

# Zorgvraagzwaarte geriatrische revalidatiezorg

Opzet en uitwerking

Versie 1.0

20 februari 2014



## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Voorwoord</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>5</b>
2.1	Aanleiding .....	5
2.2	Wat wordt onder de zorgvraagzwaarte verstaan en wat wordt ermee beoogd?.....	5
2.3	De gehanteerde randvoorwaarden en uitgangspunten bij de uitwerking van de zorgvraagzwaarte .....	6
2.4	Het gevolgde proces bij de uitwerking van de zorgvraagzwaarte .....	7
2.5	De nog te zetten vervolgstappen.....	7
<b>3</b>	<b>Invulling zorgvraagzwaarte voor de grz</b> .....	<b>9</b>
3.1	Algemeen .....	9
3.2	Scope en opzet van het model voor de zorgvraagzwaarte grz.....	9
3.3	De te onderscheiden hoofdfactoren voor de zorgvraagzwaarte .....	10
3.4	Inhoudelijke uitwerking van de hoofdfactoren .....	11
3.4.1	Uitwerking Participatiedoelen (omvang en ernst van de beperkingen) .....	11
3.4.2	Uitwerking Belastbaarheid van de patiënt .....	11
3.4.3	Uitwerking Omgevingsfactoren.....	12
3.5	Model zorgvraagzwaarte voor de grz .....	12
<b>4</b>	<b>Concrete uitwerking van de zorgvraagzwaarte voor de grz</b> .....	<b>14</b>
4.1	Algemeen .....	14
4.2	Uitwerking Participatiedoelen .....	14
4.2.1	Voorstel voor operationalisatie .....	14
4.2.2	Samenvattend overzicht voorstel voor uitwerking score Participatiedoelen .....	16
4.3	Uitwerking Belastbaarheid van de patiënt .....	16
4.3.1	Voorstel voor operationalisatie fysieke belastbaarheid patiënt .....	17
4.3.2	Voorstel voor operationalisatie psychische belastbaarheid van de patiënt.....	18
4.3.3	Voorstel voor operationalisatie eendoordeel overall belastbaarheid van de patiënt ...	18
4.3.4	Samenvattend overzicht voorstel voor uitwerking score belastbaarheid van de patiënt	19
4.4	Uitwerking omgevingsfactoren (externe factoren).....	19
4.4.1	Voorstel voor operationalisatie omgevingsfactoren:.....	19
4.4.2	Voorstel voor operationalisatie eendoordeel overall invloed externe factoren .....	20
4.4.3	Samenvattend overzicht voorstel voor uitwerking score Omgevingsfactoren .....	20
<b>5</b>	<b>Format en nadere toelichting voor de registratie van de zorgvraagzwaarte</b> .....	<b>21</b>
5.1	Te hanteren format voor vastlegging zorgvraagzwaarte grz.....	21
5.2	Toelichting bij registratie zorgvraagzwaarte .....	22
5.2.1	Algemeen.....	22



5.2.2	Toelichting score aantal behandeldomeinen .....	22
5.2.3	Toelichting score medische stabiliteit .....	23
5.2.4	Toelichting score medische complicaties .....	24
5.2.5	Toelichting score leer- en trainbaarheid .....	25
5.2.6	Toelichting score Motivatie .....	26
5.2.7	Toelichting score overall beoordeling belastbaarheid .....	26
5.2.8	Toelichting omgevingsfactor Patiëntensysteem .....	27
5.2.9	Toelichting omgevingsfactor Voorzieningen .....	27
5.2.10	Toelichting score overall beoordeling externe factoren .....	28
<b>Bijlage 1 :Overzicht deelnemers expertgroep .....</b>		<b>29</b>





# 1 Voorwoord

Voor u ligt het definitieve voorstel voor de uitwerking van de zorgvraagzwaarte voor de grz dat als uitgangspunt dient voor de registratiefase. Dit voorstel is ontwikkeld door de hiervoor ingestelde inhoudelijke expertgroep en ter toetsing voorgelegd aan het veld en de commissie Kwaliteit van Verenso.

In de voorliggende notitie wordt na de inleiding (hoofdstuk 2) het te hanteren model voor de zorgvraagzwaarte toegelicht (hoofdstuk 3). De hierin benoemde factoren voor de zorgvraagzwaarte worden vervolgens nader geconcretiseerd in hoofdstuk 4. Op basis van deze uitwerking is het te hanteren format voor de registratie van de zorgvraagzwaarte en de toelichting hierbij opgesteld ( hoofdstuk 5).





## 2 Inleiding

### 2.1 Aanleiding

Vanaf 2013 valt de geriatrische revalidatiezorg (grz) onder de Zorgverzekeringswet en hiermee de DBC-systematiek. De voor de grz ontwikkelde productstructuur betreft een overgangsstructuur voor een belangrijk deel nog gebaseerd op de zorg zoals die werd verleend onder de AWBZ. Binnen de huidige opzet van de productstructuur worden de zorgproducten afgeleid op basis van de diagnose en de in het kader van de behandeling ingezette zorgactiviteiten (te weten de verpleegdagen en behandeluren).

Om invulling te geven aan de verdere verbetering van de transparantie en de doelmatigheid van de zorg vindt doorontwikkeling van de productstructuur plaats. Als eindperspectief hierbij dient een medisch herkenbare en kostenhomogene productstructuur waarbij de producten zijn gerelateerd aan specifieke patiëntengroepen en de hieraan gekoppelde zorgpaden / behandelprogramma's.

Om tot het gewenste eindmodel ten aanzien van de productstructuur te komen wordt een aantal voorbereidende stappen gezet gericht op zowel het benoemen van de te onderscheiden patiëntprofielen als het inzichtelijk maken van de verschillende zorgpaden / behandelprogramma's. In de voorliggende notitie worden de specifieke patiëntkenmerken voor de te onderscheiden patiëntprofielen uitgewerkt als basis voor de zorgvraagzwaarte.

### 2.2 Wat wordt onder de zorgvraagzwaarte verstaan en wat wordt ermee beoogd?

Onder zorgvraagzwaarte wordt binnen de grz verstaan de (combinatie van) specifieke patiëntkenmerken die van invloed zijn op de in te zetten soort behandeling. Binnen de grz gaat het hierbij met name om patiëntkenmerken die de 'ernst van de problematiek' en de 'belastbaarheid van de patiënt' inzichtelijk maken.

Met de vastlegging van de zorgvraagzwaarte wordt beoogd:

1. Het inzichtelijk maken van de te onderscheiden verschillende patiëntengroepen (zorgvraagzwaarte klassen) als voorspeller voor de in te zetten zorg waarbij de zorgvraagzwaarteklasse te gebruiken is voor enerzijds de eigen bedrijfsvoering en anderzijds de bekostigingssystematiek. De registratie van de zorgvraagzwaarte in combinatie met de zorgpaden / behandelmodules kan mogelijk in de toekomst als basis voor de productstructuur dienen en hiermee de huidige tijdregistratie vervangen.
2. De verdere standaardisering van de zorgtoewijzing binnen de grz.

Binnen de revalidatie (zowel medisch specialistische revalidatie (msr) als grz) is in vergelijking met de overige medisch specialistische zorg de opnamediagnose minder bepalend voor de behandeling; bij de revalidatie bepaalt niet zozeer de diagnose maar de beperking in samenhang met de belastbaarheid van de patiënt en de externe factoren welk soort behandeling wordt ingezet. Dit betekent dat de diagnose alleen onvoldoende is om tot medisch herkenbare zorgproducten te komen .

Door vastlegging van de component zorgvraagzwaarte binnen de DBC-systematiek wordt het mogelijk om een relatie te leggen tussen de specifieke patiëntkenmerken van de te onderscheiden patiëntprofielen en de behandelinzet. Dit zorgt voor een betere medische herkenbaarheid van de zorgproducten voor de zorgaanbieder en zorginkoop en kan richting patiënten meer duidelijkheid geven over waar de zorg op is gericht en op welke wijze hier invulling aan wordt gegeven.

Opgemerkt wordt dat de patiëntkenmerken ook een rol spelen binnen het triage instrument. De triage is gericht op de beslissing wel / geen grz waarbij de onderscheidende patiëntkenmerken van de grz-patiënt ten opzichte van de msr-patiënt bepalend zijn. Bij de uitwerking van de zorgvraagzwaarte dient de grz-indicatie als vertrekpunt en worden in feite de voor een grz-behandeling onderscheidende patiëntkenmerken nader gedifferentieerd en gerelateerd aan de keuze voor een specifiek zorgpad/behandelprogramma.

### 2.3 De gehanteerde randvoorwaarden en uitgangspunten bij de uitwerking van de zorgvraagzwaarte

Voor de inhoudelijke uitwerking van de zorgvraagzwaarte zijn vanuit de expertgroep de volgende uitgangspunten geformuleerd:

1. Bij de ontwikkeling van de zorgvraagzwaarte wordt het ICF denkkader (International Classification of Functioning, Disability and Health) als basis gehanteerd.
2. Aansluiting bij bestaande opzet van de Zorgvraagindex voor de msr (behandeldomeinen, persoonlijke en externe factoren) waarbij voor de grz een nadere differentiatie wordt uitgewerkt.
3. Onderzoeken mogelijkheden voor uitwerking en toevoeging van de functies<sup>1</sup> en functionele prognose (niet alleen aantal behandeldomeinen maar ook behandelduur en intensiteit betrekken).

Om te kunnen komen tot een succesvolle invoering van de zorgvraagzwaarte dient de uitwerking te voldoen aan de volgende eisen:

- a. biedt basis voor indeling in te onderscheiden patiëntencategorieën;
- b. draagt bij aan de medische herkenbaarheid;
- c. is voorspellend voor de in te zetten soort zorg;
- d. sluit aan bij praktijkvoering binnen de instelling (triage, primaire proces, klinimetrie) en relevante richtlijnen;
- e. biedt sturingsmogelijkheden voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars;
- f. is eenduidig gedefinieerd, uniform te registreren en bruikbaar voor een bekostigingssystematiek.

<sup>1</sup> Binnen de ICF worden de functies gedefinieerd als de fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijke organisme.

## 2.4 Het gevolgde proces bij de uitwerking van de zorgvraagzwaarte

De inhoudelijke uitwerking van de zorgvraagzwaarte voor de grz vindt plaats in opdracht van de NZa werkgroep doorontwikkeling revalidatie. Het hiervoor door DBC-Onderhoud opgestelde plan van aanpak is in de werkgroep d.d. april 2013 vastgesteld. De planning gaat uit van de definitieve vaststelling van het voorstel voor de uitwerking van de zorgvraagzwaarte eind 2013 met als doel om de zorgvraagzwaarte per 1 juni 2014 te gaan registreren.

Voor de inhoudelijke uitwerking van het concept voorstel voor de zorgvraagzwaarte is gebruik gemaakt van de input van een expertgroep. Deze expertgroep is samengesteld uit een aantal inhoudelijke deskundigen (specialisten ouderengeneeskunde en grz-projectleider / managers) vanuit Verenso / ActiZ aangevuld met een inhoudelijke vertegenwoordiger vanuit ZN en RN/VRA (voor overzicht van de leden van de expertgroep zie bijlage 1). Voor de uitwerking van voorliggende concept heeft een viertal expertgroep bijeenkomsten plaats gevonden.

Bij de inhoudelijke uitwerking van het concept voorstel voor de zorgvraagzwaarte door de expertgroep zijn de volgende documenten als input gehanteerd:

- toelichting Uitwerking Zorgvraagindex medische specialistische revalidatie van RN en de VRA d.d. juli 2013;
- triage instrument GRZ van Verenso d.d. juli 2012 en bijbehorende handleiding Triage instrument grz van Verenso d.d. december 2012;
- rapport Onderzoek zorgpaden grz van Capgemini d.d. 13 mei 2013;
- Effectmeting Singer en Leidraad.

De expertgroep heeft op basis van haar inhoudelijke deskundigheid en de huidige praktijkervaring de meest relevant patiëntkenmerken voor de zorgvraagzwaarte benoemd. Deze patiëntkenmerken zijn vervolgens geoperationaliseerd waarbij het 'klinisch oordeel' een belangrijke rol speelt.

Het concept voorstel voor de uitwerking van de zorgvraagzwaarte is ter toetsing voorgelegd aan het veld en de commissie Kwaliteit van Verenso. De hierbij gemaakte opmerkingen en verbeteringsuggesties zijn verwerkt in het voorliggende definitieve voorstel.

## 2.5 De nog te zetten vervolgstappen

Op basis van de opmerkingen vanuit het veld is het definitieve voorstel voor de uitwerking van de zorgvraagzwaarte opgesteld. Dit voorstel is ter vaststelling voorgelegd aan de NZa werkgroep doorontwikkeling revalidatie d.d. 3 december 2013.

In voorliggende uitwerking zijn ter concretisering van de hoofdfactoren en onderliggende variabelen de werkdefinities en relevante klinimetrie opgenomen. Op basis van de inzichten uit de registratiefase worden deze definities verder aangescherpt en de te hanteren klinimetrie nader uitgewerkt.

Ter voorbereiding van de implementatie worden door DBC-Onderhoud de ICT-specificaties en de registratie-instructie uitgewerkt; deze zijn eind januari 2014 beschikbaar voor de ICT-leveranciers en zorgaanbieders.



Door het daadwerkelijk gaan registreren van de verschillende factoren in 2014 wordt duidelijk in hoeverre de benoemde factoren ook daadwerkelijk voorspellend zijn voor de in te zetten zorg. Hiernaast worden de mogelijkheden voor de verwerking van de functionele prognose bij de bepaling van de zorgvraagzwaarte onderzocht met als doel deze variabele in het definitieve model op te nemen.

Op basis van de analyses en uitwerking van de functionele prognose kan vervolgens in 2015 het definitieve model voor zorgvraagzwaarte classificatie ontwikkeld worden en wordt bepaald op welke wijze de zorgvraagzwaarte wordt gebruikt ten behoeve van de afleiding van de zorgproducten.







## 3 Invulling zorgvraagzwaarte voor de grz

### 3.1 Algemeen

Zoals in hoofdstuk 1 aangegeven gaat het bij zorgvraagzwaarte om die patiëntkenmerken die zoveel mogelijk voorspellend zijn voor de in te zetten soort revalidatiebehandeling. Hierbij wordt ten aanzien van de soort revalidatiebehandeling onderscheid gemaakt naar 1) de complexiteit, 2) de intensiteit en 3) de duur van de behandeling.

Gegeven de huidige praktijk wordt qua behandel aanbod in het algemeen onderscheid gemaakt naar diagnosehoofdgroep (CVA, electieve orthopedie, heupfracturen en de groep van overige diagnoses) en vervolgens een nadere onderverdeling gehanteerd gericht op de kortdurende intensieve behandeling, de middellange reguliere behandeling en langdurige revalidatie.

Binnen de grz wordt uitgegaan van integrale behandeltrajecten waarbij de eventuele ambulante vervolgbehandeling onderdeel uit maakt van het integrale behandeltraject.

### 3.2 Scope en opzet van het model voor de zorgvraagzwaarte grz

Bij de ontwikkeling van het model voor de zorgvraagzwaarte zijn door de expertgroep de volgende keuzen gemaakt ten aanzien van de mate van differentiatie en de reikwijdte van het model.

1. *Ontwikkeling van een generiek model voor de zorgvraagzwaarte grz*

Bij de uitwerking van de zvz voor de grz is vooralsnog gekozen voor een generiek model gebaseerd op de kenmerken van de doelgroep waarbij geen onderscheid wordt gemaakt naar diagnosegroep. De belangrijkste reden hiervoor is dat een generiek model meer recht doet aan de doelgroep ouderen waarbij de specifieke opnamediagnose minder relevant is voor de in te zetten soort behandeling. Hierbij speelt mee dat op diagnosegroep niveau sprake is van een grote variatie qua behandeling en bij het merendeel van de grz- patiënten meerdere diagnoses een rol spelen waardoor een differentiatie naar diagnosegroep voor de zorgvraagzwaarte in principe als minder relevant wordt beschouwd.

Opgemerkt wordt dat bij de invoering van de zorgvraagzwaarte voor de grz wordt gestart met de registratie van de verschillende variabelen die van invloed zijn op de zorgvraagzwaarte. Op basis van de geregistreerde gegevens wordt duidelijk in hoeverre deze variabelen daadwerkelijk voorspellend zijn en of hierbij sprake is van verschillen tussen de verschillende diagnosegroepen en hiervoor verdere differentiatie van de zvz gewenst is.

2. *Zorgvraagzwaarte heeft betrekking op de bij de aanvang van de behandeling geformuleerde doelstellingen en omstandigheden en betreft het totale grz behandeltraject vanuit de grz-instelling*

Het uitgangspunt is dat de zvz éénmalig bij de start van het zorgtraject door de specialist ouderengeneeskunde wordt vastgelegd. De zvz geeft de inschatting van de zwaarte van de patiënt bij de aanvang van de behandeling weer en wordt in principe tijdens de behandeling niet meer gewijzigd / bijgesteld. De inschatting van de zorgvraagzwaarte heeft betrekking op de binnen de eigen instelling te leveren behandeling die zowel klinisch als ambulant kan plaats vinden. Eventuele extramurale vervolgbehandeling vanuit de 1<sup>e</sup> lijn valt hier niet onder.



De bovengenoemde keuzen hebben als uitgangspunt gediend bij de verdere uitwerking van het model voor de zorgvraagzwaarte voor de grz.

### 3.3 De te onderscheiden hoofdfactoren voor de zorgvraagzwaarte

Binnen de grz expertgroep zijn op basis van de bestaande algemene consensus binnen de beroepsgroep en huidige praktijkervaring de volgende patiëntkenmerken als hoofdfactoren voor de in te zetten soort revalidatiebehandeling benoemd:

1. Omvang en ernst van de beperkingen van de patiënt
2. Belastbaarheid van de patiënt
3. Omgevingsfactoren

De keuze voor deze drie hoofdfactoren is als volgt onderbouwd:

- Binnen de grz en revalidatie in het algemeen is niet zozeer de ziekte (diagnose) maar zijn de hieruit voortkomende beperkingen en de participatieambitie te vertalen in ICF hulpvragen/behandeldoelstellingen bepalend voor de inhoud van de revalidatiebehandeling. Indien alleen wordt uitgegaan van de diagnose en niet van de beperkingen krijgt de ene patiënt te veel en de andere patiënt te weinig behandeling. Hiervan uitgaande worden de omvang en ernst van de beperkingen onder de noemer van participatiedoelen als relevante factor voor de zorgvraagzwaarte benoemd (hoofdfactor 1).
- Naast de hulpvraag van de patiënt kan er sprake zijn van complicerende factoren die van invloed zijn op de duur en intensiteit van de revalidatiebehandeling. Binnen het ICF-model wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen enerzijds de persoonlijke factoren (de individuele achtergrond van de patiënt) en anderzijds de externe factoren (de fysieke en sociale omgeving van de patiënt).
- Op het gebied van de persoonlijke factoren wordt voor de grz doelgroep de belastbaarheid van de patiënt als meest bepalend voor de intensiteit van de revalidatiebehandeling gezien (hoofdfactor 2). Hierbij betreft de belastbaarheid zowel de fysieke als psychische belastbaarheid. De leer- en trainbaarheid van de patiënt wordt evenals de motivatie gezien als onderdeel van de psychische belastbaarheid. De mate van belastbaarheid bepaalt de intensiteit van de behandeling; een patiënt die goed belastbaar is kan een hogere behandelintensiteit aan (meer behandeluren per week).
- De andere specifieke kenmerken van de grz populatie waaronder de kwetsbaarheid en multimorbiditeit worden niet als aparte factoren benoemd ervan uitgaande dat bij de grz populatie per definitie sprake is van kwetsbaarheid en multimorbiditeit en de mate van kwetsbaarheid en multimorbiditeit in principe tot uiting komen in de belastbaarheid van de patiënt.
- Opgemerkt wordt dat bij de grz behandeling de aanwezigheid of het aantal nevendiaagnosen niet relevant is maar de hieruit voortkomende complicaties en/ of beperkingen die vervolgens bepalend zijn voor de omvang en ernst van de beperkingen enerzijds en belastbaarheid en valideerbaarheid anderzijds (hoofdfactoren 1 en 2).
- De externe factoren zijn mede bepalend voor de duur van de klinische behandeling (wanneer kan iemand naar huis). Voor de grz is hierbij relevant de aanwezigheid van een belastbaar cliënt/patiëntensysteem, specifieke woonvoorzieningen en individuele hulpmiddelen; deze worden meegenomen onder noemer van omgevingsfactoren (hoofdfactor 3). Hiernaast kunnen de externe factoren ook van invloed zijn op de inhoud van de behandeling; dit komt tot uiting in de hulpvragen / behandeldoelstellingen en wordt meegenomen onder hoofdfactor 1 (participatiedoelen).

## 3.4 Inhoudelijke uitwerking van de hoofdfactoren

Om het model voor de zvz verder te concretiseren zijn per hoofdfactor de meest relevante onderliggende variabelen benoemd. Hierbij is gebruik gemaakt van de door de expertgroep geïnventariseerde lijst met mogelijke relevante variabelen voor de zorgvraagzwaarte aangevuld met de variabelen genoemd in de toelichting op het triage instrument en het rapport van Capgemini met betrekking tot de zorgpaden. Dit heeft geresulteerd in onderstaande uitwerking.

### 3.4.1 Uitwerking Participatiedoelen (omvang en ernst van de beperkingen)

Door de expertgroep worden de volgende onderliggende variabelen als meest bepalend voor de omvang en ernst van de beperkingen beschouwd:

- a. Diagnose
- b. Aantal in te zetten behandeldomeinen
- c. Functionele prognose in relatie tot huidig functioneren

#### *Toelichting gemaakte keuze:*

- De 3 bovengenoemde variabelen kennen een gradatie naar mate waarin zij voorspellend zijn voor de zorgvraagzwaarte.
- Binnen de huidige DBC-registratie wordt de diagnose al vastgelegd waardoor deze variabele in het kader van de zvz niet verder wordt uitgewerkt.
- Bij de in te zetten behandeldomeinen gaat het om die domeinen waarvoor behandeldoelstellingen zijn geformuleerd. Hierbij gaat het in eerste instantie om het aantal in te zetten verschillende behandeldomeinen waarbij eventueel een weging kan plaats vinden naar het aantal verschillende soorten behandeldoelstellingen per behandeldomein en de 'zwaarte' van de specifieke behandeldoelstellingen.
- De functionele prognose in relatie tot de startsituatie is bepalend voor de inzet per behandeldomein. Om het verschil tussen de functionele prognose en startsituatie inzichtelijk te maken zal eerst nader onderzoek moeten worden gedaan naar de concretisering van de functionele prognose en de hiervoor te gebruiken klinimetrie. Gezien de ontwikkelingsfase waarin de grz zich bevindt is er op dit moment voor gekozen om bij de participatiedoelen de verschillende in te zetten behandeldomeinen inzichtelijk te maken. Als uit de registratie blijkt dat deze behandeldomeinen voldoende onderscheidend en voorspellend zijn kan een verdere differentiatie op basis van de weging van de behandeldomeinen en toevoeging van de functionele prognose plaats vinden.

### 3.4.2 Uitwerking Belastbaarheid van de patiënt

Door de expertgroep worden de volgende onderliggende variabelen als meest bepalend voor de belastbaarheid van de patiënt beschouwd:

- a. Medische stabiliteit
- b. Medische complicaties
- c. Leer- en trainbaarheid
- d. Motivatie

#### *Toelichting gemaakte keuze:*

- Uitgaande van de definitie zoals opgenomen in het triage instrument gaat het bij belastbaarheid om het fysiek, conditioneel, motivationeel en psychisch aan kunnen van een bepaalde

hoeveelheid aan (revalidatie) activiteiten waarbij tevens de inzetbaarheid van de mantelzorg in de thuiszorgsituatie wordt betrokken.

- Voorgesteld wordt om ten aanzien van de uitwerking van de belastbaarheid onderscheid te maken tussen fysieke belastbaarheid en psychisch belastbaarheid waarbij onder de noemer van psychisch belastbaarheid de motivatie en de leer- en trainbaarheid van de patiënt als aparte variabelen worden meegenomen.
- Bij de fysieke belastbaarheid wordt onderscheid gemaakt naar enerzijds de medische stabiliteit en anderzijds de medische complicaties. Het uitgangspunt hierbij is dat bij de grz behandeling niet de aanwezigheid of het aantal nevendiaagnosen relevant zijn maar de hieruit voortkomende complicaties en/ of de medische stabiliteit die vervolgens bepalend zijn voor de belastbaarheid.

### 3.4.3 Uitwerking Omgevingsfactoren

Door de expertgroep worden de volgende onderliggende variabelen als meest bepalend voor de omgevingsfactoren beschouwd:

- a. Patiëntensysteem
- b. Voorzieningen

*Toelichting gemaakte keuze:*

- Naast de behandeldomeinen kunnen de externe factoren van invloed zijn op de omvang van de behandelinzet. De externe factoren kunnen ondersteunend, belemmerend of neutraal uitwerken.
- Uitgaande van het ICF-denkkader zijn voor de grz de volgende externe factoren relevant:
  - Producten en technologieën; hieronder vallen de prothesen en andere individuele hulpmiddelen. De individuele hulpmiddelen worden onder de noemer van voorzieningen meegenomen.
  - Ondersteuning en relaties; het gaat hierbij om het patiëntensysteem rondom de patiënt. Indien sprake is van een goed functionerend patiëntensysteem dan heeft dit een positieve invloed op de zorgvraagzwaarte en hiermee de in te zetten behandeling.
  - Diensten, systemen en beleid; het gaat hierbij om de beschikbare voorzieningen en hulpmiddelen in de woon- en leefsituatie van de patiënt. De voorzieningen en overige hulpmiddelen worden onder de noemer van voorzieningen meegenomen.

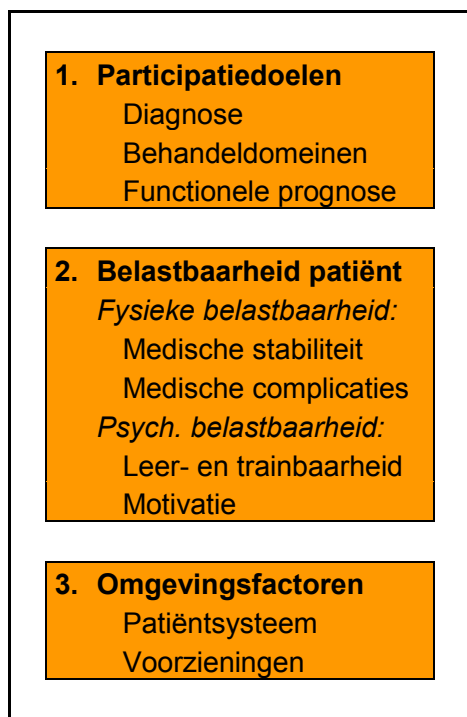
## 3.5 Model zorgvraagzwaarte voor de grz

De bovengenoemde hoofdfactoren en onderliggende variabelen voor de zorgvraagzwaarte kunnen in relatie tot de in te zetten soort behandeling als volgt schematisch weergegeven worden.

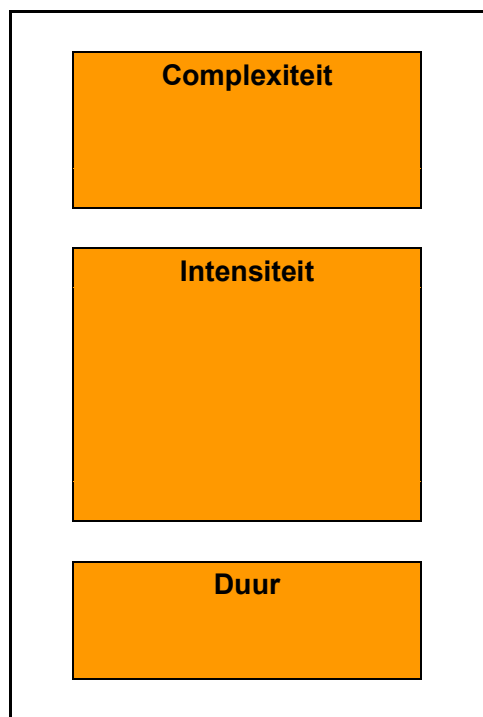


## Model zorgvraagzwaarte grz

### Patiëntkenmerken



### In te zetten soort behandeling



Dit model en de hierbinnen benoemde hoofdfactoren en onderliggende variabelen zijn als uitgangspunt genomen voor de concrete uitwerking van de zorgvraagzwaarte.





## 4 Concrete uitwerking van de zorgvraagzwaarte voor de grz

### 4.1 Algemeen

Op basis van de inhoudelijke deskundigheid van de expertgroep zijn de hoofdfactoren en onderliggende variabelen voor de z vz geconcretiseerd.

Opgemerkt wordt dat op dit moment onvoldoende evidence beschikbaar is over de verschillende hoofdfactoren en variabelen waardoor nog geen informatie beschikbaar is over de mate waarin zij voorspellend zijn, de onderlinge samenhang hierbij en de weging van de score per variabele. Hiernaast kunnen ook nog andere niet benoemde variabelen een rol spelen bij de belastbaarheid en de omgevingsfactoren. Op grond hiervan is ervoor gekozen om naast de vastlegging van de onderliggende variabelen ook een overall beoordeling door de specialist ouderengeneeskunde op hoofdfactorniveau toe te voegen.

De z vz heeft betrekking op de bij de aanvang van de behandeling geformuleerde doelstellingen en omstandigheden en betreft het totale grz behandeltraject vanuit de instelling (zowel de intramurale behandeling als ambulante grz vervolgbehandeling).

Het voorstel voor de uitwerking is diagnosegroep overstijgend waardoor 1 instrument ontstaat dat uniform toepasbaar is voor alle grz diagnosegroepen en patiënten. Het uiteindelijke belang van een bepaalde variabele voor de behandelinzet kan wel per diagnosegroep verschillen. Op basis van de registratie wordt duidelijk in hoeverre hiervoor bij de vaststelling van de definitieve zorgvraagzwaarte classificatie een verdere differentiatie naar diagnosegroep noodzakelijk is.

### 4.2 Uitwerking Participatiedoelen

Voor deze hoofdfactor zijn de volgende variabelen relevant:

a. Diagnose
b. Behandel domeinen
c. Functionele prognose

#### 4.2.1 Voorstel voor operationalisatie

##### A: Diagnose:

- Binnen de huidige DBC-registratie wordt de diagnose al vastgelegd waardoor deze variabele niet meer als apart onderdeel in het kader van de z vz wordt uitgewerkt en vastgelegd.

##### B: Behandel domeinen:

- Voor de bepaling van de participatiedoelen is het aantal verschillende domeinen waarop behandel doelstellingen zijn geformuleerd relevant. Hierbij gaat het in eerste instantie om het aantal verschillende behandel domeinen waarbij mogelijk in de toekomst nog nadere differentiatie kan plaats vinden naar het aantal doelstellingen en de zwaarte hiervan per domein.



- Bij de participatiedoelen gaat het om de doelstellingen op het gebied van de revalidatie; deze zijn primair op de patiënt gericht maar kunnen ook het systeem rondom de patiënt betreffen. De somatische behandeling maakt geen onderdeel uit van de revalidatiedoelstellingen en wordt niet in het kader van de behandeldomeinen vastgelegd.
- Uitgaande van het ICF model worden 9 verschillende onderdelen op het gebied van activiteiten en participatie onderscheiden. Uitgaande van de grz doelgroep heeft de expertgroep ervoor gekozen om bepaalde behandeldomeinen samen te voegen en een extra behandeldomein op te nemen voor behandeldoelen gericht op het patiëntstelsel en de fysieke omgeving. Hiervan uitgaande zijn voor de grz de volgende 6 behandeldomeinen als relevant geïdentificeerd:
  1. Communicatie
  2. Mobiliteit
  3. Zelfverzorging (inclusief huishouden)
  4. Zelfmanagement (betreft de samenvoeging van de ICF onderdelen Algemene taken en eisen, Tussenmenselijke interacties en relaties en Belangrijke levensgebieden)
  5. Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven
  6. Patiëntstelsel en fysieke omgeving
- Ter vaststelling van de score wordt geïnventariseerd op hoeveel behandeldomeinen behandeldoelstellingen zijn geformuleerd die een substantiële inzet van het behandelteam vereisen.
- Hierbij wordt onder substantiële inzet per behandeldomein verstaan minimaal 2 uur directe patiëntgebonden behandel<sup>2</sup> per patiënt. Gegeven de aanname dat de gemiddelde diagnostiek minder dan 2 uur patiëntgebonden tijd betreft wordt met een ondergrens van 2 uur een behandeldomein in principe alleen gescoord indien wordt overgegaan tot behandeling.
- Er is sprake van een behandelteam indien aantoonbaar vraaggericht, integraal, interdisciplinair en resultaatgericht gewerkt wordt.
- Als toelichting hierbij worden per behandeldomein de relevante hulpvragen voor de grz benoemd.
- Per behandeldomein wordt een score bepaald waarbij score 0 wordt vastgelegd indien geen doelstellingen en score 1 indien wel doelstellingen zijn geformuleerd die een substantiële inzet van (meerdere) behandeldisciplines vergen.
- De totale score ontstaat door optellen van het aantal behandeldomeinen met doelstellingen (score 1) en bedraagt maximaal 6 uitgaande van gelijke weging van de verschillende domeinen.
- De eindscore is een maat voor de graad van de omvang en ernst van de beperkingen waarbij de maximale score 6 bedraagt.

### C: Functionele prognose:

- De functionele prognose is relevant om naast het aantal in te zetten behandeldomeinen ook de benodigde intensiteit en duur van de behandelinzet te kunnen inschatten.
- Hierbij wordt de benodigde behandelinzet bepaald door het verschil tussen het huidige functioneren van de patiënt en het verwachte eindniveau. Bij het bepalen van de functionele prognose vormt het premorbide functioneren een belangrijk gegeven.
- In het voorliggende voorstel voor de uitwerking van de zvz is de functionele prognose nog niet meegenomen omdat op dit moment binnen de sector nog zeer verschillend wordt omgegaan met de functionele prognose en hiervoor nog geen standaard meetinstrumentarium beschikbaar is.

<sup>2</sup> Dit betreft de directe behandel<sup>2</sup> van de specialist ouderengeneeskunde en de paramedische behandeldisciplines ten behoeve van de revalidatie; de behandeling die plaats vindt door de verpleging en verzorging valt hier niet onder.

- Door het uitwerken van de functionele prognose wordt het te zijner tijd mogelijk om een verdere differentiatie qua participatiedoelen te hanteren waarbij bijvoorbeeld binnen het domein 'mobiliteit' het onderscheid tussen de behandeling van een relatief eenvoudig evenwichtsprobleem en bijvoorbeeld de complexe behandeling van een halfzijdige verlamming tot uiting komt.
- Op dit moment wordt de keuze van een meetinstrument onderzocht in het kader van de ontwikkeling van prestatie-indicatoren. Mogelijk kan in de toekomst bij de verdere doorontwikkeling van de zvz hierbij aansluiting gezocht worden.
- Indien een keuze voor een bepaald meetinstrument is gemaakt zal het verschil tussen de meetwaarde van het beginniveau en het verwachte eindniveau doorvertaald moeten worden naar een score.

#### 4.2.2 Samenvattend overzicht voorstel voor uitwerking score Participatiedoelen

Participatiedoelen	Score onderliggende variabelen	Totaal score	Toelichting
1. Doelstellingen in het domein 'Communicatie'	0		Er zijn op dit gebied geen revalidatiedoelstellingen
	1		Er zijn op dit gebied wel revalidatiedoelstellingen geformuleerd
2. Doelstellingen in het domein 'Mobiliteit'	0		Er zijn op dit gebied geen revalidatiedoelstellingen
	1		Er zijn op dit gebied wel revalidatiedoelstellingen geformuleerd
3. Doelstellingen in het domein 'Zelfverzorging'	0		Er zijn op dit gebied geen revalidatiedoelstellingen
	1		Er zijn op dit gebied wel revalidatiedoelstellingen geformuleerd
4. Doelstellingen in het domein 'Zelfmanagement'	0		Er zijn op dit gebied geen revalidatiedoelstellingen
	1		Er zijn op dit gebied wel revalidatiedoelstellingen geformuleerd
5. Doelstellingen in het domein 'Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven'	0		Er zijn op dit gebied geen revalidatiedoelstellingen
	1		Er zijn op dit gebied wel revalidatiedoelstellingen geformuleerd
6. Doelstellingen in het domein 'Patiëntensysteem en fysieke omgeving'	0		Er zijn op dit gebied geen revalidatiedoelstellingen
	1		Er zijn op dit gebied wel revalidatiedoelstellingen geformuleerd
Totaal score aantal behandeldomeinen		$\Sigma$ domeinen	Aantal verschillende behandeldomeinen waarop doelstellingen zijn geformuleerd.

### 4.3 Uitwerking Belastbaarheid van de patiënt

Voor deze hoofdfactor zijn de volgende variabelen relevant:

Fysieke belastbaarheid:
a. Medische stabiliteit
b. Medische complicaties
Psychische belastbaarheid:



- |                           |
|---------------------------|
| c. Leer- en trainbaarheid |
| d. Motivatie              |

Opgemerkt wordt dat naast de bovengenoemde variabelen in de praktijk nog andere variabelen van invloed kunnen zijn die op dit moment nog niet specifiek benoemd zijn maar wel van invloed kunnen zijn op de uiteindelijke beoordeling van de belastbaarheid. Op grond hiervan wordt, naast de 4 bovengenoemde variabelen, ook het eindoordeel van de specialist ouderengeneeskunde ten aanzien van de overall belastbaarheid van de patiënt vastgelegd.

#### 4.3.1 Voorstel voor operationalisatie fysieke belastbaarheid patiënt

De medische stabiliteit is gedefinieerd<sup>3</sup> als medische toestand waarin geen acute verstoring van orgaan of lichaamsfuncties verwacht wordt, die het herstel- en revalidatieproces negatief beïnvloedt of aanleiding geeft tot een acute ziekenhuisopname en/of overlijden. Bij instabiliteit kan men denken aan hartfalen, COPD en interne problematiek.

Ter operationalisatie van de medische stabiliteit wordt de mate van invloed van functie beperkende comorbiditeit op het revalidatieproces als uitgangspunt gehanteerd. Hierbij wordt een 3-puntsschaal gehanteerd (licht, gemiddeld en zwaar).

Bij complicaties gaat het om de aanwezige en de te verwachten medische complicaties die het herstel- en revalidatieproces negatief beïnvloeden. Hierbij wordt onderscheid gemaakt naar wel aanwezige of te verwachten medische complicaties (score 0) en geen aanwezige of te verwachten medische complicaties (score 1).

Ter vastlegging van de fysieke belastbaarheid van de patiënt wordt de volgende score voorgesteld:

1. zware invloed comorbiditeit (score 1), gemiddelde invloed comorbiditeit (score 2) en lichte invloed comorbiditeit (score 3) op revalidatieproces
2. Wel te verwachten medische complicaties (score 0) / geen te verwachten medische complicaties (score 1)

Op basis van het klinisch oordeel van de specialist ouderengeneeskunde wordt de score bepaald. In de huidige praktijk worden hierbij verschillende meetinstrumenten gehanteerd. Hierdoor is op dit moment nog geen sprake van 1 standaard meetinstrument en worden ter onderbouwing van de score een aantal mogelijke relevante meetinstrumenten benoemd. Zodra binnen de sector consensus bestaat over het standaard te hanteren meetinstrumentarium kan hierbij aansluiting worden gezocht ter verdere concretisering van de onderbouwing van de score.

Ter toelichting worden de voor de grz meest voorkomende / relevante comorbiditeiten en medische complicaties benoemd.

<sup>3</sup> Betreft definitie zoals gehanteerd wordt binnen het triage instrument.

### 4.3.2 Voorstel voor operationalisatie psychische belastbaarheid van de patiënt

Bij leerbaarheid gaat het om het complex van cognitieve functies en bij trainbaarheid om de cognitieve functies en de fysieke conditie. Op dit moment is nog geen scherpe in de praktijk bruikbare definitie van leer- en trainbaarheid beschikbaar.

In het algemeen kan motivatie worden gezien als de bereidheid om te investeren in bepaalde activiteiten waarbij de verwachting is dat deze bepaalde behoeften dichterbij brengt. Binnen de revalidatie gaat het hierbij om de gedrevenheid van een patiënt om te investeren in de uitvoering van revalidatieactiviteiten gericht op functieverbetering/-herstel.

Grofweg kan het onderscheid tussen leer- en trainbaarheid en motivatie aangeduid worden als 'het kunnen' en 'het willen'.

Ter vastlegging van de psychische belastbaarheid van de patiënt wordt de volgende score voorgesteld:

1. leer- en trainbaarheid: laag (score 1) / gemiddeld (score 2) / hoog (score 3)
2. Motivatie: laag (score 1) / gemiddeld (score 2) / hoog (score 3)

Op basis van het klinisch oordeel van de specialist ouderengeneeskunde wordt de score bepaald. In de huidige praktijk worden hierbij verschillende meetinstrumenten gehanteerd. Hierdoor is op dit moment nog geen sprake van 1 standaard meetinstrument en worden ter onderbouwing van de score een aantal mogelijke relevante meetinstrumenten benoemd. Zodra binnen de sector consensus bestaat over het standaard te hanteren meetinstrumentarium kan hierbij aansluiting worden gezocht ter verdere concretisering van de onderbouwing van de score.

Ter toelichting worden de voor de grz meest voorkomende / relevante factoren voor de leer- en trainbaarheid en de motivatie benoemd.

### 4.3.3 Voorstel voor operationalisatie eindoordeel overall belastbaarheid van de patiënt

- Naast de normatieve score op de fysieke en psychisch belastbaarheid wordt het eindoordeel van de arts ten aanzien van de overall belastbaarheid van de patiënt vastgelegd gebaseerd op de inschatting van de therapiebelastbaarheid.
- De therapiebelastbaarheid wordt meetbaar gemaakt aan de hand van het gemiddeld aantal behandeluren per week waarbij voor de vaststelling van de grenzen aansluiting is gezocht bij de uitgangspunten voor het transitietarief.
- Ten aanzien van de overall belastbaarheid wordt een 3-punt schaal gehanteerd waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen laag belastbaar (score 1 (< 3 behandeluren per week)), gemiddeld belastbaar (score 2 (tussen de 3 en 6 behandeluren per week)) en hoog belastbaar (score 3 (>6 behandeluren per week)).

#### 4.3.4 Samenvattend overzicht voorstel voor uitwerking score belastbaarheid van de patiënt

Belastbaarheid	Score onderliggende variabelen	Overall score	Toelichting
Medische stabiliteit	1		Zware invloed comorbiditeit
	2		Gemiddelde invloed comorbiditeit
	3		Lichte invloed comorbiditeit
Medische complicaties	0		Wel complicaties te verwachten
	1		Geen complicaties te verwachten
Leer- en trainbaarheid	1		Laag
	2		Gemiddeld
	3		Hoog
Motivatie	1		Laag
	2		Gemiddeld
	3		Hoog
Totaal oordeel overall belastbaarheid van de patiënt		1	Laag (ingeschatte gemiddelde therapiebelastbaarheid < 3 behandeluren per week)
		2	Gemiddeld (ingeschatte gemiddelde therapiebelastbaarheid tussen de 3 en 5 behandeluren per week)
		3	Hoog (ingeschatte gemiddelde therapiebelastbaarheid > 5 behandeluren per week)

### 4.4 Uitwerking omgevingsfactoren (externe factoren)

Voor deze indicator zijn de volgende variabelen relevant:

a. Patiëntstelsel
b. Voorzieningen

Opgemerkt wordt dat naast de bovengenoemde variabelen in de praktijk nog andere externe factoren van invloed kunnen zijn die op dit moment nog niet specifiek benoemd zijn maar wel van invloed kunnen zijn op de uiteindelijke beoordeling van de omgevingsfactoren. Op grond hiervan wordt voorgesteld om naast de 2 bovengenoemde variabelen ook het eindoordeel van de specialist ouderengeneeskunde ten aanzien van de overall invloed van de omgevingsfactoren vast te leggen.

#### 4.4.1 Voorstel voor operationalisatie omgevingsfactoren:

- Naast de behandeldomeinen en persoonlijke factoren kunnen de omgevingsfactoren van invloed zijn op de omvang van de behandelinzet.
- Ter toelichting wordt een overzicht van de specifiek voor de grz relevante aspecten per variabel opgenomen.

- De omgevingsfactoren kunnen ondersteunend, belemmerend of neutraal uitwerken.
- Indien een omgevingsfactor ondersteunend is vergt dit minder inzet van het behandelteam, indien deze belemmerd is vergt dit meer inzet van het behandelteam en bij score neutraal een gemiddelde inzet van het behandelteam.
- Ten aanzien van de beide variabelen wordt de volgende score gehanteerd: ondersteunend (score 1), neutraal (score 2) of belemmerend (score 3).

Op basis van het klinisch oordeel van de specialist ouderengeneeskunde wordt de score bepaald. In de huidige praktijk worden hierbij verschillende meetinstrumenten gehanteerd. Hierdoor is op dit moment nog geen sprake van 1 standaard meetinstrument en worden ter onderbouwing van de score een aantal mogelijke relevante meetinstrumenten benoemd. Zodra binnen de sector consensus bestaat over het standaard te hanteren meetinstrumentarium kan hierbij aansluiting worden gezocht ter verdere concretisering van de onderbouwing van de score.

#### 4.4.2 Voorstel voor operationalisatie eindoordeel overall invloed externe factoren

- De arts bepaalt eindoordeel overall invloed van de externe factoren op de revalidatiebehandeling/proces.
- Hierbij wordt de volgende score gehanteerd: ondersteunend (score 1), neutraal (score 2) of belemmerend (score 3).

#### 4.4.3 Samenvattend overzicht voorstel voor uitwerking score Omgevingsfactoren

Omgevingsfactoren	Score onderliggende variabelen	Overall score	Toelichting
1. Patiëntstelsel	1		Het patiëntstelsel heeft een positieve / ondersteunende invloed op het realiseren van de behandel doelstellingen
	2		Het patiëntstelsel heeft een neutrale invloed op het realiseren van de behandel doelstellingen
	3		Het patiëntstelsel heeft een negatieve / belemmerende invloed op het realiseren van de behandel doelstellingen
2. Voorzieningen	1		De voorzieningen hebben een positieve / ondersteunende invloed op het realiseren van de behandel doelstellingen
	2		De voorzieningen hebben een neutrale invloed op het realiseren van de behandel doelstellingen
	3		De voorzieningen hebben een negatieve / belemmerende invloed op het realiseren van de behandel doelstellingen
Totaal oordeel overall invloed externe factoren		1	De externe factoren hebben een positieve / ondersteunende invloed op het realiseren van de behandel doelstellingen
		2	De externe factoren hebben een neutrale invloed op het realiseren van de behandel doelstellingen
		3	De externe factoren hebben een negatieve / belemmerende invloed op het realiseren van de behandel doelstellingen

## 5 Format en nadere toelichting voor de registratie van de zorgvraagzwaarte

Op basis van bovenstaande uitwerking voor de zvv is onderstaand format voor de vastlegging van de zorgvraagzwaarte ontwikkeld. Ten behoeve van de vastlegging van de gegevens wordt onderscheid gemaakt naar 2 niveaus te weten de vastlegging op hoofdfactorniveau en de vastlegging van de onderliggende variabelen. In de registratiefase worden beide niveaus vastgelegd dus zowel de score voor de hoofdfactor als de score van de onderliggende variabelen.

### 5.1 Te hanteren format voor vastlegging zorgvraagzwaarte grz

I	Participatiedoelen	Score onderliggende variabelen	Totaal score	Toelichting
1.	Doelstellingen in het domein 'Communicatie'	0 of 1		score 0: Geen doelstellingen / score 1: Wel doelstellingen
2.	Doelstellingen in het domein 'Mobiliteit'	0 of 1		score 0: Geen doelstellingen / score 1: Wel doelstellingen
3.	Doelstellingen in het domein 'Zelfverzorging'	0 of 1		score 0: Geen doelstellingen / score 1: Wel doelstellingen
4.	Doelstellingen in het domein 'Zelfmanagement'	0 of 1		score 0: Geen doelstellingen / score 1: Wel doelstellingen
5.	Doelstellingen in het domein 'Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven'	0 of 1		score 0: Geen doelstellingen / score 1: Wel doelstellingen
6.	Doelstellingen in het domein 'Patiëntensysteem en fysieke omgeving'	0 of 1		score 0: Geen doelstellingen / score 1: Wel doelstellingen
	Totaal score aantal behandeldomeinen		$\sum$ domeinen	
II	Belastbaarheid	Score onderliggende variabelen	Overall score	Toelichting
6.	Medische stabiliteit	1, 2 of 3		score 1: Zware invloed comorbiditeit / score 2: Gemiddelde invloed comorbiditeit / score 3: Lichte invloed comorbiditeit
7.	Medische complicaties	0 of 1		Score 0: Wel complicaties te verwachten / score 1: Geen complicaties te verwachten
8.	Leer- en trainbaarheid	1, 2 of 3		score 1: Laag / score 2: Gemiddeld / score 3: Hoog
9.	Motivatie	1, 2 of 3		score 1: Laag / score 2: Gemiddeld / score 3: Hoog
	Eindoordeel overall belastbaarheid van de patiënt		1, 2 of 3	score 1: Laag / score 2: Gemiddeld / score 3: Hoog
III	Omgevingsfactoren	Score onderliggende variabelen	Overall score	Toelichting
10.	Patiëntensysteem	1, 2 of 3		Score 1: Ondersteunend / score 2: Neutraal / score 3: Belemmerend
11.	Voorzieningen	1, 2 of 3		Score 1: Ondersteunend / score 2: Neutraal / score 3: Belemmerend
	Eindoordeel overall invloed externe factoren		1, 2 of 3	Score 1: Ondersteunend / score 2: Neutraal / score 3: Belemmerend

## 5.2 Toelichting bij registratie zorgvraagzwaarte

### 5.2.1 Algemeen

De vastlegging van de zorgvraagzwaarte vindt plaats op patiëntniveau. Hierbij worden per patiënt zowel de hoofdfactoren als onderliggende variabelen geregistreerd. De vastlegging van de zorgvraagzwaarte vindt eenmalig plaats in de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> week van de opname door de specialist ouderengeneeskunde waarbij de datum van beoordeling eveneens wordt vastgelegd.

De zorgvraagzwaarte wordt tussentijds niet meer gewijzigd. Er kan echter in de loop van de behandeling sprake zijn van gewijzigde omstandigheden en/of onvoorziene complicaties die van invloed zijn op de revalidatiebehandeling. Deze wijzigingen worden in de registratiefase bij het ontslag van de patiënt toegevoegd aan de registratie.

### 5.2.2 Toelichting score aantal behandeldomeinen

- Ter vaststelling van de score per behandeldomein wordt per behandeldomein aangegeven of hiervoor behandelbare doelstellingen zijn geformuleerd die zijn opgenomen in het behandelplan en een substantiële inzet van het behandelteam vergen.
- Hierbij wordt onder substantiële inzet per behandeldomein verstaan minimaal 2 uur directe patiëntgebonden behandeltime per patiënt. Gegeven de aanname dat de gemiddelde diagnostiek minder dan 2 uur patiëntgebonden tijd betreft wordt met een ondergrens van 2 uur een behandeldomein in principe alleen gescoord indien wordt overgegaan tot behandeling.
- De ondergrens van 2 uur betreft de directe behandeltime van de specialist ouderengeneeskunde en de paramedische behandel disciplines ten behoeve van de revalidatie; de behandeling die plaats vindt door de verpleging en verzorging valt hier niet onder.
- Er is sprake van een behandelteam indien aantoonbaar vraaggericht, integraal, interdisciplinair en resultaatgericht gewerkt wordt.
- Indien voor een domein geen behandelbare doelstellingen zijn geformuleerd die een substantiële inzet van het behandelteam vergen (minimaal 2 uur direct patiëntgebonden behandeltime) wordt score 0 vastgelegd en indien wel behandelbare doelstellingen zijn geformuleerd wordt score 1 vastgelegd.
- Ter toelichting zijn onderstaand per behandeldomein de mogelijk relevante hulpvragen voor de grz benoemd.
- De totale score ontstaat door optellen van het aantal behandeldomeinen met doelstellingen (score 1) en bedraagt maximaal 6 uitgaande van gelijke weging van de verschillende domeinen.
- De eindscore is een maat voor de graad van de omvang en ernst van de beperkingen waarbij de maximale score 6 bedraagt.

Voor de grz zijn de volgende relevante behandel doelstellingen per behandeldomein benoemd.

Behandeldomein	Relevante behandel doelstellingen	Toelichting
1. Communicatie	a. Communiceren- begrijpen b. Communiceren- zich uiten c. gebruik van communicatiemiddelen en – technieken	
2. Mobiliteit	d. Veranderen en handhaven van lichaamshouding	Ad f. Indien nodig traplopen.

Behandeldomein	Relevante behandeldoelstellingen	Toelichting
3. Zelfverzorging	e. Dragen, verplaatsen en manipuleren van iets of iemand	Ad g: Betreft een rolstoel/ rollator of vervoermiddel bedoeld voor verplaatsen buitenshuis.
	f. Lopen en zich verplaatsen	
	g. Zich verplaatsen per vervoermiddel	
	h. Wassen en verzorgen van lichaamsdelen	Ad k: Betreft het zelfstandig kunnen eten en drinken, bereiden van maaltijden, veilig kunnen eten en drinken. Beperkingen bij eten en drinken bijvoorbeeld ten gevolge van slikstoornissen. Ad l: Iemand moet in het kader van veiligheid in staat zijn om hulp in te roepen via alarm of mantelzorg in de nabijheid.
	i. Toiletgang	
	j. Aan- en uitkleden	
k. Eten en drinken		
l. Zorgen voor eigen gezondheid en veiligheid		
m. Huishouden		
4. Zelfmanagement	n. Ondernemen van enkelvoudige taak	Adequaat handelen op basis van stemming, gedrag of cognitie binnen leefomgeving/gezin, omgang met anderen. Coping en balans tussen belasting en belastbaarheid. Ziekte inzicht en preventie.
	o. Ondernemen van meervoudige taken	
	p. Uitvoeren van dagelijkse routinehandelingen	
	q. Omgaan met stress en andere mentale eisen	
	r. Overige algemene taken en eisen	
5. Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven	s. Maatschappelijk leven	Ad s: Participeren in sociale activiteiten binnen de eigen leefomgeving. Vrijwilligerswerk. Ad t: Recreatie en vrije tijd betreft in algemene zin de dagbesteding. Ondernemen van culturele / religieuze activiteiten.
	t. Recreatie en vrije tijd	
6. Patiëntensysteem en fysieke omgeving	u. Instrueren / empoweren mantelzorg	Ad u: Hieronder vallen doelen waarbij het noodzaak is om het patiëntensysteem actief te beïnvloeden dan wel ondersteuning te bieden bij het realiseren van een geschikte, al dan niet aangepaste of andere woon-/ leefomgeving
	v. Begeleiding naar andere woonomgeving	

### 5.2.3 Toelichting score medische stabiliteit

- De medische stabiliteit is gedefinieerd als medische toestand waarin geen acute verstoring van orgaan of lichaamsfuncties verwacht wordt, die het herstel- en revalidatieproces negatief beïnvloedt of aanleiding geeft tot een acute ziekenhuisopname en/of overlijden. Bij instabiliteit kan men denken aan hartfalen, COPD en interne problematiek.
- Ter beoordeling van de medische stabiliteit van de patiënt wordt de invloed van de functie beperkende comorbiditeit op het revalidatieproces ingeschat. Hierbij wordt een 3-puntsschaal gehanteerd.

- Bij comorbiditeit is naast de hoofddiagnose sprake van (meerdere) nevensdiagnose(n) gerelateerd aan (chronische) ziekten. Denk hierbij onder meer aan:
  - chronisch hartfalen
  - COPD
  - HIV/AIDS
  - Nierfalen
  - Neurologische ziekten (waaronder MS, Parkinson, epilepsie)
  - Diabetes mellitus e.d.
  - Hart- en/ of vaatstoornissen
  - Reumatische aandoeningen
  - Hypertensie
  - Visus- en of gehoorsproblematiek
- Indien ten aanzien van 1 of meerdere ziekten sprake is van problemen of deze te verwachten zijn die van invloed zijn op het herstel- en revalidatieproces wordt de patiënt als medisch instabiel aangemerkt. Hierbij wordt een gradatie gehanteerd variërend van licht , gemiddeld en zware invloed van de comorbiditeit op het revalidatieproces.
- Deze inschatting vindt plaats op basis van het klinisch oordeel van de specialist ouderengeneeskunde.
- Als werkdefinitie voor het onderscheid tussen licht, gemiddeld en zwaar wordt de volgende formulering gehanteerd:
  - De score Zware invloed comorbiditeit (score 1) wordt vastgelegd indien bij de patiënt sprake is van meerdere nevensdiagnosen die ernstig interfereren met de revalidatie (inschatting gemiddelde belastbaarheid minder dan 3 uur per week)
  - De score Gemiddelde invloed comorbiditeit (score 2) wordt vastgelegd indien bij de patiënt sprake is van een of meerdere nevensdiagnosen die matig interfereren met de revalidatie (inschatting gemiddelde belastbaarheid tussen de 3 en 5 uur per week).
  - De score Lichte invloed comorbiditeit (score 3) wordt vastgelegd indien bij de patiënt geen of een enkele nevensdiagnose die niet of licht interfereren met de revalidatie (inschatting gemiddelde belastbaarheid meer dan 5 uur per week).
- De score geeft een indicatie voor de mate van belastbaarheid van de patiënt waarbij score 3 staat voor een hoog belastbare patiënt.
- Ter onderbouwing van de score kan de volgende klinimetrie gehanteerd worden:
  - Charlson Comorbidity Index
  - Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics
  - Index of Co-existent Disease
  - Kaplan-Feinstein Classification
  - Functional Comorbidity Index

#### 5.2.4 Toelichting score medische complicaties

- Bij de vastlegging van de score wordt onderscheid gemaakt naar het wel / niet aanwezig zijn van medische complicaties of te verwachten medische complicaties. Het gaat hierbij om complicaties als direct gevolg van de medisch specialistische interventie die van invloed zijn op het herstel- en revalidatieproces.
- Denk hierbij aan:
  - Wondgenezing
  - Fissuren
  - Trombosebeen



- Longembolie
- Bacteriële/virus infectie van luchtwegen, urinewegen e.d.
- Indien sprake is van 1 of meerdere medische complicaties dan wordt score 0 vastgelegd en indien geen sprake is van medische complicaties score 1.
- De specialist ouderengeneeskunde legt de medische complicaties vast waarbij gebruik gemaakt kan worden van het overdrachtsformulier van het ziekenhuis / de complicatieregistratie van het ziekenhuis.
- De score geeft een indicatie voor de mate van belastbaarheid van de patiënt waarbij score 0 staat voor een laag belastbare patiënt en score 1 voor een gemiddelde tot hoog belastbare patiënt.
- Ter onderbouwing van de score kan gebruik gemaakt worden van een complicatieregistratie.

### 5.2.5 Toelichting score leer- en trainbaarheid

- Bij leerbaarheid gaat het om het complex van cognitieve functies en bij trainbaarheid om de cognitieve functies en de fysieke conditie. Op dit moment is nog geen scherpe in de praktijk bruikbare definitie van leer- en trainbaarheid beschikbaar.
- Bij de vastlegging van de score wordt onderscheid gemaakt naar hoge / gemiddelde / lage leer- en trainbaarheid.
- Bij leer- en trainbaarheid speelt de geheugenfunctie en de aanwezigheid van onder meer de volgende factoren een rol:
  - Cognitieve problematiek
  - Ernstige zintuigelijke problemen (gehoor en visus)
  - Psychiatrische aandoeningen
  - Verslavingsproblematiek e.d.
- Indien sprake is van problemen op 1 of meerdere van bovengenoemde gebieden is dit van invloed op de leer- en trainbaarheid van de patiënt. Hierbij wordt een gradatie gehanteerd variërend van laag, gemiddeld tot hoog.
- Deze inschatting vindt plaats op basis van het klinisch oordeel van de specialist ouderengeneeskunde.
- Als werkdefinitie voor het onderscheid tussen laag, gemiddeld en hoog wordt de volgende formulering gehanteerd:
  - De score Lage leer- en trainbaarheid (score 1) wordt vastgelegd indien bij de patiënt sprake is van ernstige cognitieve, zintuigelijke en/of psychiatrische problemen waardoor de leer- en trainbaarheid in ernstige mate beperkt wordt.
  - De score Gemiddelde leer- en trainbaarheid (score 2) wordt vastgelegd indien bij de patiënt sprake is van lichte cognitieve, zintuigelijke en/of psychiatrische problemen waardoor de leer- en trainbaarheid in beperkte mate negatief beïnvloed wordt.
  - De score Hoge leer- en trainbaarheid (score 3) wordt vastgelegd indien bij de patiënt geen cognitieve, zintuigelijke en/of psychiatrische problemen waardoor de leer- en trainbaarheid niet negatief beïnvloed.
- De score geeft een indicatie voor de mate van leer- en trainbaarheid van de patiënt waarbij score 3 staat voor een hoge leer- en trainbaarheid van de patiënt.
- Ter onderbouwing van de score kan de volgende klinimetrie gehanteerd worden:
  - MMSE (Mini-mental State Examination)
  - PRPP (Perceive, Perform, Recall, Plan)
  - AMPS (Assessment of Motor and Process Skills)
  - A-ONE (Arnadottir Occupational Neurobehavioural Evaluation)
  - NPO (neuro psychologisch onderzoek)

- CBS (Cognitive Bedside Screening)
- CST-20
- UNO-COG toolkit
- CLCE-24 (specifiek voor CVA)
- ACLS (Allen Cognitive Level Screen)

### 5.2.6 Toelichting score Motivatie

- Bij motivatie gaat het om de gedrevenheid om energie te investeren in een actie waarvan je denkt dat hij de vervulling van je eigen behoefte dichterbij brengt. Binnen de revalidatie gaat het hierbij om de gedrevenheid van een patiënt om te investeren in de uitvoering van revalidatieactiviteiten gericht op functieverbetering/-herstel.
- Hierbij spelen persoonlijkheidstrekken en coping stijl een rol.
- Bij persoonlijkheidstrekken kan gedacht worden aan:
  - Mate van emotionele stabiliteit
  - Disfunctioneren in denken, voelen of gedrag
  - Stemningswisselingen
  - Angsten
  - Ervaren existentiële crisis (doel en richting in het leven kwijt zijn) e.d.
- Bij de vastlegging van de score wordt onderscheid gemaakt naar hoge, gemiddelde en lage motivatie.
- Deze inschatting vindt plaats op basis van het klinisch oordeel van de specialist ouderengeneeskunde.
- Als werkdefinitie voor het onderscheid tussen laag, gemiddeld en hoog wordt de volgende formulering gehanteerd:
  - De score Lage Motivatie (score 1) wordt vastgelegd indien bij de patiënt sprake is van persoonlijkheidstrekken die een sterke negatieve invloed hebben op de motivatie.
  - De score Gemiddelde Motivatie (score 2) wordt vastgelegd indien bij de patiënt sprake is van persoonlijkheidstrekken die een licht / nagenoeg geen negatief effect hebben op de motivatie.
  - De score Hoge Motivatie (score 3) wordt vastgelegd indien bij de patiënt sprake is van persoonlijkheidstrekken die een positieve invloed hebben op de motivatie.
- De score geeft een indicatie voor de mate van motivatie van de patiënt waarbij score 3 staat voor een hoge motivatie van de patiënt.
- Ter onderbouwing van de score kan de volgende klinimetrie gehanteerd worden:
  - GDS 15 (Geriatric Depression Scale)
  - GIP
  - A-ONE (algemene gedragsneurologische subschaal)
  - PRPP
  - Utrechtse coping schaal
  - (HADS) Hospital Anxiety and Depression Scale
  - HAP (heteroanamnese persoonlijkheidsvragenlijst)

### 5.2.7 Toelichting score overall beoordeling belastbaarheid

- Naast de normatieve score op de fysieke en psychisch belastbaarheid wordt het eindoordeel van de arts ten aanzien van de overall belastbaarheid van de patiënt vastgelegd gebaseerd op de inschatting van de therapiebelastbaarheid.


- De therapiebelastbaarheid wordt meetbaar gemaakt aan de hand van het gemiddeld aantal behandeluren per week.
- Ten aanzien van de overall belastbaarheid wordt een 3-punt schaal gehanteerd waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen laag belastbaar (score 1 (< 3 behandeluren per week)), gemiddeld belastbaar (score 2 (tussen de 3 en 6 behandeluren per week)) en hoog belastbaar (score 3 (>6 behandeluren per week)).

#### 5.2.8 Toelichting omgevingsfactor Patiëntstelsel


- Bij de vastlegging van de score wordt de invloed van het aanwezige patiëntstelsel op het herstel- en revalidatieproces beoordeeld.
- Bij de beoordeling van het patiëntstelsel gaat het onder meer om:
  - Aan- / afwezigheid van belastbare partner
  - Aan- / afwezigheid van kinderen ouder dan 18 jaar
  - Aan- / afwezigheid van mantelzorg
  - Omvang bijdrage aan het revalidatieproces (Wat wil / kan het stelsel?)
- Het patiëntstelsel kan ondersteunend, belemmerend of neutraal uitwerken.
- Hierbij wordt voor de score van de invloed van het aanwezige patiëntstelsel onderscheid gemaakt in ondersteunend (score 1), neutraal (score 2) of belemmerend (score 3).
- Als werkdefinitie voor het onderscheid tussen ondersteunend, neutraal en belemmerend wordt de volgende formulering gehanteerd:
  - De score ondersteunend (score 1) wordt vastgelegd indien het aanwezige patiëntstelsel een positieve invloed heeft op het revalidatieproces waardoor minder inzet van het behandelteam wordt gevergd om de behandeldoelen te bereiken .
  - De score neutraal (score 2) wordt vastgelegd indien het aanwezige patiëntstelsel een neutrale invloed heeft op het revalidatieproces waardoor een gemiddelde inzet van het behandelteam wordt gevergd om de behandeldoelen te bereiken.
  - De score belemmerend (score 3) wordt vastgelegd indien het aanwezige patiëntstelsel een negatieve invloed heeft op het revalidatieproces waardoor meer inzet van het behandelteam wordt gevergd om de behandeldoelen te bereiken.
- Ter onderbouwing van de score kan de volgende klinimetrie gehanteerd worden:
  - Caregiver Strain Index
  - Sociale Netwerk Score

#### 5.2.9 Toelichting omgevingsfactor Voorzieningen

- Bij de vastlegging van de score wordt de invloed van de aanwezige voorzieningen op het herstel- en revalidatieproces beoordeeld.
- Bij beoordeling van de voorzieningen gaat het onder meer om:
  - Toegankelijkheid woning
  - Doorgankelijkheid woning
  - Hoogteverschillen in woning
  - Aanwezigheid van aanpassingen, voorzieningen en hulpmiddelen (inclusief lichaamsgebonden hulpmiddelen zoals prothesen e.d.)
  - Toegankelijkheid tot openbare (gebruiks)voorzieningen
- De voorzieningen kunnen ondersteunend, belemmerend of neutraal uitwerken.
- Hierbij wordt voor de score van de invloed van de voorzieningen onderscheid gemaakt in ondersteunend (score 1), neutraal (score 2) of belemmerend (score 3).

- 
- Als werkdefinitie voor het onderscheid tussen ondersteunend, neutraal en belemmerend wordt de volgende formulering gehanteerd:
    - De score ondersteunend (score 1) wordt vastgelegd indien de aanwezige voorzieningen een positieve invloed heeft op het revalidatieproces waardoor minder inzet van het behandelteam wordt gevergd om de behandeldoelen te bereiken .
    - De score neutraal (score 2) wordt vastgelegd indien de aanwezige voorzieningen een neutrale invloed heeft op het revalidatieproces waardoor een gemiddelde inzet van het behandelteam wordt gevergd om de behandeldoelen te bereiken.
    - De score belemmerend (score 3) wordt vastgelegd indien de aanwezige voorzieningen een negatieve invloed heeft op het revalidatieproces waardoor meer inzet van het behandelteam wordt gevergd om de behandeldoelen te bereiken.

#### 5.2.10 Toelichting score overall beoordeling externe factoren

- Naast de beoordeling van het patiëntstelsel en de voorzieningen wordt het eindoordeel van de arts ten aanzien van de overall invloed van de externe factoren vastgelegd.
  - Hierbij wordt voor de score van de invloed van de externe factoren onderscheid gemaakt in ondersteunend (score 1), neutraal (score 2) of belemmerend (score 3).
  - Als werkdefinitie voor het onderscheid tussen ondersteunend, neutraal en belemmerend wordt de volgende formulering gehanteerd:
    - De score ondersteunend (score 1) wordt vastgelegd indien de externe factoren een positieve invloed hebben op het revalidatieproces waardoor minder inzet van het behandelteam wordt gevergd om de behandeldoelen te bereiken .
    - De score neutraal (score 2) wordt vastgelegd indien de externe factoren een neutrale invloed hebben op het revalidatieproces waardoor een gemiddelde inzet van het behandelteam wordt gevergd om de behandeldoelen te bereiken.
    - De score belemmerend (score 3) wordt vastgelegd indien de externe factoren een negatieve invloed hebben op het revalidatieproces waardoor meer inzet van het behandelteam wordt gevergd om de behandeldoelen te bereiken.
- 



## Bijlage 1 :Overzicht deelnemers expertgroep

Ellen van Diepen, specialist ouderengeneeskunde Viva Zorggroep

Monica Spruit, specialist ouderengeneeskunde Zorggroep Vlaardingen

Julia van Os, projectleider Laurens

Marco Sternal, manager Protestantse zorggroep Crabbehoff

Ellen Sarr-Jansman, manager Centrum voor Reuma en Revalidatie Rotterdam

Patricia Geerts, beleidsmedewerker Actiz

Pieter Le Rutte, beleidsmedewerker Verenso

Rienk Harkema, beleidsadviseur Revalidatie Nederland

Gerrit Salemink, medisch adviseur Zorgverzekeraars Nederland

Mariette Kraayvanger, adviseur productstructuur DBC-Onderhoud



