

Overzichtsk kaart Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ)

Context

GRZ is multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen met meerdere complexe problemen én acute of subacute achteruitgang op fysiek, cognitief, sociaal en/of psychisch gebied.

Doel:

Het is gericht op het verminderen van de functionele beperkingen met als doel terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie.

Veel voorkomende ziektebeelden in GRZ:

- patiënten met een doorgemaakt CVA
- patiënten met ernstige verwondingen of fracturen na bijvoorbeeld een val
- patiënten na een ernstige infectie of met een ander ziektebeeld als COPD, kanker of hartfalen, evenals na een IC-opname
- patiënten na een amputatie of gewrichtsvervangende operatie

Start revalidatietraject

Verwijzing vanuit: ziekenhuisopname, polikliniek geriatrie, spoedeisende hulp, huisarts en eerstelijnsverblijf (ELV)

Triage wordt gestart door een arts of transfervernpleegkundige d.m.v. twee screeningsvragen:

1. Heeft de patiënt één of meerdere aandoeningen die een beperking of blijvende beperkingen veroorzaken?
2. Heeft de patiënt meer hulp nodig dan wat één discipline of basis verpleegkundige zorg kan bieden om die beperkingen op te heffen of te verminderen?

Bij 'ja' op beide vragen, wordt aanvullende informatie verzameld via het geriatrisch assessment over onder andere:

- Reden van opname om te revalideren
- Medische voorgeschiedenis en medicatie
- Afspraken rondom ACP
- Premorbide en huidig functioneren (mobiliteit/thuiszorg/ADL)
- Informatie over lichamelijk en cognitief functioneren
- Leerbaarheid, trainbaarheid, motivatie, belastingsmogelijkheden en beperkingen
- Sociale anamnese

Indien alle informatie verzameld is en de specialist ouderengeneeskunde akkoord is, wordt de patiënt opgenomen in een verpleeghuis voor start GRZ, waarbij een DBC geopend wordt (gefinancierd door zorgverzekeringswet).

Opname op GRZ

Tijdens gesprek met patiënt, naasten en behandelteam worden realistische en haalbare doelen afgesproken om veilig naar woonsituatie terug te keren. Uitgangswaarde is zoveel mogelijk wat patiënt zelf kan, zelf laten uitvoeren.

Behandeling

Het multidisciplinair team stelt in afstemming van de individuele doelen een behandelplan op.

Opzet van behandelplan:

Behandelplan	Probleem	Doel	Plan van aanpak	Evaluatie
Somatisch				
Functioneel				
Maatschappelijk				
Psychisch				
Communicatie				

Er wordt regelmatig een multidisciplinair overleg (MDO) met betrokken disciplines georganiseerd voor:

- Evaluatie van behandelplan
- Evaluatie voortgang
- Eventuele wijzigingen in behandeldoelen
- Afweging of nieuwe disciplines nodig zijn
- Haalbaarheid van ontslagdatum
- Noodzakelijke zorg in thuishouding (fysio, thuiszorg)

Einde revalidatietraject:

- Beoogde revalidatiedoelen zijn behaald
- Beoogde revalidatiedoelen kunnen verder thuis worden behaald
- Revalidatie heeft geen meerwaarde meer voor patiënt

Indien terugkeer naar de thuishouding niet meer haalbaar is, dient een indicatie worden aangevraagd voor verzorgings- of verpleeghuis.

Overdracht

Goede overdracht aan het einde van het traject is essentieel. Een specialist ouderengeneeskunde draagt verantwoordelijkheid over aan huisarts en/of andere betrokken zorgprofessionals.

Take home message

- GRZ biedt multidisciplinaire behandeling aan kwetsbare ouderen met complexe multimorbiditeit. Dit is gericht op het verminderen van de functionele beperkingen met als doel terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie.
- De specialist ouderengeneeskunde bepaalt of GRZ een juiste zorgvorm is.
- Tijdens de GRZ worden samen met de patiënt realistische multidisciplinaire doelen opgesteld die op regelmatige basis met alle betrokken partijen worden geëvalueerd in een MDO.