



KORTDURENDE HERSTELGERICHTE ZORG
BIJ PARKINSON

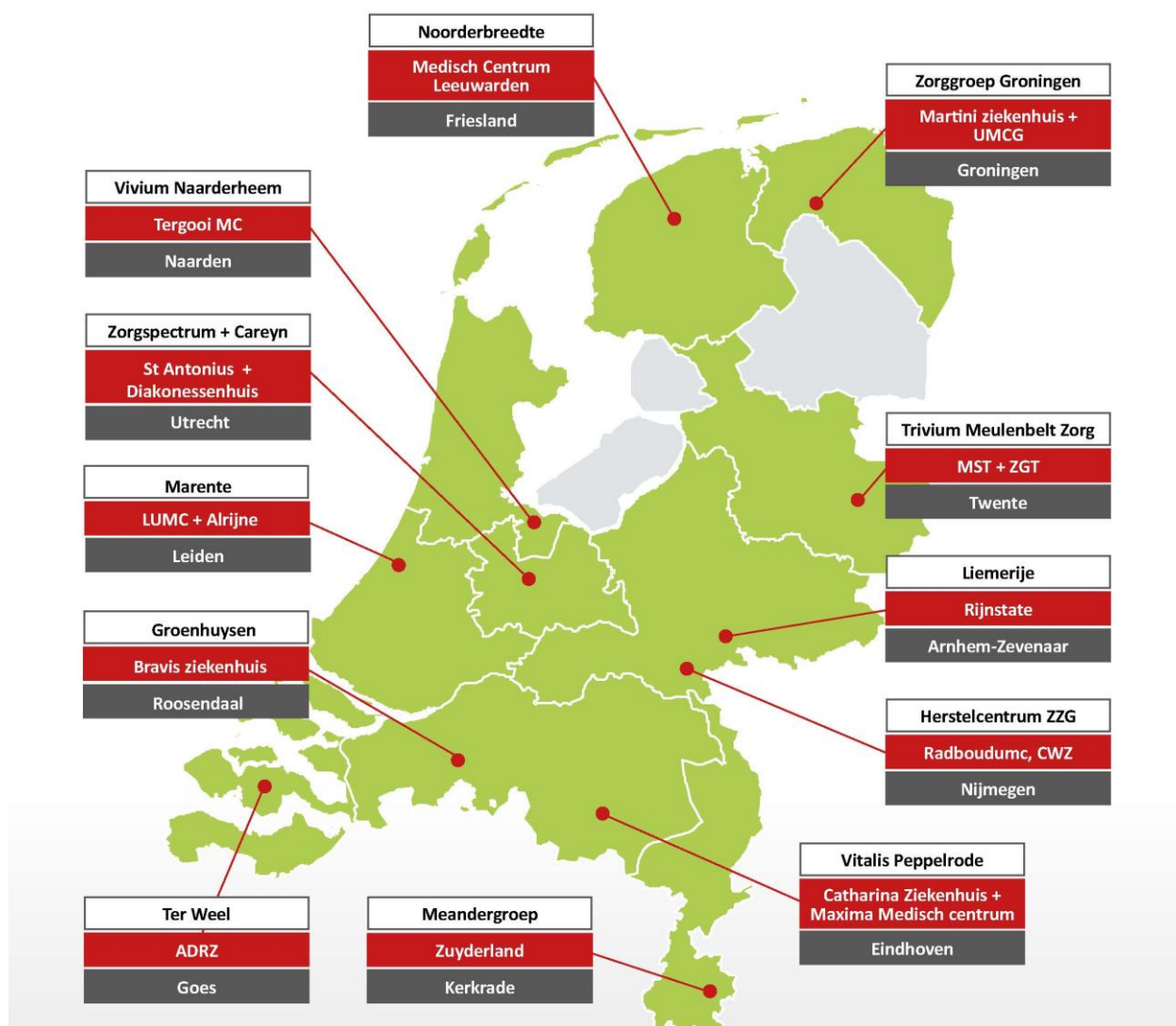
Overeenkomsten en verschillen

Inhoudsopgave

Introductie	5
Deel 1: Eerstelijns Verblijf (ELV)	6
Deel 2: Geriatrische Revalidatie (GR)	15
Deel 3: Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)	27
Conclusie	36

'Parkinson Beter thuis' (PBT) is een door ZonMw gesubsidieerd project dat uitgevoerd wordt door ParkinsonNet in samenwerking met een landelijk consortium bestaande uit:

Parkinson Beter Thuis



Voor het project PBT werd in 2023 bij twaalf zorgorganisaties in Nederland, die kortdurende herstelgerichte parkinsonzorg aanbieden, informatie opgehaald over de organisatie van drie zorgproducten namelijk 1) Eerstelijns Verblijf (ELV), 2) Geriatrische Revalidatie (GR, ook wel bekend als Geriatrische Revalidatie Zorg) en 3) Geneeskundige Zorg aan Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) middels een online vragenlijst en tijdens de startconferentie van dit project. Middels de online vragenlijst werd informatie opgehaald over de teamsamenstelling, huisvesting, samenwerkingsafspraken, bekostiging, indicaties, zorgprocessen en effectmetingen. Daarnaast werd door middel van 15 interviews (fysiek en online) met bestuurders, (para)medici, verpleging en verzorging uitgebreide informatie opgehaald over de typische ELV, GR en GZSP-patiënt met parkinson. Gevraagd werd naar ervaringen met betrekking tot informatie over indicatie, verwijzing, het zorgaanbod, het behandelend- en verzorgend team, opname- en ontslagprocedures, financiële kansen en risico's en belemmerende en bevorderende aspecten in de zorgproducten voor kortdurende herstelgerichte parkinsonzorg.

De interviews werden opgenomen, getranscribeerd en overeenkomsten en verschillen per organisatie werden gedocumenteerd en in kaart gebracht.

In dit rapport bespreken we de gevonden overeenkomsten, verschillen en knelpunten uit de online vragenlijst en de interviews van 12 zorgorganisaties.

Het doel van dit rapport is om:

- 1) Een overzicht te maken van de overeenkomsten, verschillen en knelpunten in het aanbod van kortdurende herstelgerichte parkinsonzorg in Nederland
- 2) Als input te gelden voor de te ontwikkelen zorgstandaard: 'Kortdurende herstelgerichte parkinsonzorg'.

Details over de projectbeschrijving van PBT kunt u opvragen door een mail te sturen aan parkinsonbeterthuis@parkinsonnet.nl.

Introductie

Het aantal mensen met parkinson(isme) in Nederland is in de afgelopen jaren fors toegenomen. Niet alleen door de groei van het aantal mensen met de ziekte, maar ook door toename van ziekte- en overlevingsduur staan we voor grote uitdagingen in de organisatie van zorg. Des te belangrijker is het dat de zorg voor mensen met parkinson(isme) voor nu en in de toekomst goed georganiseerd is. Hoe zorgen we ervoor dat mensen met parkinson(isme) zo lang mogelijk fijn en veilig thuis kunnen wonen? Een mantelzorger niet overbelast raakt? En een opname in het verpleeghuis zo lang mogelijk of zelfs volledig kan worden uitgesteld? Als uitdagingen te groot worden om thuis te blijven functioneren is een revalidatietraject, een kortdurende verpleeghuisopname of dagbehandeling mogelijk. Hiermee kan permanente verpleeghuisopname voorkomen of uitgesteld worden. Een aantal organisaties in Nederland biedt een programma speciaal gericht op parkinson. Patiënten en zorgverleners zijn daar heel positief over. In het project 'Parkinson Beter Thuis' gebruiken we deze goede voorbeelden om andere organisaties te helpen om de zorg ook goed in te richten. Dit doen we door met een afvaardiging uit 12 verpleeghuisorganisaties, patiënten, zorgverleners van de nulde tot en met de derde lijn, zorgverzekeraars en beroepsorganisaties een gezamenlijke standaard te schrijven. Vervolgens helpen we de 12 zorgorganisaties om de zorgstandaard te implementeren in de regio. Het effect van het werken volgens deze standaard wordt geëvalueerd door analyse van gegevens over het zorggebruik. Dit project vormt een basis voor alle verpleeghuizen in Nederland om de zorg voor parkinson te verbeteren en is ook voor andere aandoeningen van waarde.

In dit rapport richten we ons specifiek op de overeenkomsten, verschillen en knelpunten binnen Eerstelijns Verblijf, Geriatrische Revalidatie en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen.

Deel 1: Eerstelijns Verblijf (ELV)

Eerstelijns Verblijf is een kortdurend herstelgericht zorgproduct dat onder te verdelen is in drie categorieën:


- 1) ELV Laag complex (ELV-LC);
- 2) ELV Hoog complex (ELV-HC);
- 3) ELV Palliatief terminale zorg (ELV-PT)

Bij alle drie de categorieën wordt de patiënt kortdurend opgenomen en is medische (herstel)zorg noodzakelijk. ELV Laag is volgens de Nederlandse Zorg autoriteit (NZa) bedoeld voor een enkelvoudige aandoening waarbij hulp wordt geboden bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Bij ELV Hoog worden deze dagelijkse levensverrichtingen overgenomen en is er sprake van meervoudige aandoeningen die elkaar beïnvloeden of beperken. ELV Palliatief terminale zorg is alleen bedoeld voor patiënten met een levensverwachting van minder dan 3 maanden.

In de volgende tabel wordt binnen het zorgproduct ELV achtereenvolgens beschreven:



- 1) wat volgens de wettelijk bepalingen/Nza regels geboden dient te worden binnen ELV;
- 2) welke overeenkomsten gevonden zijn tussen de ondervraagde organisaties (weinig tot geen praktijkvariatie);
- 3) welke verschillen gevonden zijn tussen de ondervraagde organisaties (gemiddeld tot veel praktijkvariatie);
- 4) welke knelpunten worden ervaren binnen het leveren van ELV-zorg.



	Beschrijving volgens wettelijke bepalingen voor generiek ELV	Overeenkomsten tussen organisaties	Verschillen tussen organisaties	Knelpunten
Populatie 	Patiënten die enkel- of meervoudige medische (herstel)zorg nodig hebben. Patiënten die een levensverwachting hebben < 3 maanden.	Mensen met parkinson in een gevorderd stadium van de ziekte die hersteldoelen hebben. Mensen met parkinson zonder hersteldoelen, maar waarbij de mantelzorger	Mensen met parkinson in een gevorderd stadium van de ziekte die naast hersteldoelen ook behandeldoelen hebben.	Mensen met parkinson hebben nagenoeg altijd behandeldoelen. Bijvoorbeeld ter voorkoming van achteruitgang in conditie of verlies van vaardigheid.



		ontlast moet worden of is weggefallen. Mensen met parkinson met een levensverwachting korter dan 3 maanden worden niet tot nauwelijks opgenomen.		Het ontlasten van de mantelzorg, zonder continuering van de paramedische behandeling zoals in de thuissituatie, kan leiden tot achteruitgang.
Opnameduur 	<p>Een precieze opnameduur voor het eerstelijnsverblijf is niet af te leiden uit de wet- en regelgeving. In het Besluit zorgverzekering is aan dit verblijf een maximum van 1095 dagen (drie jaar) verbonden. In Nederland is de gemiddelde ligduur bij generiek ELV-HC 28.5 dagen (standaarddeviatie 21.4).</p> <p>De opnameduur van ELV P-T is maximaal 3 maanden.</p>	<p>In de meeste organisaties is de opnameduur gemiddeld 6-12 weken.</p> <p>Opnameduur is afhankelijk van de inzet van hulpmiddelen, thuiszorg en/of wijkverpleging en de belastbaarheid van de mantelzorg.</p>	Enkele organisaties hebben een opnameduur van gemiddelde 1-4 weken.	Opnameduur is soms langer dan noodzakelijk als gevolg van wachttijd op hulpmiddelen, inzet van thuiszorg, aanpassing van de thuissituatie en plaats op een WLz-afdeling.
Indicatie 	Patiënten die vanwege medische redenen tijdelijk niet thuis kunnen wonen, maar waarvoor geen opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling of	De meeste organisaties noemen als indicatie voor opname: 1) wegvallen mantelzorg of ontlasten mantelzorg 2) medische begeleiding zonder behandeldoelen	Enkele organisaties noemen als indicatie voor opname: 1) onduidelijke achteruitgang 2) observatie 3) algehele screening 4) screening voor pompinstelling	Voor de indicatie: 'wegvallen mantelzorg of ontlasten mantelzorg' is er onvoldoende mogelijkheid om de behandeling zoals in de thuissituatie aan te bieden.



	<p>(geriatrische) revalidatiezorg is aangewezen. Het is bedoeld voor bijv. observeren, bewaken, diagnosticeren en medicatie toedienen. Zie ook het afwegingsinstrument kortdurend verblijf .</p>	<p>3) langer herstel na een opname op een specialistische afdeling in het ziekenhuis 4) complicaties zoals een heupfractuur, infectie of delier.</p>	<p>5) ontregeling van parkinson 6) instelling levodopapomp 7) evalueren en aanpassen van parkinson-medicatie.</p>	<p>Er is sprake van een indicatie 'wegvallen mantelzorg of ontlasten mantelzorg', maar onderliggend is er verslechtering van de parkinson, waarvoor (extra) behandeling noodzakelijk is.</p> <p>Door de medische achteruitgang is vaak ook een terugval op ander fysiek en/of mentaal vlak te verwachten. Behandeling van deze klachten valt niet binnen het zorgproduct, maar leidt wel tot een trager herstel.</p> <p>Voor bruikbare indicaties als 'observatie' en 'evalueren en aanpassen van parkinson-medicatie' zijn onvoldoende medische behandeluren beschikbaar.</p> <p>'Observatie' en 'toediening van medicatie' zijn indicaties voor ELV, maar dit wordt nog bij weinig organisaties ingezet. De verwachting is dat het instellen van de parkinson-medicatie meer tijd vraagt dan het ELV biedt.</p>
--	--	--	---	---

<p>Opname</p> 	<p>De insturende arts is in de regel een huisarts vanuit de thuissituatie of een specialist vanuit het ziekenhuis. Deze overlegt met de specialist ouderengeneeskunde. Wanneer de specialist ouderengeneeskunde de verantwoordelijkheid voor de patiënt op zich wil nemen, volgt opname. Blijkt tijdens dit overleg dat de specialist ouderengeneeskunde de verantwoordelijkheid niet op zich kan nemen, dan gaat de opname niet door.</p>	<p>De specialist ouderengeneeskunde wordt in consult gevraagd door de huisarts of specialist uit het ziekenhuis.</p> <p>Het zorgteam van het verpleeghuis vraagt relevante (medische) gegevens op bij betrokken zorgverleners uit de eerstelijns of het ziekenhuis.</p>	<p>In enkele gevallen komt de indicatie niet overeen met de zorg die geboden kan worden binnen ELV. De opname is bijvoorbeeld te laat en dan is Wlz-zorg passender.</p> <p>Een instelling zonder Wlz-overeenkomst met de zorgverzekeraar kan geen aanmelding opnemen voor ELV die ook een Wlz-indicatie heeft.</p>	<p>Er is onvoldoende afstemming tussen de insturend arts en de specialist ouderengeneeskunde vóór opname, waardoor er 'verkeerd' geïndiceerd wordt en de benodigde zorg niet past binnen ELV.</p>
<p>Afdeling</p> 	<p>Wettelijke bepalingen huisvesting van zorginstellingen volgens Zorginstituut Nederland.</p>	<p>Organisaties bieden/adviseren eenpersoonskamers met eigen sanitair. Bij voorkeur zijn de ruimtes op de afdeling licht, ruim en prikkelarm. Zie voor meer huisvestingswensen het rapport 'De parkinsonwoonafdeling'</p>	<p>Het aantal bedden per ondervraagde organisatie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 8 bedden 2) 4-8 bedden 3) 10 bedden 4) 2 bedden 	<p>Geen.</p>
<p>Team samenstelling</p>	<p>Specialist ouderengeneeskunde is regievoerder.</p>	<p>Team samenstelling wordt gebaseerd op de indicatie, maar bestaat in de meeste</p>	<p>Binnen enkele organisaties wordt de danstherapeut, de</p>	<p>Fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten</p>

		<p>gevallen uit een, bij voorkeur door ParkinsonNet geschoolde: verpleegkundige, fysiotherapeut, specialist ouderengeneeskunde en ergotherapeut.</p> <p>Inzet van een logopedist, diëtist, psycholoog, maatschappelijk werker, bewegingsagoog en activiteitenbegeleider is in de meeste gevallen ook gewenst.</p>	<p>physician assistent en de neuroloog ingezet.</p>	<p>zijn afhankelijk van het selectiebeleid van ParkinsonNet voor toetreding tot het netwerk. Hierdoor is de aanwezigheid van een deskundig team niet gegarandeerd.</p>
<p>Team inzet</p> 	<p>In het huidige tarief is binnen een ELV-dag ruimte voor 1,5 uur behandeling per week (13 minuten per dag)</p>	<p>Vanwege het tarief houden de meeste organisaties zich aan maximaal 1.5 uur behandeltime per week.</p>	<p>Een enkele organisatie zet het team in de eerste week gemiddeld 4.5 uur in. Hierna worden alleen de neuroloog, parkinson verpleegkundige en specialist ouderengeneeskunde ingezet voor samen 1,5 uur per week. Andere behandelingen worden via de eerstelijns bekostigd.</p>	<p>Er is behoefte aan meer inzet ten opzichte van het beschikbaar aantal behandelminuten binnen ELV.</p>
<p>Samenwerking</p>	<p>Geen wettelijke bepalingen.</p>	<p>Er wordt samengewerkt met de verwijzend huisarts of specialist in het ziekenhuis in het kader van de overdracht.</p>	<p>Enkele organisaties stemmen de zorg binnen het ELV af met een neuroloog en/of parkinsonverpleegkundige uit het ziekenhuis.</p>	<p>Er zijn geen vaste samenwerkingsafspraken, hierdoor bestaat onduidelijkheid cruciale</p>

		<p>Behandelaren uit het verpleeghuis nemen bij ontbrekende (medische) gegevens, voor afstemming óf bij naderend ontslag naar de thuissituatie contact op met behandelaren in de eerste lijn en de thuiszorg/wijkverpleging.</p> <p>In de meeste gevallen is geen samenwerking met een casemanager parkinson.</p>	<p>Enkele organisaties nodigen behandelaren/zorgverleners uit de eerstelijns uit om deel te nemen aan het MDO binnen het verpleeghuis.</p> <p>In enkele gevallen vervult de parkinsonverpleegkundige de rol van casemanager parkinson.</p>	<p>informatie voor goede zorg en behandeling.</p> <p>De uitwisseling van informatie verloopt niet gestructureerd en via verschillende communicatiekanalen.</p>
<p>Zorgaanbod</p> 	<p>De paramedische zorg valt alleen onder de aanspraak ELV wanneer deze zorg gericht is op de aandoening of op de beperking die geleid heeft tot opname in het ELV. Het besluit om met deze zorg te starten, hangt af van het professionele oordeel van de (eind)verantwoordelijke arts binnen het ELV.</p>	<p>Standaard is de inzet van de specialist ouderengeneeskunde en de parkinsonverpleegkundige.</p> <p>In de meeste gevallen wordt fysiotherapie en ergotherapie door middel van groepstherapie aangeboden.</p>	<p>In enkele organisaties worden parkinson-specifieke groepsactiviteiten aangeboden (bijvoorbeeld vanuit de GZSP/GR) waar de ELV-populatie bij aan kan sluiten</p> <p>In enkele organisaties wordt, vanwege de behoefte aan meer (individuele) behandeling, via de eerstelijns gedeclareerd.</p>	<p>De aandoening of beperking die heeft geleid tot opname verergert vaak de parkinsonverschijnselen. Binnen het ELV kan daar onvoldoende (individuele) behandeling op ingezet worden.</p> <p>Er wordt een standaard behandeltekort ervaren.</p>
<p>Mantelzorg Ondersteuning</p>	<p>Geen wettelijke bepalingen.</p>	<p>In de meeste organisaties zijn er informele gesprekken tussen zorgverleners en mantelzorger.</p>	<p>In enkele organisaties kunnen ondersteunende gesprekken met een zorg coördinator worden ingepland.</p>	<p>Binnen het ELV is weinig tot geen tijd om de mantelzorger te begeleiden. Hierdoor ontstaat het risico dat de mantelzorger, bij ontslag naar huis,</p>

		De mantelzorger wordt betrokken bij de zorg voor zo ver mogelijk.		onvoldoende voorbereid is. Dit vergroot de kans op heropname binnen ELV, GR of Wlz.
<p>Resultaten</p> 	<p>De inzet van ELV heeft effect op:</p> <ul style="list-style-type: none"> - plekken waarnaar patiënt uitstroomt - aanvankelijke zorgbehoefte van patiënten in relatie tot het uiteindelijke resultaat - het aantal heropnames - de patiënttevredenheid - de tevredenheid zorgverleners - de tevredenheid van verwijzers. 	<p>Binnen de meeste organisaties geven mensen met parkinson aan dat de geschoolde zorgverleners veel begrip, kennis en deskundigheid hebben. Mensen met parkinson geven aan dat klachten en symptomen verbeteren. Mantelzorgers geven aan dat zij beter in staat zijn om de zorg te kunnen bieden doordat zij minder belast worden.</p>	<p>Om de effecten van ELV zorg te evalueren gebruikt slechts een deel van de organisaties meetinstrumenten. Er wordt gebruik gemaakt van meetinstrumenten ingevuld door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De patiënt, bijvoorbeeld de NPS-score (Net Promotor Score); - De mantelzorger bijvoorbeeld door de ZBI of CSI; - De zorgprofessional, bijvoorbeeld de USER (Utrechtse Schaal voor Evaluatie van klinische Revalidatie). <p>Ook procesmaten gericht op het zorggebruik worden gebruikt om ELV te evalueren, zoals ELV kwaliteitsmonitors van zorgverzekeraars.</p>	<p>Door het ontbreken van metingen is het effect van de inzet van ELV voor mensen met parkinson nog onduidelijk. Voordat metingen verricht worden, dienen de overige knelpunten binnen dit zorgproduct te worden gereduceerd.</p>

<p>Ontslag</p> 	<p>Geen wettelijke bepalingen.</p>	<p>Ontslag vindt plaats zodra doelen behaald zijn en het door het zorgteam, de mens met parkinson en mantelzorger veilig geacht wordt om naar huis of naar een andere afdeling te gaan.</p> <p>Het zorgteam stuurt een ontslagverslag naar de huisarts, eerstelijns behandelaren, de thuiszorg en parkinsonverpleegkundige en/of neuroloog.</p> <p>De mens met parkinson en diens naaste hebben een ontslaggesprek en krijgen gemaakte afspraken en adviezen met op papier.</p> <p>Nazorg vindt niet standaard plaats.</p>	<p>Enkele organisaties leveren nazorg in de vorm van telefonische consulten.</p>	<p>Er is geen vergoeding voor nazorg. Dit is een belemmering voor integrale samenwerking.</p>
<p>Financiering</p> 	<p>Eerstelijnsverblijf Laag complex: Maximaal € 189,58</p> <p>Eerstelijnsverblijf Hoog complex: Maximaal € 289,57</p>	<p>De financiering van ELV voor de behandeling van mensen met parkinson is ontoereikend, omdat, in vergelijking met anderen, de zorg meer tijd kost en er meer behandelingen worden ingezet. Dit is een gevolg</p>	<p>Geen.</p>	<p>Door de complexiteit, het multidisciplinaire en het chronisch en progressieve karakter van de ziekte van Parkinson is de zorgvraag binnen het ELV hoger dan de vergoeding die hier tegenover staat.</p>


	Eerstelijnsverblijf Palliatief terminale zorg: Maximaal € 388,46	van traagheid in denken en handelen, de aanwezigheid van cognitieve, fysieke, sociale problematiek en het risico op co-morbiditeit/escalatie van de parkinsonverschijnselen.		
--	---	--	--	--


Deel 2: Geriatrische Revalidatie (GR)



Geriatrische Revalidatie (GR) richt zich op herstel van het functioneren bij kwetsbare ouderen of mensen met complexe multimorbiditeit. Tijdens Geriatrische Revalidatie wordt er multidisciplinaire zorg en behandeling ingezet, onder regievoering van de specialist ouderengeneeskunde. Mensen met de ziekte van Parkinson ontwikkelen co-morbiditeit als gevolg van de ziekte. Voorbeelden hiervan zijn fracturen na vallen, en/of een pneumonie na verslikken, waarvoor Geriatrische Revalidatie nodig kan zijn. Daarnaast kan er ook een indicatie zijn voor gespecialiseerde parkinson-revalidatie: het behandelen van de motorische problemen of instellen op geavanceerde therapieën (bijvoorbeeld instellen pomp). Doel van de Geriatrische Revalidatie is terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie. Geriatrische Revalidatie wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), waarbij behandeling en zorg wordt vergoed volgens declaratie op basis van de diagnose-behandelcombinatie (DBC).


In de volgende tabel wordt binnen het zorgproduct GR achtereenvolgens beschreven:

- 1) wat volgens de wettelijk bepalingen/Nza regels geboden dient te worden binnen GR;
- 2) welke overeenkomsten gevonden zijn tussen de ondervraagde organisaties (weinig tot geen praktijkvariatie);
- 3) welke verschillen gevonden zijn tussen de ondervraagde organisaties (gemiddeld tot veel praktijkvariatie);
- 4) welke knelpunten worden ervaren binnen het leveren van GR-zorg.



	Beschrijving volgens wettelijke bepalingen voor generieke GR	Overeenkomsten tussen organisaties	Verschillen tussen organisaties	Knelpunten
Populatie 	GR is bedoeld voor oudere volwassenen die na een ziekenhuisopname of een acute medische gebeurtenis revalidatie nodig hebben om hun functionele capaciteiten te verbeteren en terug te	Mensen met parkinson in een gevorderd stadium van de ziekte met een verminderde zelfredzaamheid en (non-)motorische problemen.	Geen	Geen

	keren naar hun zelfstandige functioneren thuis.	In alle ondervraagde organisaties worden twee groepen onderscheiden: 1) mensen met achteruitgang van de ziekte en de typische verschijnselen die hierbij horen; 2) mensen met een complicatie bijkomend aan de ziekte, bijvoorbeeld een heupfractuur, CVA of een ziekenhuisopname vanwege een co-morbiditeit.		
Opnameduur 	De duur van generieke GR bedraagt maximaal 6 maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode toestaan.	Gemiddelde opnameduur is tussen de 4 en 8 weken. Opname duur voor pomptherapie is 1 tot 2 weken.	Geen.	Opnameduur is soms langer in vergelijking met een generiek revalidatietraject, als gevolg van een noodzakelijk observatieperiode om de onderliggende problemen vast te stellen, maar ook vanwege traagheid en aanwezige cognitieve problematiek door de parkinson. Opnameduur is soms langer dan noodzakelijk als gevolg van wachttijd op hulpmiddelen, inzet van thuiszorg, aanpassingen in

				huis en uitstroom naar de Wlz.
Indicatie 	<p>GR is bedoeld voor kwetsbare ouderen. Doel is om hen te helpen terugkeren naar de thuissituatie om zo goed mogelijk deel te kunnen blijven nemen aan het maatschappelijk leven. GR volgt vaak na een opname in een ziekenhuis voor een medisch specialistische behandeling.</p> <p>Om voor GR in aanmerking te komen moet volgens de regelgeving sprake zijn van: kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leerbaarheid en trainbaarheid.</p> <p>Zie ook het afwegingsinstrument kortdurend verblijf.</p>	<p>De meeste organisaties noemen als indicatie voor opname:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) acute en hinderlijke (non) motorische parkinson problematiek; 2) problemen vanuit co-morbiditeit; 3) vallen; 4) hallucinaties; 5) gedragsproblematiek; 6) stemmingsproblematiek; 7) infectie; 8) delier; 9) evalueren en aanpassen van parkinson-medicatie; 10) pomptherapie. <p>Voorwaarde voor indicatie voor GR is dat iemand belastbaar, train- en leerbaar en gemotiveerd moet zijn.</p>	<p>Enkele organisaties noemen als indicatie voor opname:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) onduidelijke achteruitgang in korte tijd 	<p>Mensen met parkinson en ernstige cognitieve-, gedrags- en/of psychiatrische problemen zijn niet geïndiceerd voor GR, maar kunnen wel behandelbare doelen hebben. Voor deze doelgroep is nu geen vorm van kortdurende herstelgerichte zorg.</p>
Opname 	<p>De aanmelding, afstemming en overdracht verloopt via de medisch specialist van het ziekenhuis. Daarnaast kan een patiënt ook vanuit huis of vanuit ELV door de specialist</p>	<p>De aanmelding voor opname naar de GR afdeling wordt gedaan vanuit de neuroloog, de parkinsonverpleegkundige of de transferverpleegkundige uit het ziekenhuis. De</p>	<p>In enkele gevallen verwijst de huisarts voor opname GR, waarna er een Geriatrisch Assessment door de specialist ouderengeneeskunde worden afgenomen.</p>	<p>Er is geen eenduidig systeem of format om (medische) gegevens uit te wisselen.</p>


	<p>ouderengeneeskunde worden verwezen. Indien de noodzaak daartoe is vastgesteld na een afgenomen Geriatrisch Assessment.</p>	<p>verwijsredenen en medische gegevens, aangevuld met een verpleegkundig en paramedisch verslag wordt toegestuurd.</p> <p>De specialist ouderengeneeskunde en een zorgverlener doen de triage. Er wordt multidisciplinair afgestemd of de benodigde zorg geleverd kan worden en of de mens met parkinson voldoet aan de voorwaarden voor GR.</p> <p>Na opname vraagt het zorgteam bij betrokken zorgverleners uit de eerstelijns of het ziekenhuis relevante (medische) gegevens op.</p>	<p>Hiermee wordt de train- en leer- en belastbaarheid bepaald.</p> <p>Het uitwisselen van gegevens verloopt via: mail, telefoon, Siilo, ZorgDomein of POINT.</p>	
<p>Afdeling</p> 	<p>Wettelijke bepalingen huisvesting van zorginstellingen volgens Zorginstituut Nederland.</p>	<p>De meeste organisaties bieden parkinson-revalidatiebedden “tussen” de generieke revalidatiebedden. Hier wordt de expertise van parkinson-behandelaren ingeschakeld.</p>	<p>In enkele organisaties is er een geclusterde parkinson-revalidatieafdeling. Deze afdeling is voor mensen die parkinson als primaire opnamereden hebben.</p>	<p>Geen.</p>


		<p>Bij de meeste organisaties is het aantal bedden gemiddeld 6 tot 8.</p> <p>Organisaties bieden/adviseren eenpersoonskamers met eigen sanitair. Bij voorkeur zijn de ruimtes op de afdeling licht, ruim en prikkelarm en met voldoende bewegingsruimte. Zie voor meer huisvestingswensen het rapport 'De parkinsonwoonafdeling'.</p>	Overig bedden-aantal per organisatie: 3-4, 9-11 en 17 bedden.	
<p>Team samenstelling</p> 	<p>Het multidisciplinaire team kan naast de specialist ouderengeneeskunde onder meer bestaan uit een fysiotherapeut, ergotherapeut, verpleegkundige, verzorgende, diëtist, logopedist, maatschappelijk werker, geestelijke verzorger, psycholoog, vaktherapeut (muziek-, dans- of creatief therapeut), physician</p>	<p>In de meeste gevallen bestaat het verzorgend team uit een combinatie van verpleegkundigen (niveau 4 en/of 5), verzorgenden IG, helpenden (plus) en huiskamermedewerkers, keukenmedewerkers of voedingsassistenten en is bij voorkeur geschoold door ParkinsonNet.</p> <p>Het behandelend team bestaat uit een bij voorkeur door ParkinsonNet</p>	<p>In enkele organisaties wordt het team aangevuld met muziek-, danstherapeut, een geestelijke verzorger, een verpleegkundig specialist of physician assistent.</p>	<p>Fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten zijn afhankelijk van het selectiebeleid van ParkinsonNet voor toetreding tot het netwerk.</p> <p>Het bijscholen van het team (zorg en behandelaren) vraagt meer uren dan normaal gesproken begroot voor scholing.</p>


	assistent, verpleegkundig specialist en andere artsen.	geschoolde specialist ouderengeneeskunde, parkinsonverpleegkundige, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtist, psycholoog, maatschappelijk werker, activiteitenbegeleider en neuroloog.		De inzet van de neuroloog maakt momenteel geen onderdeel uit van de integrale bekostiging van de GR.
Team inzet 	De inzet van het team op de GR-afdeling is multidisciplinair en afgestemd op het individuele behandelplan. Gemiddeld wordt er meer dan 5 uur behandeling per week ingezet.	Geen.	De behandelinzet varieert tussen de 1 uur en 21 uur per week. Verschillen kunnen komen door afspraken binnen organisaties en zorgkantoren, maar ook door de kwaliteiten en ervaring van de betrokken zorgmedewerkers.	Er is onvoldoende inzicht in de precieze zorg en behandelinzet bij GR voor mensen met Parkinson. De zorgvraag bij parkinson is waarschijnlijk veel groter dan bijvoorbeeld voor revalidatie voor traumatische aandoeningen. Er is meer multidisciplinaire behandeling en meer inzet van zorg nodig om te ondersteunen bij alledaagse handelingen.
Samenwerking 	Geen wettelijke bepalingen	De neuroloog is in de meeste gevallen betrokken bij de GR-afdeling. Behandelaren uit de organisaties nemen in de meeste gevallen bij	Afstemming met de neuroloog verschilt per organisatie en varieert van vaste overlegmomenten in een MDO, tot telefonisch overleg of enkel als het nodig is.	Er is behoefte aan concretisering van de rol van de casemanager parkinson. Afstemming met een casemanager kan bijdragen aan tijdige toegang tot het juiste

		<p>ontbrekende (medische) gegevens, of voor het afstemmen van voor behandeling noodzakelijke informatie óf bij naderend ontslag naar de thuissituatie contact op met behandelaren in de eerste lijn en de thuiszorg/wijkverpleging. Middels een wekelijks MDO wordt revalidatievoortgang geëvalueerd.</p> <p>Er zijn korte lijnen met de GZSP-afdeling binnen het verpleeghuis, zodat de mens met parkinson verblijvend op de GR doorverwezen kan worden om daar de revalidatie poliklinisch voort te zetten.</p> <p>In de meeste gevallen is geen samenwerking met een casemanager parkinson.</p>	<p>In enkele gevallen vervult de parkinsonverpleegkundige de rol van casemanager parkinson.</p>	<p>zorgproduct en adequaat ontslag naar huis. Dit draagt bij aan langer thuis kunnen wonen.</p>
Zorgaanbod	<p>Het multidisciplinaire zorg- en behandelteam bestaat uit een specialist ouderengeneeskunde, GR-</p>	<p>Standaard is de inzet van de specialist ouderengeneeskunde</p>	<p>In enkele organisaties wordt de opname alleen verricht door de specialist ouderengeneeskunde,</p>	<p>Er zijn knelpunten t.a.v. beschikbaarheid van behandelingen. Bij wegvallen/uitstromen van</p>

	<p>verzorgende/-verpleegkundige, paramedici, psycholoog en eventueel nog andere disciplines. Een belangrijk aanvullend behandelaspect van de GR is het revalidatieklimaat; een attitude bij alle betrokkenen gericht op actief herstel in een stimulerende omgeving.</p>	<p>(regievoerder) en de parkinsonverpleegkundige. Op basis van de revalidatiedoelen worden behandelaren verwezen voor een intake en behandeling.</p> <p>De behandeling bestaat uit individuele- en groepstherapie. Voorbeelden van groepstherapie: beweeggroep, circuit training, gespreksgroep, val preventie, zanggroep, dansen en boksen</p>	<p>waarna deze vaststelt welke behandelaren verder betrokken dienen te worden.</p> <p>Bij andere organisaties wordt in een zorgpad of met modules gewerkt. Voorbeelden van modules: bewegen, stemmig en angst, cognitie en gedrag, coping en energy management, communicatie, maatschappelijk en slikken.</p>	<p>een behandelaar is het niet altijd makkelijk om deze te vervangen. De vereisten zijn hoger dan bij overige GR, vanwege bijv. de ParkinsonNet scholing.</p>
<p>Mantelzorg Ondersteuning</p> 	<p>Geen wettelijke bepalingen</p>	<p>Bij de meeste organisaties zijn er informele gesprekken tussen zorgverleners en mantelzorg, bijvoorbeeld door de artsensite of voortgangsgesprekken.</p> <p>Mantelzorg of andere betrokkenen kunnen meekijken tijdens de behandeling/verzorging.</p>	<p>In enkele organisaties is de mantelzorg aanwezig bij het MDO.</p> <p>In enkele organisaties wordt een behandelplan opgesteld om te realiseren dat de mantelzorg de zorg bij ontslag naar huis weer kan overnemen.</p>	<p>Binnen de GR is weinig tot geen tijd om de mantelzorg te begeleiden. Hierdoor ontstaat het risico dat de mantelzorg, bij ontslag naar huis, onvoldoende voorbereid is en dit vergroot de kans op heropname binnen ELV, GR of Wlz.</p>

<p>Resultaten</p> 	<p>De inzet van GR heeft effect op:</p> <ul style="list-style-type: none"> - plekken waarnaar patiënt uitstroomt - aanvankelijke zorgbehoefte van patiënten in relatie tot het uiteindelijke resultaat - het aantal heropnames - de patiënttevredenheid - de tevredenheid zorgverleners - de tevredenheid van verwijzers. 	<p>Binnen de meeste organisaties geven patiënten aan dat de geschoolde zorgverleners veel begrip, kennis en deskundigheid hebben. Patiënten geven aan dat klachten en symptomen verbeteren. Mantelzorgers geven aan dat zij beter in staat zijn om de zorg te kunnen bieden doordat zij minder belast worden.</p> <p>Goede resultaten ziet men in: zelfredzaamheid, mobiliteit, valfrequentie, ziekte-inzicht, ziekte-kennis, dagstructuur, daginvulling, zingeving, lotgenotencontact, proactieve zorgplanning.</p> <p>Organisaties gebruiken de volgende meetinstrumenten om het zorggebruik te meten: patiënttevredenheidsscore; de CSI, de USER of Barthel index. Ook procesmaten gericht op het zorggebruik worden gebruikt om GR te evalueren, zoals GR</p>	<p>Geen.</p>	<p>Door het ontbreken van metingen in de meeste organisaties is het effect van de inzet van GR voor mensen met parkinson nog onduidelijk. Voordat metingen verricht worden dienen de overige knelpunten binnen dit zorgproduct te worden gereduceerd.</p>
--	---	---	--------------	---

		<p>kwaliteitsmonitors van zorgverzekeraars.</p> <p>Tot slot gebruikt men monodisciplinaire meetinstrumenten zoals aanbevolen volgens de paramedische richtlijn parkinson.</p>		
<p>Ontslag</p> 	Geen wettelijke bepalingen	<p>Ontslag vindt plaats zodra doelen in voldoende mate behaald zijn en het door het zorgteam, patiënt en mantelzorgers veilig geacht wordt om naar huis of naar een andere afdeling te gaan. Nog niet behaalde doelen kunnen via de eerstelijns of op de GZSP-afdeling behaald worden.</p> <p>Een belangrijk criterium voor ontslag is zelfstandige toiletgang. Andere voorwaarden voor ontslag zijn: zelfstandige transfer, in en uit bed en functionele afstanden kunnen lopen (eventueel met hulpmiddel, mits situatie voorheen al anders was).</p>	Enkele organisatie leveren nazorg in de vorm van: een mobiel geriatrisch team, dagbehandeling, een standaard consult bij de neuroloog of parkinsonverpleegkundige.	Lange wachttijd op WMO-voorzieningen, de inzet van thuiszorg, of een plek op een Wlz-afdeling is een belemmering voor ontslag.

		<p>Er wordt een ontslagverslag gestuurd naar de huisarts en een kopie naar de neurologen en andere betrokken medisch specialisten.</p> <p>Behandelaren versturen een monodisciplinair verslag naar eerstelijns behandelaren.</p> <p>Het zorgteam draagt informatie over aan de thuiszorg/wijkverpleging.</p> <p>Er is standaard een ontslaggesprek en gemaakte afspraken en adviezen worden meegegeven.</p>		
<p>Financiering</p> 	<p>Het tarief voor een DBC-zorgproduct of overig zorgproduct is een integraal tarief en is opgebouwd uit meerdere kostencomponenten. Tot die componenten behoren ook de bedragen die dienen ter dekking van de kosten van (voorheen vrijgevestigde) medisch specialisten.</p>	<p>De tarifiering van GR voor de behandeling van mensen met parkinson is ontoereikend temeer als gevolg van traagheid in denken en handelen, de aanwezigheid van cognitieve, fysieke, sociale problematiek en het risico op comorbiditeit/escalatie van de parkinsonverschijnselen.</p>	<p>Geen.</p>	<p>Door de complexiteit, het multidisciplinaire en het chronisch en progressieve karakter van de ziekte van Parkinson is de behandelinzet binnen de GR hoger dan de vergoeding die hier tegenover staat. Ter compensatie wordt de inzet van bijvoorbeeld</p>

	<p>DBC-zorgproducten en overige zorgproducten zijn voor wat betreft de tariefsoort onderverdeeld in twee segmenten: Het gereguleerde segment (ook wel A-segment genoemd) met maximumtarieven. Het vrije segment (ook wel B-segment genoemd) met vrij onderhandelbare tarieven.</p> <p>In de zorgproducten tabel (te raadplegen via puc.overheid.nl/nza) is een overzicht opgenomen van de DBC-zorgproducten uitgesplitst naar gereguleerd en vrij segment.</p> <p>De GR-DBC is onderverdeeld in 14 trajecten, uitgesplitst naar diagnose, behandelintensiteit en opnameduur. Voor mensen met Parkinson, varieert de behandelintensiteit van 4 tot 30 uur en de opnameduur van 5 tot 72 dagen (https://www.advisaris.nl/wp-content/uploads/GRZ-DBC-profielinformatie.pdf).</p>			<p>logopedie en diëtetiek uitgesteld.</p> <p>De ziekenhuis verplaatste zorg die binnen de GR wordt geboden wordt niet bekostigd vanuit de huidige DBC-financiering.</p>
--	--	--	--	---


Deel 3: Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)

GZSP staat voor geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen die thuis wonen zonder Wlz-indicatie. Het gaat om behandeling van lichamelijke klachten, psychische klachten en/of gedragsproblematiek. GZSP wordt betaald vanuit de zorgverzekering. De zorg betreft generalistische geneeskundige zorg voor specifieke, kwetsbare doelgroepen. Een van deze doelgroepen is de groep mensen met de ziekte van Parkinson. Zij hebben een multidisciplinaire behandeling nodig om zelfstandig te kunnen (blijven) functioneren. Binnen GZSP zorg is aandacht voor het behouden en verbeteren van de functionele autonomie van de cliënt, voor het voorkomen van verergering van de beperkingen en voor het leren omgaan met de (voortschrijdende) beperkingen.

In de volgende tabel wordt binnen het zorgproduct GZSP achtereenvolgens beschreven:



- 1) wat volgens de wettelijk bepalingen/Nza regels geboden dient te worden binnen GZSP;
- 2) welke overeenkomsten gevonden zijn tussen de ondervraagde organisaties (weinig tot geen praktijkvariatie);
- 3) welke verschillen gevonden zijn tussen de ondervraagde organisaties (gemiddeld tot veel praktijkvariatie);
- 4) welke knelpunten worden ervaren binnen het leveren van GZSP-zorg.

De informatie in de onderstaande tabel is vooral gericht op GZSP-groep.

	Beschrijving volgens wettelijke bepalingen voor generieke GZSP	Overeenkomsten tussen organisaties	Verschillen tussen organisaties	Knelpunten
Populatie 	Patiënten die generalistische geneeskundige zorg nodig hebben met een multidisciplinair karakter.	Mensen met parkinson in een gevorderd stadium van de ziekte waarbij multidisciplinaire behandeling, zonder opname, noodzakelijk is.	Mensen met parkinson in een gevorderd stadium van de ziekte die door de grote hoeveelheid therapie aan huis overbelast dreigen te raken.	Naast kortdurende inzet van GZSP-zorg, heeft de mens met parkinson behoefte aan een chronische vorm van dagbehandeling om langer thuis wonen te realiseren.


<p>Duur</p> 	<p>De exacte duur van de inzet van GZSP wordt bepaald door de specialist ouderengeneeskunde of zorgverlener in overleg met de patiënt en kan worden aangepast op basis van de voortgang van de behandeling en de reactie van de patiënt op de zorg. Het is belangrijk dat de zorgverlener regelmatig de voortgang van de behandeling evalueert en indien nodig aanpassingen maakt aan het behandelplan.</p>	<p>In alle ondervraagde organisaties verblijven mensen met parkinson gemiddeld één tot twee jaar binnen de GZSP.</p>	<p>Geen.</p>	<p>Gezien het chronische en progressieve karakter van de ziekte van Parkinson blijft er, voor een deel van de GSZP-parkinson populatie, een continue noodzaak voor het aanbieden van geneeskundige zorg met een multidisciplinair karakter en wordt stop van de GZSP-indicatie pas verwacht bij opname in verpleeghuis of overlijden.</p>
<p>Indicatie</p> 	<p>Patiënten met complexe of ernstige aandoeningen die gespecialiseerde medische zorg vereisen, zoals kanker, ernstige hart- en vaatziekten, neurologische aandoeningen, etc.</p> <p>Patiënten die baat hebben bij multidisciplinaire zorg, waarbij verschillende zorgverleners samenwerken om de beste zorg te bieden. Doel van GZSP dagbehandeling is aanleren</p>	<p>De meeste organisaties noemen als indicatie voor een GZSP behandeling:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Complexe thuissituatie waarbij multidisciplinaire behandeling nodig is. 2) Achteruitgang in functioneren, waarbij er motorische, psychische en sociale problemen zijn of waarbij monodisciplinaire behandeling niet (langer) volstaat. 3)Revalidatiedoelen die met groepsbehandelingen 	<p>Enkele organisaties noemen als indicatie voor een GZSP behandeling:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Om leren gaan met de ziekte. 2)Sociale indicatie (ontlasting mantelzorger) met continuering van de behandeling. 	<p>Gezien het chronische en progressieve karakter van de ziekte van Parkinson blijft er, voor een deel van de GSZP-parkinsonpopulatie, een continue noodzaak voor het aanbieden van geneeskundige zorg met een multidisciplinair karakter.</p> <p>Naar verwachting zal kort na ontslag, bij een deel van de GZSP-parkinsonpopulatie, heropname binnen GZSP,</p>

	<p>of behouden van vaardigheden (stabiliseren van functioneren) en verdere achteruitgang voorkomen of vertragen. Patiënten die herstellzorg nodig hebben na een ernstige ziekte, ongeval of operatie, zoals revalidatie na een beroerte, orthopedische ingreep, etc.</p> <p>Zie ook het afwegingsinstrument kortdurend verblijf.</p>	<p>behaald kunnen worden (bijv. na opname op de GR). 4) Noodzaak van het bundelen therapieën als dit in thuissituatie niet meer goed te plannen is. 5) Voorwaardelijk voor de indicatie GZSP is dat de mens met parkinson leerbaar moet zijn en moet kunnen functioneren in een groep.</p>		<p>ELV of zelfs Wlz noodzakelijk zijn.</p>
<p>Aanmelding en triage</p> 	<p>De huisarts is poortwachter voor de GZSP. De verwijzing kan tot stand komen op advies van regiebehandelaren (specialist ouderengeneeskunde, gedragswetenschapper) of medisch specialist.</p> <p>Voor de doelgroep ouderen en de doelgroep chronisch, progressieve, degeneratieve aandoeningen betekent dit in de praktijk dat de verwijzing tot stand komt in gezamenlijkheid tussen de</p>	<p>De huisarts fungeert als de officiële verwijzer (poortwachter) voor de start van GZSP en wordt hiertoe veelal geadviseerd door de behandelend neuroloog, parkinsonverpleegkundige, verpleegkundig specialist of Physician Assistant. Deze leveren in de meeste gevallen de relevante (medische) gegevens aan.</p> <p>De specialist ouderengeneeskunde stelt samen met een zorgmedewerkers en de</p>	<p>In enkele gevallen geeft een geriater of revalidatiearts advies aan de huisarts voor verwijzing naar de GZSP.</p> <p>In enkele organisatie bezoekt de specialist ouderengeneeskunde de mens met parkinson aan huis.</p> <p>In enkele organisaties bezoekt de mens met parkinson de GZSP-afdeling eenmalig op proef.</p>	<p>De rol van de huisarts wordt gemist in het ziekte-traject. De huisarts staat te veel op afstand om voldoende regie te houden over de zorg. De poortwachtersfunctie van de huisarts vraagt extra afstemming tussen behandelaren.</p> <p>Er is te weinig multidisciplinaire afstemming tussen verschillende eerstelijns behandelaars, waardoor problemen niet tijdig worden gesignaleerd.</p>


	huisarts en de specialist ouderengeneeskunde of de gedragswetenschapper.	mens met parkinson een behandelplan op.	In één organisatie is de intake multidisciplinair. Gegevensuitwisseling varieert sterk: via ZorgDomein, Siilo, telefonisch, per e-mail, per brief of via een papieren dossier.	Hierdoor kan een mogelijke behandeling via GZSP worden gemist.
Afdeling 	Wettelijke bepalingen huisvesting van zorginstellingen volgens Zorginstituut Nederland.	De ideale groepsmaat voor groepsbehandeling is 8-10 mensen met parkinson. De meeste organisaties bieden/adviseren een grote groepsruimte, een rustruimte en een behandelkamer. De ruimtes zijn bij voorkeur licht en prikkelarm. Zie voor meer huisvestingswensen het rapport ' De parkinsonwoonafdeling '	Het aantal GZSP-plekken per ondervraagde organisatie varieert van: 1) 15 mensen met parkinson verspreid over 3 dagen; 2) 6-8 mensen met parkinson per dag; 3) 4 mensen met parkinson per dag; 4) 14 mensen met parkinson per dag voor 2-3 dagen per week; 5) 42 plekken verspreid over 5 dagen.	Geen.
Team samenstelling 	Specialist ouderengeneeskunde is regievoerder.	Team samenstelling wordt gebaseerd op de indicatie, maar bestaat in de meeste gevallen uit een, bij voorkeur door ParkinsonNet geschoolde: fysiotherapeut, logopedist, ergotherapeut, specialist	De inzet van onderstaande teamleden varieert per organisatie: welzijnsmedewerker, verzorgende IG, verpleegkundige, helpende, bewegingsagoog, activiteitenbegeleider,	Fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten zijn afhankelijk van het selectiebeleid van ParkinsonNet voor toetreding tot het netwerk.

		ouderengeneeskunde en parkinsonverpleegkundige.	diëtist, maatschappelijk werk, muziek- en/of danstherapeut De neuroloog wordt, op vraag van de specialist ouderengeneeskunde, in consult gevraagd.	Hierdoor is de aanwezigheid van een deskundig team niet gegarandeerd.
Team inzet 	Geen wettelijke bepalingen.	Geen.	De behandelinzet per team verschilt, mede door het verschil in afdelingsgrootte. De behandelinzet ligt tussen 1 uur en 50 uur per week. Verschillen kunnen komen door afspraken binnen organisaties en zorgkantoren, maar ook door de kwaliteiten en ervaring van de betrokken zorgmedewerkers.	Er zijn geen afspraken over de teaminzet per groep. Dit leidt tot grote verschillen tussen de organisaties.
Samenwerking 	Geen wettelijke bepalingen.	In de meeste organisaties is er structureel afstemming met de parkinsonverpleegkundige uit het ziekenhuis. Contact met de neuroloog is niet structureel. Samenwerking met zorgverleners uit de	Enkele organisaties werken samen met casemanagers (dementie). In enkele organisaties worden zorgverleners uit de eerstelijns uitgenodigd voor het bijwonen van een MDO. In enkele gevallen vervult de parkinsonverpleegkundige	Er zijn geen vaste samenwerkingsafspraken, daardoor bestaat onduidelijkheid over o.a. status van de mens met parkinson en betrokkenheid van behandelaren/zorgverleners in de eerstelijns.

		<p>eerstelijns verloopt wisselend. In de meeste gevallen is contact op verzoek.</p> <p>Samenwerking met de huisarts en/of praktijkondersteuner is minimaal (enkel bij verwijzing en ontslag).</p> <p>Binnen de GZSP wordt samengewerkt door het opstellen en uitvoeren van een gezamenlijk behandelplan. Dit wordt structureel geëvalueerd in een MDO.</p> <p>In de meeste gevallen is er geen samenwerking met een casemanager parkinson.</p>	<p>de rol van casemanager parkinson.</p>	<p>Er is behoefte aan concretisering van de rol van de casemanager parkinson. Afstemming met een casemanager kan bijdragen aan tijdige toegang tot het juiste zorgproduct en adequaat ontslag naar huis. Dit draagt bij aan langer thuis kunnen wonen.</p> <p>Zorgverleners uit de eerstelijns sluiten vaak niet aan bij een MDO, omdat hiervoor geen prestatiecode is. Integraal samenwerken wordt hierdoor bemoeilijkt. Dit heeft mogelijk een negatief effect op de mogelijkheid om thuis te wonen.</p>
<p>Zorgaanbod</p> 	<p>Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde bieden (consultatie, diagnostiek, behandeling, regievoerder).</p> <p>Paramedische zorg zoals omschreven in de</p>	<p>Standaard is de inzet van de specialist ouderengeneeskunde en fysiotherapeut.</p> <p>De inzet van een ergotherapeut, psycholoog, logopedist en</p>	<p>In één organisatie worden modules voor verschillende niveaus per groep ontwikkeld.</p> <p>In enkele organisaties bezoeken specialisten ouderengeneeskunde de</p>	<p>Het eindpunt van de behandeling is moeilijk te definiëren, door de voortdurende behoefte aan begeleiding/behandeling als gevolg van complexiteit van de ziekte en het progressieve karakter.</p>

	<p>beleidsregel voor ergotherapie, fysio – en oefentherapie, logopedie en diëtetiek.</p> <p>Zorg in een groep aan kwetsbare patiënten.</p>	<p>bewegingsagoog varieert per hulpvraag.</p> <p>Alle organisaties bieden een dagprogramma aan met minimaal twee therapieën.</p> <p>Er wordt in de meeste organisaties een kennistekort onder zorgmedewerkers benoemd.</p>	<p>mens met parkinson aan huis óf komt deze voor een consult in het verpleeghuis.</p>	<p>Overdragen naar de eerstelijns is, gezien het gevorderde stadium van de ziekte en in combinatie met de overbelasting voor mantelzorg, vaak niet geïndiceerd.</p> <p>Er is veel ongewenste variatie in de dagprogramma's tussen de verschillende organisaties.</p> <p>Het verplicht moeten aanbieden van meer dan één therapie komt niet altijd overeen met de hulpvraag van de mens met parkinson.</p>
<p>Mantelzorg Ondersteuning</p> 	<p>Geen wettelijke bepalingen.</p>	<p>Er zijn informele gesprekken tussen zorgverleners en mantelzorg.</p> <p>De mens met parkinson en mantelzorg hebben structureel een evaluatiegesprek met het behandelend team.</p> <p>De mantelzorg wordt betrokken bij de zorg voor zo ver mogelijk.</p>	<p>Geen.</p>	<p>De mantelzorg ervaart de inzet van GZSP als grote ontlasting en is hierdoor in staat de zorg voor de mens met parkinson in de thuissituatie (langer) vol te houden. Afronding van de GZSP dreigt tot overbelasting van de mantelzorg.</p>

<p>Resultaten</p> 	<p>De inzet van GZSP heeft effect op:</p> <ul style="list-style-type: none"> - plekken waarnaar patiënt uitstroomt; - aanvankelijke zorgbehoefte van patiënten in relatie tot het uiteindelijke resultaat; - het aantal heropnames; - de patiënttevredenheid; - de tevredenheid zorgverleners; - de tevredenheid van verwijzers. 	<p>Organisaties benoemen langer thuis kunnen wonen met een verbeterde kwaliteit van leven als belangrijkste effect van GZSP.</p> <p>Groepsactiviteiten leiden tot lotgenotencontact voor zowel mensen met parkinson als mantelzorgers.</p> <p>De mantelzorgers wordt ontlast.</p>	<p>Geen.</p>	<p>Door het ontbreken van metingen is het effect van de inzet van GZSP voor mensen met parkinson nog onduidelijk. Voordat metingen verricht worden dienen de overige knelpunten binnen dit zorgproduct te worden gereduceerd.</p>
<p>Ontslag</p> 	<p>De GZSP eindigt als de behandeldoelen zijn behaald, als er geen behandeldoelen meer zijn, als een indicatie voor de Wlz wordt afgegeven, of als de betrokkene overlijdt.</p>	<p>De GZSP eindigt als de behandeldoelen zijn behaald, als er geen behandeldoelen meer zijn of als een indicatie voor de Wlz wordt afgegeven.</p> <p>Het zorgteam stuurt een ontslagverslag naar de huisarts, eerstelijns behandelaren, de thuiszorg en parkinsonverpleegkundige en/of neuroloog.</p> <p>Nazorg vindt niet standaard plaats.</p>	<p>Geen.</p>	<p>Beëindiging van GZSP-zorg, op basis van het behalen van de doelen, komt weinig voor gezien het progressieve karakter van de ziekte.</p>

<p>Financiering</p> 	<p>Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde bieden: maximaal € 182,92</p> <p>Onderzoek voor toegang tot geriatrische revalidatiezorg: maximaal € 182,92</p> <p>Zorg zoals gedragswetenschappers bieden: maximaal € 146,63</p> <p>Zorg in een groep aan kwetsbare patiënten: maximaal € 76,62</p> <p>Zorg in een groep aan patiënten met een lichamelijke handicap en/of aan patiënten met niet-aangeboren hersenletsel: maximaal € 113,02</p>	<p>De financiering van GZSP voor de behandeling van mensen met parkinson is toereikend als er naast groepsbehandeling weinig tot geen individuele therapie wordt ingezet.</p>	<p>Bij behoefte aan meer individuele therapie naast de groepstherapie, krijgen mensen met parkinson in enkele organisaties therapie via de eerstelijns óf worden mensen doorgestuurd naar de GR.</p>	<p>Er meer behoefte aan individuele therapie, zeker als de zorgvraag toeneemt als gevolg van ziekteprogressie. Indien meer individuele therapie nodig is in plaats van of naast de groepsbehandeling, is het tarief niet toereikend.</p>
--	---	---	--	--

Conclusie

Voor het project PBT werd bij twaalf zorgorganisaties in Nederland, die kortdurende herstelgerichte parkinsonzorg aanbieden, informatie opgehaald over de organisatie van drie zorgproducten namelijk 1) ELV, 2) GR en 3) GZSP. In dit rapport zijn de overeenkomsten, verschillen en knelpunten gedocumenteerd. De zorgproducten kennen overeenkomstige knelpunten en die leiden tot ongewenste verschillen in het zorgaanbod. Zo is er onduidelijkheid over welke mensen met parkinson precies passen binnen de zorgproducten, wat kan leiden tot een mismatch tussen zorgbehoefte en zorgaanbod. De opnameduur kan langer zijn dan noodzakelijk door verschillende redenen, zoals wachttijd op hulpmiddelen of inzet van thuis- of vervolgzorg.

Er is behoefte aan een multidisciplinair team, maar de samenstelling en beschikbare tijd voor behandelingen is niet altijd optimaal. Een gebrek aan integraal werken kan leiden tot inefficiënte zorg en onduidelijkheid over verantwoordelijkheden. Mantelzorgers krijgen vaak onvoldoende ondersteuning, wat kan leiden tot overbelasting en een grotere kans op heropname.

Een gebrek aan metingen en evaluaties maakt het moeilijk om de effectiviteit van de inzet van de zorgproducten te beoordelen en verbeteringen aan te brengen. En tot slot is de financiering niet altijd toereikend voor de complexe zorgbehoeften van mensen met parkinson.

De overeenkomstige knelpunten in de kortdurende herstelgerichte zorg voor mensen met parkinson wijzen op een gebrek aan afstemming, (financiële) middelen en heldere standaarden binnen de zorgverlening. Dit kan leiden tot suboptimale zorg, onnodige opnames en overbelasting van zowel mensen met parkinson, mantelzorgers en medewerkers. Het ontbreken van gestandaardiseerde metingen en evaluaties belemmert bovendien de mogelijkheid om de effectiviteit van de zorg te verbeteren en de uitkomsten te optimaliseren.

Een goede eerste stap om de ongewenste verschillen terug te dringen, is prioriteit geven aan het verbeteren van de samenwerking en afstemming tussen verschillende zorgverleners en instellingen (door de lijnen heen). Dit kan worden bereikt door het opstellen van een duidelijke zorgstandaard voor indicatiestelling, zorgaanbod en samenwerkingsafspraken. Daarnaast is het essentieel om de beschikbare middelen en financiering beter af te stemmen op de complexe zorgbehoeften van mensen met parkinson, om zo de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te verbeteren, met als doel: de juiste zorg voor parkinson, op de juiste plek!