

Zorgpad Revalidatie Rotterdam Stroke Service

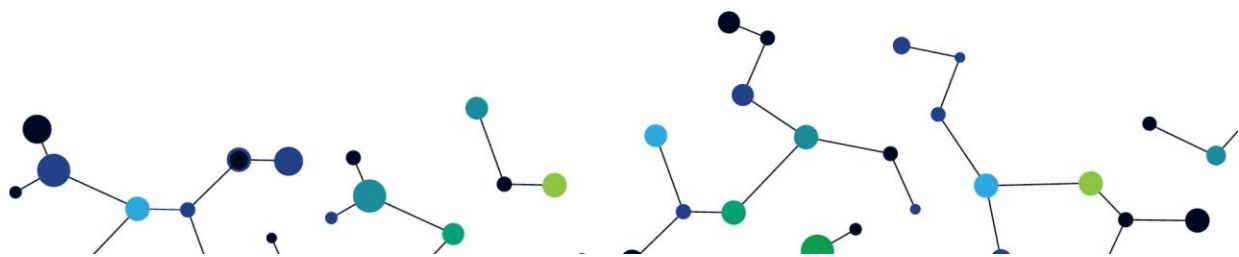
23 juni 2023





Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Revalidatie na CVA	4
2. Afbakening van het begrip revalidatie	5
2.1 Geriatrische revalidatie	5
2.2 Medisch specialistische revalidatie	5
2.3 Wat is het niet?	6
3. Eerstelijns verblijf	7
4. Voorwaarden doorverwijzing	8
4.1 Geriatrische revalidatie	8
4.2 Medisch specialistische revalidatie	8
5. Toegankelijkheid en triage geriatrische revalidatie	10
5.1 Triage instrument	10
5.2 Procesbeschrijving triage bij ziekenhuisopname	10
5.3 Functionele prognose	10
5.4 Belastbaarheid	11
5.5 Leerbaarheid/trainbaarheid	11
5.6 Patiënt	11
5.7 Procesbeschrijving triage zonder ziekenhuisopname	11
5.8 Spijtoptantenregeling	12
6. Ketenzorgafspraken	13
7. Instelling voor revalidatie	14
8. Transfer naar thuissituatie	15
9. Thuissituatie	16
10. Referenties	17



1. Inleiding

Dit zorgpad bestaat uit verschillende afspraken tussen het ziekenhuis, revalidatiecentra voor geriatrische revalidatie en medisch specialistische revalidatie en eerstelijns zorgaanbieders. De afspraken in het zorgpad richten zich primair op het verbeteren van zorgprocessen, waaronder het verbeteren van de transfers van patiënten, overdracht en communicatie tussen het ziekenhuis, de revalidatie en de eerstelijns. Dit zorgpad is opgesteld door een samenwerking tussen zorgverleners, patiëntvertegenwoordigers, mantelzorgers en onderzoekers. De basis voor dit zorgpad is het zorgpad van de academische werkplaats Maastricht. [1]

Het zorgpad geriatrische revalidatie van de academische werkplaats Maastricht is uitgebreid geëvalueerd door de Universiteit Maastricht. Uit dit onderzoek blijkt dat het zorgpad praktisch uitvoerbaar is en dat implementatie van het zorgpad heeft geleid tot een groter ontslagpercentage van patiënten naar de thuissituatie. Daarnaast heeft het zorgpad geresulteerd in een verkorting van ligduur in zowel het ziekenhuis als in de geriatrische revalidatie waardoor de zorgkosten zijn gedaald. Vanwege deze positieve resultaten kunnen de afspraken uit het zorgpad ook relevant zijn voor andere regio's. Om deze reden worden deze afspraken via dit document gedeeld.



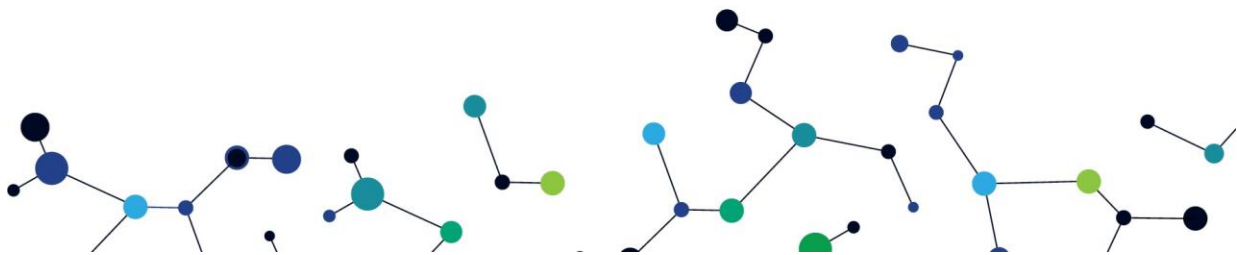
2. Revalidatie na CVA

Patiënten met een CVA vormen een complexe doelgroep voor het passend doorverwijzen naar de juiste vorm van revalidatie. Dit wordt veelal ingegeven door de toenemende snelheid van het ontslag uit het ziekenhuis. Ook is het niet altijd mogelijk om op het moment van ontslag een goede inschatting van de functionele prognose te maken. Herstel kan bijvoorbeeld spoediger verlopen dan verwacht lettende op de omvang van de problematiek in het ziekenhuis. [2]

Als handvat is er een 5-stappenplan opgesteld door de Werkgroep CVA Nederland (WCN):

1. Binnen 2 tot 5 dagen na het ontstaan van de beroerte: de functionele prognose formuleren. Hierbij wordt de informatie van het behandel team (klinimetric, zoals bijvoorbeeld de “Beslissing Beroerte”) betrokken.
2. Bij ontslag naar huis: herbeoordeling na 4-6 weken, inventarisatie cognitieve, motorische en sociale problemen.
3. Bij opname voor geriatrische revalidatie: rond de vierde week na overname uit het ziekenhuis herbeoordeling i.s.m. de specialist ouderengeneeskunde of de geboden revalidatie passend is.
4. Bij klinische/poliklinische medisch specialistische revalidatie: herbeoordeling na 4 weken gericht op de vraag of de geboden revalidatie voldoet of dat de patiënt overvraagd wordt. Medisch-specialistische revalidatie bij CVA richt zich op complexe problemen als afasietraining, spasticiteitbehandeling, arm/handtraining, cognitieve training, gedragsmatige behandeling, arbeidsrevalidatie, seksuele begeleiding en partnerbegeleiding.
5. Medisch-specialistische revalidatie in de chronische fase: wanneer er nieuwe problemen ontstaan of al bestaande problemen veel meer op de voorgrond treden zoals spasticiteit, relationele en gezinsproblemen, vermoeidheid en problemen bij de dagbesteding (arbeid, sport). [2]

Daarnaast confirmeren de leden van de Rotterdam Stroke Service zich aan het [ketenprotocol](#) en de [kwaliteitscriteria](#).



2. Afbakening van het begrip revalidatie

Na een CVA is het essentieel om snel te starten met revalideren. Hiervoor is de juiste zorg op de juiste plek op ieder moment in het behandeltraject cruciaal. In dit kader zijn er twee soorten revalidatiezorg: geriatrische revalidatie en medisch specialistische revalidatie.

2.1 Geriatrische revalidatie

De geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare personen, met complexe multi-morbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid. [3] Het betreft personen waarbij de inschatting is dat men na geriatrische revalidatie weer kan terugkeren naar de oorspronkelijke woonsituatie. Hoewel het voornamelijk ouderen betreft, is er geen leeftijdsgrens verbonden aan geriatrische revalidatie.

Door Zorgverzekeraars Nederland [4] wordt geriatrische revalidatie als volgt omschreven.

Geriatrische revalidatie:

- omvat integrale en multidisciplinaire revalidatie;
- wordt geleverd onder verantwoordelijkheid door een specialist ouderengeneeskunde;
- is gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is (huis of woonzorgcomplex);
- kan volgen op verblijf in ziekenhuis in verband met geneeskundige zorg door een medisch specialist;
- is eveneens toegankelijk na een geriatrisch assessment in het ziekenhuis door een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde, zonder dat er sprake hoeft te zijn van verblijf in het ziekenhuis;
- begint doorgaans met een klinische opname in een organisatie die geriatrische revalidatie biedt en kan eventueel worden gevolgd door ambulante behandeling;
- duurt in principe maximaal 6 maanden. [4]

2.2 Medisch specialistische revalidatie

Wanneer een patiënt na een CVA medisch specialistische revalidatie behoeft wordt er doorgaans ingezet op interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. Dit betreft de behandeling van patiënten door de revalidatiearts met één of meer behandelaars van zijn/haar multidisciplinair samengesteld revalidatieteam. De behandeling is intensief, doelen resultaatgericht, kent een breed palet aan specialistische interventies en kenmerkt zich door de geïnstitutionaliseerde interdisciplinaire samenwerking onder directe leiding en verantwoordelijkheid van de revalidatiearts. [5]

De medisch specialistische revalidatie beoogt [5]:

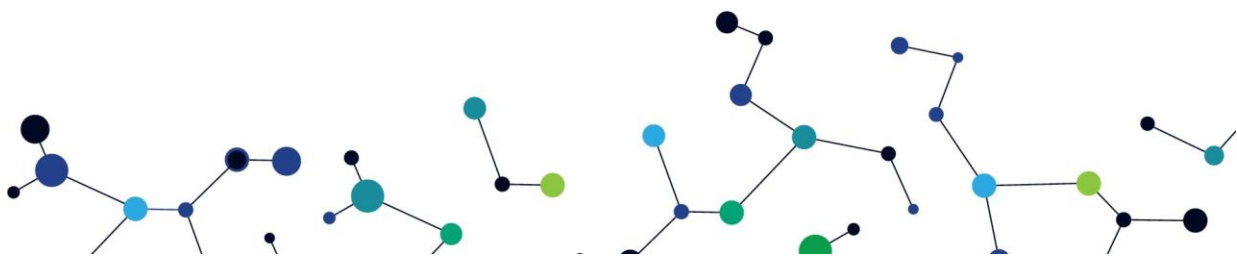


- inzicht te verwerven in oorzaken en (huidige en toekomstige) gevolgen van de door de patiënt en zijn naasten ervaren problemen;
- een inschatting te maken van de mogelijkheid om en de mate waarin deze problemen door middel van medisch specialistische interventies te voorkomen, te verbeteren dan wel te beperken zijn;
- de patiënt en zijn naasten te informeren en adviseren over de diagnose en de daarmee samenhangende gevolgen en over de prognose op korte en middellange termijn, inclusief de wijze waarop en de mate waarin een eventuele interventie de prognose kan beïnvloeden;
- functies van de patiënt zoals motoriek, sensoriek, cognitie, spraak, taal en/of gedrag te optimaliseren dan wel achteruitgang te voorkomen of te vertragen;
- zo nodig door middel van hulpmiddelen of technische voorzieningen het functioneren van de patiënt te optimaliseren;
- de patiënt en zijn naasten toe te rusten voor het zoveel mogelijk zelfstandig onderhouden van zijn gezondheid en functionele mogelijkheden en de zelfmanagement vaardigheden met betrekking tot het gebruik van gezondheidszorg en maatschappelijke voorzieningen te versterken;
- de (te voorziene) gevolgen van zijn aandoening voor dagelijkse activiteiten en het sociaal-maatschappelijk functioneren van de patiënt en zijn naasten te voorkomen dan wel te beperken. [5]

2.3 Wat is het niet?

Geriatrische revalidatie en medisch specialistische revalidatie is niet bedoeld voor:

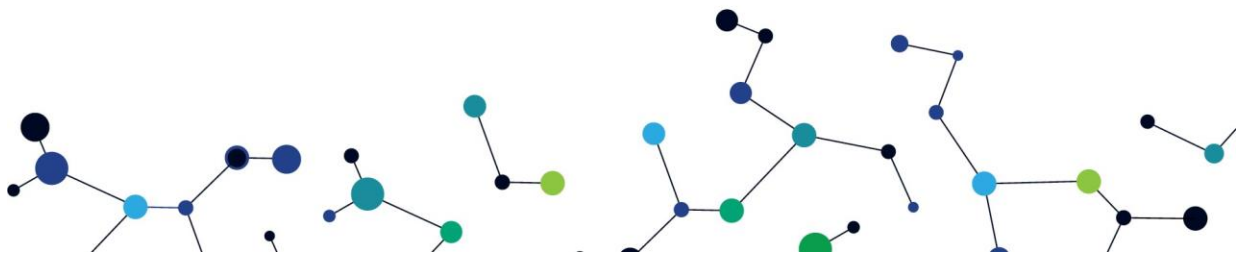
- patiënten die al behandeling en verblijf vanuit de Wet Langdurige Zorg (WLZ) krijgen (verpleeghuiszorg) en na ziekenhuisopname integrale en multidisciplinaire behandeling nodig hebben. Deze personen kunnen worden behandeld met een zorgzwaartepakket 9b (ZZP9b), waarmee ze in de WLZ blijven. [6]
- patiënten waarvan na behandeling in het ziekenhuis duidelijk is dat terugkeer naar de eigen woonsituatie niet meer haalbaar is;
- patiënten die na ziekenhuisopname alleen hoeven te herstellen, maar hiervoor geen integrale en multidisciplinaire behandeling nodig hebben (maar bijvoorbeeld alleen fysiotherapie). Deze patiënten hebben eerstelijns verblijf nodig.



3. Eerstelijns verblijf

Geriatrische revalidatie en eerstelijns verblijf zijn beiden verblijfsvormen onder de Zorgverzekeringswet (ZvW) en dragen bij aan het langer thuis wonen van ouderen. [7] De twee belangrijkste verschillen zijn:

- Eerstelijnsverblijf kan monodisciplinair zijn terwijl geriatrische revalidatie altijd multidisciplinair is;
- De medische regie en eindverantwoordelijkheid voor eerstelijnsverblijf laagcomplex ligt bij de huisarts, terwijl de specialist ouderengeneeskunde deze rol heeft in de geriatrische revalidatie en eerstelijnsverblijf hoogcomplex.



4. Voorwaarden doorverwijzing

4.1 Geriatrische revalidatie

Hoewel de leer- en trainbaarheid van de doelgroep van de geriatrische revalidatie duidelijk lager is dan van patiënten voor de medisch specialistische revalidatie, moet er nog wel enige mate van leer- en trainbaarheid bestaan. [8] Patiënten met ernstige cognitieve beperkingen (gediagnosticeerde dementie) komen doorgaans niet in aanmerking voor de reguliere geriatrische revalidatie. Deze groep wordt echter niet op voorhand uitgesloten, maar de situatie wordt per individu beoordeeld.

Een andere voorwaarde voor doorverwijzing naar de geriatrische revalidatie is dat doorverwezen patiënten direct kunnen starten met de revalidatie. Mensen met een delier of mensen die nog volledig immobiel zijn, komen daarom pas in aanmerking voor opname in de geriatrische revalidatie als ze in staat zijn tenminste gedeeltelijk met hun revalidatiebehandeling te kunnen starten.

Aangezien de verwachting is dat dit knelpunten op zou kunnen leveren (verkeerde bedden problematiek in het ziekenhuis), wordt door verschillende mensen gemonitord (ketencoördinatoren, transferverpleegkundigen en leidinggevenden) of deze knelpunten zich inderdaad voordoen. Indien er zich knelpunten voordoen, zoeken partijen gezamenlijk naar oplossingsrichtingen. Zie hiervoor ook de RSS notitie “complexiteit van revalidatie”.

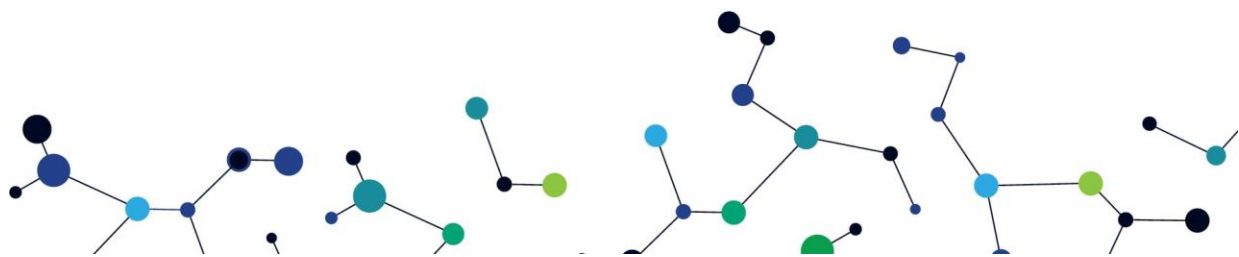
4.2 Medisch specialistische revalidatie

Volgens de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen en Revalidatie Nederland is er een indicatie voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie als de revalidatiearts heeft vastgesteld dat:

- Er sprake is van complexe, met elkaar samenhangende problemen van functies als motoriek, sensoriek, cognitie, spraak, taal en/of gedrag, waardoor activiteiten als zelfverzorging, denken, handelen, zich verplaatsen, en/of communiceren worden belemmerd of beperkt en de patiënt niet meer in staat is de gewenste sociaal-maatschappelijk sociale rol te vervullen.
- Er evidence based of door professionele kennis/ervaring kan worden vastgesteld dat MSR de meest doelmatige behandeling is.
- De patiënt in staat is (of op afzienbare termijn zal zijn) om te leren, te trainen en actief deel te nemen aan een revalidatiebehandeling waarmee vooraf overeengekomen resultaten bereikt kunnen worden;

Of

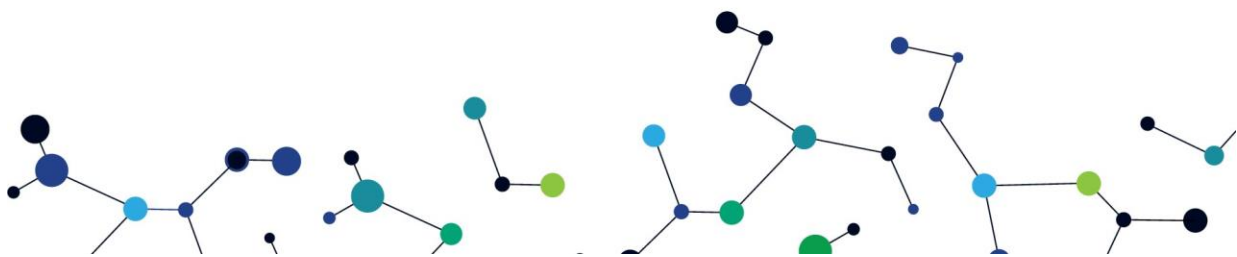
- verwacht kan worden dat door specifieke revalidatiegeneeskundige interventies, specifieke symptomen (bijvoorbeeld spasticiteit) en/of secundaire gevolgen (zoals





Rotterdam
Stroke Service

decubitus) van de ziekte of aandoening kunnen worden voorkomen, verminderd of opgeheven. [5]



5. Triage geriatrische en medisch specialistische revalidatie

5.1 Triage instrument

Begin 2013 heeft Verenso (de vereniging voor specialisten ouderengeneeskunde) op verzoek van de overheid een triage instrument ontwikkeld om patiënten te triëren voor geriatrische revalidatie. [9] Op basis van dit instrument is een compact triage instrument ontwikkeld voor gebruik in de dagelijkse zorgpraktijk (zie pagina's 10-11).

5.2 Procesbeschrijving triage bij ziekenhuisopname

Hoewel het triage instrument is ontwikkeld voor specialisten ouderengeneeskunde en revalidatieartsen, voeren transferbureaus of –verpleegkundigen de triage in de praktijk voor een deel uit, onder eindverantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde (80% door transfer verpleegkundige, 20% in overleg met de specialist ouderengeneeskunde). Het triageproces moet zo vroeg mogelijk te starten (dus indien mogelijk ruim voor ontslag uit het ziekenhuis). Voorafgaande aan de triage moet de transferverpleegkundige in overleg met de behandelend specialist twee screeningsvragen beantwoorden.

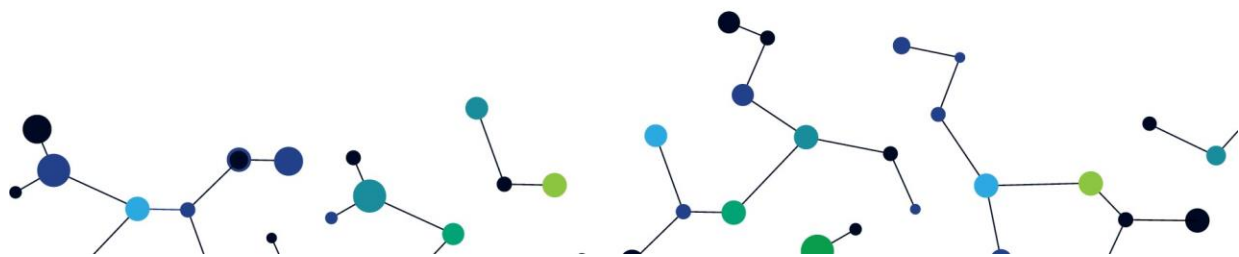
Deze screeningsvragen zijn de volgende:

1. Heeft de patiënt één of meer aandoeningen die (na ziekenhuisopname) (blijvende) beperkingen opleveren?
2. Heeft de patiënt voor het opheffen/verminderen van de beperkingen hulp nodig in de vorm van (intensieve) multidisciplinaire zorg en behandeling, gericht op ontslag naar oorspronkelijke woonsituatie (revalidatie)?

Indien één of beide vragen met JA worden beantwoord dan volgt het in kaart brengen van de functionele prognose, belastbaarheid, leerbaarheid/trainbaarheid en behoeften en mogelijkheden van patiënt en mantelzorger (zie pagina 10).

5.3 Functionele prognose

De functionele prognose wordt bepaald door informatie te verzamelen over de diagnose, de nevendagnosen (multi-morbiditeit), het pre-morbide functioneren (hoe functioneerde de patiënt voordat het incident plaatsvond), het actuele functioneren (motorisch en cognitief functioneren, functioneren op het gebied van communicatie en ADL en de persoonlijke factoren) en de medische stabiliteit. [9]



5.4 Belastbaarheid

Onder belastbaarheid wordt het conditioneel, motivationeel, psychisch en fysiek aankunnen van een bepaalde hoeveelheid aan (revalidatie) activiteiten vastgesteld waarbij tevens de inzetbaarheid van de mantelzorg in de thuissituatie wordt betrokken. [9] De belastbaarheid van een patiënt wordt bepaald door zijn/haar mobiliteit, energetisch vermogen en gebleken belastbaarheid tijdens ziekenhuisopname.

5.5 Leerbaarheid/trainbaarheid

De leerbaarheid/trainbaarheid van een patiënt wordt bepaald door de cognitieve vaardigheden, sociale vaardigheden, fysieke vaardigheden en motivatie van de patiënt.

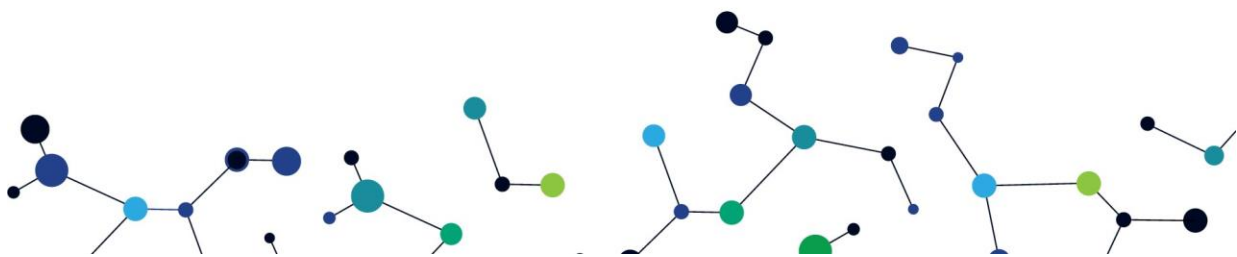
5.6 Patiënt

Bij het onderdeel 'patiënt' wordt gekeken naar de wensen van de patiënt, de mogelijkheden van de mantelzorg en naar de woonsituatie voor ziekenhuisopname. De transferverpleegkundige/transferbureau/zorgadvies verzamelt deze informatie, op basis van informatie van de behandelend specialist, paramedisch behandelaar (indien van toepassing), afdelingsverpleegkundige, thuiszorg, huisarts, mantelzorg en de patiënt zelf. Op basis van deze gegevens triert de transferverpleegkundige de patiënt voor geriatrische revalidatie, medisch specialistische revalidatie, herstelgerichte behandeling met verblijf of revalidatie in de thuissituatie.

De transferverpleegkundige consulteert de specialist ouderengeneeskunde en/of de revalidatiearts indien er twijfel bestaat of een patiënt geschikt is voor doorverwijzing naar een bepaalde vorm van revalidatie. De specialist ouderengeneeskunde of revalidatie arts van de revalidatie-instelling neemt in die gevallen de uiteindelijke beslissing over het wel of niet opnemen van de betreffende patiënt in de revalidatie.

5.7 Procesbeschrijving triage zonder ziekenhuisopname

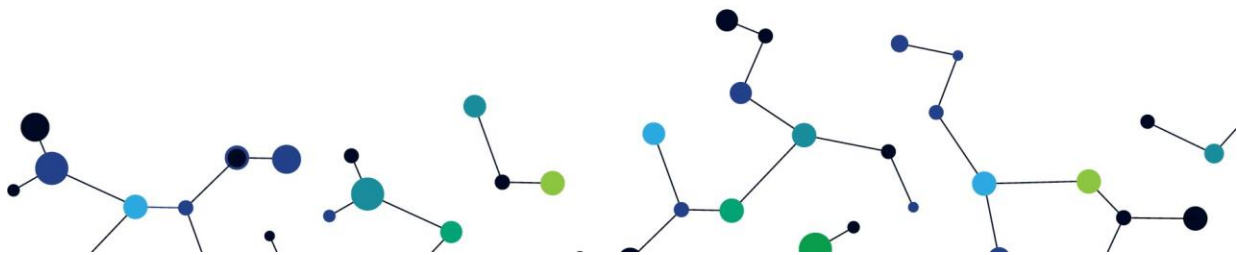
Patiënten met een acute aandoening, waarbij een acute mobiliteitsstoornis en/of afname van zelfredzaamheid is opgetreden, kunnen vanaf 2015 ook zonder voorafgaande ziekenhuisopname worden opgenomen in de geriatrische revalidatie instelling. Voorwaarden hierbij zijn dat een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde, op basis van een geriatrisch assessment, heeft vastgesteld dat de patiënt behoort tot de doelgroep geriatrische revalidatie.





5.8 Spijtoptantenregeling

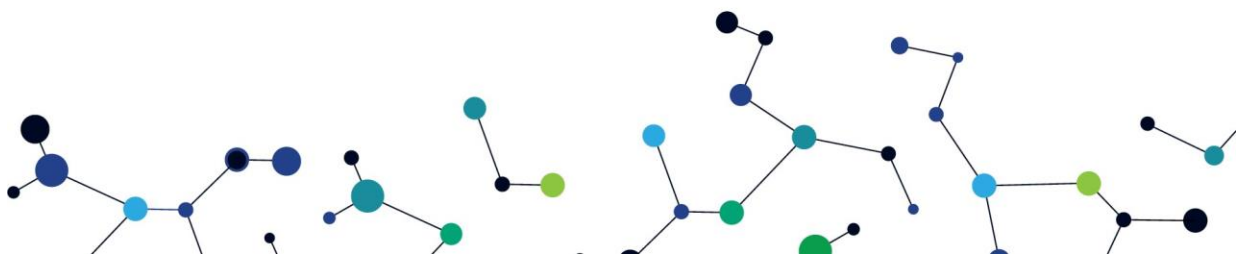
Wanneer een situatie zich voordoet waarin een verzekerde die is geïndiceerd voor geriatrische revalidatie en daar om persoonlijke redenen van afziet, binnen enkele dagen alsnog voor geriatrische revalidatie in aanmerking wenst te komen, is dit alsnog mogelijk na expliciete toestemming van de betreffende zorgverzekeraar. De opname moet binnen een week na ontslag uit het ziekenhuis plaatsvinden.



6. Ketenzorgafspraken

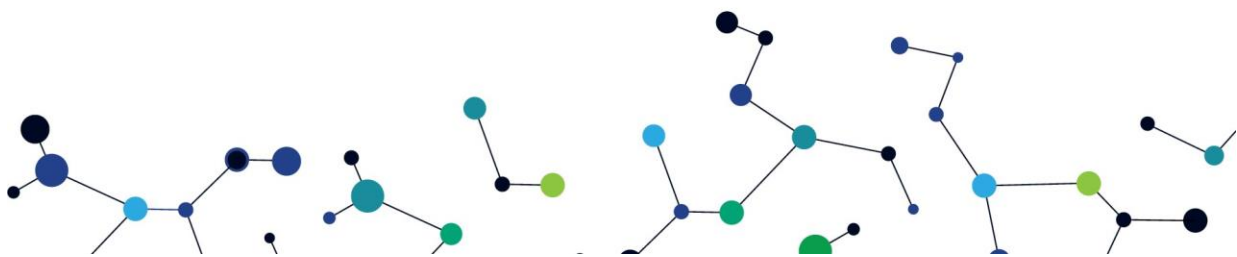
De volgende ketenafspraken bestaan tussen het ziekenhuis, de instelling voor geriatrische revalidatie en de eerstelijns zorgaanbieders.

- Zodra bij de behandelend specialist in het ziekenhuis de verwachting bestaat dat een patiënt in aanmerking zou komen voor geriatrische revalidatie of medisch specialistische revalidatie, worden de transferverpleegkundigen van het ziekenhuis ingeschakeld om in overleg met de zorgprofessionals de screening en triage uit te voeren. Dit gebeurt ruim voor ontslag uit het ziekenhuis.
- De transferverpleegkundige overlegt over psychiatrische/gedragsproblematiek, sociale problematiek en complexe specialistische verpleegkundige zorg zoals specifieke wondzorg, speciale kosten voor medicatie, beademing, canules en lijnen.
- De transferverpleegkundigen maken gebruik van een triage instrument om patiënten te kunnen doorverwijzen naar de instelling voor revalidatie. De triage gebeurt door de transferverpleegkundigen onder eindverantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde en revalidatiearts van de revalidatie instelling.
- De transferverpleegkundige spreekt in het kader van de triage de patiënt en bij voorkeur een mantelzorg over hun wensen en mogelijkheden en houdt hier nadrukkelijk rekening mee bij het advies over vervolgzorg.
- De transferverpleegkundige geeft voorlichting aan de patiënt en mantelzorg over de geriatrische of medisch specialistische revalidatie en wat men daar kan verwachten. Verder gaat ze na of de patiënt en mantelzorg alle informatie hebben begrepen en laat folders en contactinformatie achter voor het geval dat de patiënt nog vragen heeft.
- Behandelend specialist, paramedisch behandelaar (indien van toepassing) en/of afdelingsverpleegkundige verstrekken de benodigde informatie aan de transferverpleegkundige om de triage uit te kunnen voeren (functionele prognose, belastbaarheid, leerbaarheid/trainbaarheid en behoeften en mogelijkheden van patiënt en mantelzorg).
- In geval van twijfel wordt de specialist ouderengeneeskunde of de revalidatiearts geconsulteerd door de transferverpleegkundige.
- De transferverpleegkundige draagt de patiënt minimaal een dag voor ontslag op uniforme wijze over aan de instelling voor revalidatie.



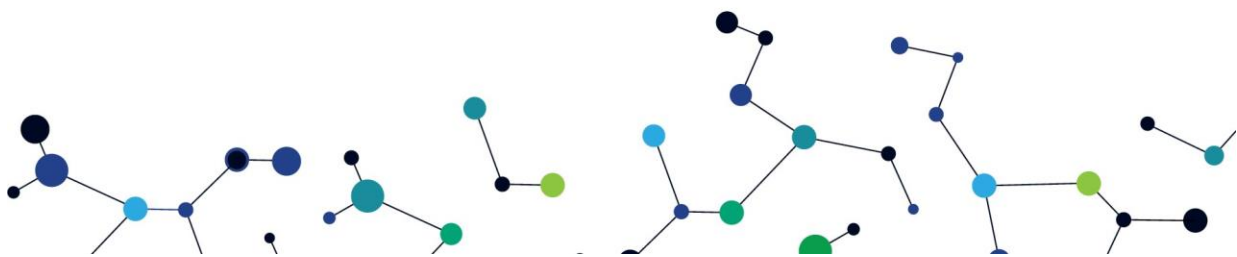
7. Instelling voor revalidatie

- Op het moment van ontslag uit het ziekenhuis is er een medicijnlijst, medische, verpleegkundige en paramedische overdracht beschikbaar voor de zorgprofessionals van de instelling voor revalidatie. Daarnaast krijgen patiënten een Actueel Medicatie Overzicht (AMO) mee.
- Indien de overdracht op de dag van opname niet aanwezig is binnen de instelling of indien er onduidelijkheden of bijzonderheden zijn, neemt de desbetreffende discipline telefonisch contact op met de desbetreffende discipline van het ziekenhuis voor informatie of overdracht.
- De ketencoördinatoren/transerverpleegkundigen/leidinggevenden evalueren regelmatig met de betrokken partijen (ketenoverleggen) of het triageproces, de overdracht en de transfers (begeleiding patiënten) naar tevredenheid van de betrokken partijen verloopt. Indien dit niet het geval is, nemen de ketencoördinatoren het initiatief tot het zoeken van oplossingen in nauw overleg met de betrokkenen.
- Halfjaarlijks vindt een ketenoverleg plaats tussen de transerverpleegkundigen van het ziekenhuis, het opnamebureau van de instelling voor revalidatie en een vertegenwoordiger van specialisten ouderengeneeskunde/revalidatieartsen/neurologen. Doel van dit overleg is het bespreken van de stand van zaken van triage en overdracht, van eventuele verbeterpunten en het optimaliseren van de samenwerking tussen de partijen.
- De zorg en behandeling binnen de instelling voor revalidatie is integraal en multidisciplinair van aard en afgestemd op de specifieke hulpvraag van de patiënt. De patiënt en diens mantelzorger krijgen zoveel mogelijk de eigen regie over de behandeling.
- De voortgang van revalidatie van de patiënt wordt minimaal 2 maal besproken in een multidisciplinair overleg (MDO), waarop volgend in samenspraak met patiënt en mantelzorger het zorg- en behandelplan indien nodig wordt aangepast. Naar gelang de situatie van de patiënt dit verlangt zullen deze MDO's minder vaak of vaker plaatsvinden.
- De ketencoördinatoren/transerverpleegkundigen/leidinggevenden dragen er zorg voor dat de behandeling steekproefsgewijs met patiënten en mantelzorgers wordt geëvalueerd (bijvoorbeeld d.m.v. exitgesprekken) en koppelen eventuele verbeterpunten terug naar de zorgprofessionals.
- De patiënt en mantelzorger worden binnen een week na opname op de hoogte gebracht van de voorlopige ontslagdatum van de patiënt.
- Professionals brengen de thuissituatie van de patiënt in kaart door (indien nodig) een huisbezoek te brengen. Ze bespreken adviezen voor aanpassingen zoals beugels of trapliften met patiënt en/of mantelzorger.



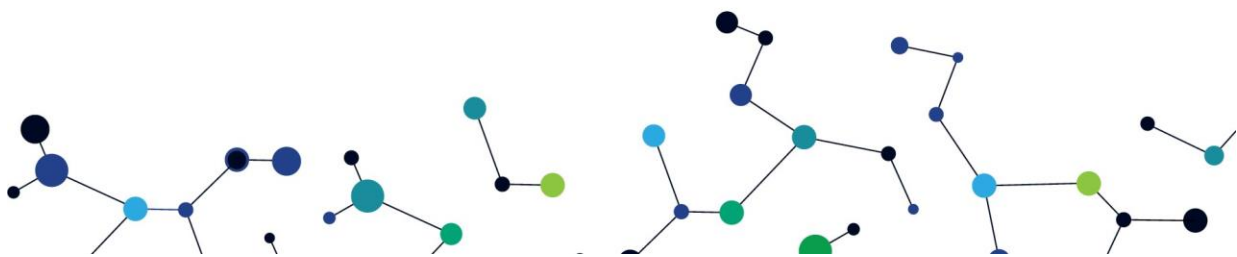
8. Transfer naar thuissituatie

- De instelling voor revalidatie vraagt 3-5 werkdagen voor ontslag van de patiënt indien nodig de thuiszorg aan bij de door de patiënt gewenste thuiszorgorganisatie.
- De verpleegkundige overdrachten naar de thuiszorgorganisaties zijn gebaseerd op de richtlijnen overdracht van de beroepsvereniging verpleegkundigen en verzorgenden Nederland (V&VN) en op gegevens die zijn aangedragen door de betreffende thuiszorgorganisaties.
- Indien de patiënt dit wenst of indien de complexiteit van de situatie van de patiënt hierom vraagt verzorgt de thuiszorgorganisatie een intake binnen de instelling voor revalidatie.
- De patiënt krijgt de verpleegkundige overdracht mee op de dag van ontslag, en draagt deze over aan de verpleegkundigen van de thuiszorg en eventueel een casemanager.
- De instelling voor revalidatie stuurt op de dag van ontslag de medische en medicatie overdracht naar de huisarts van de patiënt.
- De patiënt krijgt de ontslag recepten, actuele medicatielijst en medicatie voor de lopende week mee op de dag van ontslag.
- In de overdracht naar de huisarts/POH staat vermeld welke paramedische zorg de professionals van de instelling voor revalidatie adviseren.
- Organisaties in de Rotterdam Stroke Service bieden paramedische zorg in de eerstelijns. Met de patiënt vindt overleg plaats over wensen rondom paramedische behandeling. De patiënt krijgt zo nodig paramedische overdrachten mee op de dag van ontslag.
- De ketencoördinatoren/transferverpleegkundigen/leidinggevenden evalueren regelmatig met de betrokken partijen of de overdracht en de transfers (begeleiding patiënten) naar tevredenheid van de betrokken partijen verloopt. Indien dit niet het geval is, zoekt men in nauw overleg met de betrokkenen naar oplossingen.
- Minimaal eens per jaar vinden ketenoverleggen plaats tussen betrokkenen in de geriatrische revalidatie, medisch specialistische revalidatie, betrokken eerstelijns zorgaanbieders en ziekenhuis. Doel van dit overleg is het bespreken van de stand van zaken, de overdracht, bespreken van eventuele verbeterpunten en het optimaliseren van de samenwerking tussen de instelling voor geriatrische revalidatie en de eerstelijns zorgaanbieders. Indien de situatie erom vraagt zal dit ketenoverleg frequenter plaatsvinden.



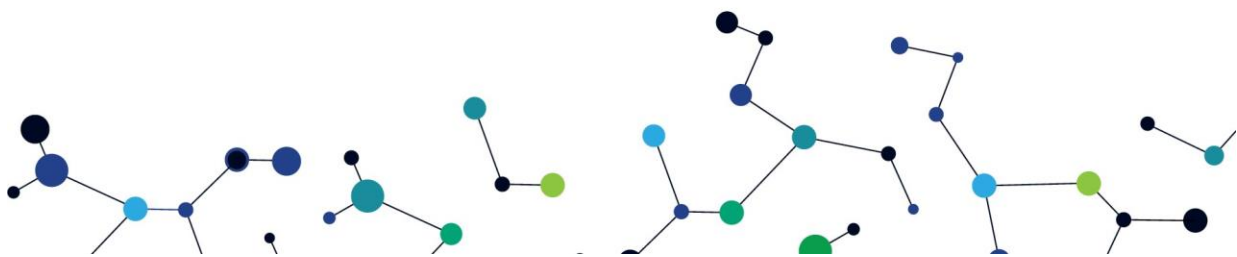
9. Thuissituatie

- Indien geen tijdige overdracht (dag van ontslag) naar huisarts/POH en/of thuiszorgorganisaties is verstuurd koppelen zij dit terug naar de betrokkenen binnen de instelling voor revalidatie.
- De huisarts of POH vraagt na bij de patiënt of hij of zij de geadviseerde zorg ontvangt zoals overgedragen. Indien dit niet het geval is gaan zij na wat de reden hiervan is.
- De nazorg is de verantwoordelijkheid van verschillende partijen zoals de POH, wijkverpleegkundige, casemanager en de CVA nazorg verpleegkundigen.



10. Referenties

1. Zorgpad academische werkplaats Maastricht. 2017.
2. Zorginstituut Nederland. Medisch specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. 2015.
3. Zorgverzekeraars Nederland. Inkoopgids Geriatrische Revalidatie. 2014.
4. Nederlandse Zorgautoriteit. Transitie geriatrische revalidatie van AWBZ naar Zvw. 2012.
5. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen & Revalidatie Nederland. Indicatiestelling medisch specialistische revalidatie. 2016.
6. Zorgzwaartepaketten sector V&V versie 2014.
7. Actiz. Handreiking Zorgverzekeringswet. Contracteerjaar 2013. Actiz, 2012.
8. Singer. Leidraad Geriatrische Revalidatie Zorg. Leiden: 2013.
9. Verenso. Triageinstrument Geriatrische Revalidatie. Utrecht: Verenso, 2013.





Tekst en opmaak:
Bianca Buijck
Tessa van Gorsel

Evaluatiedatum:
1 juni 2025