



Inventarisatie organisatie ketenzorg rondom patiënten met een heupfractuur

i.o.v. focusgroep heupfracturen, vallend onder ROAZ TraumaNet AMC en Netwerk acute zorg, Regio VUmc

Versie	Datum	Versie en Status
0.1	29-9-2015	1 ^e concept, ter bespreking in werkgroep
0.2	9-10-2015	Aangevuld met discussie werkgroep; ter controle rondgestuurd aan werkgroep
1	16-10-2015	Definitieve versie; rondgestuurd aan leden Focusgroep Heupfracturen
2	11-11-2015	Aanpassingen voorgesteld in Focusgroep doorgevoerd

Auteurs

Drs. Annelies EJ Toor (Stafadviseur Netwerk acute zorg, regio VUmc)
Mariska Klooster, MSc (Stafadviseur TraumaNet AMC)

Datum

11 november 2015

Disclaimer

Dit rapport is zo zorgvuldig mogelijk samengesteld. Alle informatie in het rapport is afkomstig uit externe bronnen. Mochten er desondanks onjuistheden in het rapport staan, dan kunnen Netwerk acute zorg, regio VUmc en TraumaNet AMC hiervoor niet aansprakelijk gesteld worden. Aan eventuele onjuistheden of onvolledigheden kunnen geen rechten ontleend worden. De lezer is verantwoordelijk voor keuzes die hij/zij maakt op grond van de informatie in dit rapport, alsmede voor het gebruik van deze informatie.

Aan de informatie uit dit rapport kunnen geen rechten worden ontleend. De informatie en gegevens in dit rapport mogen zonder nadrukkelijke schriftelijke toestemming niet worden vermenigvuldigd of gepubliceerd.

Colofon

Dit rapport is tot stand gekomen met actieve participatie van de leden van twee werkgroepen vallend onder de Focusgroep Heupfracturen: Bas Twigt (Traumachirurg, BovenIJ ziekenhuis), Cees Miedema (Huisarts, West-Frieze Huisartsenorganisatie), Eric van Dulken (Traumachirurg, MC Slotervaart), Esther Helmich (Specialist Ouderengeneeskunde, Amstelring), Jeremy Amaya (Orthopedisch chirurg, Westfriesgasthuis), Jeroen Steens (Orthopedisch chirurg, Westfriesgasthuis), Jocelyn Daris (Programmamanager, Cordaan), Judella Daal (Klinisch Geriater, Westfriesgasthuis), Linda Tulner (Klinisch Geriater, MC Slotervaart), Marina Tol (Beleidsmedewerker, Cordaan), Miriam Eliel (Kwaliteitsfunctionaris, Westfriesgasthuis), Nathalie van der Velde (Klinisch Geriater, AMC), Pauline Manni (Fysiotherapeut, VUmc), Rianne Stam (Afdelingsmanager Chirurgie/Orthopedie, Ziekenhuis Amstelland), Susanne Smorenburg (Programmamanager GRZ/transmurale zorg, Cordaan) en Wendy van der Gragt (Unithoofd Orthopedie, Westfriesgasthuis).

Voorzitters Focusgroep Heupfracturen: Martin Heetveld (Traumachirurg, Spaarne Gasthuis), Rudolf Poolman (Orthopedisch chirurg, OLVG)

Inhoud

Aanleiding	4
Ontwikkelingen buiten het ROAZ	5
VMS thema ‘Kwetsbare ouderen’	5
Dutch Hip Fracture Audit (DHFA)	5
Landelijke richtlijnen heupfracturen	5
IGZ rapport overdracht ziekenhuizen aan VVT	5
Andere regionale initiatieven	5
Methode	6
Resultaten	7
Respons	7
Multidisciplinaire samenwerking in het ziekenhuis	7
Screening	7
Aanwezigheid klinisch geriater en/of internist ouderengeneeskunde	8
Opname in het ziekenhuis	10
Multidisciplinair Overleg	10
Betrokkenheid specialist ouderengeneeskunde	11
Operatie.....	11
Literatuuronderzoek betrokkenheid geriater	12
Survey Monkey	12
Uitstroom	13
Informatie uit de verwijzing	13
Revalidatie	14
Ontslag.....	14
Survey Monkey	16
Protocollen/zorgpad.....	17
Conclusies en aanbevelingen	18
Multidisciplinaire samenwerking	18
Uitstroom	18
Voorstel voor verbetering	19
Bijlage 1 Inventariserende vragenlijst	20
Bijlage 2 Survey Monkey	22
Bijlage 3 Ziekenhuizen en verpleeghuizen met GRZ in ROAZ VUmc en AMC	23

Aanleiding

In februari 2015 is de Focusgroep Heupfracturen, vallend onder het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) VUmc en AMC, opgericht. De opdracht van het ROAZ aan de focusgroep is het in kaart brengen van de acute zorg en het initiëren en uitwerken van verbeteringen binnen deze acute zorgketen. Tijdens een invitational conference heupfracturen zorg in september 2014 is het onderwerp vanuit verschillende disciplines belicht en gaf 97% van de deelnemers aan mee te willen werken aan verbetering voor deze patiëntengroep. In de eerste focusgroep bijeenkomst van februari 2015 is aan de hand van een 'patiënt journey' gebrainstormd over knelpunten, witte vlekken danwel verbeterpunten in de keten. Hieruit zijn twee onderwerpen met bijbehorende vraagstellingen gedestilleerd:

1. Multidisciplinaire samenwerking in het ziekenhuis

- *Inventariseer hoe op dit moment in de verschillende ziekenhuizen wordt samengewerkt met de geriatrie en andere specialismen; al dan niet in de vorm van een Geriatrische Trauma Unit (GTU).*
- *Wat zijn de voordelen daarvan? Welk bewijs is er voor de gekozen vorm?*
- *Wat zijn de randvoorwaarden (en evt. triage?) voor een goede GTU of een andere vorm van samenwerking?*

2. Uitstroom en nazorg

- *Inventariseer hoe het proces rondom ontslag in de verschillende ziekenhuizen is;*
- *Welke afspraken zijn er met verpleeghuizen?*
- *Welke criteria zouden ziekenhuizen en verpleeghuizen met elkaar willen opstellen?*
- *Is er vroegtijdige triage mogelijk tijdens de ziekenhuisopname waar de patiënt naar toe gaat?*
- *Is er een advies te formuleren over dedicated uitstroomplekken specifiek voor patiënten met een heupfractuur?*

Beide onderwerpen zijn in aparte multidisciplinaire werkgroepen opgepakt en uitgewerkt. Dit rapport beschrijft de ontwikkelingen buiten het ROAZ (kaders), de resultaten van de inventarisatie op bovengenoemde onderwerpen en de conclusies en aanbevelingen aan de focusgroep.

Ontwikkelingen buiten het ROAZ

VMS thema 'Kwetsbare ouderen'¹

Patiëntveiligheid is één van de belangrijkste onderwerpen binnen ziekenhuizen. Om de patiëntveiligheid te vergroten en te borgen hebben de meeste ziekenhuizen in Nederland een geaccrediteerd of gecertificeerd Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en tien inhoudelijke thema's geïmplementeerd. Een van de tien thema's is 'Kwetsbare ouderen'. Van de patiënten met een heupfractuur is 79% ouder dan 70 jaar².

Dutch Hip Fracture Audit (DHFA)³

De DHFA is een multidisciplinaire kwaliteitsregistratie opgezet met als doel de kwaliteit van zorg bij patiënten met een heupfractuur te verbeteren. Deelname aan deze kwaliteitsregistratie geeft meer inzicht in het eigen professionele handelen. Daarnaast is het mogelijk om de eigen kwaliteit van zorg te vergelijken met andere centra, door middel van terugkoppeling van kwaliteitsinformatie aan behandelaars. De kwaliteit geleverd door een ziekenhuis of zorgverlener wordt vergeleken met een landelijk gemiddelde, de benchmark. Zo kan de geleverde zorg geëvalueerd worden en kunnen eventuele verbeterpunten worden aangewezen. Ook is het op den duur mogelijk wetenschappelijk onderzoek te doen met de geregistreerde data.

De DHFA is ontwikkeld door een samenwerking van de Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie, de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, de Nederlandse Orthopaedische Vereniging, de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie en de Nederlandse Internisten Vereniging. In het voorjaar van 2015 is de pilot van de DHFA gestart in tien ziekenhuizen in Nederland.

Landelijke richtlijnen heupfracturen

Op dit moment wordt de Richtlijn Proximale Femurfractuur van de Nederlandse Vereniging van Heelkunde en Nederlandse Orthopaedische Vereniging herzien. Verwachting is dat deze in januari 2016 klaar is. Daarnaast wordt gewerkt aan een Multidisciplinaire richtlijn zorg rondom heupfracturen.

IGZ rapport overdracht ziekenhuizen aan VVT⁴

De IGZ heeft in juni 2015 een onderzoeksrapport gepubliceerd waarin de overdracht van tien ziekenhuizen aan verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) is getoetst. Hieruit bleek dat de overdracht niet tijdig en niet volledig is. De IGZ stuurt op verbetering van dit proces en heeft hier een tijds kader van een jaar aan gehangen.

Andere regionale initiatieven⁵

In regio Groot Amsterdam is begin 2015 aan de bel getrokken dat de toegang naar tijdelijk verblijf in verpleeg- en verzorgingshuizen niet optimaal was. Sigra, een samenwerkingsverband van organisaties en formele netwerken in de gezondheidszorg en welzijn in de regio Groot Amsterdam, heeft dit opgepakt met een knelpuntenanalyse en verbetervoorstellen. Eén van hun verbetertrajecten is het opstellen van samenwerkingsafspraken met de Geriatrie Revalidatiezorg over triage voor de GRZ.

¹ Bron: <http://www.vmszorg.nl/Themas/Kwetsbare-ouderen>

² Bron: LTR FACTSHEET 2012, ACUTE ZIEKENHUISOPNAMEN VOOR HEUPFRACTUREN

³ Bron: <http://clinicalaudit.nl/DHFA>

⁴ Bron: www.igz.nl

⁵ Bron: <https://www.sigra.nl/doorstroming-patienten>

Methode

Om antwoord te kunnen geven op de vraagstellingen zoals geformuleerd in de focusgroep hebben de werkgroepen één gezamenlijke inventariserende vragenlijst opgesteld. Deze vragenlijst bevatte vooral feitelijke vragen over hoe de zorg rondom patiënten met een heupfractuur georganiseerd is. Deze vragenlijst is rondgestuurd aan alle 18 ziekenhuislocaties uit Noord-Holland en Flevoland.

Naast deze feitelijke inventarisatie is er een korte survey monkey uitgestuurd naar een bredere groep zorgverleners (chirurgen, specialisten ouderengeneeskunde, gerieters, fysiotherapeuten werkzaam in ziekenhuizen en verpleeghuizen, transferverpleegkundigen, afdelingsverpleegkundigen werkzaam in ziekenhuizen en verpleeghuizen). Hierin is gevraagd hoe de zorg aan patiënten met een heupfractuur ervaren wordt en welke knelpunten de zorgverleners tegenkomen of welke best practices ze kunnen noemen.

Ten aanzien van de vraagstelling naar het bewijs voor de vormen van multidisciplinaire samenwerking is er een kort literatuuronderzoek gedaan.

Resultaten

Respons

De respons op de inventariserende vragenlijst was 100% (18/18).

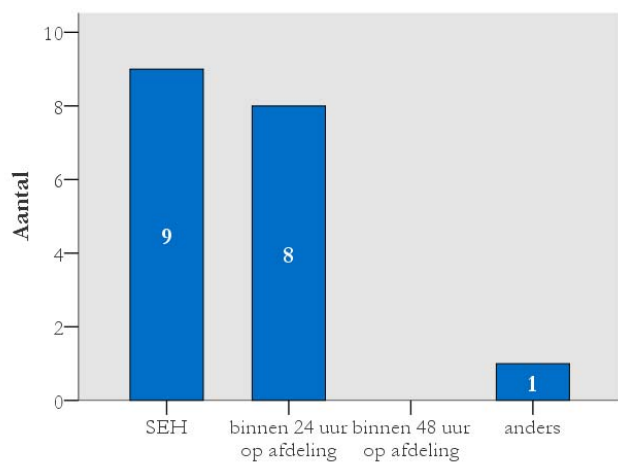
Multidisciplinaire samenwerking in het ziekenhuis

Screening

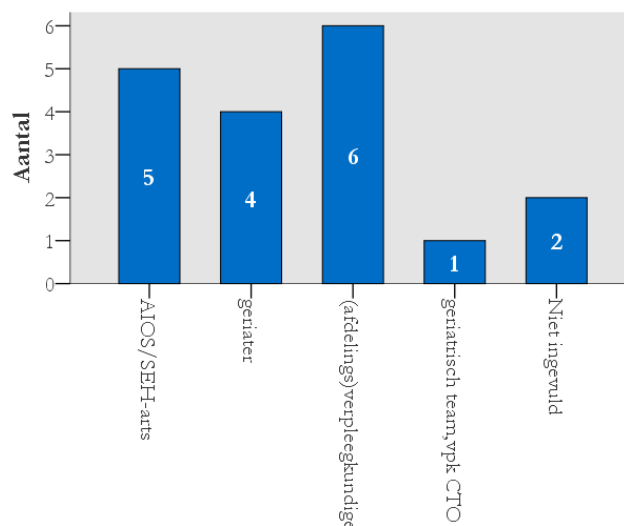
Een ziekenhuisopname is voor kwetsbare oudere patiënten risicovol vanwege hun verhoogde kans op complicaties zoals een infectie, ondervoeding, delirium of vallen. Veel van deze complicaties hebben functionele en/of cognitieve achteruitgang van de oudere patiënt tot gevolg. Een vroegtijdige en systematische identificatie van geriatrische problemen is een eerste noodzakelijke stap, gericht op het voorkomen van onbedoelde schade en het verbeteren van uitkomsten op functieverlies na een ziekenhuisopname⁶.

Alle ziekenhuizen in Noord-Holland en Flevoland geven aan standaard te screenen of een oudere patiënt in de categorie 'kwetsbare ouderen' valt. De tool die hier het meest voor gebruikt wordt is de VMS-tool (n=14); eventueel in combinatie met de ISAR-HP (Identification of Seniors At Risk – Hospitalized Patients) (n=1). Twee ziekenhuizen geven aan van een andere tool gebruik te maken. Conform de VMS-richtlijn wordt in de meeste ziekenhuizen gescreend bij patiënten met een leeftijd vanaf 70 jaar (n=11). In een aantal ziekenhuizen (n=7) zit hier meer variatie in (range: vanaf 55 – 75 jaar en/of op basis van co morbiditeit/functioneren).

De screening vindt bij negen van de 18 ziekenhuizen plaats op de SEH en bij acht ziekenhuizen binnen 24 uur op de afdeling (zie figuur 1). Afhankelijk van het moment van screening, wordt de tool door diverse medewerkers afgenomen (zie figuur 2).



Figuur 1



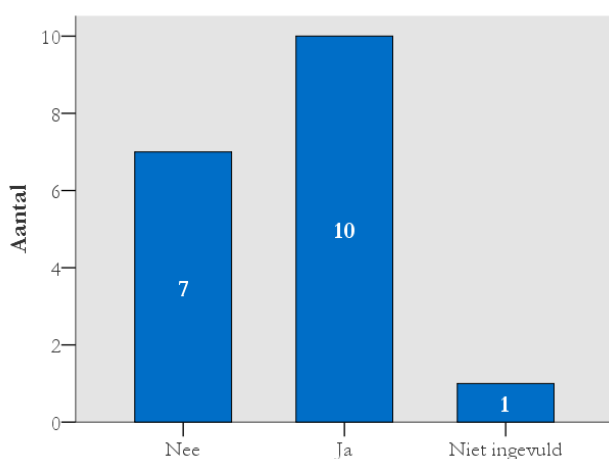
Figuur 2

De uitkomsten van de screening worden breed gebruikt. Zo wordt het veelal gebruikt om het medebehandelaarschap/ICC (InterCollegiaal Consult) van de geriater te bepalen (n=15); voor het opstellen van het behandel-/verpleegplan (n=13), voor het medicatiebeleid (n=9) en het ontslagmanagement (n=10). In één geval hangt het hoofdbehandelaarschap af van de uitkomst van de screening.

⁶ Bron: <http://www.vmszorg.nl/themas/kwetsbare-ouderen>

Bij een positieve screening op de VMS of ISAR-HP, is het aan te raden een Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) af te nemen. Het CGA is gedefinieerd als een uitgebreid geriatrisch onderzoek van 1 á 1,5 uur, volgens de richtlijn CGA, waarbij onder regiefunctie van de klinisch geriater multidisciplinair onderzoek plaatsvindt op de vier assen (somatisch, psychisch, functioneel en sociaal). De multiple problemen van een oudere worden zo opgespoord en beschreven om zo tot een gecoördineerd en integraal behandelplan voor het individu gericht op herstel en behoud van functionaliteit.⁷

Uit de inventarisatie blijkt dat dit CGA in tien ziekenhuizen daadwerkelijk wordt afgenomen bij een positieve screening (zie figuur 3).

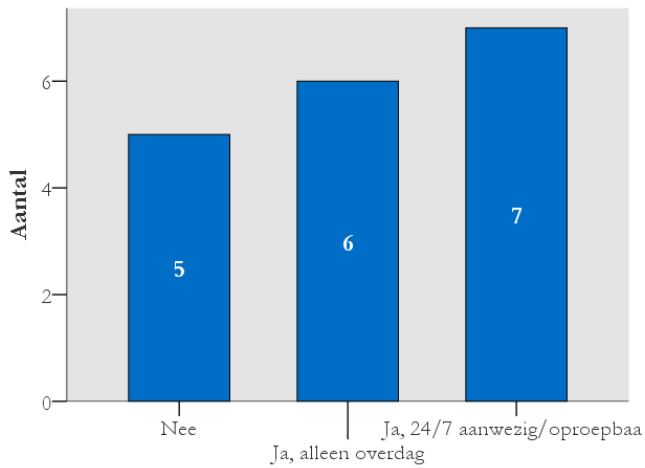


Figuur 3 CGA bij verhoogde score?

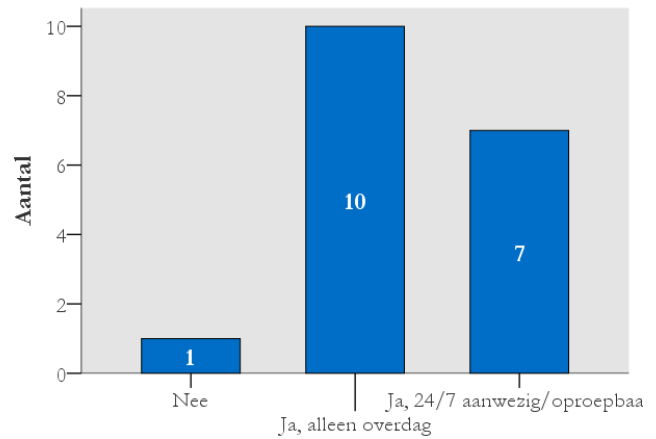
Aanwezigheid klinisch geriater en/of internist ouderengeneeskunde

In zeven van de 18 ziekenhuizen is er 24/7 een klinisch geriater aanwezig en/of oproepbaar; zes hebben dit alleen overdag (soms niet alle werkdagen) en vijf ziekenhuizen hebben geen klinisch geriater. In vier van deze vijf ziekenhuizen is er wel een Internist ouderengeneeskunde aanwezig die de taken van de klinisch geriater kan vervullen. De aan- of afwezigheid van een klinisch geriater hangt waarschijnlijk samen met het feit of een ziekenhuis een klinische geriatrie afdeling heeft. Eén ziekenhuis heeft zowel geen klinisch geriater als internist ouderengeneeskunde in dienst. Dit is terug te zien in figuren 4 en 5.

⁷ Bron: <http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/2013/Definitieve%20richtlijn%20addendum%20cga.pdf>



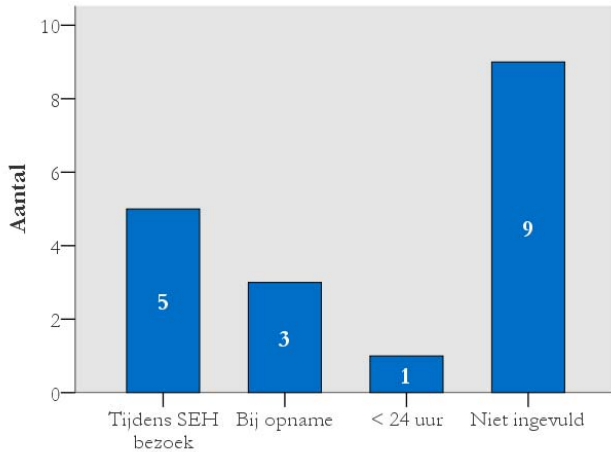
Figuur 4 Aanwezigheid Klinisch Geriater



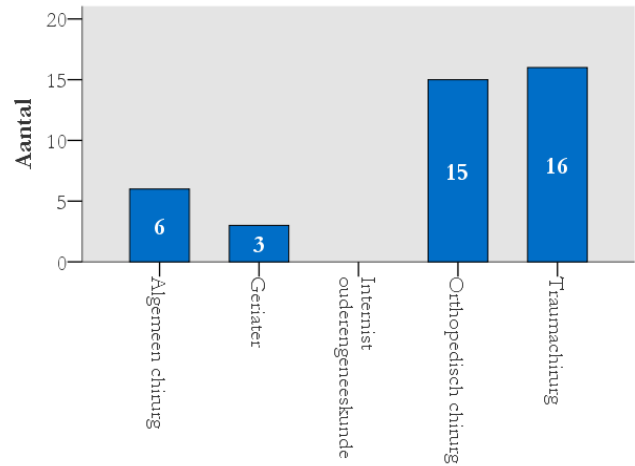
Figuur 5 Aanwezigheid Klinisch Geriater óf Internist Ouderengeneeskunde

Wanneer er 's nachts geen klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde aanwezig/oproepbaar is dan zijn deze vaak wel bereikbaar voor telefonisch overleg. Als dat ook niet het geval is, dan neemt de algemene interne waar of vindt het consult de volgende werkdag plaats. Een enkel ziekenhuis geeft aan dat de psychiatrie in ieder geval de delierpreventie doet.

Afhankelijk van de aanwezigheid van een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde verschilt het moment waarop het betreffende specialisme in consult wordt gevraagd. Bij vijf ziekenhuizen gebeurt dit op de SEH; bij drie ziekenhuizen bij opname en bij een ziekenhuis binnen 24 uur. De helft van de ziekenhuizen heeft deze vraag niet ingevuld. Zie figuur 6. In bijna alle ziekenhuizen is de orthopedisch of traumachirurg hoofdbehandelaar van dit type patiënten, zie figuur 7. In een aantal ziekenhuizen is dit ook de klinisch geriater (vaak na enkele dagen). Zowel medicatieverificatie als codebeleid vallen onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar in de verschillende ziekenhuizen. In twee ziekenhuizen is de medicatieverificatie gedelegeerd aan apotheek.



Figuur 6 Moment aanvraag consult



Figuur 7 Hoofdbehandelaar

Opname in het ziekenhuis

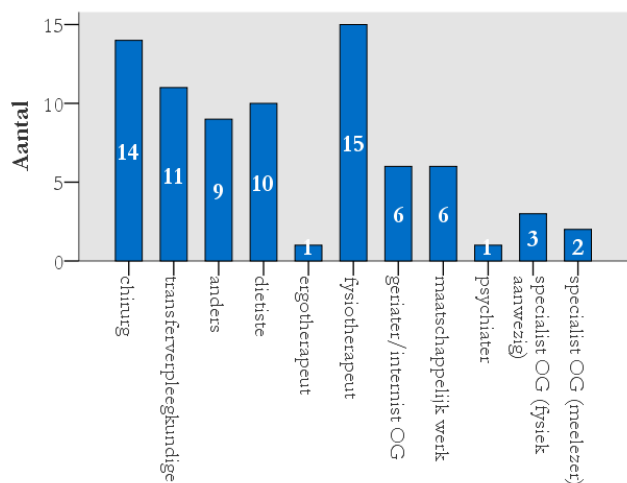
In de meeste ziekenhuizen worden oudere patiënten met een heupfractuur in eerste instantie op de Acute Opname Afdeling (AOA) opgenomen, voordat zij worden overgeplaatst naar de afdeling Chirurgie, Orthopedie of (in een enkel geval) Geriatrie. Er zijn twee ziekenhuizen in de regio die een Geriatrie Trauma Unit hebben; namelijk het Spaarne Gasthuis (loc. Hoofddorp) en Tergooi (loc. Hilversum). De ziekenhuizen die met een GTU werken, geven de volgende voordelen aan:

- Screening aan de poort;
- Geconcentreerde zorg en kennis bij (para)medisch en verpleegkundig personeel;
- Coördinatie overplaatsingen uit huis;
- Terugdringen ligduur en complicaties;
- Gestroomlijnde / geprotocolleerde zorg;
- Meer duidelijkheid in ontslagtraject;
- Veel aandacht voor familieparticipatie en begeleiding hierin;
- Aandacht voor Advanced Care Planning (tijdig gesprek over behandelwensen).

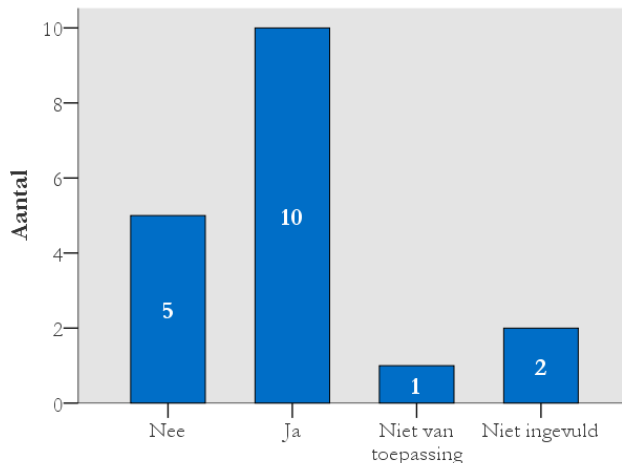
Multidisciplinair Overleg

In de meeste ziekenhuizen (n=15) is er één keer per week een Multidisciplinair Overleg (MDO) waaraan diverse specialismen standaard deelnemen (chirurg, fysiotherapeut en daarnaast veelal de transferverpleegkundige en diëtiste). Daarnaast worden een aantal specialismen 'op indicatie' bij het MDO geroepen. Dit zijn bijvoorbeeld een ergotherapeut of maatschappelijk werk. Zie figuur 8.

Van de 15 ziekenhuizen waar een MDO is, zijn er tien tevreden met hun huidige MDO en vijf niet. Ontevredenheid is veelal toe te schrijven aan het ontbreken van de klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde. Zie figuur 9.



Figuur 8 Disciplines MDO



Figuur 9 Tevreden met huidige MDO

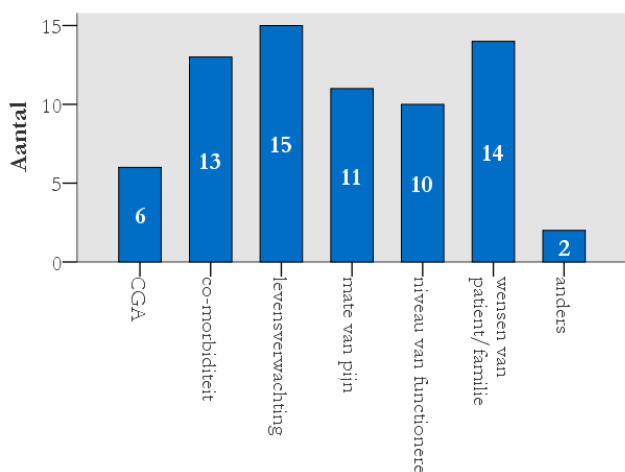
Betrokkenheid specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde (SOG; voorheen Verpleeghuisarts) is in acht van de 18 ziekenhuizen betrokken bij het ziekenhuistraject. Deze betrokkenheid is veelal procesmatig doordat een patiënt al in beeld is of er indicatiestelling voor de Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ) moet plaatsvinden. Daarnaast kunnen zij input leveren voor het revalidatieplan van de patiënt. Eén ziekenhuis geeft aan dat de SOG deelneemt aan hun MDO.

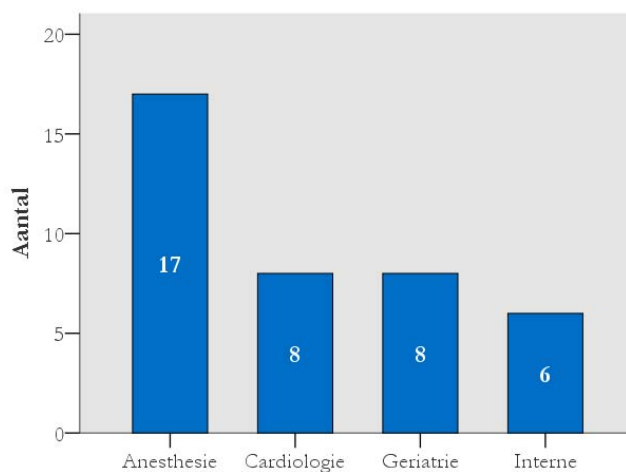
Operatie

Vanuit de werkgroepen kwam naar voren dat ziekenhuizen dienen te beseffen dat niet iedere patiënt geopereerd wil worden. Op basis van welke informatie besloten wordt om een patiënt te opereren, is weergegeven in figuur 10. Opvallend is dat de losse aspecten uit de CGA hierin worden genoemd, maar dat slechts zes ziekenhuizen expliciet hebben aangegeven hun besluit te baseren op het CGA.

Als besloten is om een patiënt te gaan opereren, wordt door/via de hoofdbehandelaar het pre-operatieve consult aangevraagd. Bij dit consult is de anesthesie standaard vertegenwoordigd. De overige specialismen worden op indicatie betrokken wanneer bijvoorbeeld uit de voorgeschiedenis blijkt dat er sprake is van cardiale klachten. Zie figuur 11.



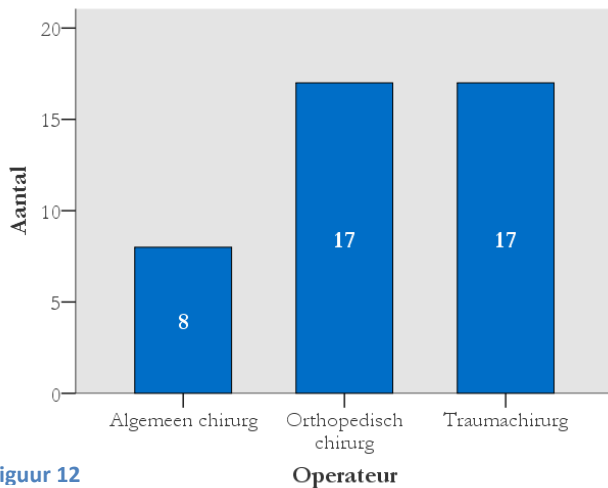
Figuur 10 Besluit OK o.b.v.



Figuur 11 Betrokken bij Pre-OP

In de regio zijn er vier ziekenhuizen die aangeven (dagelijks) een vast moment op de acute OK te reserveren voor patiënten met een heupfractuur. Andere ziekenhuizen hebben veelal wel witte vlekken op de acute OK, maar niet specifiek voor patiënten met een heupfractuur.

In de meeste ziekenhuizen is voor wat betreft het opereren van dit type patiënten een verdeling tussen de orthopedisch en traumachirurg chirurg. In acht ziekenhuizen opereren ook algemeen chirurgen patiënten met een heupfractuur, zie figuur 12. Dit zal, gezien de normering en certificering van chirurgen, steeds minder gaan voorkomen.



Figuur 12

Literatuuronderzoek betrokkenheid geriater

In de literatuur wordt vooral onderzoek gevonden dat een gestructureerde samenwerking met de geriatrie vergeleken heeft met 'standaardzorg' en niet zozeer de verschillende modellen van samenwerking met de geriatrie onderling vergelijkt. Daarbij worden er veel verschillende uitkomstmaten gebruikt om de modellen te evalueren.⁸ Een systematic review met meta-analyse uit 2014 concludeert dat gestructureerde betrokkenheid van de geriatrie duidelijk voordelen biedt, maar dat er nu geen uitspraken te doen zijn welk model het beste is.⁹

Survey Monkey

In de survey monkey zijn verschillende disciplines gevraagd naar de ervaringen de multidisciplinaire samenwerking in het ziekenhuis. In een aantal ziekenhuizen is het goed voor elkaar, maar er worden nog de volgende verbeterpunten/knelpunten benoemd:

- Geriater er sneller/vaker/beter bij betrekken. Bezetting van de geriater(s) is een knelpunt hierbij.
- Communicatie en samenwerking gestructureerd vorm geven, waarbij men nog zoekende is naar de beste tijd en samenstelling om visite te lopen, informatie-overdracht naar alle disciplines, gezamenlijk overzicht van de problematiek en factoren, communicatielijnen met hoofdbehandelaar etc.

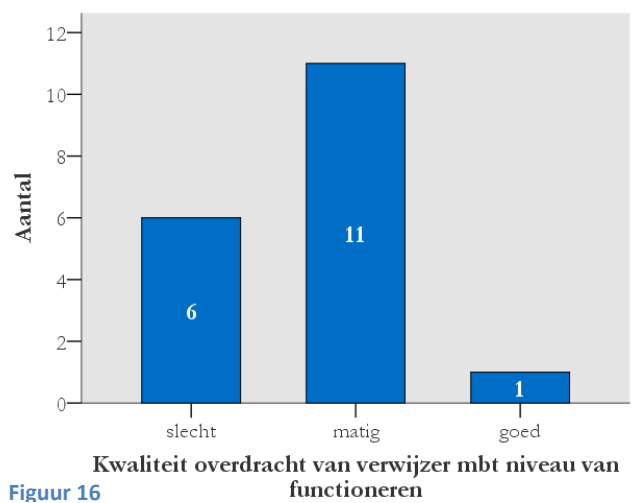
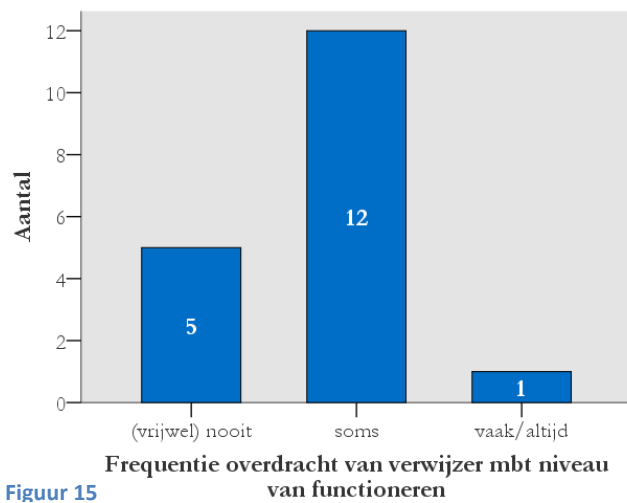
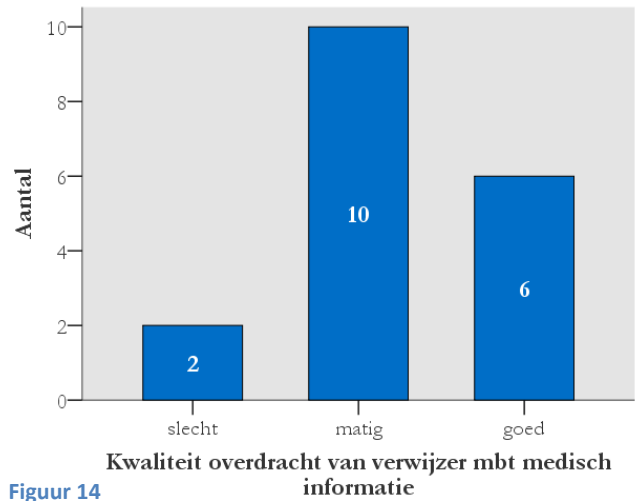
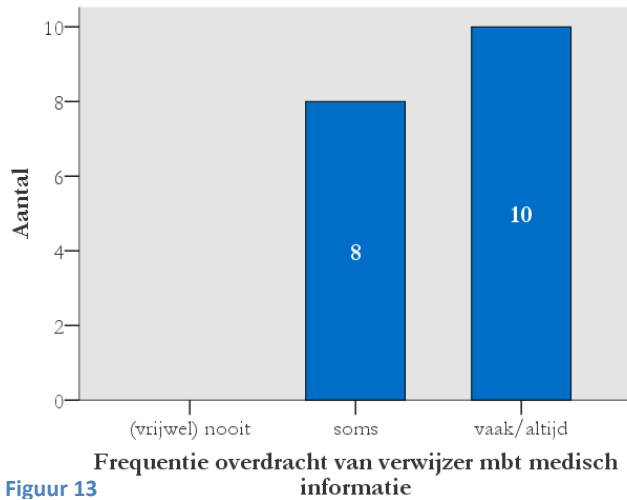
⁸ Een volledige uiteenzetting van de literatuurstudie is op te vragen bij de auteurs van dit rapport.

⁹ Grigoryan JOrthTra 2014 Review geriatric models and hip fractures

Uitstroom

Informatie uit de verwijzing

Om een juist behandelplan en de mate van revalideerbaarheid te kunnen inschatten is medische informatie over de patiënt, alsmede informatie over het functioneren voor het opgelopen letsel noodzakelijk. Vanuit de verwijzer blijkt met name informatie over het functioneren van de patiënt slecht voor handen (zie figuren 13-16).

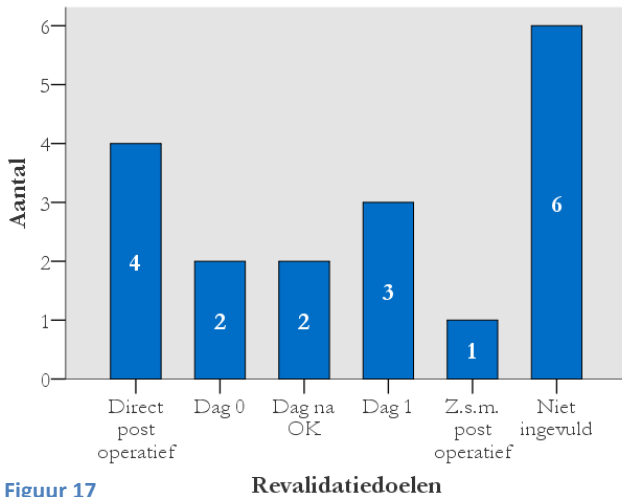


De meeste ziekenhuizen geven aan dat er navraag wordt gedaan naar de vraagstelling/behandelwensen/verwachtingen indien dit onvoldoende uit de verwijzing blijkt. Slechts één ziekenhuis geeft aan dat ze er vanuit gaan dat patiënten met een heupfractuur die worden ingestuurd, ook geopereerd willen worden en optimaal willen revalideren.

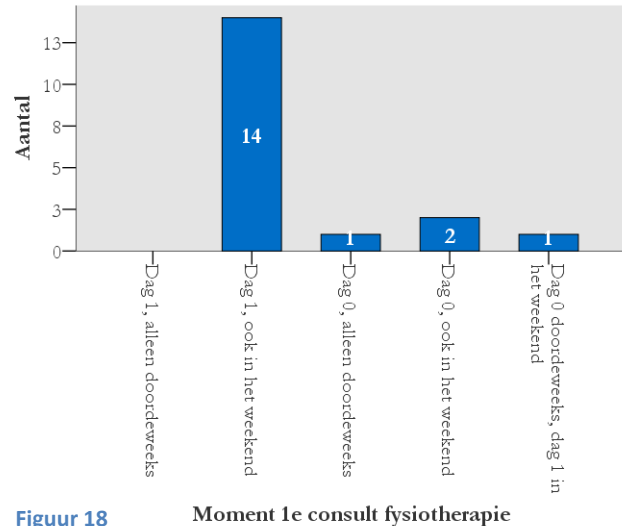
Veel respondenten geven aan meer/betere informatie van de verwijzer te willen ontvangen. Met name voorgeschiedenis/comorbiditeit, medicatie, behandelwensen, behandelbeperkingen en niveau van functioneren (mobiliteit en cognitie). Een aantal geeft aan dat dit mooi zou zijn, maar dat dit ook zelf uitgevraagd moet worden in het ziekenhuis.

Revalidatie

Er vanuit gaande dat veruit de meeste patiënten met een heupfractuur binnen 24 uur worden geopereerd, worden de revalidatiedoelen bij 13 ziekenhuizen op dag 0 of dag 1 vastgesteld (zie figuur 17). De fysiotherapeut is er ook nagenoeg altijd op dag 0 of 1 bij betrokken, zie figuur 18. Slechts één ziekenhuis geeft aan dit niet in het weekend te kunnen leveren; de anderen wel.



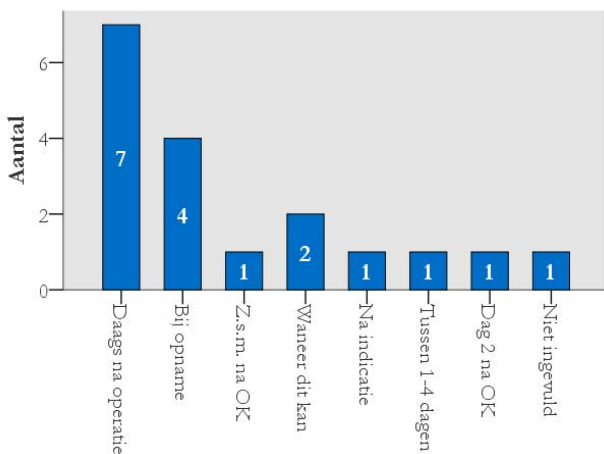
Figuur 17



Figuur 18

Ontslag

De meeste patiënten met een heupfractuur gaan na ziekenhuisopname naar een verpleeghuis; veelal voor revalidatie en soms voor langdurig verblijf. Er gaat tevens een groot deel direct naar huis¹⁰. In veruit de meeste ziekenhuizen (n=12) wordt de ontslagdatum al rondom de opname/operatie vastgesteld. In een aantal ziekenhuizen lijkt het moment van vaststellen wat vrijblijvender (zie figuur 19).

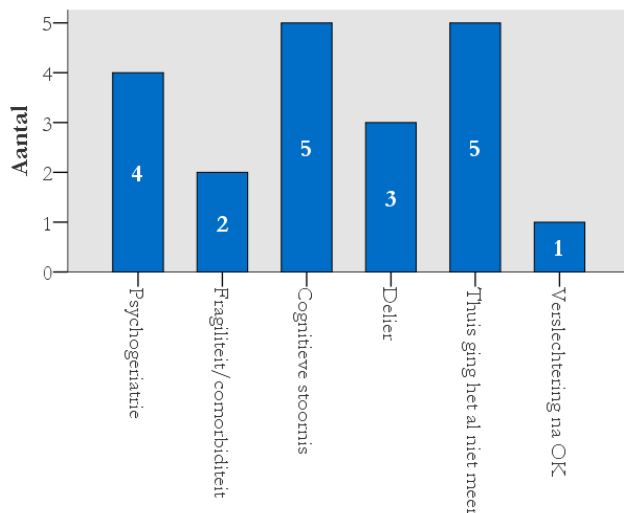


Figuur 19

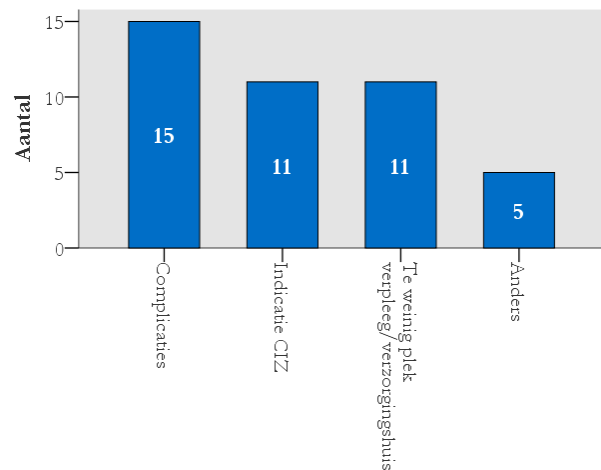
Om in aanmerking te komen voor geriatrische revalidatie (GRZ) in een verpleeghuis moet een patiënt trainbaar zijn en moet er uitzicht zijn op terugkeer naar de thuissituatie. Psychogeriatricie, cognitieve stoornissen en delier zijn patiënteigenschappen die de uitstroom naar de GRZ belemmeren (zie figuur 20). Daarnaast is een gebroken heup soms 'de druppel die de emmer deed overlopen' bij patiënten waarbij het thuis al niet meer ging. Factoren zoals complicaties, te weinig plek in verpleeg- en verzorgingshuizen en de tijdrovende aanvraag voor langdurig verblijf in een verpleeghuis (Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)) belemmeren de uitstroom naar verpleeghuizen (zie figuur 21). Lang niet ieder ziekenhuis heeft afspraken

¹⁰ Bron: factsheet heupfracturen 2009-2013, TraumaNet AMC en Netwerk acute zorg, VUmc

over zogenaamde ziekenhuis-verplaatste-zorg waarbij een chirurg bijvoorbeeld visite loopt in het verpleeghuis.



Figuur 20 Patiëntkenmerken die uitstroom belemmeren



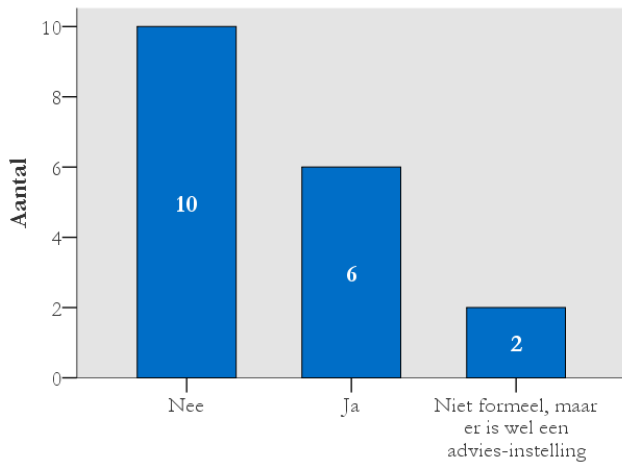
Figuur 21 Knelpunten die natraject belemmeren

Over ontslag naar huis wordt verschillend gedacht. Sommige ziekenhuizen geven aan dat dit heel gemakkelijk gaat (vitale patiënten, thuiszorg snel geregeld, enz.), terwijl andere ziekenhuizen aangeven problemen te ervaren in de opstart van thuiszorg, hulpmiddelen nog niet aanwezig, traplopen gaat nog onvoldoende (i.c.m. wonen op hogere etages), geen of overbelaste mantelzorg, e.d..

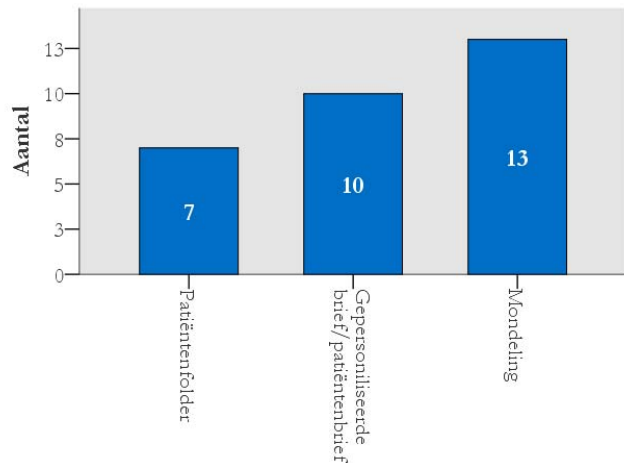
De triage voor GRZ wordt veelal door een transferverpleegkundige en een specialist ouderengeneeskunde gedaan (n=7). In ca. 30% van de ziekenhuizen in Nederland wordt hierbij gebruik gemaakt van Point. Eén ziekenhuis geeft aan dat de specialist ouderengeneeskunde de triage in het ziekenhuis doet; 10 ziekenhuizen verschaffen onvoldoende informatie hierover. Er worden weinig knelpunten gerapporteerd over deze triage.

Figuur 22 toont dat zes ziekenhuizen werken met ‘dedicated uitstroomplekken’ als het gaat om GRZ. Naar wens van de patiënt kan er altijd een andere instelling worden gekozen. Voordelen die genoemd worden zijn dat er goede afspraken over en weer gemaakt kunnen worden, dat de GRZ instelling soms ook toegang heeft tot een deel van het EPD en dat samenwerking naar een hoger plan getild kan worden (bijv. gezamenlijk MDO). Als nadelen worden genoemd dat er te weinig plek in één of twee instellingen zouden zijn en dat de keuze van de patiënt voorop moet staan.

Tien ziekenhuizen maken gebruik van een zogenaamde ‘patiëntbrief’ (gepersonaliseerde brief) om mee te geven naast de mondelinge ontslaginformatie. Eén ziekenhuis geeft naast de mondelinge informatie geen schriftelijke informatie mee aan de patiënt (zie figuur 23).

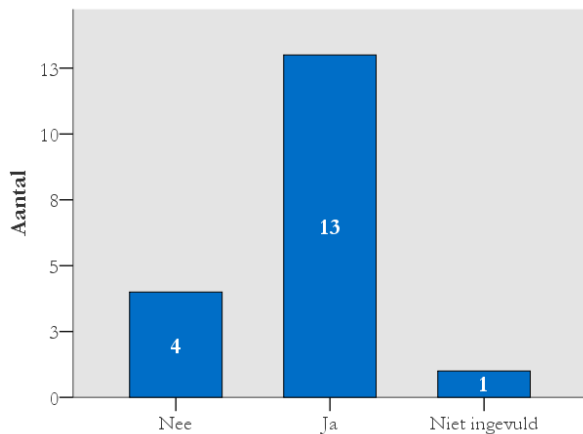


Figuur 22 Aanwezigheid 'dedicated' uitstroemplekken

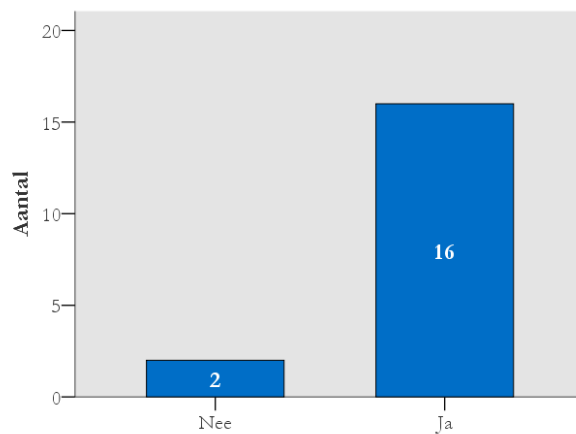


Figuur 23 Ontslaginformatie patiënt/familie

Figuren 24 en 25 laten zien dat nog niet alle ziekenhuizen een nazorgtraject voor valpreventie en fractuurpreventie hebben.



Figuur 24 Aanwezigheid nazorgtraject valpreventie



Figuur 25 Aanwezigheid nazorgtraject fractuurpreventie

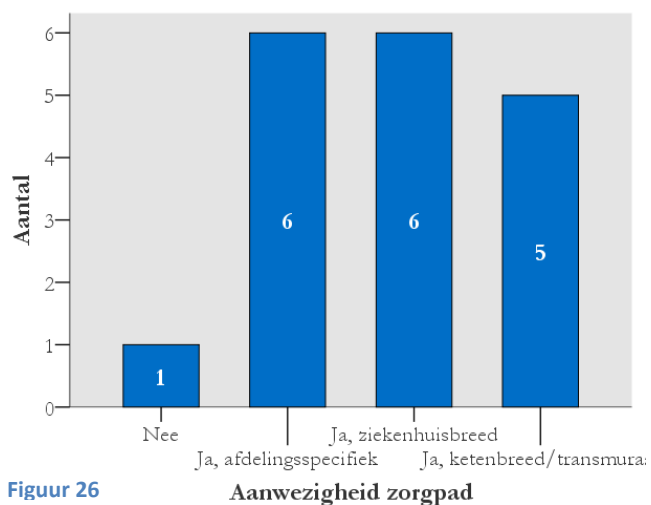
Survey Monkey

In de survey monkey zijn verschillende disciplines gevraagd naar de ervaringen met de uitstroom van patiënten met een heupfractuur. De meest genoemde knelpunten/verbeterpunten zijn de volgende:

- de uitstroom zou sneller kunnen, m.a.w. het ontslagtraject kan eerder ingezet worden;
- wederzijdse terugkoppeling: terugkoppeling van ziekenhuis aan verpleeghuis na polibezzoek; terugkoppeling van verpleeghuis aan ziekenhuis indien het traject toch anders loopt dan gedacht. Ziekenhuizen die afspraken hebben met een verpleeghuis met GRZ noemen juist als positief punt de chirurg die nazorg in het verpleeghuis levert, waarbij er direct terugkoppeling en kennisoverdracht over en weer is;
- kwaliteit en volledigheid van de overdracht van ziekenhuizen aan verpleeghuizen;
- verwachtingsmanagement naar de patiënt.

Protocollen/zorgpad

Vijf ziekenhuizen uit Noord-Holland en Flevoland hebben op dit moment een ketenbreed/transmuraal zorgpad voor patiënten met een heupfractuur. Eén ziekenhuis geeft aan helemaal geen zorgpad te hebben; de andere ziekenhuizen hebben een afdelingsspecifiek of ziekenhuis-breed zorgpad, zie figuur 26.



Figuur 26

Aanwezigheid zorgpad

In de survey monkey is aan verschillende disciplines gevraagd naar de ervaringen met het zorgpad/protocollen. Samengevat zitten de belangrijkste verbeteringen in de bekendheid en naleving ervan en er zijn ziekenhuizen die de protocollen nog te versnipperd vinden.

Conclusies en aanbevelingen

Multidisciplinaire samenwerking

Zoals voorgeschreven in de VMS richtlijn screenen alle regionale ziekenhuis 70+ers op 'kwetsbare ouderen'. De eerste screening (VMS-kwetsbare ouderen of ISAR-HP) vindt plaats op de SEH, of binnen 24 uur op de afdeling. Slechts 59% van de ziekenhuizen nemen bij een positieve screening ook een CGA af bij de patiënt. De werkgroep doet de aanbeveling om bij positieve screening altijd een CGA af te nemen, binnen 24 uur en bij voorkeur voor een eventuele operatie. De uitkomsten van de CGA zouden beschikbaar gesteld moeten worden aan alle betrokken behandelaren.

Vijf ziekenhuizen hebben geen geriater(s) en in zes ziekenhuizen is er alleen overdag bezetting door een geriater. Als de internist ouderengeneeskunde mee wordt gerekend, heeft één ziekenhuis geen van beide specialismes en hebben tien ziekenhuizen alleen overdag bezetting. Twee ziekenhuizen in de regio werken met een GTU.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat een vorm van samenwerking met de geriatrie meerwaarde heeft, maar voor welke vorm is (nog) onvoldoende bewijs. In deze inventarisatie is niet specifiek gevraagd naar de manier waarop de klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde erbij betrokken wordt. Dit zit wel in de DHFA, waarmee op den duur ook de effectiviteit van de vorm van medebehandeling aangetoond zou kunnen worden. Op basis van deze evidence zou er een gestructureerde samenwerking tussen de Chirurgie/Orthopedie en Geriatrie moeten zijn voor patiënten met een heupfractuur. Hiervoor is wel een voldoende bezetting van geriater(s) in de ziekenhuizen nodig.

Uitstroom

Om een juist behandelplan en de mate van revalideerbaarheid te kunnen inschatten is medische informatie over de patiënt, alsmede informatie over het functioneren voor het opgelopen letsel noodzakelijk. Vanuit de verwijzer blijkt met name dat informatie over het functioneren van de patiënt slecht voor handen is in de ziekenhuizen. De werkgroep acht uitgebreide medische informatie en informatie over het functioneren van de verwijzer is wenselijk, maar niet noodzakelijk. Er wordt dan in de ziekenhuizen navraag gedaan. Advanced Care Planning zou onderdeel kunnen zijn van de gesprekken tussen behandelaar en patiënt.

In 12 ziekenhuizen wordt de ontslagdatum al rondom de opname/operatie vastgesteld. In een aantal ziekenhuizen lijkt het moment van vaststellen wat vrijblijvender. Het verdient de aanbeveling om de ontslagdatum en niet te vergeten, de bijbehorende acties, zo vroeg mogelijk te bepalen en in te zetten, zodat de triage voor GRZ, de aanvraag voor thuiszorg etc. niet belemmerend werkt op de mogelijke ontslagdatum.

Psychogeriatricie, cognitieve stoornissen en delier zijn patiënteigenschappen die de uitstroom naar de GRZ belemmeren, daar een patiënt 'trainbaar' moet zijn en er uitzicht op terugkeer naar thuissituatie mogelijk moet zijn. Daarnaast kan de thuissituatie (bijv. geen/overbelaste mantelzorg, wonen op hogere etages) de terugkeer naar huis belemmeren. Vroegtijdige signalering (bijv. met een CGA) draagt bij aan tijdig behandelen of het juist kunnen inschatten van de ontslagbestemming. Op basis van expert opinion en best practices zouden dedicated uitstroomplekken in de GRZ voor patiënten met een heupfractuur zorginhoudelijk meerwaarde hebben.

Voorstel voor verbetering

Bovenstaande conclusies en aanbevelingen leiden tot het advies voor een regionale blauwdruk van een transmuraal zorgpad voor patiënten met een heupfractuur. Sommige ziekenhuizen (en verpleeghuizen) lopen hierin voor en kunnen als best practice gezien kunnen worden (n=5). Twaalf ziekenhuizen hebben nog geen transmuraal zorgpad.

Er zijn al verschillende belangrijke onderwerpen voor goede (keten)zorg aangestipt door de werkgroep. Deze kunnen verwerkt worden in de regionale blauwdruk voor een zorgpad heupfracturen.

- Tijdstip consult klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde bij de oudere patiënt met een heupfractuur;
- De positie, uitkomsten en tijdstip van een CGA;
- Structurele samenwerking tussen chirurgie/orthopedie en geriatrie;
- Communicatie, overdracht en feedback tussen de verschillende disciplines binnen het ziekenhuis en naar de nazorg-/revalidatie-instellingen;
- Verbinden van de verschillende schakels;
- Afweging operatie;
- Verwachtingsmanagement richting patiënt/familie;
- OK planning;
- Ontslagproces;

Aangezien volgens de reacties de bekendheid en naleving van de huidige zorgpaden/protocollen beter kan, zal hier bij de implementatie en evaluatie aandacht voor moeten zijn.

Bijlage 1 Inventariserende vragenlijst

Inventarisatie organisatie van zorg bij patiënten met een heupfractuur			
0 Contactgegevens		Vul in	
Ziekenhuis:			
Contactpersoon:			
Telefoonnummer:			
1 Verwijzing		kruis aan/vul in	
1a Hoe frequent wordt bij verwijzing medische informatie over de patiënt meegestuurd en wat is de kwaliteit van die informatie?	Frequentie: <input type="checkbox"/> Vaak/altijd <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> (Vrijwel) nooit	Kwaliteit <input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Slecht	
1b Hoe vaak wordt bij verwijzing informatie over het niveau van functioneren van de patiënt vóór het trauma meegestuurd en wat is de kwaliteit van die informatie?	Frequentie: <input type="checkbox"/> Vaak/altijd <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> (Vrijwel) nooit	Kwaliteit <input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Slecht	
1c Zijn de verwachtingen / vraagstelling / behandelwensen (denk aan, wel/geen OK, codebeleid, wensen m.b.t. mobiliteit, e.d.) duidelijk bij binnenkomst van de patiënt?	<input type="checkbox"/> Ja, dit wordt (meestal) aangeleverd door de verwijzer <input type="checkbox"/> Nee, dit is (vaak) onduidelijk <input type="checkbox"/> Nee, maar ik vraag er zelf naar bij verwijzer <input type="checkbox"/> Nee, maar ik vraag er zelf naar bij patiënt/familie <input type="checkbox"/> Nee, maar ik ga er vanuit dat een ingestuurde patiënt geopereerd wil worden en optimaal wil revalideren.		
1d Zijn er werkafspraken met de ambulancedienst over presentatie van patiënten met een heupfractuur (bijv. o.b.v. postcodegebied of voorgeschiedenis)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
1e Welke verbeteringen zijn er mogelijk in het proces rondom verwijzing en informatie richting het			
2 Screening		kruis aan/vul in	
2a Vindt er screening plaats om te kijken of een oudere patiënt in de categorie 'kwetsbare ouderen' valt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
2b Zo ja, bij welke categorie patiënten (bijv. leeftijdsgebonden)?			
2c Welke tool wordt hiervoor gebruikt?	<input type="checkbox"/> ISAR-HP (Identification of Seniors At Risk - Hospitalized Patients) <input type="checkbox"/> VMS kwetsbare ouderen (Veiligheidsmanagementsysteem) <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:		
2d Door wie wordt de 1e screening afgenomen?			
2e Waar en wanneer wordt de 1e screening afgenomen?	<input type="checkbox"/> SEH <input type="checkbox"/> Binnen 24 uur op de afdeling <input type="checkbox"/> Binnen 48 uur op de afdeling <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:		
2f Wat wordt gedaan met de uitkomsten van de screening?	<input type="checkbox"/> Bepalen hoofdbehandelaarschap <input type="checkbox"/> Bepalen Intercollegiaal Consult / Medebehandelaarschap <input type="checkbox"/> Behandel- en verpleegplan <input type="checkbox"/> Medicatie <input type="checkbox"/> Ontslagmanagement <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:		
2g Wordt bij een verhoogde score een 'Comprehensive Geriatric Assessment' (CGA) afgenomen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Toelichting:		
3 Multidisciplinaire samenwerking tussen Geriatrie, Orthopedie en (trauma)Chirurgie		kruis aan/vul in	
3a Is er binnen uw ziekenhuis een klinisch geriater aanwezig?	<input type="checkbox"/> Ja, 24/7 aanwezig/oproepbaar <input type="checkbox"/> Ja, alleen overdag <input type="checkbox"/> Nee		
3b Is er binnen uw ziekenhuis een internist ouderengeneeskunde aanwezig?	<input type="checkbox"/> Ja, 24/7 aanwezig/oproepbaar <input type="checkbox"/> Ja, alleen overdag <input type="checkbox"/> Nee		
3c Wat als er geen 24/7 dekking is van een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde?			
3d Wordt er een Specialist Ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts) betrokken bij het ziekenhuistraject? Waarom wel/niet?	<input type="checkbox"/> Ja, want: <input type="checkbox"/> Nee, want:		
3e Zo ja, op welke manier?			
3f Wanneer en door wie wordt de geriater / internist ouderengeneeskunde in consult gevraagd?			
3g Bij wie ligt het hoofdbehandelaarschap?	<input type="checkbox"/> Algemeen chirurg <input type="checkbox"/> Geriater <input type="checkbox"/> Internist ouderengeneeskunde <input type="checkbox"/> Orthopedisch chirurg <input type="checkbox"/> Traumachirurg		
3h Waarom is hier voor gekozen?			
3i Hoe zijn de taken verdeeld tussen hoofd- en medebehandelaar als het gaat om: Medicatieverificatie Reanimatiebeleid (codegesprek)			
3j Voert de medebehandelaar (mb) zelf adviezen uit of gaat dit in overleg met de hoofdbehandelaar (hb)?	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Gewenste situatie	<input type="checkbox"/> MB voert zelf adviezen uit zonn <input type="checkbox"/> MB voert adviezen uit na overli <input type="checkbox"/> HB voert adviezen uit	
3k Op welk type afdeling worden deze patiënten (bij voorkeur) opgenomen in uw ziekenhuis?	<input type="checkbox"/> Acute Opname Afdeling (AOA) <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Geriatrie <input type="checkbox"/> Geriatrische Trauma Unit (GTU) <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:		
3l Indien er sprake is van een GTU: wat is de meerwaarde hiervan t.o.v. het opnemen van een patiënt op de algemene verpleegafdeling waar de geriater / internist ouderengeneeskunde in consult komt?			

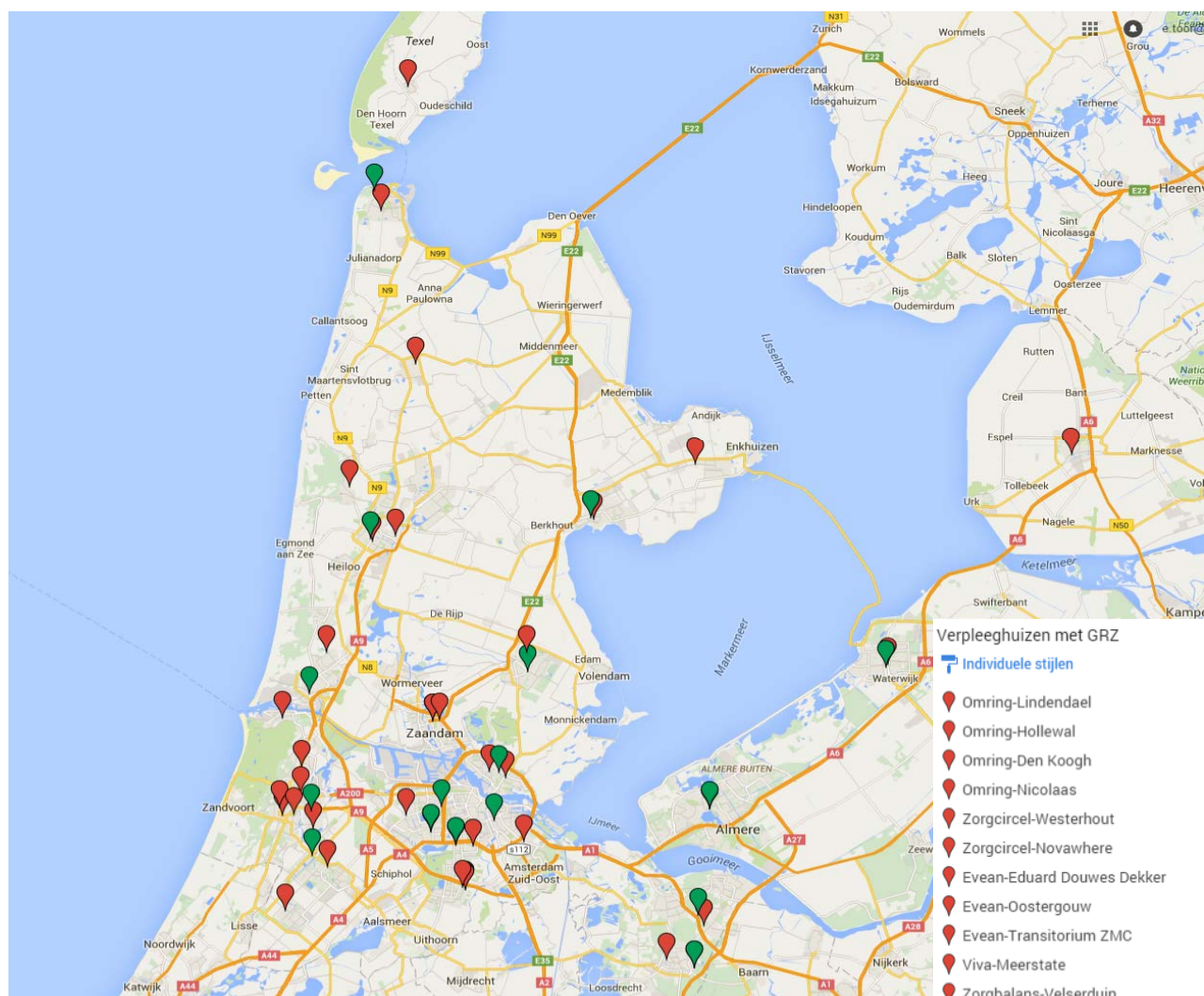
3m	Wie nemen er deel aan het Multidisciplinair Overleg (MDO) van de (para)medische specialisten in het ziekenhuis?	<input type="checkbox"/> Chirurg <input type="checkbox"/> Dietiste <input type="checkbox"/> Ergotherapeut <input type="checkbox"/> Fysiotherapeut <input type="checkbox"/> Geriater / internist ouderengeneeskunde <input type="checkbox"/> Maatschappelijk werk <input type="checkbox"/> Psychiater <input type="checkbox"/> Specialist Ouderengeneeskunde (fysiek aanwezig) <input type="checkbox"/> Specialist Ouderengeneeskunde (meelezer op papier) <input type="checkbox"/> Transferverpleegkundige <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:		
3n	Wat is de frequentie van dit overleg?			
3p	Bent u tevreden over de huidige samenstelling, vorm en frequentie van het MDO binnen uw ziekenhuis?	<input type="checkbox"/> Ja, want: <input type="checkbox"/> Nee, want:		
4 Operatie <i>kruis aan/vul in</i>				
4a	Op basis van welke informatie wordt besloten om een patiënt te opereren?	<input type="checkbox"/> CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) <input type="checkbox"/> Co-morbiditeit <input type="checkbox"/> Levensverwachting <input type="checkbox"/> Mate van pijn <input type="checkbox"/> Niveau van functioneren <input type="checkbox"/> Wensen van de patiënt/familie <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:		
4b	Wie vraagt het pre-operatieve consult aan?			
4c	Welke specialisten zijn betrokken bij het pre-operatieve consult?	<input type="checkbox"/> Anesthesie <input type="checkbox"/> Cardiologie <input type="checkbox"/> Geriatrie <input type="checkbox"/> Interne		
4d	Zijn er vaste momenten op de OK ingepland om dit type patiënten te opereren?	<input type="checkbox"/> Ja, toelichting (op welk moment?): <input type="checkbox"/> Nee, toelichting:		
4e	Wie voert de operatie uit? (meerdere opties mogelijk)	<input type="checkbox"/> Algemeen chirurg <input type="checkbox"/> Orthopedisch chirurg <input type="checkbox"/> Traumachirurg		
5 Post-operatief / opname <i>kruis aan/vul in</i>				
5a	Wordt er gewerkt met een protocol / zorgpad / werkafspraken toepasbaar op patiënten met een heupfractuur? (Zo ja, graag meten met deze vragenlijst)	<input type="checkbox"/> Ja, ketenbreed/transmuraal <input type="checkbox"/> Ja, ziekenhuisbreed <input type="checkbox"/> Ja, afdelingspecifiek (toelichting): <input type="checkbox"/> Nee		
5b	Zo ja, wat zijn de ervaringen met het protocol/zorgpad als het gaat om bekendheid, naleving en knelpunten?			
5c	Welke knelpunten komen voor die het natraject kunnen belemmeren?	<input type="checkbox"/> Complicaties <input type="checkbox"/> Indicatiestelling CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) <input type="checkbox"/> Te weinig plek verpleeg-/verzorgingshuis <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:		
5d	Wat zijn de ervaringen met het delier-protocol als het gaat om bekendheid, naleving en knelpunten?			
5e	Wanneer komt de fysiotherapeut voor de 1e keer bij de patiënt langs?	<input type="checkbox"/> Dag 0 (ook in het weekend) <input type="checkbox"/> Dag 0 (doordeweeks) <input type="checkbox"/> Dag 1 (ook in het weekend) <input type="checkbox"/> Dag 1 (alleen doordeweeks)		
5i	Wanneer worden de doelen voor revalidatie gesteld?			
5j	Welke specialisten zijn betrokken bij de revalidatie in het ziekenhuis?	<input type="checkbox"/> Fysiotherapeut <input type="checkbox"/> Ergotherapeut <input type="checkbox"/> Specialist Ouderengeneeskunde <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:		
6 Ontslag en nazorg <i>kruis aan/vul in</i>				
6a	Wanneer wordt de geplande ontslagdatum vastgesteld?			
6b	Wanneer en hoe wordt het nazorgtraject vastgesteld?			
6c	Hoe is de triage voor de Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ) georganiseerd?			
6d	Ervaart u knelpunten bij deze triage?			
6e	Zijn er 'dedicated' uitstroomplekken voor patiënten met een heup#? Met andere woorden: is er een select aantal c.q. één GRZ-instelling(en) dat patiënten met een heup# uit uw ziekenhuis ontvangt?	<input type="checkbox"/> Ja, toelichting (waarom?): <input type="checkbox"/> Nee, toelichting (waarom niet?):		
6f	Welke knelpunten ervaart u als een patiënt naar huis wordt ontslagen?			
6g	Welke patientkenmerken vertragen het proces rondom doorplaatsing van dit type patiënten?			
6h	Wat voor informatie krijgt de patiënt/familie mee over het ontslag en het nazorgtraject?	<input type="checkbox"/> Patiëntenfolder <input type="checkbox"/> Gepersonaliseerde brief (patiëntenbrief) <input type="checkbox"/> Mondeling		
6i	Is er een nazorgtraject voor:			
	Valpreventie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
	Fractuurpreventie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
6j	Zo ja, op welke manier?			
7 Algemeen <i>kruis aan/vul in</i>				
7a	Waar bent u trots op als het gaat om de organisatie van nazorg?			
7b	Heeft u nog algemene opmerkingen?			

Bijlage 2 Survey Monkey

De survey monkey bestond uit de volgende vragen, deels open vragen, deels gecategoriseerd:

1. *Wat is uw functie?*
2. *Binnen welke organisatie bent u werkzaam?*
3. *Wordt er binnen uw organisatie gewerkt met een specifiek protocol/zorgpad/werkafspraken voor patiënten met een heupfractuur?*
4. *Zo ja, wat zijn uw ervaringen hiermee als het gaat om bekendheid, naleving en knelpunten?*
5. *Hoe tevreden bent u over de multidisciplinaire samenwerking (chirurgie, geriatrie, etc.) binnen uw ziekenhuis bij de zorg rondom patiënten met een heupfractuur?*
6. *Kunt u aangeven waar volgens u ruimte voor verbetering ligt in deze samenwerking?*
7. *Waar bent u trots op als het gaat om multidisciplinaire samenwerking binnen uw ziekenhuis?*
8. *Hoe tevreden bent u over het huidige proces (zowel zorginhoudelijk als logistiek) rondom uitstroom naar de nazorg van patiënten met een heupfractuur?*
9. *Kunt u aangeven waar volgens u ruimte voor verbetering ligt in dit proces?*
10. *Waar bent u trots op als het gaat om dit proces rondom uitstroom?*
11. *Heeft u nog aanvullende opmerkingen ten aanzien van de (keten van) zorg voor patiënten met een heupfractuur?*

Bijlage 3 Ziekenhuizen en verpleeghuizen met GRZ in ROAZ VUmc en AMC



Verpleeghuizen met GRZ

Individuele stijlen

- 📍 Omring-Lindendael
- 📍 Omring-Hollewal
- 📍 Omring-Den Koogh
- 📍 Omring-Nicolaas
- 📍 Zorgcircuit-Westerhout
- 📍 Zorgcircuit-Novawhere
- 📍 Eveen-Eduard Douwes Dekker
- 📍 Eveen-Oostergouw
- 📍 Eveen-Transitorium ZMC
- 📍 Viva-Meerstate
- 📍 Zorgbalans-Velserduin
- 📍 Zorgbalans-Zuiderhout
- 📍 Zorgbalans-Parkzicht
- 📍 Zorgbalans-De Houttuinen
- 📍 Amstelring-Groenelaan
- 📍 Amstelring-Leo Polak
- 📍 Amstelring-Transferafdeling ...
- 📍 Amstelring-Vreugdehof
- 📍 Amstelring-Bornholm
- 📍 Cordaan-Berkenstede
- 📍 Cordaan-Slotervaart vph
- 📍 Cordaan-De Die
- 📍 Cordaan-In het Zomerpark
- 📍 Zorggroep Almere-Flevoburen
- 📍 SHDH-Schoterhof
- 📍 SHDH-Janskliniek
- 📍 SHDH-Molenburg
- 📍 Amaris-Gooizicht
- 📍 Amaris-Theodotion
- 📍 Amaris-De Brug (in Tergooi)
- 📍 ZHGA-Zonnehuis
- 📍 Coloriet-Laarstaete
- 📍 ZONL-De Schakel
- 📍 Samen-Magnushof
- 📍 Magentazorg-Oudtburgh
- 📍 Magentazorg-Lauwershof

Ziekenhuizen

Individuele stijlen

- 📍 MGG, locatie Gemini
- 📍 MGG, locatie MCA
- 📍 Rode Kruis Ziekenhuis
- 📍 Spaarne Gasthuis, locatie Ho...
- 📍 Ziekenhuis Amstelland
- 📍 VU medisch centrum
- 📍 BovenIJ Ziekenhuis
- 📍 OLVG West
- 📍 OLVG Oost
- 📍 MC Slotervaart
- 📍 Tergooi, locatie Blaricum
- 📍 Spaarne Gasthuis, locatie Ha...
- 📍 Flevoziekenhuis
- 📍 Zaans Medisch Centrum
- 📍 Waterlandziekenhuis
- 📍 Westfriesgasthuis
- 📍 Tergooi, locatie Hilversum
- 📍 MC Zuiderzee