief is en je echt nog iets kunt doen, of dat de vraag pas komt als er een hele ernstige crisis is. In die achterstandswijk krijgen we ook heel veel vragen over alcoholmisbruik, psychiatrische problemen met mensen die zorg weigeren. Exacerbaties (?). Mantelzorgers. Veel meer psychiatrie.

**SO2: Financiële problematiek. Veel meer psychiatrie, ook ja.
(SO2 en SO3, focusgroep 2)**

Daarnaast kwam in de focusgroepen en interviews ook naar voren dat de manier van samenwerken erg verschilt tussen regio's, afhankelijk van de vanuit historie bestaande structuren en afspraken. Expliciet werd in focusgroepen ook benoemd dat waar een regio minder verschillende thuiszorgorganisaties heeft, dit de samenwerkafspraken ten goede kwam.



Conclusies en aanbevelingen

Op basis van de resultaten van de literatuurverkenning en de verzamelde ervaringen van zorgvragers, mantelzorgers en zorgverleners met GRZ, ELV en GZSP komen we tot een aantal conclusies en bijbehorende aanbevelingen. Veel van deze aanbevelingen hebben invloed op de gehele cliëntreis, sommigen zijn specifiek gericht op een onderdeel van de cliëntreis.

Omdat de GZSP nog een relatief nieuwe zorgvorm is, was de dataverzameling nog exploratief van aard. Met name met groeps- en dagbehandelingen is nog weinig ervaring vanuit de huidige vorm van de GZSP sinds de overheveling naar de Zvw. Daardoor hebben we hiervoor minder aanbevelingen op kunnen nemen.

De volgende 9 conclusies worden van belang geacht voor het programma Beter Thuis

Ten eerste worden zorgvragers en mantelzorgers nog niet optimaal betrokken bij het opstellen van de participatiedoelen en worden participatiedoelen nog onvoldoende centraal gesteld in de cliëntreis (*conclusie 1*). Vanwege de toenemende complexiteit van de doelgroep geeft dit knelpunten over de gehele cliëntreis (*zie het framework in figuur 2*). Verder valt op dat er binnen en tussen zorgvormen verschillen zijn in werkwijze (*conclusie 2*). Hier wordt door zorgvragers en zorgverleners een behoefte voor meer eenduidigheid uitgesproken. Naast variatie in zorgvormen zorgt de onbekendheid over de mogelijkheden binnen de ouderenzorg voor onduidelijkheid waar een zorgvrager op de juiste plek is (*conclusie 3*). Hierbij wordt door zorgvragers en zorgverleners beschreven dat verwijzing vaak te laat en daarmee vaker dan nodig in een situatie plaats vindt die indicatiestelling voor passende zorg moeilijk maakt. Daarnaast is door de versnippering van zorg en vele zorgverleners vaak een suboptimale overdracht en is er behoefte aan gezamenlijke dossiervoering voor veilige zorgtransities (*conclusie 4*). Vervolgens wordt door zorgvragers en zorgverleners ervaren dat gedurende het behandeltraject verbetering mogelijk is van het herstel- en revalidatieklimaat (*conclusie 5*) en de communicatie en begeleiding (*conclusie 6*). Daarnaast zou binnen ELV en bij SO werkend in de eerstelijns gedurende de behandeling de financiering passender kunnen worden vormgegeven (*conclusie 7*), voor GRZ mist passende financiering vooral voor de ambulantisering (*conclusie 8*) wat als verklaring wordt gegeven dat het ambulante traject nog niet afdoende is geïmplementeerd. Als laatste mist een landelijke structurele evaluatie van experimenten op uitkomstmaten relevant voor de zorgvrager (*conclusie 9*).



1. Participatiedoelen centraal voor betere samenwerking

Uit dit onderzoek blijkt dat vooral de SO in de eerstelijns vanzelfsprekend participatiedoelen opstelt met de zorgvrager. Bij GRZ en ELV zijn participatiedoelen vaak het uitgangspunt, maar het verschilt tussen zorgvragers en zorgverleners of zij dit tot uitvoer (kunnen) brengen. Er wordt bijvoorbeeld toegewerkt naar “naar huis kunnen”, terwijl de zorgvrager vooral gemotiveerd is om weer een wandeling te kunnen maken met de hond of graag wil kunnen uitslapen (onafhankelijk van thuiszorg in de ochtend).

Hierin kan het betrekken van de mantelzorger en samen beslissen een belangrijke rol spelen. Eerder onderzoek van samen beslissen heeft uitgewezen dat zorgvragers meer tijd in een gesprek nodig hebben en dat zorgverleners meer voorbereidingstijd nodig hebben³⁸. Ook hebben huisartsen beschreven dat zij het moeilijk vinden de zorgvraag van cliënten te achterhalen³⁹. Het betrekken van de mantelzorger is niet alleen belangrijk in de thuissituatie, maar ook gedurende een klinische opname: zo is er beter zicht op de woonsituatie en of er mantelzorgondersteuning nodig is.

Wanneer de participatiedoelen en het systeem van de zorgvrager niet goed in beeld is bij zorgverleners heeft dit tot gevolg dat het moeilijker is om passende zorg te organiseren. Mantelzorgers en zorgverleners hebben een kerntaak om gezamenlijk zorg te dragen voor proactieve zorgplanning (advance care planning) én om vroegtijdig in te grijpen bij het signaleren van een veranderende zorgvraag. Zo kan langer thuis wonen (al dan niet in een passendere woonomgeving) worden bevorderd. De SO kan hierin samen met de wijkverpleegkundige, casemanager en praktijkondersteuner een sleutelrol spelen voor onder meer de zorgvrager, mantelzorger en huisarts.

Door het vroegtijdig betrekken van de mantelzorgers en het cliëntsysteem kan vertraging later in de behandelfase of zelfs uitstroomfase worden voorkomen. Het vaker inzetten van proefverlof of tijdelijk ontslag wordt gezien als betere voorbereiding op terugkeer naar huis en voor het toetsen of participatiedoelen al behaald zijn en of er mogelijk Wmo-voorzieningen aangevraagd dienen te worden. Wellicht zou dit vaker (of zelfs standaard) ingezet moeten gaan worden. Ook na consulten als de behandeling is afgerond of als de participatiedoelen behaald blijven, kan van ondersteuning zijn voor de zorgvrager: dit geeft meer vertrouwen aan de zorgvrager om thuis meer te durven (*zie ook onderzoeksaanbevelingen conclusie 4*).

38 van Dulmen, S., Roodbeen, R. & Noordman, J. Kennisvraag Tijd voor samen beslissen. Perspectieven van zorgvragers, zorgverleners en zorgverzekeraars ten aanzien van tijd om samen te beslissen. (NIVEL, 2020).

39 Boeije, H., Verkaik, R., de Groot, K., Kappen, H. & Korevaar, J. Kwaliteit van leven van langer thuiswonende ouderen: sessies met de praktijk. (NIVEL, 2019)



Onderzoeksaanbevelingen

Bij een verdere doorontwikkeling van de zorgvormen GRZ en ELV en het verdere programma van Beter Thuis dient de zorgvrager centraal te worden gezet door participatiedoelen als startpunt te nemen in het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden en –richtlijnen. Daarnaast is in opleiding en nascholing van zorgverleners intramuraal maar ook huisartsen, wijkverpleegkundigen en casemanagers aandacht nodig voor participatiedoelen, en hoe behandelaars deze kunnen gebruiken om de zorgvrager te motiveren en activeren, zoals bijvoorbeeld onderdeel is van de gedragstraining bij GRZ-revalidanten die (gedeeltelijk) thuis hun revalidatie voortzetten met behulp van sensortechnologie.⁴⁰

Kennisontwikkeling binnen het programma van Beter Thuis zou zich moeten richten op het evalueren van het gebruik van participatiedoelen binnen GRZ, ELV en GZSP (SO in de eerste lijn, maar ook groeps- en dagbehandeling) en of je in de toekomst zou kunnen sturen op de uitkomst van een traject: zijn de participatiedoelen van de zorgvrager ook behaald. Voor het opstellen van participatiedoelen zou aan een vragenlijst zoals de Canadian Occupational Performance Measure (COPM) gedacht kunnen worden. Middels een proeftuin zou onderzocht kunnen worden wat een bruikbaar en laagdrempelig instrument is voor het opstellen van een participatiedoel dat na een intramurale opname kan worden overgedragen en gezamenlijk vervolgd in de thuissituatie. Ook de effecten en toepasbaarheid van proefverlof voor de tussentijdse evaluatie van participatiedoelen kan hierin worden meegenomen.

Tot slot bevelen we aan te onderzoeken wat belemmerende en bevorderende factoren zijn voor gemeenten om benodigde woningaanpassingen sneller te realiseren, bijvoorbeeld door het gebruik van speedprocedures.

2. Variatie in zorgvormen: behoefte aan eenduidigheid

Als overstijgende observatie kunnen wij stellen dat binnen drie zorgvormen (GRZ, ELV en GZSP) veel praktijkvariatie bestaat. Dit kan deels regionaal verklaard worden (in sommige regio's is zorg overzichtelijker georganiseerd), maar ook omdat per huisartspraktijk en/of variatie in persoonlijke opvattingen van huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde de zorg anders ingevuld wordt. Binnen de GRZ blijken op hoofdlijnen veel overeenkomsten te vinden in structuur en werkprocessen, maar beschrijven veel instellingen hun processen en inhoudelijke interventies in zelf opgestelde behandelprogramma's. Dit leidt tot inhoudelijke verschillen die niet inzichtelijk zijn voor verwijzers, zorgvragers en mantelzorgers. Binnen het ELV is de doelgroep meer divers en is er ook meer variatie in de werkprocessen en inhoudelijke

40 Pol M.C., ter Riet G., van Hartingsveldt M.J., Kröse B.J.A., de Rooij S.E., Buurman B.M. (2017) Effectiveness of sensor monitoring in an occupational therapy rehabilitation program for older individuals after hip fracture, the SO-HIP trial: study protocol of a three-arm stepped wedge cluster randomized trial. BMC Health Serv Res. 17:3 DOI 10.1186/s12913-016-1934-0



interventies. Dit wordt mede bepaald door de verschillende bekostigingen en mogelijkheden van ELV-laagcomplex en hoogcomplex. Doordat het ELV als zorgvorm een korter bestaan kent, ontbreken in veel instellingen uniforme behandelprogramma's en gestructureerde werkwijzen. De SO in de eerstelijns kent als jongste zorgvorm de allergrootste praktijkvariatie. De rol van de specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijns en de wijze waarop in deze zorgvorm wordt afgestemd met de huisarts varieert van een eenmalig consult tot het volledig overnemen van de regie en de behandeling door de specialist ouderengeneeskunde. Over andere vormen van GZSP kunnen wij op basis van onze dataverzameling geen uitspraken doen.

Onderzoeksaanbevelingen

Het is belangrijk dat kwaliteitsstandaarden geformuleerd worden voor de drie zorgvormen en dat standaard uitkomstmaten gemeten worden: dit wordt geformuleerd binnen de programmeringsstudie richtlijnen van Beter Thuis.

Binnen het ELV wordt een brede patiëntpopulatie beschreven. Deze zou verder geduid moeten worden met een kwantitatieve studie om daarna de richtlijnen op deze doelgroepen te kunnen laten aansluiten (*zie ook onderzoeksaanbevelingen bij conclusie 7*). Hierbij zou onder andere gedacht kunnen worden aan onderzoek naar de toepasbaarheid van GRZ protocollen voor ELV om praktijkvariatie binnen ELV te verminderen.

De drie focusgroepen betreffende de SO in de eerstelijns lieten uiteenlopende meningen zien over de positionering van de SO thuis. Deze focusgroepen waren vooral exploratief van aard en een verdere verdieping om tot consensus te komen over de positionering, het takenpakket en de werkwijze van de SO is nodig. Dit zou door middel van een Delphi-studie met SO, huisartsen, maar ook POH, wijkverpleegkundigen en casemanagers bereikt kunnen worden. Dit zou gebruikt kunnen worden voor de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard over de samenwerking tussen huisarts, SO en ondersteuners in de eerstelijns.

3. Bekendheid van mogelijkheden binnen de ouderenzorg

Onder ouderen en hun naasten heerst nog veel onbekendheid over welke mogelijkheden er zijn wanneer het moeilijker wordt om zelfstandig thuis te wonen. Daarnaast zijn er veel ingewikkelde regels in de zorg die bovendien veranderen. Zelfs wanneer zorgvragers of hun mantelzorger goede gezondheidsvaardigheden bezitten, weten zij niet altijd hun weg te vinden naar passende zorg. Ook zorgverleners zijn niet goed op hoogte van de mogelijkheden van verschillende zorgvormen waarnaar zij kunnen verwijzen. Met name de SO werkend in de eerstelijns heeft nog weinig bekendheid, zowel onder zorgvragers en mantelzorgers als onder huisartsen, waardoor deze vaak te laat wordt ingezet. Die onbekendheid bestaat ook bij zorgverleners in het ziekenhuis.



Gezien de complexiteit van de doelgroep voor GRZ, ELV en GZSP is de expertise van de SO door de gehele cliëntreis van meerwaarde. De SO heeft goed overzicht van de diverse zorgvormen en de mogelijkheden daarin. De rol van de SO zou daarom meer benut moeten worden, met een centrale rol in het triageproces in nauwe samenwerking met huisarts en wijkverpleging tijdens de aanmeldfase voor zowel de GRZ als ook het ELV en in de advisering wanneer opname voor chronische zorg nodig is. Wanneer een SO eerder in de cliëntreis betrokken is en de zorgvrager nog kan functioneren in de thuissituatie dan kan er worden toegewerkt naar een opname die pas plaatsvindt als het thuis niet meer gaat en is de kans dat een crisis voorkomen wordt groter.

Bij twijfelgevallen over de juiste indicatie en dus inzet van zorg zou een intramurale observatie-unit uitkomst kunnen bieden. Voorwaarde is hierbij wel dat de doorstroom naar andere zorgvormen goed geregeld is, zodat een observatieafdeling niet een nieuwe plek wordt waar zorgvragers terecht komen door een crisissituatie zonder dat er uitzicht is op een passende oplossing. Aan de andere kant is het ideaal dat de zorgvrager in één keer op de juiste plek aan passende zorg wordt geholpen, een ten onrechte ingezet observatie- en triagebed kan het aantal verplaatsingen van een zorgvrager vergroten.

Onderzoeksaanbevelingen

Ten eerste adviseren wij om de werkwijze van de verschillende coördinatiepunten te evalueren: zijn er minder zorgverplaatsingen of heeft het coördinatiepunt alleen het zoeken van de huisarts overgenomen? Daarnaast kan dan onderzocht worden wat op dit moment de rol van de SO is bij de coördinatiepunten bij de triage en of de SO ook beschikbaar is voor laagdrempelig overleg met huisartsen. Is het dan ook mogelijk om zorg thuis op te schalen in plaats van dat een patiënt een intramurale opname nodig heeft of worden er nu minder zorgverplaatsingen gezien omdat zorgvragers in een keer op de juiste plek terecht komen? Verder zouden ook praktijkvoorbeelden van huisbezoeken voor triage van SO, (geriatrie)verpleegkundige of casemanager kunnen worden opgehaald. Leiden deze huisbezoeken ook tot minder zorgverplaatsingen en sluit de oplossing voor de zorgvraag ook aan bij de participatiedoelen van de zorgvrager.

Ten tweede adviseren wij kennisontwikkeling op het gebied van interdisciplinair opleiden en om in zorgopleidingen meer focus te brengen op de eerstelijns. Zorgopleidingen zijn nog te veel gericht op intramurale zorg terwijl alle beleid gericht is op zoveel mogelijk thuis behandelen. Daarnaast zouden nascholingen over de mogelijke zorginzet in de eerstelijns kunnen helpen tot betere bekendheid.

Als laatste adviseren wij het ophalen, evalueren en onderbouwen van praktijkvoorbeelden met triagebedden/observatiebedden: leidt dit tot een goede beantwoording van de zorgvraag van de cliënt en voorkomt dit dat zorgvragers naar een verkeerde plek verwezen worden. Hierbij zouden ervaringen van zorgvragers ook geëvalueerd moeten worden.



4. Veilige zorgtransities: belang van een gedeeld dossier

Het is zeer belangrijk dat er een doorontwikkeling komt voor een gezamenlijk cliëntdossier voor alle zorgverleners. Dit geeft zorgvragers ook beter inzicht welke zorgverleners betrokken zijn en welke lopende behandelingen er zijn, maar een gezamenlijk dossier kan ook bevorderlijk zijn voor goede overdracht. Transitie en overdrachten zijn gevoelig omdat er altijd verlies van informatie is en vooral in avond-, weekend- en nachtdiensten kan informatie niet worden achterhaald.

Onderzoeksaanbevelingen

We bevelen aan om een landelijke leergemeenschap op te richten die praktijkvoorbeelden uitwisselt op het gebruiken van een gedeeld dossier door in ieder geval de huisarts, andere behandelaren in de eerstelijns, groeps- en dagbehandeling, de intramurale VVT en de ziekenhuiszorg. Er zijn op dit moment al enkele pilots die ervaring opdoen waarbij een SO inzage heeft in het huisartsdossier of waar een platform is voor verschillende zorgverleners in de eerstelijns. Deze zouden structureel moeten worden geëvalueerd en moeten landen in de landelijke leergemeenschap. Wij zijn van mening dat dit een van de belangrijkste verbeteringen kan zijn voor de kortdurende ouderenzorg.

Verder adviseren wij kennisontwikkeling op de toepassing van een warme overdracht in de setting van GRZ en ELV naar huis, waarbij een huisarts en/of een wijkverpleegkundige actief wordt betrokken bij het opstellen van de participatiedoelen van de zorgvrager en het ontslag helpt voor te bereiden door langs te komen in de instelling.

5. Herstel- en revalidatieklimaat

Zorgvragers vinden in een herstel- of revalidatieklimaat van een GRZ- of ELV-afdeling een aantal aspecten belangrijk: voeding, eigen kamer en de mogelijkheid tot zelfstandig oefenen. Ook contact met mederevalidanten is voor een deel van de zorgvragers belangrijk.

De zorgverleners en zorgvragers geven aan dat er meer mogelijkheden geboden moeten worden voor oefenmomenten op de afdeling. Een betere afstemming tussen verpleging en andere behandelaren is gewenst om van de afdeling meer een oefen- c.q. revalidatieruimte te maken. Wanneer alle zorgverleners op de hoogte zijn van de doelen van een zorgvrager kan hier ook gericht gedurende de ADL-zorg aan gewerkt worden.



Onderzoeksaanbeveling

Wij adviseren om praktijkvoorbeelden op te halen over hoe verschillende GRZ- en ELV-afdelingen een gunstig herstel- danwel revalidatieklimaat realiseren. Door deze te delen en verder te onderbouwen zouden afdelingen van elkaar kunnen leren en verbeteren. Er zou met name gekeken moeten worden naar de behoefte van zorgverleners van zelfstandig oefenen en peer-contact. Voorbeelden hiervan zijn dus ervaringen met groepstherapieën zoals loopgroepen of back-home groepen (ervaringen uitwisselen hoe klaar te maken voor ontslag en thuis).

6. Communicatie, bejegening en attitude

Zorgvragers en mantelzorgers vinden communicatie een belangrijk aspect van kwaliteit van zorg. Binnen de verschillende zorgvormen wordt in verschillende mate nog verbetering nodig geacht. Scholing van zorgverleners zou als inhoud moeten bevatten samen beslissen, inventariseren wat de zorgvrager en mantelzorger belangrijk vinden, hoe de zorgvrager te betrekken en goede uitleg te geven over zijn behandeltraject. Dit sluit ook aan bij een eerder advies van de Patiëntfederatie dat zorgverleners altijd moeten afstemmen met zorgvragers hoe zij betrokken willen worden bij hun behandelplan en op welke onderdelen zij het belangrijk vinden om inspraak te hebben. Dit advies sluit aan bij het betrekken van de mantelzorger en het tijdig in kaart brengen van de thuissituatie (zie conclusie 1).

Daarnaast vraagt de toegenomen complexiteit van zorgvragers ook om personeel te scholen op inhoudelijke kennis en op gebied van communicatie: door toegenomen psychische, sociale en cognitieve problemen kan er complex gedrag ontstaan bij zorgvragers of extra activering nodig zijn. Dit vraagt passende vaardigheden van personeel.

Onderzoeksaanbevelingen

Wij adviseren onderzoek op het gebied van kennisontwikkeling en implementatie van communicatietechnieken. Daarnaast zou vooral voor zorgverleners in het ELV de implementatie van scholing op principes van revalidatie, revalidatieklimaat en informatievoorziening aan zorgvragers van meerwaarde zijn.

7. Behandelintensiteit passend bij complexiteit van indicering

In de huidige situatie bepaalt de getrieerde zorgvorm welke zorg een zorgvrager ontvangt. Vooral binnen het ELV wordt dit als beperkend ervaren voor de (bekostiging van) behandel-mogelijkheden. Zoals bij conclusie 1 toegelicht is het wenselijk dat de zorgvraag en participatie-doelen van de zorgvrager leidend zijn. Op basis van een zorgvuldige observatie en (multidisciplinaire) analyse kunnen dan passende interventies worden geleverd. Eerdere triage zou



hierbij niet beperkend moeten zijn voor de interventies, zeker wanneer er gedurende een behandeltraject een zorgvrager andere behoeftes krijgt. Bij revalidatie wordt in de richtlijn al hertriage aangeraden indien de revalidatiebehoefte of de gezondheidstoestand belangrijk verandert⁴¹. Binnen het ELV is hertriage naar GRZ sinds kort mogelijk, maar mist nog wel inzicht over de geleverde zorginzet en behaalde uitkomstmaten. Deze inzichten zijn eerst nodig om tot een passende financiering te komen.

Ook binnen de inzet van de SO in de eerstelijns worden beperkingen ervaren door de bekostiging van met name overlegmomenten, die wel cruciaal zijn om participatiedoelen van de zorgvrager te behalen.

Onderzoeksaanbeveling

Wij adviseren verdere kennisontwikkeling op het gebied van de zorgvragers en de gebruikte zorg in het eerstelijnsverblijf (zie ook aanbeveling bij conclusie 2). De NZa zal komend jaar starten met registratie van zorginzet in ELV en GRZ. Hier zou een wetenschappelijke evaluatie van zorgvragen en behaalde participatiedoelen aan gekoppeld moeten worden. Deze zorgvraag zou in relatie gezien moeten worden tot de patiëntkenmerken. Dit kan leiden tot een betere beschrijving van de zorgvorm ELV, welke competenties daar nodig zijn van zorgverleners en welke zorg en interventies dan passend zijn, zodat bekostiging hierop aan kan sluiten. Dit onderzoek zou onderdeel moeten zijn van de programmering Beter Thuis. Hierop volgend zou met een bekostigingsonderzoek moeten worden bekeken welke financieringsstructuren passend zijn.

Wij adviseren voor de SO in de eerstelijns eerst consensus te bereiken de positionering, takenpakket en werkwijze (zie conclusie 2) en op basis daarvan kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen. Hierna kan onderzoek voor passende financieringsstructuren opgezet worden.

8. Doorontwikkeling ambulante GRZ (poliklinisch en therapie in thuissituatie)

Er leeft bij SO een wens om revalidanten na ontslag of direct vanuit huis te volgen in de thuissituatie en dan waar nodig interventies in te kunnen zetten. Tot op heden wordt er ervaren dat er in de financiering geen ruimte is voor deze nazorg. Ook leeft al langer de wens om ook ambulante geriatrische revalidatie in te kunnen zetten. Toch komt dit niet van de grond. Als reden wordt aangegeven dat de reistijd, en de ingewikkelde regelgeving rondom de declaratie van ambulante behandeluren, drempels zijn die het organiseren van ambulante GRZ lijken te frustreren. Gevolg is dat de revalidanten na ontslag met de huisarts en wanneer nodig met de

⁴¹ https://www.verenso.nl/_asset/_public/Thema-en-projecten/GRZ/Verensotriage-instrument-GRZversie-maart-2013.pdf

eerstelijns therapieën verder moeten werken aan hun herstel. Dit transitiemoment brengt weer het bekende transitierisico (*zie conclusie 4*) met zich mee.

Onderzoeksaanbevelingen

Wij adviseren verdere kennisontwikkeling op het gebied van ambulante revalidatie (poliklinisch en therapie in thuissituatie). Hier zou dan ook onderzoek gedaan moeten worden naar mogelijkheden van implementatieprojecten, en op basis daarvan faciliterende financiële prikkels, om de ambulante GRZ te stimuleren. Hiervoor zou, met inachtneming van het verschil in doelgroep, gekeken kunnen worden naar de organisatie van de medisch-specialistische revalidatie waar het merendeel van de revalidatietrajecten poliklinisch verloopt.

Een mogelijkheid om hierin de zorgvrager centraal te stellen is om bij begin van revalidatie de participatiedoelen op te stellen (bijvoorbeeld boodschappen doen) en dat de zorgverleners van GRZ betrokken blijven tot dit participatiedoel behaald is of er een nieuw participatiedoel gesteld is. Het participatiedoel van de zorgvrager is bepalend in hoeverre een ambulant traject passend is.

9. Landelijke evaluatie van experimenten

Er zijn verscheidene vormen van proeftuinen, experimenten en pilots op het gebied van GRZ, ELV en GZSP. Doordat een definitie en centrale verzameling van uitkomsten ontbreekt, worden ervaringen van deze experimenten nog niet voldoende gedeeld en leiden zij nog niet tot verdere doorontwikkeling van de zorgvormen.

Daarnaast zijn de meeste van deze experimenten gericht op de SO eerstelijns en de triage, terwijl op behandeling in het ELV en het nazorgtraject nog veel vragen leven.

Onderzoeksaanbeveling

Wij zijn van mening dat het goed is dat er experimenten zijn om tot kwaliteitsverbetering te komen van de kortdurende zorgvormen. Vooral experimenten rondom de nazorg van het ELV en de ambulante GRZ ontbreken: deze zouden gestimuleerd moeten worden met als voorwaarde dat middels eenduidige uitkomstmaten wordt geëvalueerd en dat ervaringen inzichtelijk zijn voor andere zorgaanbieders en zorgvragers. Idealiter zijn deze experimenten onderdeel van het programma Beter Thuis. Er zou hiervoor een call uitgezet kunnen worden onder zorgverleners werkzaam in het ELV en de GRZ (verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, paramedici, artsen) op welke wijze ambulante revalidatie en nazorg vorm te geven. Eenzelfde werkwijze zou ook gevolgd kunnen worden voor de behoefte aan experimenten voor kwaliteitsverbetering binnen de dag- en groepsbehandeling.



