

Implementatie Zorgpad Geriatrische Revalidatiezorg



Een leidraad bij het implementeren van het Zorgpad
Geriatrische Revalidatiezorg in de dagelijkse praktijk

**Ziekenhuis
Geriatrische Revalidatiezorg
Eerstelijns zorgaanbieders**

Maastricht, januari 2016, versie 2

Inhoud

Doel van dit document.....	3
Stappenplan.....	4
Stap 1: Commitment bij partners.....	5
Stap 2: Oprichten werkgroep implementatie zorgpad	6
Stap 3: Aanstellen zorgpadcoördinator geriatrische revalidatiezorg	7
Stap 4: Aanpassen zorgpad naar gebruik in lokale situatie	8
Stap 5: Ondertekenen zorgpaddocument	8
Stap 6: Analyseren huidige zorg en afwijkingen van de gewenste zorg	9
Stap 7: Analyse doelgroep	11
Stap 8: Keuze en uitvoering implementatiestrategieën	12
Bijlage 1: Functie omschrijving Zorgcoördinator.....	16
Bijlage 2: Checklist Stappenplan.....	18

Dit document fungeert als een groeidocument waaraan steeds onderdelen worden toegevoegd.

Doel van dit document

Een nieuwe werkwijze of interventie laat zich niet zomaar implementeren. Om de invoering van een innovatie in de dagelijkse praktijk te laten slagen, is een actieve en planmatige aanpak van het implementatieproces van essentieel belang. In dit document worden adviezen gegeven over de aanpak bij implementatie van het zorgpad geriatrische revalidatiezorg. Deze adviezen zijn gebaseerd op ervaring bij het implementeren van het zorgpad in de regio Maastricht en inzichten uit de implementatieliteratuur^{1,2}.

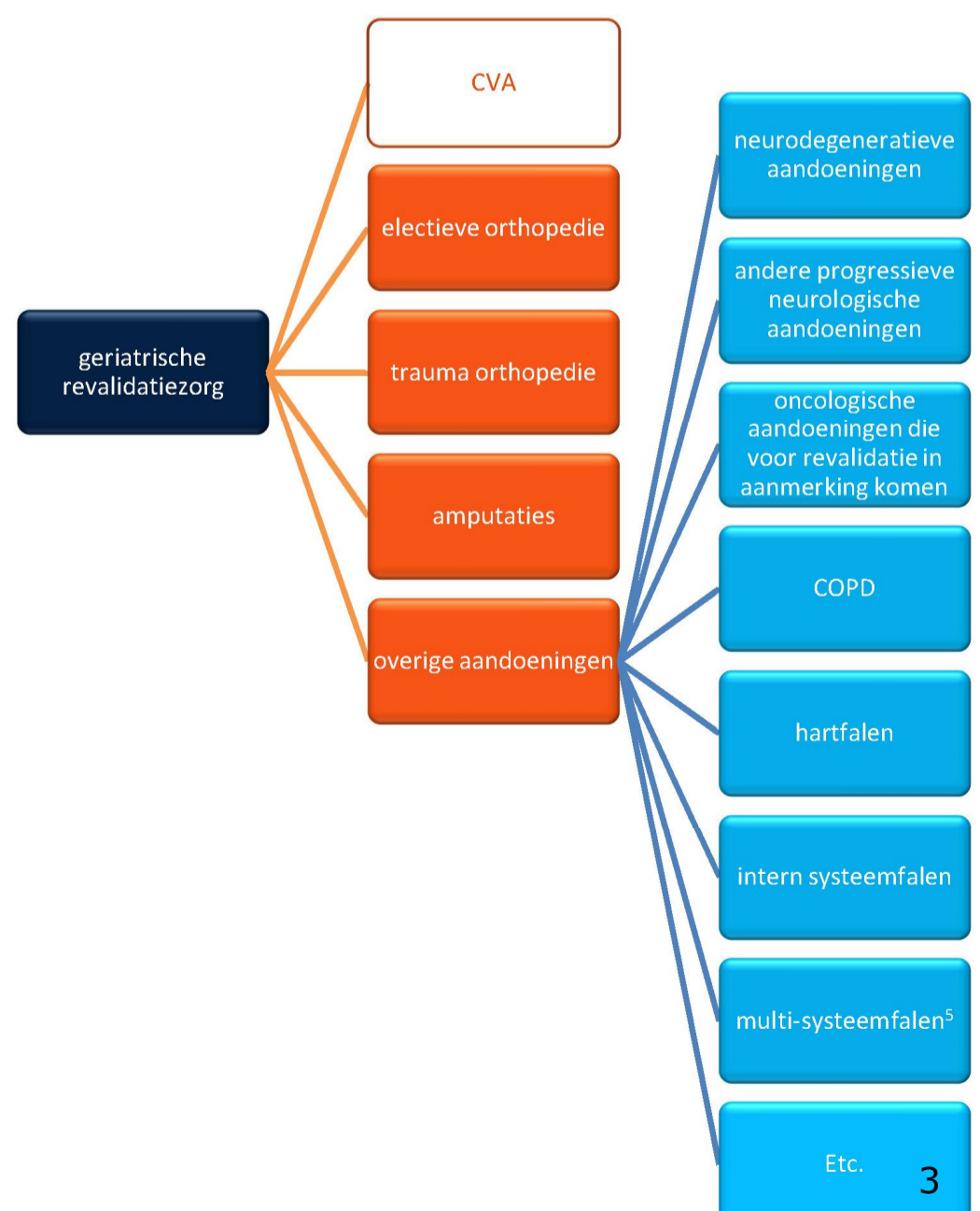
Doelgroep

De patiënten die in aanmerking komen voor geriatrische revalidatiezorg zijn in te delen in vijf diagnosegroepen, namelijk

1. CVA,
2. electieve orthopedie,
3. trauma orthopedie,
4. amputaties en
5. 'overige aandoeningen'. De 'overige aandoeningen' kunnen worden uitgesplitst in neurodegeneratieve aandoeningen en andere progressieve neurologische aandoeningen, oncologische aandoeningen die voor revalidatie in aanmerking komen, COPD, hartfalen, intern systeemfalen en multi-systeemfalen.

Dit zorgpad richt zich op alle doelgroepen van de geriatrische revalidatiezorg exclusief de CVA-groep, omdat voor de groep CVA-cliënten een aparte CVA-keten bestaat. Veel van hetgeen wat in het zorgpad staat beschreven is echter ook relevant voor de CVA-groep.

Dit document dient als leidraad voor iedereen die geïnteresseerd is in implementatie van het zorgpad geriatrische revalidatiezorg voor de doelgroep 'overige diagnosen'. Er wordt in dit document in chronologische volgorde weergegeven welke stappen achtereenvolgens genomen moeten worden om succesvolle implementatie van het zorgpad te realiseren.



Stappenplan



Stap 1: Commitment bij partners

Een eerste stap bij implementatie van het zorgpad is **in overleg gaan met partners in de regio** die betrokken zijn bij zorg voor ouderen (ziekenhuis, instelling voor geriatri-sche revalidatiezorg, thuiszorg, huisartsen-organisatie, eerstelijns fysiotherapeuten, ergo-therapeuten, etc.), om na te gaan of er commitment is voor implementatie van het zorgpad.

Indien er geen commitment bij de partners bestaat, probeert u dan bij deze personen interesse en betrokkenheid te bewerkstelligen door bijvoorbeeld:

- De mogelijke voor- en nadelen van het invoeren van zorgpaden te bespreken;
- Informatie te geven over best practices in andere regio's waar zorgpaden zijn ingevoerd (cijfers / patiëntervaringen);
- Aan te geven dat het zorgpad kan worden aangepast naar gebruik in de lokale situatie.

Wanneer partners aangeven te willen deelnemen aan implementatie van het zorgpad is het belangrijk dat het **management** van de organisaties het zorgpad openlijk stimuleert en ondersteunt. Dit kan bijvoorbeeld door het op de agenda van interne besprekingen te zetten en mensen vrij te maken om aan de implementatie van het zorgpad te werken.



Stap 2: Oprichten werkgroep implementatie zorgpad

Wanneer er commitment is bij de partners in de regio, is het van belang om een werkgroep op te richten die de implementatie van het zorgpad leidt. Geadviseerd wordt dat deze werkgroep gedurende het eerste jaar ten minste eens per maand samen komt. Zodra het zorgpad is geïmplementeerd kan de frequentie van deze overleggen worden verlaagd.

Het wordt aangeraden dat deze werkgroep bestaat uit **ten minste één afgevaardigde zorgprofessional vanuit iedere deelnemende organisatie**. Deze afgevaardigden vertegenwoordigen hun organisaties en hebben bij voorkeur korte lijntjes met het management. Daarnaast geniet het de voorkeur dat ze beschikken over voldoende werkervaring en kennis over de eigen organisatie.

Overige vaardigheden en eigenschappen die van belang zijn bij het kiezen van een geschikte afgevaardigde zijn:

- Het geheel kunnen overzien en vooruit kunnen kijken;
- Binnen de eigen organisatie bekend staan als "opinie leider". Dit betekent dat ze respect hebben vanuit hun team, door collega's worden gezien als geloofwaardig, deskundig en acceptabel.

- Enthousiast en gemotiveerd zijn voor verandering; open staan voor vernieuwing;
- Beschikken over doorzettingsvermogen en geduld;
- Goed kunnen communiceren en samenwerken en open staan voor feedback.

De leden van de werkgroep vormen ook naar hun eigen organisatie toe het **aanspreekpunt** m.b.t. vragen over implementatie van het zorgpad.



Stap 3: Aanstellen zorgpadcoördinator geriatrische revalidatiezorg

Een derde stap is het aanstellen van een zorgpadcoördinator geriatrische revalidatiezorg, die als schakel en aanspreekpunt fungeert tussen de zorgverleners van de verschillende zorgorganisaties. De zorgpadcoördinator heeft tot doel om samen met de betrokken organisaties de **samenwerking te verbeteren en de continuïteit en kwaliteit van de geriatrische revalidatiezorg te vergroten**. In bijlage 1 vindt u een profielschets van deze persoon.

De zorgpadcoördinator staat ten dienste van de hele keten en opereert niet namens één partij. Deze functie kan op verschillende manieren worden ingevuld:

1. Er kan iemand worden vrijgemaakt bij één van de deelnemende organisaties. Het is hierbij essentieel dat de deze persoon in de rol van zorgpadcoördinator fungeert als een neutraal persoon die ten dienste staat van de hele keten;
2. De betrokken organisaties kunnen gezamenlijk geld vrijmaken om een extern persoon aan te trekken.
3. De mogelijkheid kan worden onderzocht om vanuit gelden van een zorgverzekeraar een zorgpadcoördinator (vanuit intern of extern) te financieren.

Om een inschatting te maken van de benodigde inzet van de zorgpadcoördinator wordt een vergelijking gemaakt met de landelijke richtlijn van CVA ketencoördinator. Hierbij wordt de richtlijn 8 uur per 200 patiënten gehanteerd. Dit is echter slechts een indicatie en het is aan de partners zelf de inschatting te maken, hoeveel uren men de zorgpadcoördinator nodig denkt te hebben.

Geadviseerd wordt dat de zorgpadcoördinator tevens deelneemt aan de overleggen van de werkgroep die in stap 2 worden benoemd.



Stap 4: Aanpassen zorgpad naar gebruik in lokale situatie

De eerste taak van de werkgroep is het kritisch **bestuderen van de afspraken** in het zorgpad geriatrie revalidatiezorg en bespreken of het zorgpad in de huidige vorm kan worden overgenomen door de organisaties betrokken bij het zorgpad.

Indien bepaalde afspraken niet geheel kunnen worden overgenomen (vanwege bijvoorbeeld verschillen in structuren/afspraken) dan kunnen deze worden aangepast naar de lokale situatie. De uiteindelijke afspraken in het zorgpad komen vast te liggen in een zogenaamd '**zorgpaddocument**'.

Stap 5: Ondertekenen zorgpaddocument

Op dit moment wordt aanbevolen dat het **management** van de betrokken organisaties in het zorgpad de afspraken in het zorgpaddocument openlijk ondersteunen door hun handtekening onder dit document te zetten.

Dit betekent dat bij alle partners de intentie bestaat dat de afspraken in het zorgpaddocument worden nageleefd.



Stap 6: Analyseren huidige zorg en afwijkingen van de gewenste zorg

Geadviseerd wordt dat de **afspraken in het zorgpad vervolgens door de werkgroep vergeleken worden met de feitelijke zorgverlening op dat moment**. Hierbij is het van belang om na te gaan welke zorg er nu geleverd wordt, of deze zorgverlening in lijn is met de afspraken in het zorgpad en waar de belangrijkste afwijkingen liggen.

De manier en uitvoerigheid waarop dit kan plaatsvinden is afhankelijk van het eigen inzicht in de huidige zorg en de beschikbare tijd. Wanneer de feitelijke zorgverlening niet geheel duidelijk is en er voldoende tijd beschikbaar is om deze te analyseren, adviseren wij dit te doen door de leden van de werkgroep **afzonderlijk gesprekken** te laten voeren met **zorgverleners in de eigen organisatie**. Deze gesprekken moeten zich voornamelijk richten op:

- de werkwijze omtrent het proces van triage,
- eigen regievoering van patiënt en mantelzorger,
- transfer van patiënten,
- kwaliteit en tijdigheid van overdrachten, screening en assessments gedurende het traject,
- nazorg in de thuissituatie en
- het integrale en multidisciplinaire proces van geriatrische revalidatie.
- Ook is het belangrijk dat op dat moment al vragen worden gesteld over

de te verwachten bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van het zorgpad.

Bij de keuze van zorgverleners waarmee de leden van de werkgroepen **gesprekken** gaan voeren, wordt aangeraden om na te gaan wie direct betrokken is bij de zorgverlening rondom het zorgpad of rondom ouderenzorg. Wij adviseren daarom om in het **ziekenhuis** gesprekken te voeren met een **manager of beleidsmaker betrokken bij ouderenzorg of transmurale zorg, een geriater of internist ouderengeneeskunde, een verpleegkundig specialist geriatrie / ouderenzorg en iemand die betrokken is bij het ontslag van patiënten, zoals een transferconsulent**.

Het werkgroep-lid vanuit de **instelling voor geriatrische revalidatiezorg** kan gesprekken voeren met een **manager/ beleidsmaker, een specialist ouderengeneeskunde, een verpleegkundige en een fysiotherapeut**. Aangezien het zorgpad zich grotendeels focust op transfers van patiënten wordt hierbij tevens geadviseerd om personen uit te kiezen die betrokken zijn bij opname of ontslag van patiënten.

Stap 6: <vervolg>

In de **eerste lijn** wordt aangeraden om te bekijken of er organisaties bestaan waarin **huisartsen, praktijkondersteuners (POH) ouderenzorg, fysiotherapeuten en ergotherapeuten** zich verenigen. Indien dit het geval is dan kan bij deze organisaties worden nagegaan welke huisarts, POH ouderenzorg, fysiotherapeut en ergotherapeut zijn/haar beroepsgroep kan vertegenwoordigen en een duidelijk overzicht heeft van de huidige zorgverlening aan ouderen. Deze personen kunnen vervolgens worden benaderd voor een gesprek.

Ten slotte wordt aangeraden om tevens de huidige zorgverlening te bespreken met een **manager/beleidsmaker en een wijkverpleegkundige van een thuiszorgorganisatie**. Naast dat deze gesprekken zorgen voor informatie over het huidige handelen van de zorg en afwijkingen ten opzichte van het gewenst handelen (het zorgpad), draagt het voeren van deze gesprekken met zorgverleners waarschijnlijk bij aan een gevoel dat er iets verbeterd moet worden.

Informatie die ook van belang kan zijn bij het in kaart brengen van de huidige zorg zijn cijfers over:

- de ligduur in het ziekenhuis,
- de opnameduur in de geriatrische revalidatiezorg,
- het percentage patiënten dat na ontslag bij de instelling voor geriatrische revalidatiezorg naar huis wordt ontslagen en
- het aantal heropnames van de patiënten in het ziekenhuis.

Door deze cijfers in kaart te brengen kan enerzijds bij zorgverleners een gevoel ontstaan dat er iets moet veranderen. Anderzijds kunnen deze cijfers later worden vergeleken met dezelfde cijfers na invoering van het zorgpad en kan zo worden nagegaan of invoering van het zorgpad heeft gezorgd voor verbetering van zorg.

Wanneer het inzicht in de feitelijke zorgverlening op bepaalde gebieden al geheel duidelijk is dan volstaan minder gesprekken of andere methoden om de zorg te analyseren eveneens.



Stap 7: Analyse doelgroep

Nadat de huidige manier van zorgverlening is geanalyseerd, wordt aan de werkgroep aangeraden om zowel de **kenmerken van de doelgroepen** betrokken bij de verandering te analyseren, evenals de **bevorderende en belemmerende factoren** ten aanzien van de verandering. Wij adviseren om hierbij zowel de kenmerken van de doelgroep **zorgverleners**, de doelgroep **patiënten** en de doelgroep **mantelzorgers** die met het zorgpad in aanraking komen, te analyseren.

Het is hierbij belangrijk om minstens antwoord te krijgen op de volgende vragen:

- Wie is gebaat bij implementatie van het zorgpad en om welke reden?
- Bij wie bestaat er bereidheid om te veranderen, bij wie niet en om welke reden?
- In welke fase van verandering bevinden de doelgroepen zich? (Hierbij kunt u denken aan de oriëntatiefase, inzichtfase, acceptatiefase, fase van verandering en fase van borging van het zorgpad);
- Bestaan er subgroepen binnen de doelgroepen op het gebied van innovatie of veranderingsgezindheid? Hierbij kunt u denken aan voorlopers (de eerste personen die willen veranderen), een middengroep en achterblij-

vers. Daarnaast kan er onderling verschil zijn tussen zorgverleners wat betreft enthousiasme, overtuigingkracht, etc.

- Welke overige factoren bevorderen of bemoeilijken de implementatie van het zorgpad?

Zorgverleners

Bij het analyseren van de doelgroep zorgverleners geldt eveneens dat de uitvoerigheid waarmee dit gebeurt afhankelijk is van het huidige inzicht in de doelgroep en de beschikbare tijd. Het analyseren van de doelgroep zorgverleners kan wederom door werkgroep leden afzonderlijk in hun eigen organisaties worden uitgevoerd. Een manier die hiervoor geschikt is, zijn *overleggen met leidinggevenden van de verschillende disciplines* (zoals overleggen met leidinggevenden van transferconsulenten, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners ouderenzorg en overleggen met specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen). Deze overleggen hebben tot doel om een antwoord te krijgen op eerdergenoemde vragen.

Patiënten en mantelzorgers

Het analyseren van de doelgroepen patiënten en mantelzorgers kan plaatsvinden door middel van een *focusgroep met patiënten*

Stap 7: <vervolg>

Een focusgroep is een homogeen samengestelde groep, waarin een zorgvuldig geplande discussie wordt gevoerd over hun ideeën, motieven, belangen en denkwijze omtrent een omschreven aandachtsgebied, in dit geval dus de afspraken uit het zorgpad. Door het uitvoeren van de focusgroepen kan informatie worden verkregen over de belangen die patiënten en mantelzorgers hebben bij de implementatie van het zorgpad.

Deelnemers voor deze focusgroepen kunnen eventueel binnen de cliëntenraad worden gerekruteerd. Deze focusgroep kan door de zorgpadcoördinator worden geleid.

Wij adviseren om de resultaten van alle gesprekken terug te koppelen binnen het werkgroep overleg om de verdere stappen van implementatie te kunnen uitvoeren.

Stap 8: Keuze en uitvoering implementatie strategieën

Op basis van stap 6 en 7 is informatie verzameld over de doelgroepen die het zorgpad gaan implementeren, en over de mate waarin er bij welke personen bereidheid is om te veranderen. Op basis van deze kennis kan **in de werkgroep overlegd worden welke implementatiestrategieën op welke momenten geschikt zijn om de implementatie van het zorgpad te bevorderen**. De keuze voor implementatiestrategieën is wederom afhankelijk van de fase waarin de organisaties zich bevinden, de tijd en beschikbare middelen.

Bewustwording

Hieronder volgen een aantal implementatiestrategieën die worden aangeraden om onder zorgverleners bewustwording te creëren over het zorgpad en om ze inzicht te geven in de inhoud hiervan:

- Het zorgpaddocument wordt toegankelijk en helder vormgeven en deze wordt vervolgens binnen een **intranet-systeem** van de organisatie worden ondergebracht;
- Er wordt een artikel in een **nieuwsbrief of informatieblad** van de organisatie gezet waarin wordt uitgelegd

Stap 8: <vervolg>

welke onderdelen van de huidige zorg afwijken van het gewenst handelen en dat dit de aanleiding is voor implementatie van het zorgpad. In dit artikel kunnen puntsgewijs de afspraken uit het zorgpad worden weergegeven, en kan vergezeld gaan van bijvoorbeeld een foto van een manager die het document ondertekent;

- Het wordt aangeraden om een **factsheet** met aantrekkelijke vormgeving te ontwikkelen die beknopt en overzichtelijk de afspraken in het zorgpad weergeeft (als voorbeeld kunt u de factsheet van het zorgpaddocument geriatrische revalidatiezorg nemen). Deze kan vervolgens worden verspreid onder betrokken zorgverleners. In dit factsheet kan tevens worden verwezen naar de digitale versie van het zorgpaddocument.
- Binnen alle verpleegafdelingen in het ziekenhuis die te maken hebben met ouderen en binnen iedere afdeling van de GRZ wordt een **geplastificeerde versie van het zorgpaddocument** worden gelegd. Het zorgpaddocument kan tevens digitaal naar de verenigingen voor eerstelijns zorgorganisaties in de regio worden gestuurd met de

vraag of zij het document verder willen verspreiden.

- Geadviseerd wordt om de afdelingen in het ziekenhuis die veel te maken hebben met ouderenzorg (zoals geriatricie, interne geneeskunde en Maag Darm Lever) en iedere afdeling in de Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ) een korte **scholing** te geven over de inhoud van het zorgpad. Deze scholing kan worden verzorgd door het werkgroep lid vanuit het ziekenhuis en vanuit de GRZ. Het is belangrijk dat deze scholing interactief is zodat er kritische vragen kunnen worden gesteld over het huidige handelen en zodat weerstand tegen de verandering kan worden besproken;
- Om meer inzicht te krijgen in het eigen handelen kunnen bepaalde afspraken uit het zorgpad worden **gemonitord**. Hierbij kunt u denken aan de kwaliteit van triage, de timing en kwaliteit van overdrachten, het aantal keer dat een intake wordt gedaan binnen de GRZ door thuiszorgorganisaties, etc. Geadviseerd wordt dat de zorgpadcoördinator er tevens zorg voor draagt dat het monitoren juist gebeurt en de resultaten terugkoppelt naar de zorgverleners waar de ge-

Stap 8: <vervolg>

- Geadviseerd wordt om **tweemaandelijks een overleg** te organiseren tussen:

- 1) medewerkers van het ziekenhuis die te maken hebben met ontslag en transfer van patiënten naar de GRZ en met medewerkers van de GRZ die te maken hebben met opname van patiënten vanuit het ziekenhuis;
- 2) medewerkers van de GRZ die te maken hebben met ontslag en transfer van patiënten naar de eerste lijn en met medewerkers van de eerste lijn die te maken hebben met opname van patiënten vanuit de GRZ.

Doel van deze overleggen is het bespreken van de stand van zaken van triage, transfer en overdracht van patiënten en van eventuele overige verbeterpunten om zo de samenwerking te optimaliseren. Het wordt aangeraden dat de zorgpadcoördinator deze overleggen initieert en de agenda rondstuurt.



Implementatie

Nadat de zorgverleners die betrokken zijn bij het zorgpad bewust zijn van het zorgpad en inzicht hebben in de inhoud, wordt aangeraden om de volgende stappen te nemen om daadwerkelijk tot implementatie van het zorgpad te komen:

- De zorgverleners die in stap 7 zijn geïdentificeerd als bereid om te veranderen (de voorlopers), worden door het werkgroep lid geïnstrueerd om openlijk een **positieve houding** ten opzichte van het zorgpad te laten zien en om de voordelen van het zorgpad tegenover hun collega's te uiten.
- Het is aan te raden om tijdens team overleggen door het werkgroep lid **aandacht te besteden aan problemen** die zorgverleners verwachten bij de implementatie van het zorgpad en aan eventuele weerstand t.a.v. de nieuwe manier van werken. Er kunnen vervolgens in samenspraak met deze zorgverleners oplossingen voor deze problemen worden gezocht.
- Om een **goede kwaliteit van de overdrachten** te garanderen adviseren we om tijdens de overleggen tussen ziekenhuis en GRZ en tussen

Stap 8: <vervolg>

- de GRZ en eerste lijn de huidige overdracht formulieren kritisch te bekijken. Hierbij is het belangrijk dat de ontvangende partij aangeeft welke informatie in de overdrachten noodzakelijk is om de zorg op een veilige manier te continueren. Indien nodig kunnen de formulieren worden aangepast.
- De **zorgpadcoördinator monitort nieuwe afspraken** (zoals het versturen van nieuwe overdrachtsformulieren), bijvoorbeeld door zorgverleners een checklist te laten aftekenen waarin vragen worden gesteld over tijdigheid en kwaliteit van de overdrachten. De zorgpadcoördinator analyseert deze gegevens en geeft regelmatig terugkoppeling van de resultaten aan de zorgverleners. Op deze manier krijgen de zorgverleners bevestiging van het nut en het effect van de verandering.
 - De zorgverleners die in stap 7 zijn geïdentificeerd als bereid om te veranderen, kunnen door het werkgroep lid geïnstrueerd worden om collega's **positieve feedback** te geven wanneer ze de nieuwe werkwijze toepassen.
 - De zorgpadcoördinator stimuleert het om tijdens overleggen **knelpunten** in de nieuwe werkwijze **bespreekbaar** te maken en hier **oplossingen** voor te vinden.
- Om de nieuwe werkwijze een vast onderdeel van de dagelijkse routines te laten worden adviseren we ten slotte om **de factsheet met informatie over de afspraken in het zorgpad op een prominente plek hangen en om in een nieuwsbrief of informatieblad voor medewerkers regelmatig monitoringsresultaten vermelden.**

Referenties:

1. Everink IHJ, van Haastregt JCM, Maessen JMC, Dielis LMJ, Kempen GIJM, Schols JMGA. Uitdagingen in de geriatrische revalidatiezorg: de ontwikkeling van een zorgpad. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 2015; 46(2): 104-112.
2. Grol, R, Wensing, M. Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg. Reeds Business Education, Amsterdam, 2013.

Bijlage 1 | Zorgpadcoördinator Geriatrische Revalidatiezorg

Inleiding

Binnen de keten Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) is goede samenwerking en afstemming tussen de verschillende partners in de keten van groot belang. Goede afstemming bevordert effectiviteit, doelmatigheid en transparantie binnen de keten. Om deze reden is het van belang **een zorgpadcoördinator aan te stellen met als doel het bevorderen van de samenwerking tussen de ketenpartners en het vergroten van de continuïteit en kwaliteit van de zorg.**

Functieomschrijving zorgpadcoördinator GRZ Maastricht-Heuvelland

De zorgpadcoördinator vormt de schakel tussen de (multidisciplinaire) zorgprofessionals van het ziekenhuis, de geriatrische revalidatiezorg en de eerstelijnszorg in de GRZ keten. Samen met de betrokken ketenpartners richt de zorgpadcoördinator zich op:

- het verbeteren van de coördinatie, continuïteit en kwaliteit van de geriatrische revalidatiezorg en
- het zo goed mogelijk afstemmen van de zorg op de specifieke wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt en diens mantelzorger.

Dit gebeurt o.a. door het organiseren van diverse overleggen tussen de ketenpartners en andere relevante partijen, het monitoren en evalueren van prestaties en kwaliteit van de zorg, het initiëren en implementeren van verbeterplannen daar waar verbetermogelijkheden worden gesignaleerd en het op de voet volgen van de ontwikkelingen in de GRZ. De zorgpad-

coördinator staat ten dienste van de hele keten en opereert niet namens één partij. De taken van de zorgpadcoördinator worden in tabel 1 nader gespecificeerd.

Om tot een duidelijke beschrijving van de doelen en inhoud van de ketensamenwerking binnen het zorgpad geriatrische revalidatiezorg te komen, is het van belang dat de ketencoördinator duidelijk zichtbaar is en er frequent overleg plaats vindt tussen de ketenpartners. Hierbij zullen concrete en evalueerbare afspraken worden gemaakt.

Om een inschatting te maken van de benodigde inzet van de zorgpadcoördinator wordt een vergelijking gemaakt met de landelijke richtlijn van CVA ketencoördinator. Hierbij wordt de richtlijn 8 uur per 200 patiënten gehanteerd. Dit is echter slechts een indicatie en het is aan de keten de inschatting te maken, hoeveel uren men de zorgpadcoördinator nodig denkt te hebben.

Bijlage 1 <vervolg>

Tabel 1: Taken zorgpadcoördinator GRZ

Organiseren van overleggen

- Het organiseren van overleggen tussen de ketenpartners op strategisch, tactisch en operationeel niveau.
- Overleg met collega-coördinatoren in de regio die op aangrenzende ketens of netwerken actief zijn om taken af te stemmen.

Monitoren en evalueren

- Monitoren van prestaties en kwaliteit van de keten, voor zowel interne als externe doeleinden (zoals onderhandeling met zorgverzekeraar).
- Monitoren van overdrachten en transfers
- Regelmatig steekproefsgewijs evalueren van de GRZ behandeling met cliënten en mantelzorgers en eventuele verbeterpunten terugkoppelen naar de zorg-professionals.

Ontwikkelen en implementeren verbeterplannen

- Ontwikkelen van verbeterplannen met de ketenpartners op basis van gesignaleerde knelpunten en verbetermogelijkheden.
- Samen met de partners maken en uitvoeren van implementatieplannen voor gewenste innovaties in de zorg
- Stimuleren van borging van innovaties en het nakomen van afspraken.

Volgen van nieuwe ontwikkelingen

- Het onderhouden van contacten met relevante partners in de regio en het land (zoals bijvoorbeeld ActiZ, Verenso, verzekeraars, etc.)
- Het bijhouden van vakliteratuur op gebied GRZ en agenderen van relevante ontwikkelingen.



Bijlage 2 | Checklist Richtlijnen implementatie Zorgpad Geriatrische Revalidatiezorg



<p>Stap 1</p>	<p>Commitment bij partners</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ga in overleg met partners in de regio betrokken bij zorg voor ouderen. • Indien geen commitment: ga in gesprek over voor en nadelen van zorgpaden, cijfers/patiëntervaringen in regio's met zorgpaden, geef aan dat zorgpad kan worden aangepast aan lokale situatie. • Management steunt zorgpad openlijk.
<p>Stap 2</p>	<p>Oprichten werkgroep implementatie zorgpad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Richt een werkgroep op met ten minste één afgevaardigde zorgprofessional vanuit iedere deelnemende organisatie. • Afgevaardigde is aanspreekpunt voor eigen organisatie en beschikt over voldoende werkervaring en kennis over de eigen organisatie; • Werkgroep komt in het eerste jaar ten minste eens per maand samen.
<p>Stap 3</p>	<p>Aanstellen zorgpadcoördinator Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stel een zorgpadcoördinator aan die fungeert als schakel en aanspreekpunt tussen de zorgverleners van de verschillende organisaties. • Doel van aanstelling coördinator is verbeteren van samenwerking en vergroten van continuïteit en kwaliteit van de geriatrische revalidatiezorg. • Profielschets is te vinden in bijlage 1.
<p>Stap 4</p>	<p>Aanpassen zorgpad naar gebruik in lokale situatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indien bepaalde afspraken uit zorgpad niet geheel overgenomen kunnen worden, dan kunnen deze afspraken worden aangepast naar de lokale situatie. • Uiteindelijke afspraken komen vast te liggen in een zogenaamd 'zorgpaddocument'.
<p>Stap 5</p>	<p>Ondertekenen zorgpaddocument</p> <ul style="list-style-type: none"> • Management van betrokken organisaties steunt afspraken in het zorgpad openlijk door een handtekening onder het document te zetten.
<p>Stap 6</p>	<p>Analyseren huidige zorg en afwijkingen van de gewenste zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Werkgroep vergelijkt de afspraken in het zorgpad met de feitelijke zorgverlening op dat moment, bij voorkeur door gesprekken te voeren met zorgverleners in de verschillende instellingen die direct betrokken zijn bij zorgverlening rondom het zorgpad. • De huidige zorg wordt eveneens in kaart gebracht door informatie te verzamelen over ligduur in ziekenhuis, revalidatieduur, percentage patiënten dat na ontslag naar huis wordt ontslagen en aantal heropnames van patiënten in ziekenhuis.
<p>Stap 7</p>	<p>Analyse doelgroep</p> <ul style="list-style-type: none"> • Werkgroep analyseert de kenmerken van de doelgroepen die betrokken zijn bij de verandering (zowel patiënten, mantelzorgers als zorgverleners). Bekijk bij wie bereidheid bestaat om te veranderen en wie in welke fase van verandering zit. • Werkgroep analyseert de bevorderende en belemmerende factoren t.a.v. de verandering. • Kenmerken van doelgroep zorgverleners kunnen worden geanalyseerd door gesprekken te voeren met leidinggevenden van verschillende disciplines. Kenmerken van patiënten en mantelzorgers kunnen worden geanalyseerd door focusgroepen.
<p>Stap 8</p>	<p>Keuze en uitvoering implementatie strategieën</p> <ul style="list-style-type: none"> • Op basis van stap 6 en 7 wordt door de werkgroep beslist welke implementatiestrategieën geschikt zijn op welk moment. • Creëer bewustwording van zorgpad bij zorgverleners d.m.v. intranet, nieuwsbrieven, factsheets, geplastificeerde versie van het zorgpaddocument, scholing en monitoring van afspraken in het zorgpad. • De zorgpadcoördinator organiseert tweemaandelijkse overleg tussen ziekenhuis en de GRZ en tussen de GRZ en eerste lijn om stand van zaken te bespreken over triage, transfer van patiënten en overdrachten. • Strategieën voor daadwerkelijke implementatie van het zorgpad kunnen zijn het inzetten van voorlopers, in gesprek gaan met zorgverleners om eventuele weerstand weg te nemen, het kritisch bekijken van huidige overdracht formulieren, nieuwe afspraken te monitoren en resultaten van deze monitoring terugkoppelen aan zorgverleners, en overlegvormen organiseren tussen de verschillende organisaties.



Maastricht UMC+



www.academischewerkplaatsouderenzorg.nl

Voor nadere informatie over dit document en voor suggesties ten aanzien van het document kunt u contact opnemen met:

Jolanda van Haastregt of Irma Everink
Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg
p/a Maastricht University
Vakgroep Health Services Research - DUB 30
Postbus 616
6200 MD Maastricht



Telefoon: +31(0)43 - 38 81570 of 3881703
j.vanhaastregt@maastrichtuniversity.nl
i.everink@maastrichtuniversity.nl



www.academischewerkplaatsouderenzorg.nl
Volg ons op Twitter via @ouderenzorgZLim