

GERIATRISCHE REVALIDATIE, QUO VADIS?



@wilcoachterberg

SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE
HOGLERAAR OUDERENGENEESKUNDE
LEIDEN UNIVERSITY MEDICAL CENTER



Geen conflicts of interests

Samenwerking LUMC, VUmc, MUMC, Tranzo, Actiz, Verenso: Consortium Geriatrische revalidatie



Verenso, Heerlen 2012: geriatrische revalidatie

November

Wat is het?

Special Articles

GERIATRIC REHABILITATION*

L. Z. COSIN
F.R.C.S.

MEDICAL SUPERINTENDENT, ORSETT LODGE HOSPITAL,
ESSEX COUNTY COUNCIL

NURSES to attend the aged sick are very scarce, and likely to remain so. It therefore behoves us to diminish the number of aged patients needing much nursing care. This can be achieved by geriatric rehabilitation.

For many patients over sixty years of age progressive deterioration is inevitable, but others may be expected to improve—rapidly or slowly. With an active approach to the problem more and more can receive treatment in bed preparatory to the restoration of assisted or unassisted ambulation. By including this method of treatment at Orsett Lodge Hospital during a recent two-year period, we found that of 780 patients over the age of sixty 45% were rehabilitated, while 35% died and only 10% remained bedfast after six months. (Transfers and more recent admissions account for the remainder.)

AIMS AND METHODS

During the late war we saw how the group encouragement provided in rehabilitation units of the Armed Forces and industry accelerated individual recovery. In these units there were facilities for occupational therapy, physiotherapy, and remedial exercises, with a cheerful and happy environment. This solution suggests that every patient of whatever age and disease needs a hopeful environment for his well-being or recovery; without it convalescence is delayed or deferred indefinitely.

The chief factor in geriatric rehabilitation is the visible improvement of other patients similarly incapacitated, while efficient medical and surgical care are very important subsidiaries. The rehabilitation of our aged patients must begin on admission to hospital, so that

1. Those patients who cannot provide their own feeding and residential arrangements but are otherwise fully competent to attend to their own needs. They feed themselves, dress themselves, and help about the ward. They require no night attention, are continent, and are capable of completing light occupational tasks.

2. The frail ambulant who is in need of increased periods of rest but can usually cope for himself. (I am adopting the provocative attitude of including among these a large proportion of cases of senile dementia and cerebral arterio-sclerosis; for the criterion of bedfastness should be a sufficient physical disability—a condition not obvious in most of these patients.)

These two categories need minimal nursing supervision and extra physical help, for which ward orderlies can be employed. Many of those in the first group should not be in an institution at all if they could be provided with suitable homes.

3. The physically disabled bedfast patient who feeds himself, generally looks after himself, and may be continent. This class of patient does not make a very heavy call upon our nursing service, and we should aim at reabling our bedfast patients into this group.

4. The physically disabled permanently bedfast patient who needs every nursing care and attention. In my opinion the number in this category, swollen by previous medical neglect, should and could be much reduced.

A good medical, surgical, and nursing service alone will not reduce the proportion of bedfast patients to a minimum unless it embodies the principle of geriatric rehabilitation. In these days of rapid social change the revolt against recumbency must be made successful.

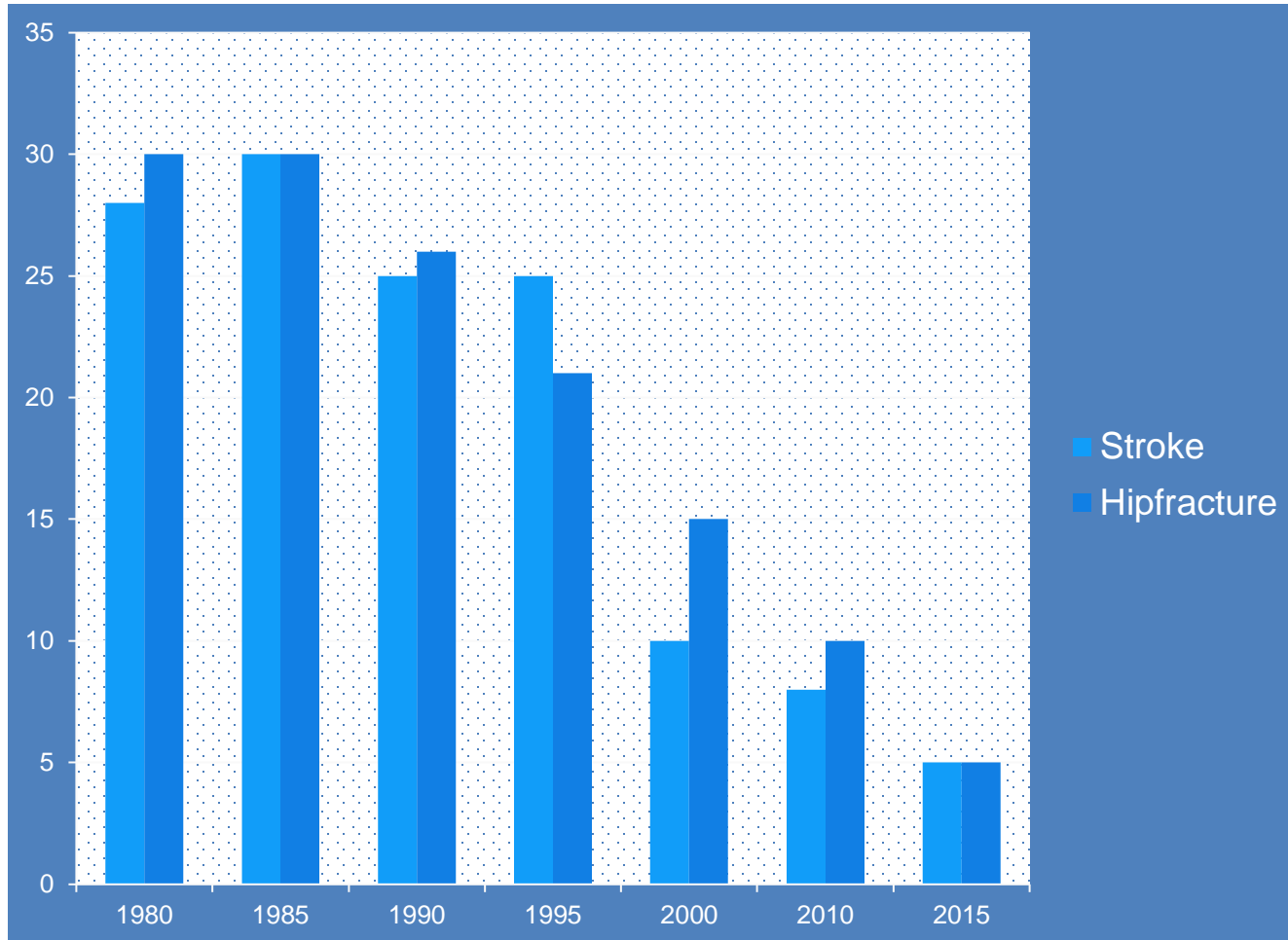
DYNAMICS OF THE CEREBROSPINAL FLUID

In a Honyman Gillespie lecture in Edinburgh on Nov. 13, Dr. E. A. CARMICHAEL (London) said that the original conception of Munro and Kelly of the cranio-vertebral system as a closed and rigid container had had to be modified in the light of the observed fluctuations in pressure of the cerebrospinal fluid (C.S.F.). Dr. Carmichael and his associates had thought it necessary to examine the parts played by the various elastic or

COSIN LZ. Geriatric rehabilitation.
Lancet. 1947 Nov 29;2(6483):804.

Asher RAJ. The dangers of
going to bed. BMJ 1947; 2:
967-968.

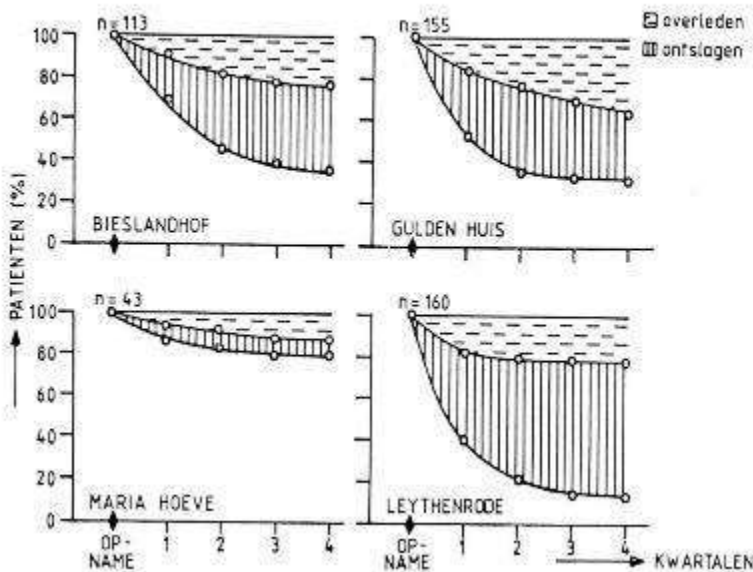
Ziekenhuisopname CVA/ heup# 1980-2017



Is het nieuw?

Cools HJM. *Hokjesgeest. Tijdschr. Verpleeghuisgeneesknd* 1988;(12-2):76.

FIGUUR : de verblijfsituatie van in twee opeenvolgende kwartalen opgenomen patiënten in de vier navolgende kwartalen



Ribbe MW et al. *Ned Tijdschr Geneesknd* 1993;137:2544-8.

TABEL 4. Het doel van opname bij somatische en bij psychogeriatrische patiënten bij eerste opname in een verpleeghuis in 1988 en 1991*

doel van opname	percentage patiënten			
	somatisch		psychogeriatrisch	
	1988 (n = 19.409)	1991 (n = 20.637)	1988 (n = 7557)	1991 (n = 8962)
revalidatie	49	52	4	5
langdurige zorg	41	40	82	84
terminale zorg	6	5	-	-
observatie	2	1	4	3
speciale zorg (coma, CAPD, beademing etc.)	2	2	4	3
psychosociale zorg	-	-	6	5
totaal	100	100	100	100

CAPD = continue ambulante peritoneale dialyse.
*Bronnen: SIVIS-gegevens.⁷



Kruispunt

Revalidatiegeneeskunde

-aanpak en doelen

Geriatric medicine

-complexe problematiek,
multimorbiditeit

Palliatieve geneeskunde

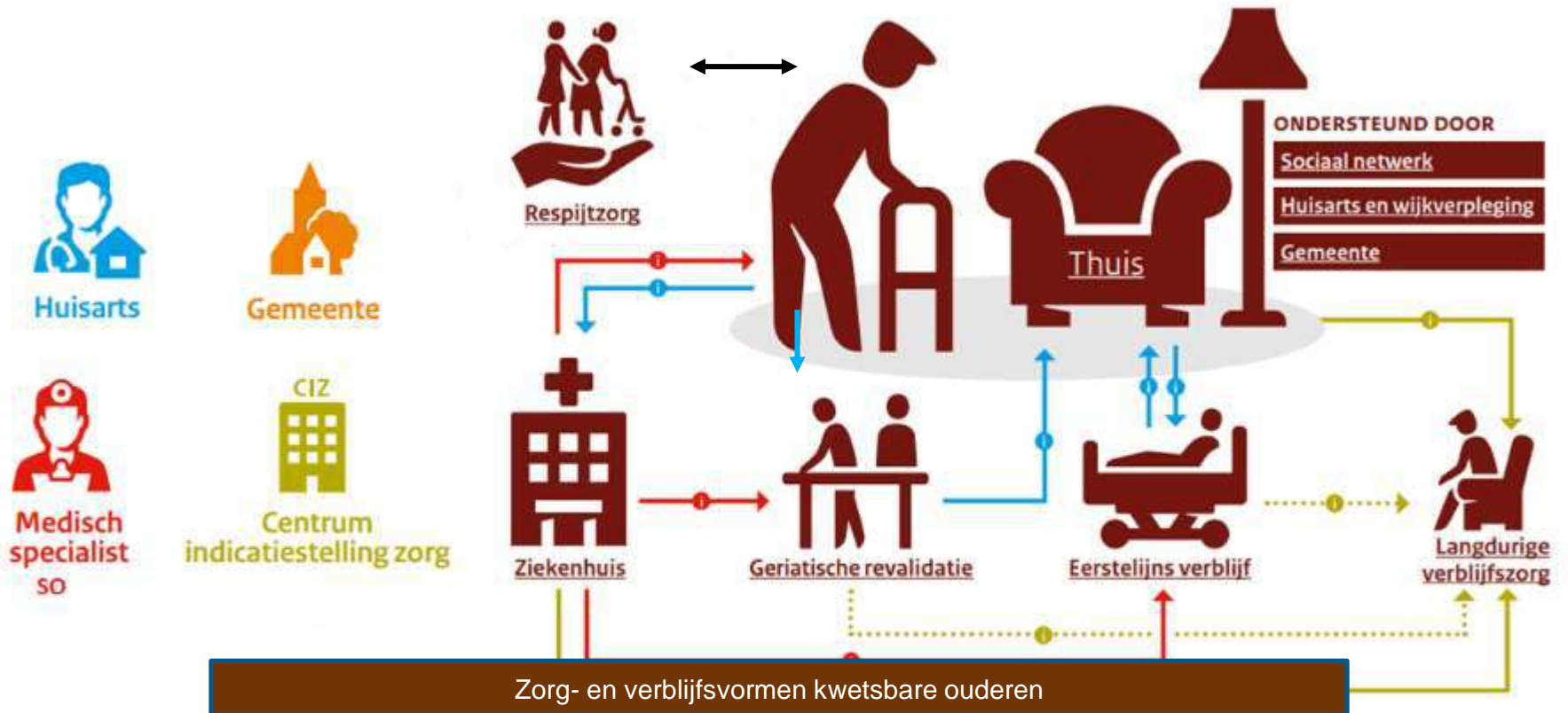
- advance care planning, verlies
sociale rollen, zingeving



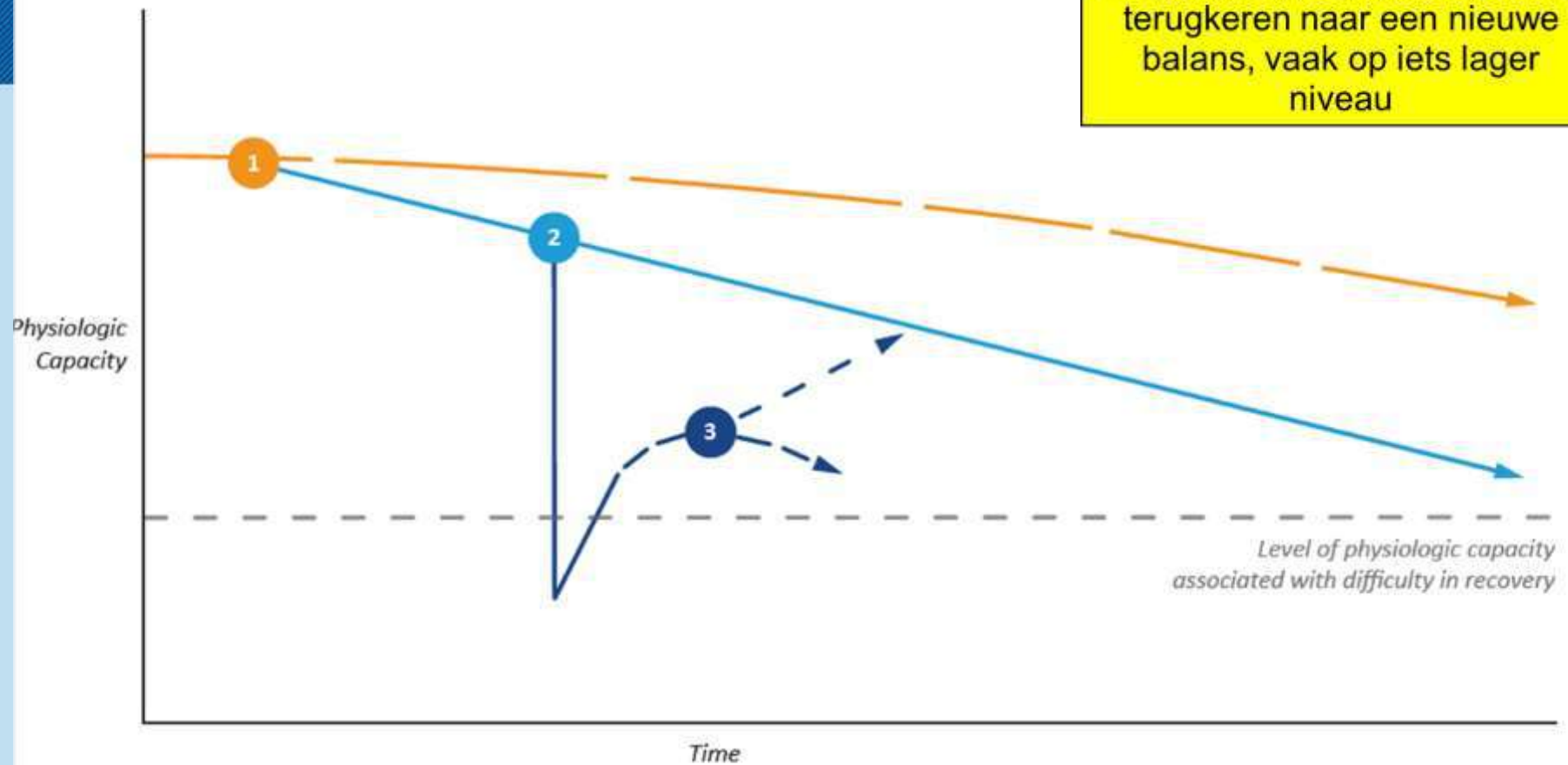
“The major goal of rehabilitation programs for older people is to assist them to manage personal activities of daily living without the assistance of another person. If this is not possible, the goal is to minimise the need for external assistance through the use of adaptive techniques and equipment”

Ian D Cameron, Susan E Kurrle, Rehabilitation in Older people. Med J Aust 2002; 177 (7): 387-391.

Kruispunt/netwerk



Het is niet alleen herstel, het is terugkeren naar een nieuwe balans, vaak op iets lager niveau



At point 1

Risk Factors for accelerated chronic loss of physiological capacity, e.g.:

- Disease
- Inactivity

At point 2

Risk Factors for acute/subacute loss of physiological capacity e.g.:

- Influenza
- Hip fracture

At point 3

Risk Factors for blocked recovery from physiological loss, e.g.:

- Depressive illness
- Inactivating drugs
- Fear of falling
- Malnutrition
- Misbelief that rest is healthfull

Feiten en cijfers



146 zorgorganisaties leveren GRZ, deze organisaties zijn bijna allemaal lid van ActiZ.

De gemiddelde ligduur is gedaald van **41 dagen** in 2017 naar **39 dagen** in 2018. Hiermee wordt de trend van kortere opnames in de GRZ verder doorgezet.

Bedrag in miljoenen GRZ

** data nog niet volledig*



Aantal unieke cliënten



Top 5 diagnoses voorafgaand aan GRZ

Top vijf diagnoses voorafgaand aan GRZ

1 CVA 9.100 dbcs

2 Heupfractuur 7.900 dbcs

3 Overige orgaan aandoeningen 5.800 dbcs

4 Respiratoire aandoeningen 4.400 dbcs

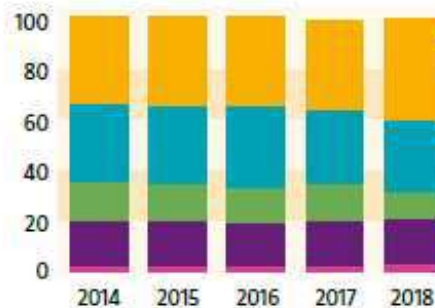
5 Heup nieuwe prothese 4.050 dbcs

Revalidant in beeld

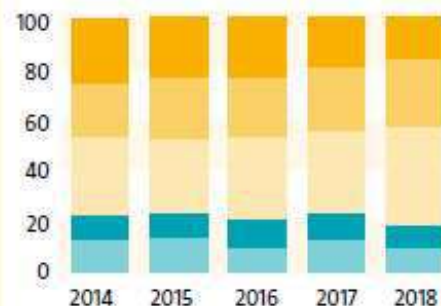
● CVA ● Elect.orthopedie ● Trauma
● Amputaties ● Overig



Zorgtrajecten (%)



Overig uitgelicht (%)



Leeftijd?



Weakness



Slow walking speed



Low level of physical activity



Fatigue or exhaustion



Unintentional weight loss



Stijnman
© 2022 JHWAAM

Wat wordt er gedaan?

- Individueel doelen stellen (Butler M.. Rehabil Nurs. 1991)
- coordinated, interdisciplinary team approach (Stroke Trialists' Collaboration. BMJ 1997; Cameron et al Health Technol Assess 2000; Rubenstein et al NEJM 1984)

- kracht
- Coordinatie/balans
- uithoudingsvermogen
- Tempo regulatie
- Voeding
- Valpreventie
- Psycho-educatie
- Advance care planning
- Goede medische (preventieve) zorg
-etc





 @Hysatirical

 @Hysatirical

 @Hysatirical



GRZ team





Werkt het?

Interdisciplinary geriatric evaluation and management units (“GEMs”) have been demonstrated to result in

Decreased morbidity and mortality compared to multidisciplinary approaches.

(Applegate NEJM 1990; Rubenstein JAGS 1991)



Geriatric rehabilitation for patients with advanced COPD: programme characteristics and case studies

Eléonore F van Dam van Isselt, Karin H Groenewegen-Sipkema, Monica Spruit-van Eijk, Niels H Chavannes, Wilco P Achterberg

npj | Primary Care Respiratory Medicine

www.nature.com/npjpcrm
All rights reserved 2055-1010/14

ARTICLE **OPEN**

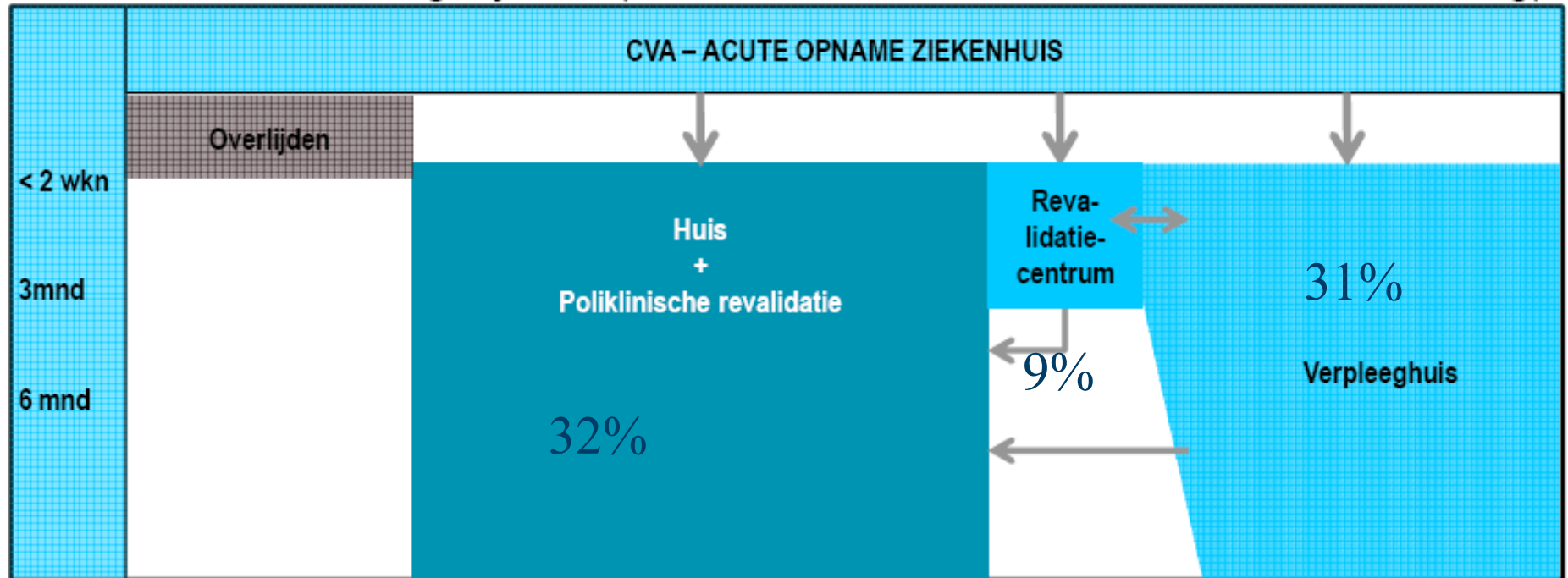
Health status measured by the Clinical COPD Questionnaire (CCQ) improves following post-acute pulmonary rehabilitation in patients with advanced COPD: a prospective observational study

Eléonore F van Dam van Isselt^{1,2}, Monica Spruit¹, Karin H Groenewegen-Sipkema³, Niels H Chavannes¹ and Wilco P Achterberg¹

Verschillen en overeenkomsten met MSR

Zorgtrajecten: CVA

Schema 1. Globale zorgtrajecten (data Enschede Stroke Service, CBS, Hartstichting)



ORIGINAL REPORT

DISCHARGE HOME AFTER ACUTE STROKE: DIFFERENCES BETWEEN OLDER AND YOUNGER PATIENTS

Roy D. Dutrieux, MD^{1,2}, Monica van Eijk, MD, PhD^{1,2}, Marloes L. van Mierlo, PhD³, Caroline M. van Heugten, PhD^{4,5}, Johanna M. A. Visser-Meily, MD, PhD³ and Wilco P. Achterberg, MD, PhD²

Table III. Multivariate regression models for discharge home (vs clinical rehabilitation)

	Variable	Adjusted OR (95% CI)	WALD	<i>p</i>	NR2
Total					
Spouse +	BI	1.52 (1.35–1.72)	44.85	<0.001	0.627
	NIHSS	0.75 (0.64–0.88)	13.24	<0.001	
	First stroke	0.16 (0.03–0.81)	4.90	0.027	
Spouse –	NIHSS	0.69 (0.55–0.88)	9.34	0.002	0.424
	BI	1.19 (1.06–1.34)	8.38	0.004	
	Age	0.96 (0.92–1.00)	5.04	0.025	
Age					
<70 years	BI	1.49 (1.30–1.72)	30.80	<0.001	0.553
	NIHSS	0.84 (0.72–0.98)	4.89	0.027	
≥70 years	BI	1.30 (1.16–1.45)	21.04	<0.001	0.540
	NIHSS	0.67 (0.55–0.82)	15.08	<0.001	
	Spouse	4.77 (2.01–11.31)	12.56	<0.001	

Significant variables univariate analysis $p < 0.10$: age, partner, first-ever stroke, BI, NIHSS, MOCA.

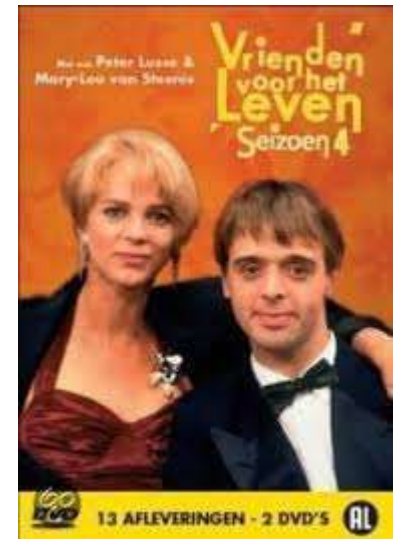
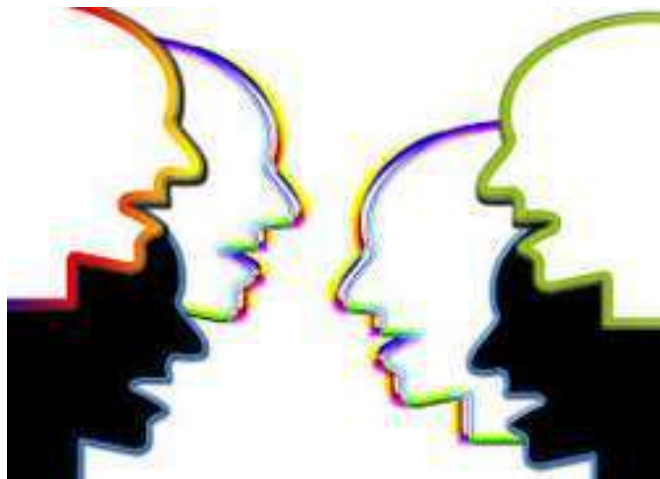
NR2: Nagelkerke R2; BI: Barthel Index; NIHSS: National Institutes of Health Stroke Scale; MOCA: Montreal Cognitive Assessment; OR: odds ratio; CI: confidence intervals.

prof. dr. Wilco Achterberg
specialist ouderengeneeskunde
LUMC/Topaz Leiden¹

prof. dr. Anne Visser-Meily
revalidatiearts, UMCU/
De Hoogstraat Utrecht¹

VERBREIDING EN VERBINDING VAN ZORG NODIG OM HERSTEL TE OPTIMALISEREN

Herstel van kwetsbare ouderen kan beter



GRZ

1^{ste} lijnszorg

MSR



Neuroloog, revalidatiearts

Verschillen

Waar komen we vandaag

VRA –MSR 1955

WO II

Oorlogsslachtoffers -
gehandicapten

- Amputatie, CVA, dwarslesie, gebrekkige kinderen, postpolio

Oprichting van RC

>> 1985: poli's in ZH

GRZ

AWBZ 1968

sinds 1980: 50% naar huis.....

Geriatricie/reactivering

ZZP

DBC

Revalidatiearts is specialist in de revalidatie

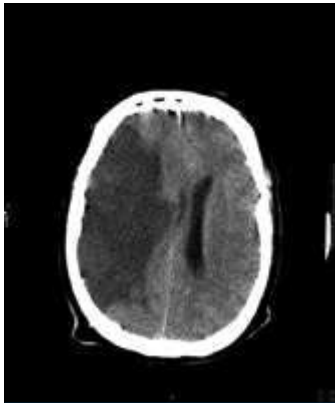
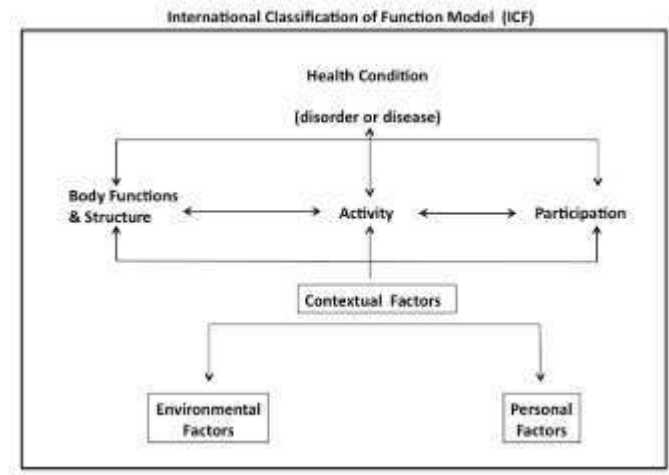
Volwassen – kind

Neurologie – trauma- orgaan
(cardio/onco)

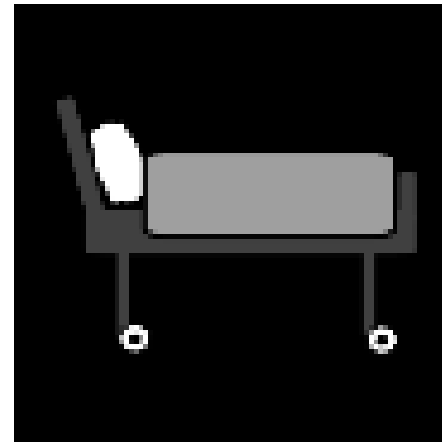
Specialist Ouderen geneeskunde is specialist in de multimorbiditeit

Kaderopleiding: revalidatie –
psychogeriatric – palliatieve zorg –
1^{ste} lijn

Overeenkomsten



Terug keer naar huis



Verschillen (in ptn)



Leerbaarheid
Belastbaarheid
Intensiteit van
behandeling
Kwetsbaarheid
Comorbiditeit
Leeftijd?

Verschillen in werklocatie

Stepped care

Ziekenhuis

Revalidatiecentrum

ZZP bij grote HAP

Neuroteam 1^{ste} lijn

Consulent bij

- Verpleeghuis
- Activiteitencentra

Verpleeghuis

Consulent 1^{ste} lijn

Consulent in ZH

>1500 SO's

In circa 400 organisaties

Steeds vaker ZZP'er

[703 revalidatieartsen in Nederland](#)

[91 ziekenhuizen](#), [78 revalidatiecentra](#) en 10
overige instellingen



Neglect

Martine Kant-Bosma



Aanleiding

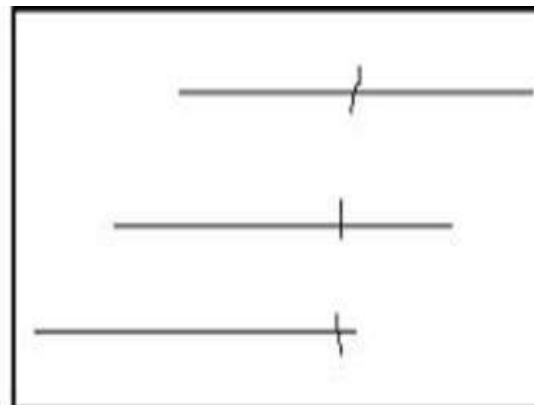
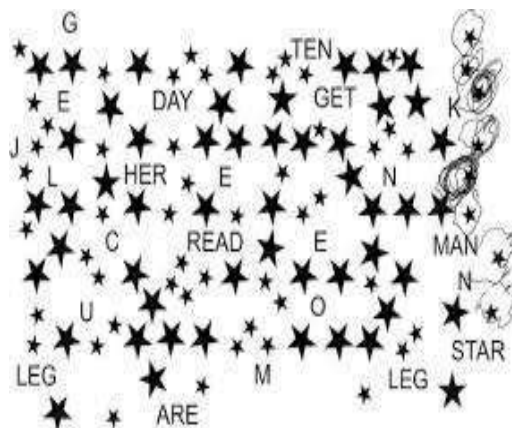
Copying:



Spontaneous drawing:



Methode en onderzoeksdoel



CATHERINE BERGEGO SCALE

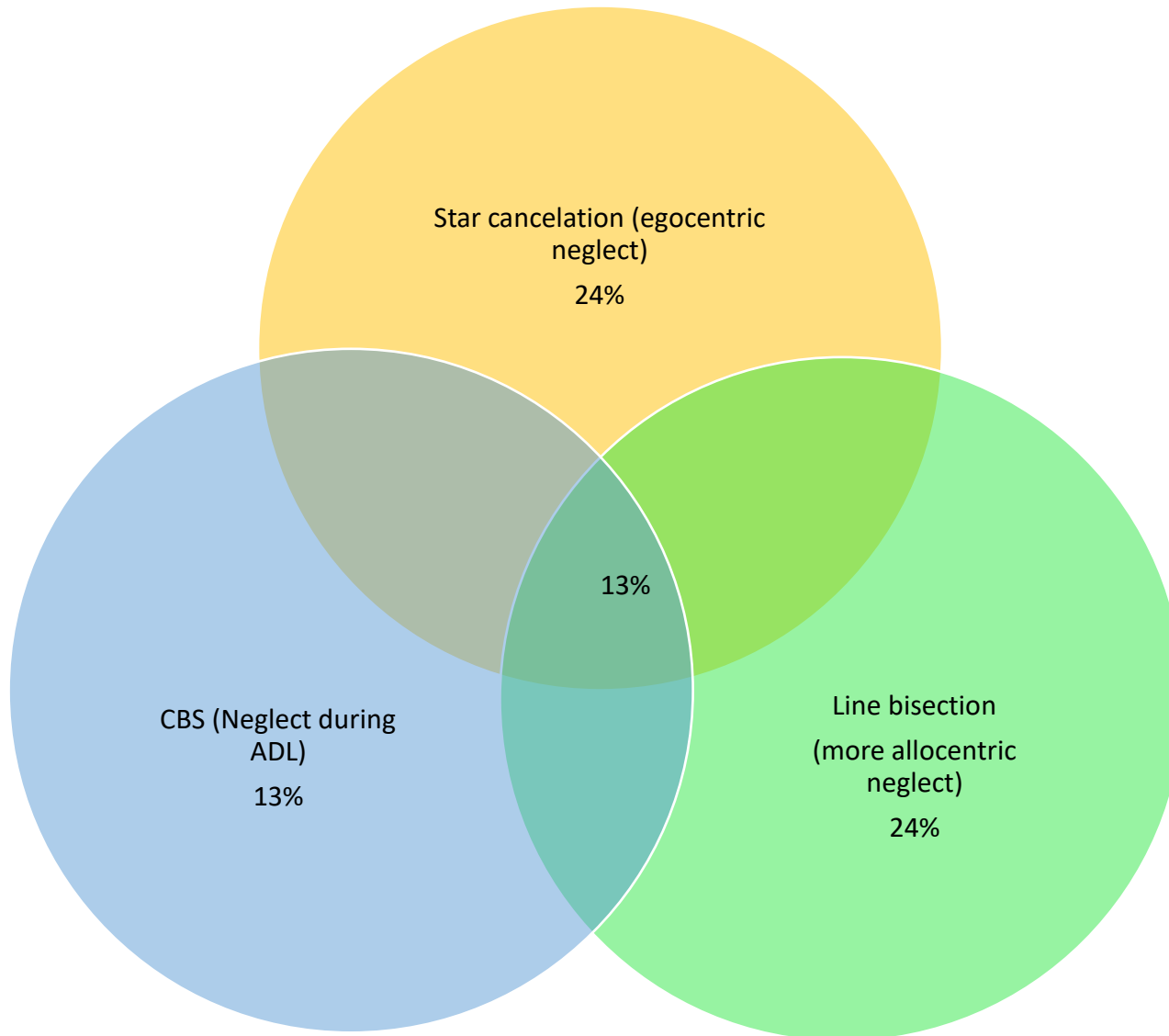
Revalidant:	Gebortedatum:
Observer:	Observatiedatum:

NEGLECT	0	1	2	3	4	5
1. Vergeet één zijde van zijn/haar gezicht te verzorgen bij bijvoorbeeld haren kammen of scheren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Heeft moeite met aantrekken en dichtmaken van één zijde van een mouw, pantoffel of schoen (of ander kledingstuk).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vergeet voedsel aan één zijde van het bord te eten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vergeet één kant van de mond schoon te maken na het eten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Heeft moeite om naar één bepaalde zijde te kijken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vergeet één zijde van een lichaamsdeel (bijv. vergeet linker/rechter been uit bed te zetten, vergeet de linker/rechter arm op de steun/leuning te plaatsen, de linker/rechtervoet op de voetsteun van de rolstoel te plaatsen of vergeet de linker/rechterarm te gebruiken indien nodig).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Heeft moeite om aandacht te richten op geluiden of mensen die zich aan één zijde van hem/haar bevinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Botsf tegen mensen, deurposten of meubels op die zich aan één zijde van de ruimte bevinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Heeft moeite om op bekend terrein of in het revalidatiecentrum de weg te vinden. Bijvoorbeeld rijdt de lift of de huiskamer voorbij.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Heeft moeite om persoonlijke bezittingen in de kamer of badkamer te vinden, indien deze zich aan één zijde bevinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aan welke zijde vinden deze problemen doorgaans plaats: (omcirkel het juiste antwoord)	links/rechts/beide/geen van beide					
Totale score:/30					

Resultaten: Prevalentie en karakteristieken

Characteristics	VSN- (n=60)	VSN+ (n=54)	VSN- vs VSN+
Age in years, mean (SD)	81 (8.6)	79.3 (7.1)	U = 1402.5, z = -1.236, P = .216
Sex male n (%)	23 (38.3)	26 (50)	$\chi^2 = 2.101$, df = 1, P = .147
Time post stroke median in days (IQR)	16 (10.8 - 20.3)	21 (16 - 31) [†]	U = 829, z = -3.953, P < .001
LOS hospital median in days (IQR)	8.5 (7 - 12)	10 (8 - 18.5)	U = 1109, z = -2.777, P = .005
Lesion site			$\chi^2 = 2.296$, df = 2, P = .317
unilateral left n (%)	31 (51.7)	26 (48.1)	
unilateral right n (%)	26 (43.3)	28 (51.9)	
bilateral n (%)	2 (3.3)	0	
not applicable n (%)	1 (10.9)	0	
Stroke type			$\chi^2 = 6.799$, df = 1, P = .009
ischemic n (%)	57 (95)	44 (81.5)	
hemorrhage n (%)	2 (3.3)	10 (18.5)	
unknown n (%)	1 (1.7)	0	
Recurrent stroke n (%)	16 (26.7)	16 (29.6)	$\chi^2 = .088$, df = 1, P = .767
FAC (0-5) median (IQR)*	3 (2-4)	2 (0 - 4)	U = 1078, z = -2.774, P = .006
Berg Balance S. median (0-56) (IQR)*	31 (11-43)	23 (3.3 - 39.8)	U = 1195.5, z = -2.001, P = .045
USER score*			
mobility (0-35) median (IQR)	17 (9 - 24.8)	9 (4-20)	U = 977, z = -2.948, P = .003
selfcare (0-35) median (IQR)	23 (13 - 30)	15 (8 - 23)	U = 978, z = -2.948, P = .005
CF (0-50) median (IQR)	48 (35-50)	40 (27.5-46)	U = 978, z = -2.957 P = .003
pain (0-100) median (IQR)	20 (0-50)	10 (0-40)	U = 1235, z = -.452, P = .652
fatigue (0-100) median (IQR)	40 (20-60)	40 (7.5-62.5)	U = 1249, z = -.344, P = .731
mood (0-400) median (IQR)	40 (20-60)	70 (7.5-70)	U = 1184.5, z = -.622, P = .534
LOS GR median (IQR)	35.5 (21-52.3)	68.5 (39-103)	U = 894.5, z = -4.118, P < .001
Caregiver at home (%)	21 (35.0)	17 (31.5)	$\chi^2 = .103$, df = 1, P = .748
Discharge destination home (%)*	55 (93.2)	32 (61.5)	$\chi^2 = .16.371$, df = 1, P < .001
Mortality (%)	1 (1.7)	2 (3.7)	$\chi^2 = .460$, df = 1, P = .498

VSN per afgenomen test (n=54)



Conclusie

- Bijna helft van de populatie VSN (48%)
- Minder mobiel, minder zelfstandig bij ADL, en meer problemen in cognitief functioneren
- Langer op de GR (maand) en minder vaak terug naar huis
- Hoe ernstiger het VSN hoe groter de impact.

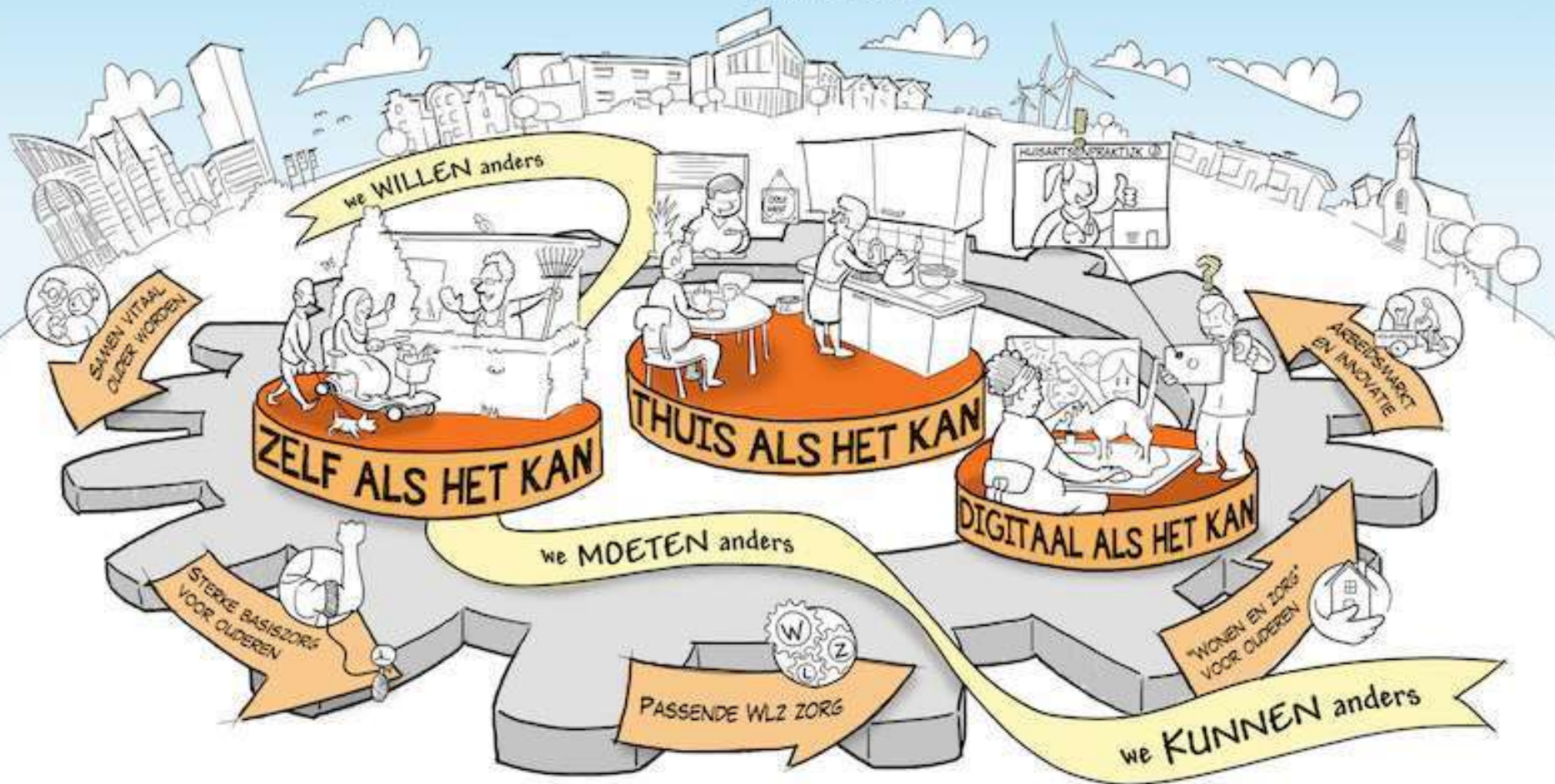
Take home message

- Belangrijk om testen vroegtijdig af te nemen
- Bij voorkeur deze 3 testen (onderdiagnostiek)
- Belangrijk om deze resultaten mee te nemen in je behandelplan en bij begeleiding van cliënten (ontwikkeling duurzame zorg)

EHEALTH

EAGER

WOZO PROGRAMMA WONEN, ONDERSTEUNING EN ZORG VOOR OUDEREN

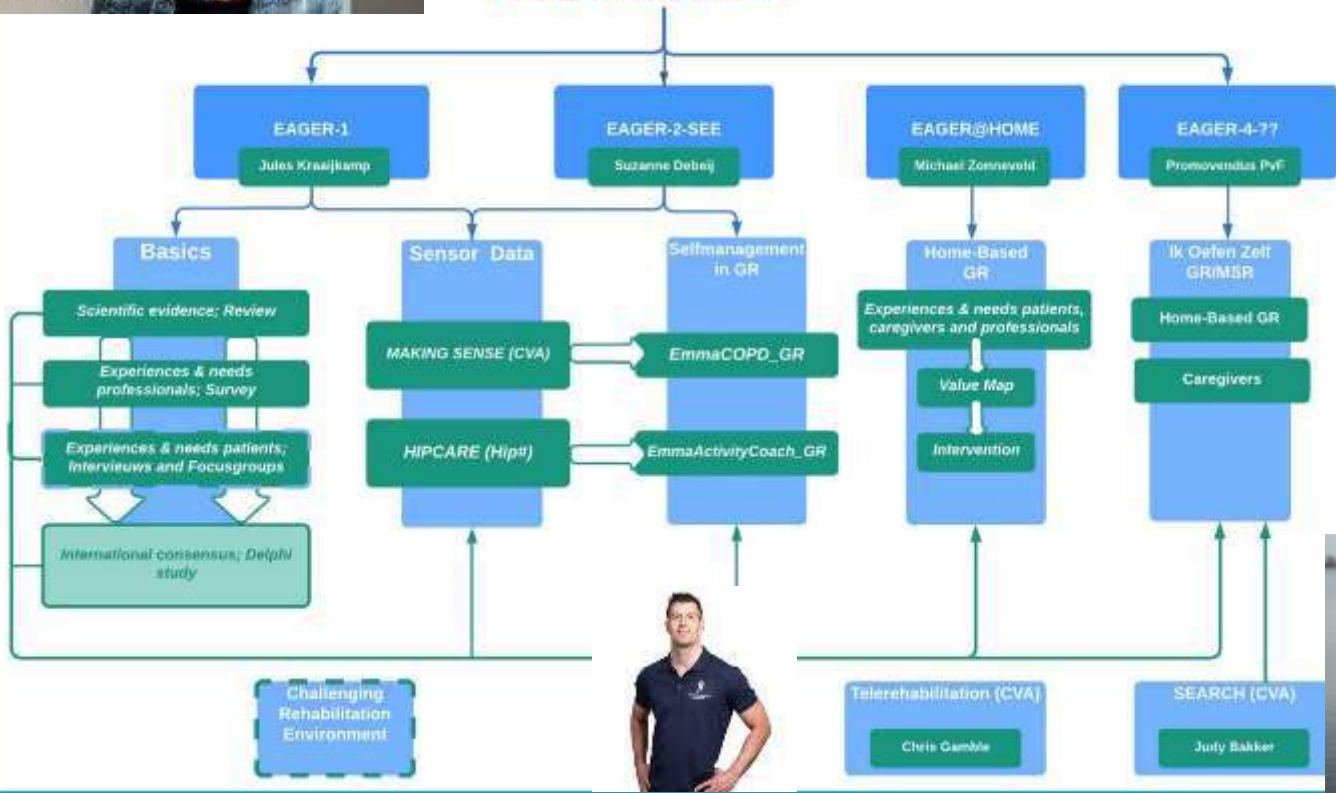




EAGER PROJECTS
Lancet van Dain van 2021 | April 21, 2022



Loesoor van Dijk van Iselt
Specialist Ouderengeneeskunde
werkt haar onderzoek GR, COVID Zonare

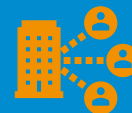


Conclusies

- **Blended Tenzij** Blended zorgpaden worden de standaard; eHealth *altijd* geïntegreerd aanbieden.
- **Keep it Simple!** Begin eenvoudig en met dat wat werkt!!
- **Thuis Tenzij** Veel meer ambulante behandelen, eHealth is daarbij noodzakelijk
- **Netwerorzorg** Ontwikkel, implementeer en evalueer *altijd* samen met gehele context *en* regionale netwerk.



Thuis Tenzij



Blended Tenzij



Netwerorzorg

EHEALTH IN DE GERIATRISCHE REVALIDATIE

Resultaten uit een nationale survey met 331 deelnomen (zorg)professionals werkzaam in de GR. Het doel van de nationale survey was om ervaringen van (zorg)professionals werkzaam in de GR met eHealth op de domeinen bruikbaarheid, haalbaarheid en effectiviteit in kaart te brengen. Daarnaast zijn de behoeftes met betrekking tot eHealth geïnventariseerd.

Hoe vaak wordt eHealth ingezet?



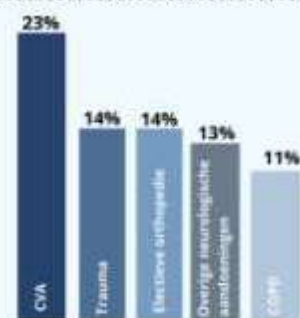
Wie maakt het meest gebruik?

Top drie



Bij wie wordt eHealth ingezet?

Top vijf



Wat wordt het meest ingezet?

Top vier



Waar liggen knelpunten m.b.t. gebruik?

GEEN ORGANISATIEBREDE WERKWIJZE
 KENNISTEKORT PROFESSIONAL
ONVOLDENDE BESCHIKBARE MIDDELEN
 GEEN ORGANISATIEBREDE WERKWIJZE
 KENNISTEKORT PROFESSIONAL
 MOTIVATIE
 TIJDGEBREK
 KOSTEN
 ONGESCHIKHEID DOELGROEP

Welke informatiebehoefte is er?



Er is behoefte aan informatie over eHealth, met betrekking tot de soorten, toepassing en effectiviteit.

Wordt er een heldere visie binnen de instellingen ervaren?



Een heldere visie is van fundamentele waarde tijdens het implementatieproces.

Er is een relatie gevonden tussen de mate van een heldere visie binnen een instelling en de tevredenheid over het implementatieproces.

Wat zijn de voordelen?

(zorg)Professionals

Verbetering van revalidatieklimaat

Makkelijk in gebruik

Zorg op afstand mogelijk

Vergroten zelfmanagement revalidant

Revalidanten

Meer eigen regie

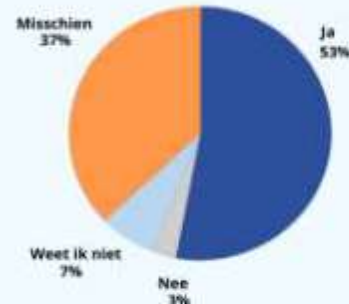
Meer zelfvertrouwen

Vergroten behandelfrequentie

Leukere vorm van therapie



Wil men eHealth in de toekomst gebruiken?



Uitdagend revalidatie-klimaat



- Welke aspecten vormen samen het concept “Uitdagend revalidatieklimaat”?
- Hoe kan het uitdagend revalidatieklimaat meetbaar gemaakt worden in de praktijk?
- Welke praktische interventies kunnen het uitdagend revalidatieklimaat op een afdeling verbeteren?





Zelf oefenen na een beroerte (CVA)

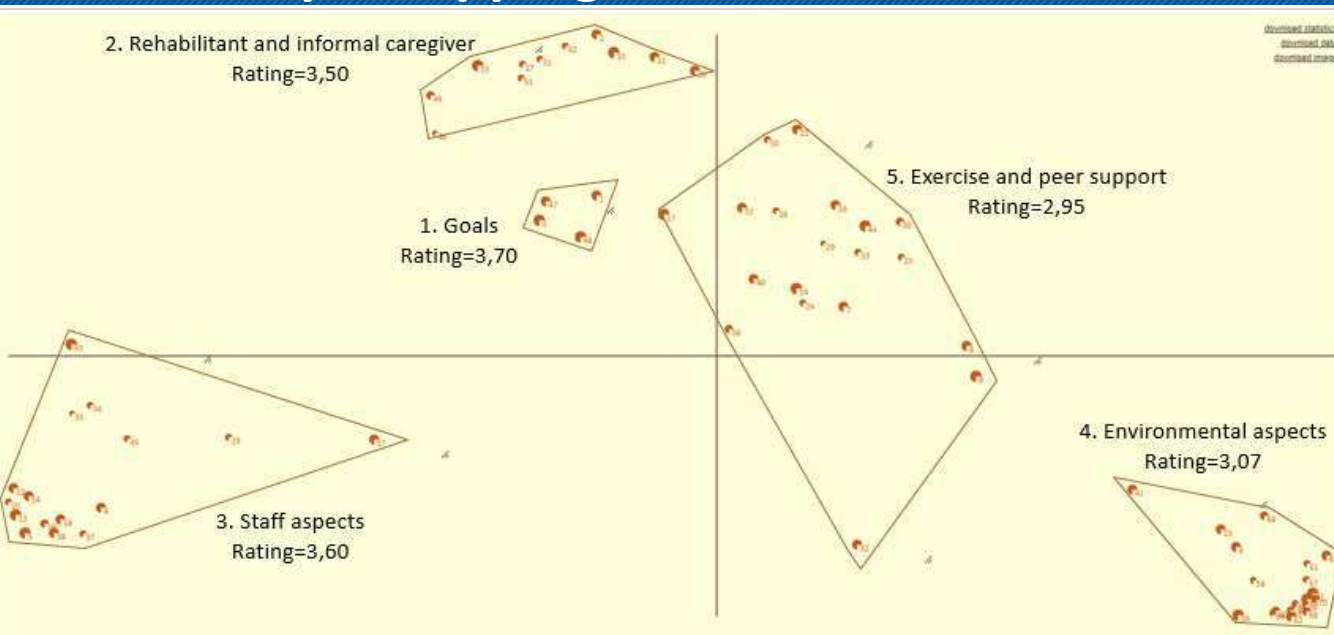


TEAM DYNAMICS

Albert

Tijssen LM, Derksen EW, Achterberg WP, Buijck BI. Challenging rehabilitation environment for older patients. Clin Interv Aging. 2019 Aug 12;14:1451-1460

Concept mapping



1. Doelen (4 statements)
2. Revalidant en mantelzorgers (11)
3. Medewerkers (16)
4. Omgeving(20 statements)
5. Oefenen en lotgenoten contact(19)



Top 5 prioriteiten voor uitdagend revalidatie klimaat

- Het **team** stimuleert zelf-redzaamheid en zelfstandigheid
- **Team** werkt interdisciplinair, er is gezamenlijke verantwoordelijkheid mbt behalen doelen
- **Verpleging** heeft therapeutische rol en oefent taken gedurende dagelijkse zorg
- **Medewerkers** zijn flexibel, geïnteresseerd, empathisch, actief, stimulerend en motiverend
- **Revalidant en mantelzorger** zijn voorbereid dat revalidatie bij ontslag niet stopt

Team 1



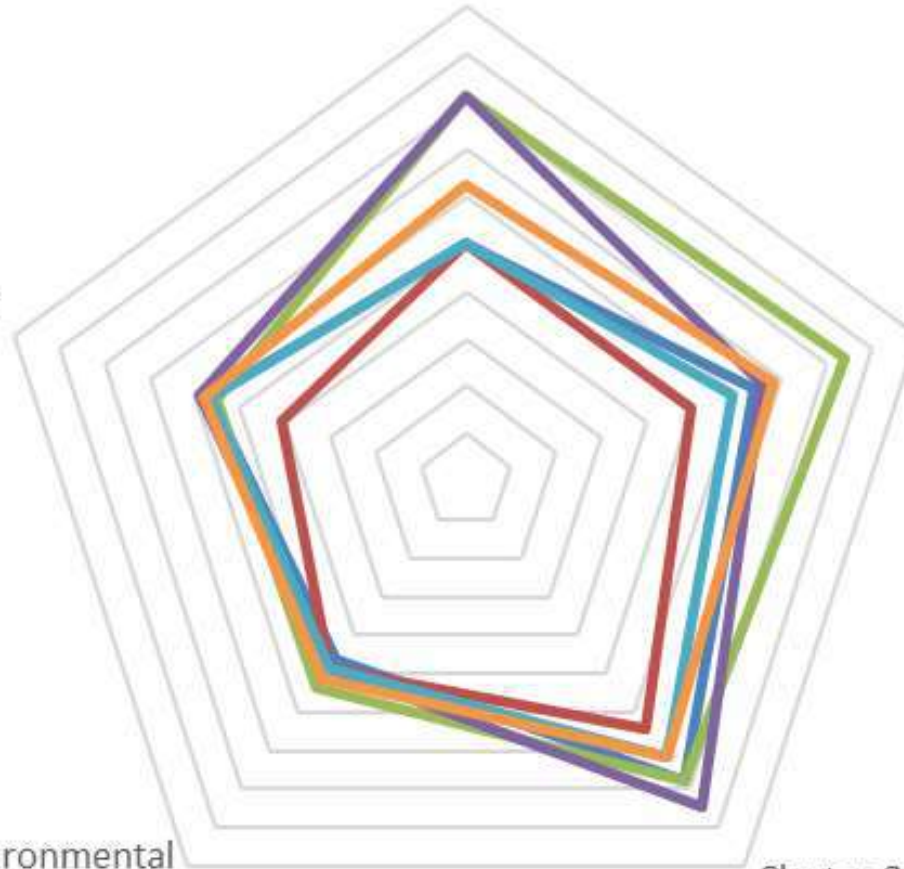
Cluster 1: Goals

Cluster 2: Rehabilitant and informal caregiver

Cluster 3: Staff aspects

Cluster 4: Environmental aspects

Cluster 5: Exercise and peer support



Fysieke activiteit gedurende de onbelaste periode van een onderste extremiteit in de geriatrische revalidatie

Uitvoerder onderzoek: Elma van Garderen MSc

Begeleider onderzoek: Prof. Dr. Wilco Achterberg & Dr. Mandy Visser



Achtergrond onderzoeksproject:



Beoogde uitkomst:



BETER THUIS!



Onderweg naar beter

De ontwikkelagenda voor een
overkoepelende kwaliteitsstandaard voor
de kortdurende herstelgerichte zorg

