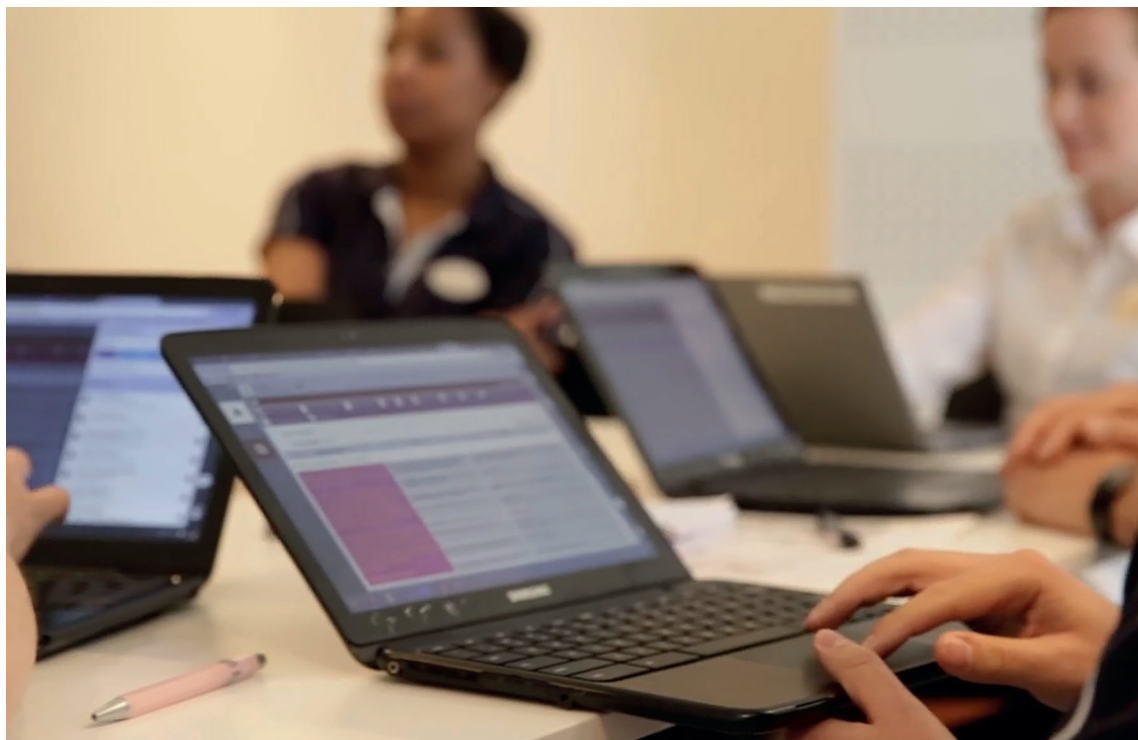


# Interdisciplinair samenwerken in de geriatrische revalidatie

## Een handreiking met een basisset meetinstrumenten

Arno J. Doornebosch, Monique A. A. Caljouw, Wilco P. Achterberg



**G**eriatrische revalidatie (GR) richt zich op het herstel van functioneren en de participatie van kwetsbare ouderen, na een acute functionele achteruitgang door verergering van een al bestaande aandoening of het ontstaan van een nieuwe aandoening. Eerder onderzoek bij deze groep ouderen heeft al voldoende bewijs opgeleverd dat de GR interdisciplinair geleverd dient te worden en dat een gedegen assessment hiervoor noodzakelijk is. Er ontbreekt nu echter consensus over de beste meetinstrumenten om de voortgang van de revalidatie te monitoren. Omdat literatuuronderzoek geen valide voorbeelden opleverde, heeft het Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid Holland (UNC-ZH) het initiatief genomen om tot een basisset meetinstrumenten voor de GR te komen. Met het project Meetplan GR, is een stap genomen om tot meer uniformiteit te komen omtrent het gebruik van meetinstrumenten en een betere inhoudelijke onderbouwing van de geleverde zorg. Bovendien wordt het interdisciplinair werken gestimuleerd evenals de noodzakelijke kwaliteitsverbetering.

**Auteursgegevens:** Arno Doornebosch, MSc (LUMC/UNC-ZH). Coördinator geriatrische revalidatie bij het Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid Holland. Tevens projectcoördinator GRZ bij Pieter van Foreest en daarnaast Masterthesis begeleider en externe examiner aan de Master Neurorevalidatie (HAN). Arno is 25 jaar werkzaam geweest als fysiotherapeut in de geriatrie (neurorevalidatie) en is tevens werkzaam geweest als CVA keten coördinator bij de CVA keten DWO. Dr. Monique Caljouw (LUMC/UNC-ZH). Wetenschappelijk coördinator bij het Universitair Netwerk voor de Care Sector Zuid Holland. Tevens is Monique assistant professor bij het Leids Universitair Medisch Centrum aan de afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde. Monique heeft een achtergrond als verpleegkundige, heeft Gezondheidswetenschappen gestudeerd in Maastricht en is gepromoveerd aan de Universiteit Leiden. Prof. dr. Wilco Achterberg (LUMC/UNC-ZH). Voorzitter van het Universitair Netwerk voor de Care Sector Zuid Holland. Tevens hoogleraar ouderengeneeskunde aan het Leids Universitair Medisch Centrum en Specialist Ouderengeneeskunde bij Topaz in Leiden.

**Correspondentie:** A.J.Doornebosch@lumc.nl

## Inleiding

Het Universitair Netwerk voor de Care Sector Zuid Holland (UNC-ZH) is één van de zes academische netwerken voor de ouderenzorg die in Nederland als Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO) georganiseerd zijn. Het UNC-ZH werkt aan de hand van drie hoofdthema's:

1. geriatrische revalidatie;
2. kwaliteit van leven bij dementie;
3. palliatieve zorg bij dementie (1).

Binnen deze hoofdthema's wordt er gewerkt aan het maken, het delen en het toepassen van kennis binnen wetenschappelijk onderzoek, zorg, onderwijs en natuurlijk de cliënt (zie Figuur 1).

De geriatrische revalidatie (GR) is een relatief nieuw georganiseerde vorm van zorg in Nederland, die sinds 2013 onder de Zorgverzekeringswet valt (2). Ook internationaal gezien is GR relatief nieuw, en daarom is de inhoudelijke onderbouwing van goede GR ook nog relatief beperkt (3). Momenteel wordt er veelal op basis van Best Practice en enthousiasme gewerkt. De werkgroep *behandelkaders geriatrische revalidatie* van Versenso heeft GR gedefinieerd als geïntegreerde multidisciplinaire zorg die gericht is op verwacht herstel van functioneren en participatie bij laag belastbare ouderen na een acute aandoening of functionele achteruitgang. De internationale definitie van de Boston Working Group luidt: evaluative, diagnostic, and therapeutic interventions whose purpose is to restore functional ability or enhance residual functional capability in elderly people with disabling impairments (4).

Om de GR steviger te positioneren zal er gewerkt moeten worden aan een wetenschappelijke onder-

bouwing van de inhoud.

Om een stevige stap richting de inhoudelijke onderbouwing van GR te zetten, is het UNC-ZH in 2016 met het project Meetplan GR gestart. In dit project is een digitale basis set meetinstrumenten voor de GR samengesteld (5). De doelstellingen van het project Meetplan GR zijn:

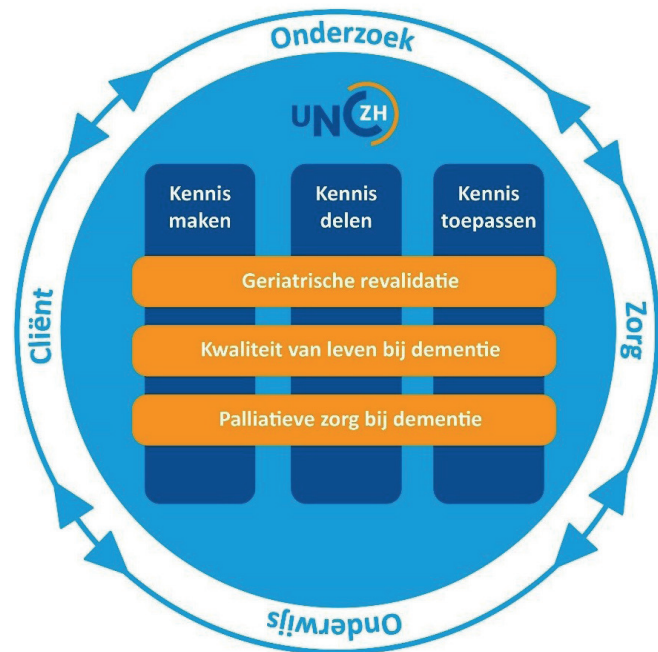
1. het structureel en eenduidig gebruik van de meetinstrumenten voor het meten en evalueren van cliëntuitkomsten;
2. het spiegelen tussen verschillende geriatrische revalidatieafdelingen;
3. het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek.

Het meetbaar maken van cliëntuitkomsten zal leiden tot betere kwaliteit van zorg, omdat de voortgang van cliënten gemonitord kan worden op cliëntniveau en op afdelingsniveau en omdat wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit en efficiëntie van GR een impuls krijgt.

## Het meten van cliëntuitkomsten

Binnen de GR vinden metingen van cliëntuitkomsten met een grote diversiteit aan meetinstrumenten en met verschillende doelstellingen plaats. Dit is onder andere uit een inventarisatie binnen het UNC-ZH naar voren gekomen. Door de grote hoeveelheid beschikbare meetinstrumenten is het voor zorgprofessionals moeilijk om een weloverwogen keuze te maken welke wanneer te gebruiken. Hiernaast blijkt het niet eenvoudig te zijn om meetinstrumenten voor het meten van cliëntuitkomsten op de juiste manier toe te passen en te gebruiken om het revalidatieproces te evalueren (6).

Voor het verbeteren van de GR is het noodzakelijk dat zorgprofessionals geholpen worden bij het maken van



Figuur 1: Hoofdthema's UNC-ZH

een onderbouwde keuze voor het gebruik van meetinstrumenten. Hierbij is het belangrijk dat er naast de ziekte specifieke meetinstrumenten, zoals deze bijvoorbeeld voor fysiotherapeuten vanuit hun beroepsspecifieke richtlijnen worden aanbevolen, ook generieke (dus te gebruiken onafhankelijk van de diagnose) meetinstrumenten worden gebruikt. Deze generieke meetinstrumenten vormen de basis om te meten op verschillende niveaus (zie Figuur 2). Het verzamelen van deze gegevens is noodzakelijk om te werken aan een inhoudelijke onderbouwing van de GR.

Door de inzet van generieke meetinstrumenten wordt het mogelijk om cliëntengroepen, revalidatie afdelingen, verpleeghuizen en groepen van verpleeghuizen te vergelijken.

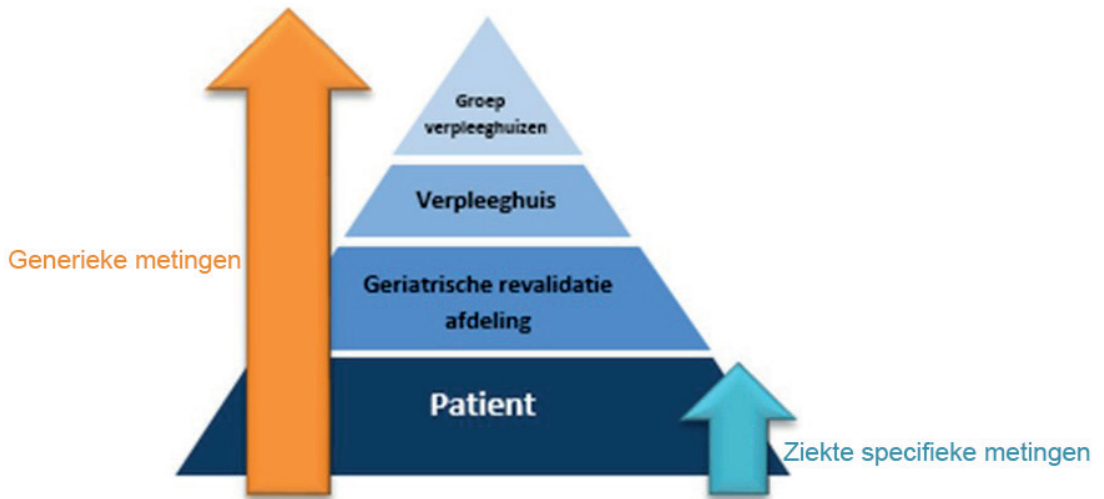
### Plan van aanpak UNC-ZH

Door middel van literatuuronderzoek en expert opinion is een werkgroep GR vanuit negen zorginstellingen in Zuid Holland tot een consensus voorstel voor een basisset meetinstrumenten gekomen. De werkgroep GR had een multidisciplinaire samenstelling waarin specialisten ouderengeneeskunde, geriatriefysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, verpleeg-

kundigen en managers vertegenwoordigd waren. De basisset Meetplan GR omvat alle domeinen van de International Classification of Function, Disability and Health (ICF), en geeft daardoor een totaal beeld van cliënten en handvatten voor evaluatie op uitkomsten (7). Eén van de doelstellingen van het project was ook

*... wetenschappelijk onderbouwen draagt bij aan een stevigere positionering van de geriatrische revalidatie ...*

om de administratielast zo beperkt mogelijk te houden en dubbele handelingen te voorkomen. Dit heeft onder andere geresulteerd in een beknopte basisset meetinstrumenten die bij opname en ontslag en in overleg tussentijds, door drie disciplines (specialist ouderengeneeskunde, verpleging/verzorging, ergotherapie) namens het multidisciplinaire team wordt afgenomen. Deze keuze geeft aanleiding om binnen de GR nog meer interdisciplinair te gaan samenwerken.



Figuur 2: Niveaus van meten binnen de geriatrische revalidatie

Zo helpen deze metingen bijvoorbeeld de fysiotherapeut en andere disciplines om binnen de GR nog doelmatiger te gaan werken.

In Tabel 1 staat het overzicht van de basisset meetinstrumenten van het Meetplan GR met daarbij de aanvullende informatie.

### Handreiking aan de geriatrische revalidatie voor interdisciplinair samenwerking

Binnen de huidige setting van de GR in Nederland, wordt er met multidisciplinair samengestelde teams gewerkt. De samenstelling van deze teams zijn veelal gebaseerd op een advies van Advisaris (8). Dit advies is tot stand gekomen om de GR te ondersteunen bij de formatie inzet, gebaseerd op uitgangspunten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het geeft inzicht

*... er wordt efficiënt en doelmatig informatie verkregen, dubbel werk wordt voorkomen ...*

welke ruimte er is binnen de tariefsopbouw voor de inzet van behandelaars en zorgformatie. Hierbij kunnen er zelf keuzes gemaakt worden ten aanzien van het volgen van de norm of hier bewust van afwijken, bijvoorbeeld bij de samenstelling van de zorgpaden/

zorgprogramma's. Het maken van deze keuzes vraagt inzicht in de inhoudelijke onderbouwing om de doelgroep in de GR succesvol te revalideren.

Binnen de GR is de teamsamenstelling verschillend per diagnosegroep. Er zijn teams die zich bezighouden met de revalidatie van neurorevalidatie cliënten. Deze teams hebben over het algemeen een grote diversiteit aan disciplines. Daarnaast zijn er teams die de andere diagnosegroepen revalideren zoals traumata, electieve heup- en knie vervanging en overige zoals hartfalen en COPD. Deze teams zijn doorgaans minder in omvang en laten een minder grote diversiteit zien. De onderbouwing vanuit zorginstellingen hierbij, heeft betrekking op de complexiteit van de neurorevalidatie doelgroep. Hiernaast zijn ook financiële kaders aanwezig die leiden tot minder formatie en diversiteit van het team bij andere diagnosegroepen dan de neurorevalidatie.

Naast dat er in de praktijk een verscheidenheid aan samenstelling van multidisciplinaire teams is, is er ook een verscheidenheid in de mate waarin binnen de teams wordt samengewerkt.

### Wat is multidisciplinair samenwerken en doen we het goed in de geriatrische revalidatie?

Bij multidisciplinair samenwerken, werken verschillende disciplines vooral onafhankelijk van elkaar samen.

	Instrument/ bron/ classificatie	Ingevuld door	Moment van afname	Afnametijd
<b>Karakteristieken / stoornis</b>				
Geslacht en leeftijd	ECD	administratie	opname	
Diagnose	ICD-10	administratie	opname	
Voedingstoestand	ID / meetlint en weegschaal	verpleging	Opname (+ 1 keer per maand)	
Comorbiditeit	FCI	arts	opname	1-5 minuten
<b>Functie/participatie</b>				
Cognitie, stemming, functioneren	USER	verpleging	opname en ontslag (tussentijds in overleg met MDO-team)	10-15 minuten
ADL/BDL probleeminventarisatie	COPM	ergotherapeut	opname en ontslag (tussentijds in overleg met MDO-team)	45 minuten
Gedrag	NPI-Q	verpleging	opname en ontslag	5-10 minuten
ADL voor opname geriatrie revalidatie	Pre-morbide Barthel index	verpleging	opname	5-10 minuten
<b>Satisfactie</b>				
Kwaliteit van leven	EQ-5D-5L	patiënt/mantelzorg	opname en ontslag	5-10 minuten
<b>Omgevingsfactoren</b>				
Woonsituatie	Eigen lijst	ergotherapeut	opname	
Ontslagbestemming	Eigen lijst	ergotherapeut	ontslag	
<b>Proces</b>				
Opnameduur ziekenhuis	Overdracht	administratie	opname	
Opnameduur geriatrie revalidatie	DBC	administratie	ontslag	
Therapie-intensiteit	DBC	administratie	ontslag	
Tussentijdse ziekenhuisopname/ duur/ reden	DBC ICD-10	administratie en arts	ontslag	

Tabel 1: Basisset meetinstrumenten en aanvullende informatie UNC-ZH.

Afkortingen: ECD = elektronisch cliëntendossier; ICD-10 = International Classification of Diseases and Related Health Problems; ID = identiteitskaart; FCI = Functional Comorbidity Index; USER = Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie; COPM = Canadian Occupational Performance Measure; NPI-Q= Neuropsychiatrische Vragenlijst; EQ-5D-5L = EuroQol 5Demensies-5Levels; DBC = diagnose behandel combinatie; MDO = Multidisciplinair Overleg

Zowel de onderzoeksfase, het opstellen van doelstellingen, als het meten van het resultaat gebeurt onafhankelijk van elkaar (9) waarbij de zorgprofessionals onder elkaar wel informatie kunnen uitwisselen. De

teamleden werken parallel of opeenvolgend aan een probleem (10). De samenwerking blijft beperkt doordat de teamleden de grenzen van hun discipline niet overschrijden (10,11).

## Casus: de interdisciplinaire opnamefase

Mevrouw A. is 79 jaar en wordt na een kort verblijf in het ziekenhuis, in verband met een heupfactuur, opgenomen in de geriatrie revalidatie.

Mevrouw meldt zich samen met haar zoon op de afdeling van de zorginstelling, waar zij in overleg na een triage voor is aangemeld. Voorafgaand heeft mevrouw A. en haar zoon al de nodige informatie gekregen, zodat zij in grote lijnen al weten wat hen de komende periode te wachten staat. Bij binnenkomst van mevrouw zijn de nodige administratieve handelingen al uitgevoerd en zijn de medewerkers op de hoogte van haar komst en geïnformeerd door middel van de overdracht uit het ziekenhuis. Samen met haar zoon wordt ze naar haar kamer begeleid, door de verpleegkundige die haar en haar zoon verder informeert over de afdeling en haar revalidatie.

De verpleegkundige begint met het afnemen van de centrale intake en gebruikt de contact momenten direct om mevrouw A. te observeren. Onderdeel van de intake door de verpleging is de **premorbid Barthel**, hiermee wordt in een paar minuten de situatie van voor de opname in het ziekenhuis in kaart gebracht. Tevens registreert de verpleegkundige de lengte en het gewicht van mevrouw A., om een eerste indruk van haar voedingstoestand te krijgen. Tot slot wordt de **Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q)** ingevuld, waarmee kort en bondig eventueel aanwezige neuropsychiatrische gedragsproblemen in beeld kunnen worden gebracht. Hiermee haalt de verpleegkundige belangrijke informatie op die noodzakelijk is voor het succesvol revalideren om weer terug te keren naar de oude woonsituatie. Nadat de verpleegkundige haar aandeel van de centrale intake heeft afgerond, draagt zij de intake over aan de specialist ouderengeneeskunde. De verpleegkundigen zullen de komende twee dagen gebruiken om mevrouw A. in de dagelijkse praktijk te observeren. Op dag drie van opname in de geriatrie revalidatie zal de verpleegkundige de **Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie (USER)** invullen, waarmee het actuele functioneren van mevrouw A. in kaart wordt gebracht.

Wanneer de specialist ouderengeneeskunde de centrale intake van de verpleegkundige overneemt, gaat deze verder met het completeren van de informatie. In dit deel van de centrale intake zal de specialist ouderengeneeskunde de **Functional Comorbidity Index (FCI)** invullen. Met deze snelle inventarisatie wordt inzichtelijk welke comorbiditeiten eventueel aanwezig zijn die voorspellend kunnen zijn met betrekking tot het fysieke functioneren.

De volgende dag wordt mevrouw A. bezocht door de ergotherapeut. Deze zal bij mevrouw een semigestructureerd interview afnemen om haar problemen te inventariseren en prioriteren. Hiervoor maakt de ergotherapeut gebruik van de **Canadian Occupational Performance Measure (COPM)**.

In de geriatrie revalidatie zijn er vooral oudere personen met een grote diversiteit aan veelal complexe gezondheidsproblemen (2,12,13). Deze complexiteit vraagt een multidisciplinair overstijgende werkwijze. Om adequaat en doelgericht in te spelen op de revalidatievragen van oudere personen, is een interdisciplinair gerichte benadering effectiever (14,15). Voorwaarden voor interdisciplinaire benadering zijn gezamenlijke doelen, onderling vertrouwen en de bereidheid om kennis te delen (16,17).

## Wat is interdisciplinair samenwerken en waarom is dit noodzakelijk bij geriatrie revalidatie?

Interdisciplinair werken wordt gekenmerkt door een teamsamenstelling met meerdere disciplines, waarbij de onderlinge samenwerking intensiever verloopt dan bij multidisciplinair werken. Door deze intensievere sa-

menwerking kunnen de grenzen van de verschillende disciplines vervagen (10). Een interdisciplinair team ontwikkelt een gemeenschappelijk gedragen revalidatieplan voor elke patiënt (11). Via dit revalidatieplan, dat fungeert als een samenwerkingsdocument, proberen de verschillende disciplines eenzelfde resultaat te bereiken. De disciplines vertrouwen op de ander, en bouwen voort op informatie van de ander (zie casus). Er wordt op een efficiënte, doelmatige en doelgerichte manier informatie verkregen, dubbel werk wordt daarmee voorkomen. De opgehaalde informatie moet op een gestructureerde wijze in het multidisciplinaire overleg (MDO) gedeeld worden (zie vervolg casus). Tijdens dit MDO zullen de teamleden gezamenlijk doelen stellen in samenspraak met de cliënt. Wanneer deze doelen geformuleerd en vastgesteld zijn in het revalidatieplan, kunnen de noodzakelijke interventies worden bepaald. Deze interventies komen voort uit



## vervolg casus: het multidisciplinaire overleg (mdo)

Mevrouw A. is ondertussen vier dagen opgenomen in de geriatrische revalidatie. De afgelopen dagen heeft zij een centrale intake van de verpleegkundige en de specialist ouderengeneeskunde gehad. Vervolgens is zij samen met de ergotherapeut in gesprek gegaan om haar problemen te inventariseren en heeft de verpleegkundige de USER ingevuld.

Naast de opgehaalde informatie door de verpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde en de ergotherapeut, zijn eventueel ander betrokken disciplines al verder gegaan op basis van de overdrachtsinformatie van hun collega's uit het ziekenhuis.

Mevrouw A. is erg tevreden met de manier hoe zij is ontvangen en vooral over het feit dat zij maar eenmaal haar verhaal hoefde te vertellen. Mevrouw en haar zoon vonden het ook erg prettig dat zij haar therapieën die in het ziekenhuis gestart waren meteen kon voortzetten in de geriatrische revalidatie. Mede hierdoor was de ervaren overgang relatief klein.

Tijdens het opname gesprek is met haar gecommuniceerd dat er binnen vijf dagen na opname een multidisciplinair overleg zal plaatsvinden, waarin alle verzamelde informatie bij elkaar gebracht zal worden. Hiermee kon in overleg met mevrouw de revalidatie nog meer persoonsgericht worden voortgezet.

Op dag vier van de opname staat het eerste MDO gepland en mevrouw A. en haar zoon zijn erg nieuwsgierig naar alle bevindingen en vooral ook hoe haar revalidatie nog persoonlijker gemaakt zal worden. Tijdens het MDO wordt alle verzamelde informatie samengebracht. De gegevens uit de USER worden door de verpleging in het MDO gebracht, waarmee een beeld van het functioneren op dat moment wordt verkregen. De ergotherapeut geeft op basis van de COPM aan welke problemen mevrouw ervaart en welke hiervan de grootste prioriteit heeft. In overleg met mevrouw A. wordt op basis van alle informatie een persoonlijk revalidatieplan opgesteld, waardoor zij heel gericht aan haar persoonlijke doelen kan gaan werken.

Tijdens de revalidatieperiode van mevrouw A., heeft het team tussentijds op verschillende momenten geëvalueerd, waarbij de USER en de COPM werden gebruikt om de bevindingen te objectiveren.

Hiernaast was voor mevrouw A. ook de geriatrisch fysiotherapeut een belangrijk teamlid om haar te ondersteunen tijdens haar revalidatie. Deze heeft zijn interventies tijdens de revalidatie geobjectiveerd met behulp van de meetinstrumenten die vanuit zijn discipline worden aanbevolen en net als de andere teamleden hierover (in het MDO) gecommuniceerd.

Vier weken na opname, is mevrouw A. succesvol met ontslag naar huis teruggekeerd. Voorafgaand aan het ontslag zijn de verschillende metingen nogmaals uitgevoerd waardoor het gehele revalidatieproces volledig in beeld gebracht is, en waardoor hier ook op geëvalueerd kan worden.

Tijdens haar verblijf heeft mevrouw A. ook de **EuroQol 5 dimensies 5 levels (EQ-5D-5L)** ingevuld, waarmee de ervaren kwaliteit van zorg door haar geobjectiveerd is.

De teamleider/manager van de afdeling kan aan de hand van de verzamelde gegevens zien, hoe de groepsuitkomsten van de cliënten van de afdeling zijn in verhouding met die van de andere afdelingen/verpleeghuizen. Deze informatie kan vervolgens worden ingezet bij eventuele verbeterplannen.

een gezamenlijk pad dat bewandeld wordt met de cliënt om de gestelde doelen te behalen.

Bij de basisset meetinstrumenten van het UNC-ZH ligt, zoals in de inleiding beschreven, de afname van de instrumenten bij verschillende leden van het multidisciplinaire team. Zo krijgt de verpleegkundige een prominente rol door het afnemen van de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van de klinische Revalidatie (USER). De USER biedt informatie die de patiënt en het behandelteam informeert over de voortgang. Het instrument wordt op verschillende momenten tijdens de revalidatie afgenomen, en in ieder geval bij opname en ontslag.

De gezamenlijke werkwijze zal voor het multidisciplinaire team inhouden dat zij elkaar goed moeten informeren. Dit heeft er bijvoorbeeld bij de zorgorganisatie Laurens in Rotterdam toe geleid dat er minder dubbel werk wordt gedaan. De totale duur van de multidisciplinaire intake is van zeven uur naar vier is terug gebracht. Hiernaast vraagt het van de zorgprofessionals, dat zij goed weten waar hun eigen grenzen liggen en waar zij de expertise van een andere (discipline/collega) moeten inzetten om de gezamenlijk gestelde doelen te behalen.

De basisset van het Meetplan GR biedt daarmee een prachtige handreiking voor interdisciplinaire samenwerking in de geriatrische revalidatie.

## Conclusie

Het gebruik van de basisset van het Meetplan GR helpt om te komen tot één taal over het functioneren van de cliënt daarnaast leidt het tot een interdisciplinaire werkwijze. Dit draagt ook bij aan de mogelijkheid om uitkomsten te vergelijken. Gegroepeerde uitkomsten op cliëntniveau geven ons inzicht in de verschillen

*... discipline overstijgend samenwerken,  
verrijkt je werk en helpt de cliënt ...*

op cliëntniveau, afdelingsniveau en instellingsniveau. Door het spiegelen tussen afdelingen kunnen uitkomsten vergeleken worden met de bestaande praktijken op die afdelingen: dit helpt om best-practices te identificeren. Met de verzamelde data kan daarnaast wetenschappelijk onderzoek worden uitgevoerd, waarin effectiviteit en efficiëntie van de GR wordt bestudeerd.

Dit alles maakt het mogelijk om nog meer op inhoud te sturen bij de kwaliteit van de geriatrische revalidatie.

We staan aan het begin van een mooie reis om interdisciplinair met eenzelfde taal de voortgang en kwaliteit van de geriatrische revalidatie te monitoren. De komende jaren zullen we veel onderzoek doen naar bruikbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit van het meetplan, en doen dat graag in een brede interdisciplinaire discussie.

*... de duur van de multidisciplinaire  
intake is teruggebracht van  
zeven naar vier uur ...*

Het UNC-ZH heeft met de basisset Meetplan GR een initiatief genomen, welke uiteindelijk zal leiden tot een betere revalidatie voor oudere personen die tijdelijk een achteruitgang in hun zelfstandig functioneren laten zien, waarvoor opname bij de GR noodzakelijk is. Alleen op deze wijze kan inzichtelijk gemaakt wor-

den wat een oudere persoon tijdens zijn revalidatie kan verwachten en minstens zo belangrijk, dat het ook onderbouwd kan worden.

## Literatuur

4. UNC-ZH. <https://www.lumc.nl/org/unc-zh/onderzoek/> . Beschikbaar via <https://www.lumc.nl/org/unc-zh/> . Geraadpleegd 2018 december 04
5. **Achterberg WP, Zekveld G, van Balen R, van Haastregt JCM, Schols JMGA, de Groot AJ, et al.** Leidraad Geriatrische Revalidatie Zorg. Versie 1.1. 2013
6. **Van Balen R.** Een overzicht van effectiviteit van algemene geriatrische revalidatie. Geriatrische COPD en hartfalen revalidatie in het bijzonder. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde. Home no. 1 | Feb. 2015 | Revalidatie chronische aandoeningen.
7. **Kane RL, Jette AM, Hamilton BB, et al.** Boston Working Group on Improving Health Care Outcomes through Geriatric Rehabilitation. Proceedings from the Conference May 16-18, 1996. Medical Care 1997;35:JS4-JS20.
8. **Doornebosch AJ, van Balen R, Caljouw MAA, de Waal MWM, Achterberg WP.** Op weg naar betere geriatrische revalidatie door structureel meten en evalueren van patiëntuitkomsten. 2018 <https://www.lumc.nl/sub/9600/att/RoadmapBasissetMeetinstrumentengegeriatrischerevalidatie>
9. **Beurskens S, van Peppen R, Stutterheim E, Swinkels R, Wittink H.** Meten in de praktijk. Stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de gezondheidszorg. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
10. World Health Organization. International Classification of Function, Disability and Health (ICF). 2nd ed. Geneva 2001.
11. Advisaris. Grip op behandelinzet & zorgformatie Het GRZ Formatiemodel. Beschikbaar via <https://www.advisaris.nl/> . Geraadpleegd 04-12-2018.
12. **Thylefors I, Persson O, Hellstrom D.** Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross professional teamwork. Journal of Interprofessional Care 2005; 19:102-14.
13. **Choi BCK, Pak AWP.** Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. Clinical & Investigative Medicine 2006;29:351-64.
14. **Batorowicz B, Shepherd TA.** Measuring the quality of transdisciplinary teams. Journal of Interprofessional Care 2008;22:612-20.
15. **Achterberg WP, Caljouw MAA, van Haastregt J.**



Samenwerking en innovatie in de geriatrische revalidatiezorg. Proces- en effectevaluatie op cliëntniveau Proeftuinen Geriatrische Revalidatie. SINGER. <http://www.proeftuinengeriatischerevalidatie.nl> 2013

16. **Kabboord AD, van Eijk, M, Buijck BI, Koopmans RTCM, van Balen R, Achterberg WP.** Comorbidity and intercurrent diseases in geriatric stroke rehabilitation: a multicentre observational study in skilled nursing facilities. *Eur Geriatr Med* 2018; 9: 347.
17. **Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D.** Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. *J Am Geriatr Soc* 1991 Sep;39(9 Pt 2):85-165.
18. **Applegate WB, Miller ST, Graney MJ, Elam JT, Burns R, Akins DE.** A randomized controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. *N Engl J Med* 1990 May 31;322(22):1572-8.
19. **Singh R, Küçükdeveci AA, Grabljevec K, Gray A.** The role of interdisciplinary teams in physical and rehabilitation medicine. *J Rehabil Med* 2018; 50: 673–8.
20. **De Rijk A, van Raak A, van der Made.** A new theoretical model for cooperation in public health settings: The RDIC model. *Qualitative Health Research* 2007;17:1103-16.