

**Verslag UNO-VUmc themagroep ‘Goede zorg voor revalidanten’**

**Datum: woensdag 25-04-2018**

**Locatie: VU W&N-gebouw S-640**

**Aanwezig:** Anja Willems (AW, voorzitter), Lizette Wattel (LW), Sjenny Winters (SW), Rik van Hardeveld (RH), Hilly Langewen (HL), Jeannine Jaski (JJ), Ingrid van Duursen (ID), Wineke Snel (WS), Tarik Binnekade (TB), Walter Hanssen (WH, verslag)

**Afwezig met bericht**: Sacha Deetman (vervangen door Wineke Snel), Annemiek Venema (vervangen door Tarik Binnekade), Robbert Gobbens, Jisca Vrancken, Tom Groot

**Afwezig zonder bericht:** Monique Slee, Nancy Weema

1. **Opening**

Bij afwezigheid van Robbert zit Anja deze bijeenkomst voor en heet alle aanwezigen welkom. Lizette merkt op dat goal setting niet op de agenda staat. Dit wordt toegevoegd, maar door tijdgebrek komt dit alsnog niet aan de orden en wordt doorgeschoven naar de volgende keer.

Omdat er een aantal nieuwe gezichten in de groep is, stelt iedereen zich voor. Winke Snel is aanwezig namens Vivium. Zij is werkzaam als psychosomatisch fysiotherapeut, lid van de UNO-commissie en al tien jaar werkzaam binnen de GRZ. Zij houdt zich verder bezig met kwaliteit van zorg.

Tarik Binnekade is neuropsycholoog binnen de GRZ en bezig met een promotietraject. Hij vertegenwoordigt Sint Jacob uit Haarlem.

**2. Notulen 31-01-2018**

Zowel Robbert als Walter zijn niet aanwezig bij de volgende bijeenkomst op 13 juni. Er zal goed moeten worden gekeken hoe deze dag wordt ingevuld en wie het verslag maakt.

Op pag. 3, bij het 3e bolletje onderaan de bladzijde staat Fit4Free. Dit moet Fit4Frail zijn.

Op de oproep om een onderwerp aan te dragen dat je in de groep wil bespreken heeft JJ gereageerd.

**3. Mededelingen**

LW doet een aantal mededelingen vanuit de stuurgroep.

* Er is gesproken over het inzetten van de structurele VWS-subsidies. Zo wordt er op 30 mei een werkconferentie georganiseerd bedoeld voor bestuurders en voorzitters van de UNO-commissies. Deze middag zal bestaan uit een algemeen deel en een deel waarin de intensievere samenwerking tussen het UNO en de aangesloten zorgorganisaties wordt besproken.
* Het Fit4Frail-onderzoek begint te lopen, nu bij 10 organisaties (het onderzoek is al aan de gang of er is een kick-off bijeenkomst gepland). Probleem is de inclusie, omdat het mensen betreft die 100% mogen belasten en minimaal drie weken moeten worden opgenomen i.v.m. de meetmomenten in het onderzoekstraject.
* De wetenschapsdag van SANO zal op 8 november in Groningen plaatsvinden
* Het UNO-symposium is op 13 december; het onderwerp is nog niet bekend.

**4. Presentatie Rik van Hardeveld: ELV in Het Gooi**

Rik presenteert aan de hand van een hand-out de samenwerkingsafspraken die in Het Gooi gemaakt zijn over de organisatie van Eerstelijnsverblijf (zie bijlage). De kern van dit convenant staat onder punt 3.2: hoe komt iemand binnen. Elke ELV-er wordt aangemeld via de SO, die is 24/7 bereikbaar hiervoor. Er is rechtstreeks contact met de insturend arts via een bereikbaarheidsdienst. In dit contact wordt bepaald of er sprake is van ELV en welke ELV het betreft. Via de website verwijshulp.nl kun je een overzicht zien van beschikbare bedden in jouw regio. Om dit overzicht up to date te houden is tussen de samenwerkingspartners afgesproken dit overzicht 2x daags te verversen.

De praktijkervaringen over het convenant zijn over het algemeen goed. Er is een halfjaarlijkse evaluatie van de afspraken en alle partijen realiseren zich het belang van de goede samenwerking.

Vragen en opmerkingen:

Geldt voor opname ook de 24/7-regel? Ja. Bij nachtelijke opnames is er ook altijd contact met een SO.

Het blijkt goed te werken om de SO een prominente rol te geven om oneigenlijke opnames te voorkomen.

ID: er loopt momenteel een pilot met Careijn, Axion continu en Zorgspectrum om een soortgelijk protocol met de SEH te realiseren. Hierin heeft de verpleegkundige vanuit het ziekenhuis een grote rol.

Er wordt gevraagd hoe je mensen bij elkaar krijgt om dit soort afspraken te maken. Enkele suggesties:

* ken accreditatiepunten toe voor huisartsen en SO’s
* onderhoud goede contacten met de ziekenhuizen; SEH’s zijn van wezenlijk belang in de verwijzing van ELV-patiënten
* betrek bestuurders in een vroeg stadium, zij tekenen uiteindelijk het convenant
* kom op een tijdstip bij elkaar die voor iedereen schikt, meestal na werktijd

RH: wij zijn in gesprek met de zorgverzekeraars over de diagnosefase en overgangsperiode tussen ELV en GRZ. Het is niet altijd duidelijk waar iemand hoort en de overgang blijkt in de praktijk lastig te zijn. Bovendien is het budget voor behandeling van hoogcomplexe ELV-ers zeer beperkt.

**5. Presentatie Sjennie Winters en Hilly Langewen over eigen regie**

Sjennie presenteert aan de hand van een powerpoint-presentatie een in haar organisatie ontwikkeld model over wat eigen regie precies inhoudt (zie bijlage voor de hand-out). Kernpunt uit het model is de dialoog tussen cliënt en zorgverlener in de gezamenlijke besluitvorming. Hiertoe is onderzoek gedaan in de GRZ en WLZ. Daar kwam uit naar voren dat de cliënt niet centraal staat, maar dat zijn of haar leven grotendeels wordt bepaald door de omgeving.

Er moeten stappen gezet worden in het in gesprek gaan met de cliënt: waar staan we, waar willen we naar toe en is er bewustwording nodig? Het is van belang dat aan de cliënt keuzes worden geboden (deze kunnen verschillen tussen GRZ en WLZ) en we moeten er alert op zijn of de cliënt weloverwogen keuzes kan maken.

Tarik merkt op dat de oudere cliënt vaak niet gewend om eigen regie te nemen of te krijgen, dit levert soms een spanningsveld op. Echter, als de oudere cliënt ervoor kiest om de dokter te laten beslissen, dan kan dat ook gezien worden als eigen regie; hij of zij maakt dan immers de keuze.

Enkele aandachtspunten worden genoemd: er is bewustwording nodig van wat eigen regie inhoudt, dit kost tijd; zorgvrager en zorgverlener moeten naar elkaar toe bewegen; bepaal of zorgverleners hier goed voor zijn toegerust.

LW: de termen die genoemd worden sluiten aan bij de termen die wij hanteren in ons model (goal setting, positieve gezondheidswinst, etc.). Missen we nog dingen in wat wij hebben bedacht binnen de themagroep?

Eigen regie gaat vooral over het stellen van doelen en goal setting past in de gezamenlijke besluitvorming. Hoe geven we dit een plek in het kader dat wij schetsen (theoretisch model)? Is er überhaupt nog wel een theoretisch kader nodig als alles hier al in zit? Geeft dit nieuwe inzichten in goal setting?

SW: gezamenlijk doelen stellen kan aan de hand van de richtlijn ‘goalsetting’. Dit geeft ruimte aan de cliënt om hier een grotere rol in te hebben (stel vragen als: ‘wat wilt u bereiken?’ ‘wat kunnen wij daar aan bijdragen?’).

Overige vragen en opmerkingen.

HL: er is een promovenda die zich hiermee bezighoudt, met name op het gebied van dementie. Zullen wij haar een keer uitnodigen?

LW: kunnen wij bovenstaande vangen in ‘iets’ (een model of richtlijn) waar iedereen wat aan heeft binnen deze themagroep of het UNO-netwerk?

AW: de groep die nu geen eigen regie neemt of kan nemen, kunnen we die op een of andere manier faciliteren/stimuleren toch (een deel) van de eigen regie te nemen. Dit is wel breder dan alleen het gezamenlijk doelen stellen.

JJ: zijn er voorbeelden van hoe je eigen regie meer handen en voeten kan geven in de verschillende organisaties?

**Om op bovenstaande vraag een antwoord te krijgen wordt iedereen gevraagd te inventariseren hoe dit in zijn eigen organisatie wordt neergezet en hoe cliënten hierbij geholpen worden.**

**6. Presentatie Jeannine Jaski: raadpleging ambulante revalidatiezorg**

Jeannine houdt een presentatie naar aanleiding van de Cochrane review ‘Early supported discharge’ uit 2017 en wil graag van de groep horen wat hun ervaringen zijn met ambulante revalidatietrajecten.

Over het algemeen worden er weinig ambulante trajecten gevolgd, met uitzondering van Cordaan. Helaas was Monique niet aanwezig om haar ervaringen daarover met ons te delen. Ook Omring streeft naar intensieve ambulante revalidatie (vooral poliklinisch), omdat de ervaring is dat een cliënt pas thuis tot het besef komt wat er allemaal is gebeurd, wat er voor hem veranderd is en waar hij tegenaan loopt.

Wat zijn de overwegingen om wel of niet een ambulant traject aan te bieden?

Organisatorische redenen worden genoemd: het regelen van vervoer is lastig en wordt niet altijd vergoed, planning op de dag is lastig, patiënten wonen vaak in een ander stadsdeel. De belasting van de patiënt speelt een grote rol. Er moet compliance van de patiënt zijn; hij moet het kunnen en willen.

Er moeten goede afspraken met de patiënt gemaakt worden van de GRZ-setting. Als je als organisatie verschillende GRZ-locaties hebt helpt dat om de patiënt dicht bij huis te door te laten revalideren.

Indien mogelijk kan er gebruik worden gemaakt van een vitaal of mobiel GRZ-team. Ergotherapie heeft een zekere meerwaarde voor behandeling in de thuissituatie.

Aan de andere kant moeten we ons afvragen of een patiënt er behoefte aan heeft. Hoe meten we cliënttevredenheid? Wat is de meerwaarde van hoe ambulante GRZ aanbieden en hoe maken we dat inzichtelijk? We denken dat we het goed georganiseerd hebben, maar is dat ook zo?

**7. Jaarplan 2018**

Er wordt één toevoeging gedaan: PR-van de UNO-commissie in de eigen organisatie.

**8. Rondvraag**

HL: zijn er organisaties aangesloten bij TopCare? Ja, Vivium. Omring zit in een aanloopperiode.

JJ: heeft het kwaliteitskader verpleeghuiszorg (WLZ) aansluiting bij de GRZ? Volgens SW wel. Het kan worden gebruikt, maar is niet verplicht.

**10. Sluiting**

Anja sluit de bijeenkomst af.

**De volgende bijeenkomst is op woensdag 13 juni 2018 van 10.00-12.00 uur. Uitnodiging en agenda volgt.**

**Op de agenda komt in elk geval de presentatie Marije Holstege, best practices eigen regie en goal setting.**

|  |
| --- |
|  |