



Inventarisatie zorginhoud GRZ

Het net opgehaald na zes jaar GRZ in de Zorgverzekeringswet

Oudlaan 4
3515 GA Utrecht

Postbus 9696
3506 GR Utrecht

T 088 102 09 10
E samenwerken@qconsultzorg.nl
I www.qconsultzorg.nl

Onderdeel van CQT Zorg & Gezondheid

Inventarisatie zorginhoud GRZ

Het net opgehaald na zes jaar GRZ in de Zorgverzekeringswet

Colofon

Auteurs Q-Consult Zorg:	Laurens van den Bosch, Marijn Lardinois, Noortje Molenaar, Marjolein Schimmel & Laura Zielman
Projectleiders Q-Consult Zorg:	Laurens van den Bosch & Noortje Molenaar
Datum:	5 februari 2019
Opdrachtgever:	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Managementsamenvatting

Inleiding

De Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is een vorm van geneeskundige zorg gericht op revalidatie van kwetsbare ouderen na opname of behandeling in het ziekenhuis in een revalidatiesetting specifiek voor deze doelgroep. Deze vorm van zorg is in 2013 overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voorafgaand aan deze overheveling is er door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een aantal doelstellingen opgesteld:

1. de aansluiting tussen ziekenhuisbehandeling en AWBZ-revalidatie is verbeterd;
2. de financieringssystematiek kan inspelen op de variabele behandelintensiteit, korte of lange revalidatie;
3. de Zvw biedt meer mogelijkheden voor extramurale behandelarrangementen;
4. er wordt een kwaliteitsslag gemaakt wanneer de zorg meer geconcentreerd in gespecialiseerde instellingen aangeboden wordt.

Zes jaar na de overheveling richt dit onderzoek zich op de stand van zaken m.b.t. een deel van de beoogde kwaliteitsslag van doelstelling 4, namelijk de zorginhoud GRZ.

Doelstelling onderzoek

Dit onderzoek heeft als doel op hoofdlijnen (en voor welke patiëntkenmerken) de ontwikkelde zorginhoud voor de GRZ in kaart te brengen, in de context van de doorontwikkeling van de zorg voor kwetsbare groepen. De resultaten, conclusies en aanbevelingen in deze rapportage zijn een handreiking naar het veld voor verdere ontwikkeling van de (beschrijving van) zorginhoud GRZ.

Methodologie

In fase 1 is een brede inventarisatie uitgevoerd met als doel om inzicht te verkrijgen in de ontwikkelde zorginhoud op landelijk, regionaal en lokaal niveau. Hiervoor zijn vier methoden ingezet:

- Bureauonderzoek om inzicht te krijgen in de openbare kwaliteitsstandaarden, richtlijnen, zorgprogramma's en zorgpaden in Nederland.
- Een analyse van de open DIS-data om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de DBC's GRZ over de jaren 2014 tot en met 2017.
- Een enquête onder zorgaanbieders GRZ om inzicht te krijgen in de ontwikkelde beschrijvingen op zorgaanbiedersniveau en te achterhalen welk onderscheid zorgaanbieders maken op zorginhoud.
- Interviews met zorgaanbieders GRZ om te inventariseren welke uitgangspunten voor de beschrijving zijn gehanteerd in de praktijk en waarom.

In fase 2 is de inventarisatie geanalyseerd en zijn de onderzoeksresultaten geïnterpreteerd. Dit is gedaan door de uitkomsten te bespreken met twee formele groepen: de klankbordgroep (ministerie van VWS, Zorginstituut Nederland (ZiNI), Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en branchevereniging ActiZ) en de expertgroep (bestaande uit specialisten ouderengeneeskunde, een verpleegkundige en een geriater). Tot slot is in fase 3 een rapportage opgesteld.

Conclusies

Op basis van de uitkomsten zijn de volgende conclusies geformuleerd:

1. Zorgaanbieders gebruiken verschillende termen om beschrijvingen van goede zorg aan te duiden, namelijk zorgprogramma's, behandelprogramma's en zorgpaden.
2. Er is een beperkt aantal beschrijvingen van goede zorg binnen de GRZ vanuit openbare Nederlandse bronnen voorhanden. Vijf van de dertien richtlijnen, zorgpaden en zorgprogramma's hebben betrekking op de zorginhoud. Één beschrijving is opgenomen in het register van Zorginzicht (2019a) van het Zorginstituut.
3. Internationaal is volgens de expertgroep veel literatuur voorhanden over de GRZ die input biedt voor de ontwikkelingen van beschrijvingen van goede zorg in Nederland.
4. Nagenoeg alle GRZ aanbieders (96%) gebruiken beschrijvingen van goede zorg voor de GRZ. Dit betreft het hele scala aan beschrijvingen: van landelijke richtlijnen tot zelfontwikkelde zorgprogramma's.
5. Bijna alle zorgaanbieders (88%) hebben beschrijvingen van goede zorg voor de GRZ ontwikkeld.
6. De meeste zorgaanbieders die zorg leveren bij de diagnosegroep Overig (66%) hebben één beschrijving van goede zorg voor de diagnosegroep Overig.
7. Alle diagnoses onder de categorie Overig waarvoor beschrijvingen zijn opgesteld, komen overeen met de diagnoses in de NZa- typeringslijst voor de GRZ (NZa, 2018).
8. Zorgaanbieders benoemen drie overwegingen om een aparte beschrijving van goede zorg te maken voor een doelgroep binnen de diagnose Overig:
 - een bepaalde diagnose vormt een significant deel van de GRZ-populatie op het moment van het ontwikkelen van beschrijvingen van goede zorg;
 - een bepaalde diagnose vraagt om een specifieke of andere inzet van het GRZ-behandelteam;
 - de diagnose staat landelijk in de belangstelling doordat er een document is verschenen en/of er een bijeenkomst over plaatsvindt (diagnose Oncologie).
9. Er zijn verschillende zorgaanbieders (35%) die in hun beschrijvingen van goede zorg werken met zorgmodules.
10. Zowel zorgaanbieders als experts geven aan dat de ambulante GRZ zich landelijk nog in een ontwikkelstadium bevindt.
11. Zowel zorgaanbieders als experts verwachten dat een groter deel van de huidige GRZ populatie in aanmerking komt voor ambulante GRZ dan dat nu ambulant GRZ geleverd wordt.
12. Zorgaanbieders lopen op dit moment tegen twee externe belemmeringen aan als het gaat om de inzet van ambulante GRZ (financiering en praktische zaken) en één interne belemmering (doelen stellen).
13. De opzet en de doorlooptijd van het onderzoek maken dat er geen uitspraken gedaan kunnen worden over een eventueel bestaand onderscheid in patiëntkenmerkentussen ELV, GRZ en EMB.
14. Zowel zorgaanbieders als experts geven aan dat het in alle drie de financieringen (ELV, GRZ en EMB) gaat over kwetsbare ouderen.

Aanbevelingen

Op basis van bovenstaande conclusies kunnen enkele algemene aanbevelingen worden gedaan op het gebied van het ontwikkelen van beschrijvingen van goede zorg:

1. Hanteer eenduidige termen en definities bij het ontwikkelen van beschrijvingen van goede zorg.
2. Werk vanuit de beroepsgroepen verder aan het ontwikkelen van de (beschrijving van) zorginhoud GRZ die ingediend kunnen worden bij het Zorginstituut.¹
3. Deel beschrijvingen van goede zorg en werk samen aan de doorontwikkeling.
4. Beleg landelijke regie op de verdere ontwikkeling van de (beschrijving van) zorginhoud GRZ.
5. Neem de resultaten en conclusies van dit onderzoek mee in de landelijke onderzoeksagenda GRZ.
6. Gebruik de methodieken van zorgprogramma's / zorgpaden en een deel van de zorgmodules waar mogelijk voor beschrijvingen van goede zorg in ELV.
7. Onderzoek het verschil in patiëntkenmerken tussen GRZ, ELV en EMB.

Naast bovenstaande aanbevelingen zijn er nog aanbevelingen die breder zijn dan de beschrijvingen van goede zorg:

8. Creëer een mindset dat behandeldoelen en bijbehorende interventies worden opgesteld met in het achterhoofd het einddoel van het functioneren van de patiënt in de thuissituatie op basis van zijn of haar wensen.
9. Bekijk hoe voldaan kan worden aan de informatiebehoefte onder GRZ aanbieders en landelijke partijen.

¹ Bekijk waar mogelijk of de ontwikkelde zorginhoud breder getrokken kan worden dan de GRZ.

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	7
1.1	Doelstelling	7
1.2	Onderzoeksvragen	8
1.3	Kaders onderzoek	8
1.4	Leeswijzer	9
2.	Methodologie	10
2.1	Projectorganisatie	10
2.2	Fase 1. Inventarisatie	10
2.3	Fase 2. Analyse en interpretatie	12
2.4	Fase 3. Opstellen rapportage	12
3.	Resultaten	13
3.1	Respons enquête	13
3.2	Landelijke ontwikkeling van de GRZ	14
3.3	Beschrijvingen van goede zorg binnen de GRZ op landelijk en regionaal niveau	20
3.4	Beschrijvingen van goede zorg binnen de GRZ op lokaal niveau	25
3.5	De ontwikkelde zorginhoud binnen de context zorg voor kwetsbare groepen	33
4.	Conclusie en aanbevelingen	36
4.1	Conclusies	36
4.2	Aanbevelingen	38
	Bijlage I. Afkortingen	41
	Bijlage II. Samenstelling klankbordgroep en expertgroep	42
	Bijlage III. Bronnen	43
	Bijlage IV. Onderzoeksaanpak analyse open DIS-data	45
	Bijlage V. Betrokken zorgaanbieders	46
	Bijlage VI. Enquête	47
	Bijlage VII. Knelpunten buiten de scope van dit onderzoek	56

1. Inleiding

Na een opname of behandeling in het ziekenhuis kan het in het geval van kwetsbare ouderen noodzakelijk zijn te revalideren in een revalidatiesetting specifiek voor deze doelgroep. Dit type zorg, de geriatrische revalidatiezorg (GRZ), is in 2013 overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarnaast is sinds 2017 het eerstelijnsverblijf (ELV) onderdeel van de Zvw en wordt de overheveling van de extramurale behandeling (EMB)² naar de Zvw verwacht in 2020. Hiermee is de geneeskundige zorg door de specialist ouderengeneeskunde voorzien in de eerste lijn, dat wil zeggen in de eigen omgeving van de patiënt, naast behandeling in een intramurale setting bij een zorgaanbieder.

Voorafgaand aan de overheveling GRZ vanuit de AWBZ naar de Zvw zijn er door het ministerie van VWS een aantal doelstellingen opgesteld (VWS, 2011). Het gaat om de volgende vier doelstellingen:

1. de aansluiting tussen ziekenhuisbehandeling en AWBZ-revalidatie verbeteren;
2. de financieringssystematiek kan inspelen op de variabele behandelintensiteit, korte of lange revalidatie;
3. de Zvw biedt meer mogelijkheden voor extramurale behandelarrangementen;
4. er wordt een kwaliteitsslag gemaakt wanneer de zorg meer geconcentreerd in gespecialiseerde instellingen wordt aangeboden.

Met de overheveling van de GRZ heeft de minister van VWS de verwachting geuit dat dit gepaard gaat met een kwaliteitsontwikkeling en reflectie hiervan in de ontwikkeling van richtlijnen en zorgstandaarden.

Bij de overheveling van de GRZ naar de Zvw in 2013 waren nog een aantal onduidelijkheden, waaronder de noodzakelijkheid van de voorwaarde van (ziekenhuis)opname alvorens in aanmerking te komen voor GRZ (VWS, 2013). De minister van VWS concludeerde toen dat *"het momenteel ontbreekt aan een duidelijk en breed gedragen standaard waarin richtlijnen, zorgpaden en kwaliteitsstandaarden voor kwetsbare ouderen [...] zijn beschreven en dus ook nog niet algemeen wordt toegepast."* De minister zou het Zorginstituut (toen nog College voor Zorgverzekeringen) vragen om een pakketadvies zodra er een duidelijk en breed gedragen standaard zou zijn die ook geïmplementeerd kon worden. Een herziening van de aanspraak zou hiervan onderdeel kunnen zijn.

Zes jaar na de overheveling richt dit onderzoek zich op de stand van zaken m.b.t. een deel van de beoogde kwaliteitsslag van doelstelling 4, namelijk de zorginhoud GRZ.

1.1 Doelstelling

Dit onderzoek heeft als doel op hoofdlijnen (en voor welke patiëntkenmerken) de ontwikkelde zorginhoud voor de GRZ in kaart te brengen, in de context van de doorontwikkeling van de zorg voor kwetsbare groepen.

De resultaten, conclusies en aanbevelingen in deze rapportage zijn een handreiking naar het veld voor verdere ontwikkeling van de (beschrijving van) zorginhoud GRZ.

² Vanaf 2020 is men voornemens deze zorg over te hevelen naar de Zvw onder de titel Aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen in de eerste lijn.

1.2 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen die centraal staan in dit onderzoek, zijn als volgt geformuleerd:

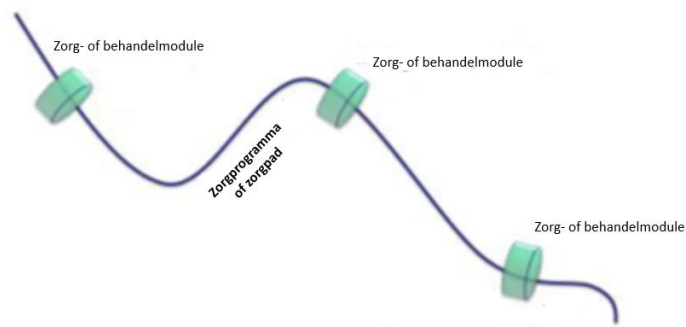
1. Inventarisatie (beschrijvingen) van goede zorg binnen de GRZ:
 - a. Hoeveel en welke beschreven kwaliteitsstandaarden, richtlijnen of zorgprogramma's zijn er?
 - b. Geldt dit voor diagnosegroepen (conform het triage-instrument) of voor functionele beperkingstypen (slikproblemen, evenwichtsproblemen, etc.) of is er nog een andere optie?
2. Zijn we met dit beeld volledig of ontbreken er dan nog indicatie-interventiegroepen (diagnosegroepen), bijvoorbeeld uit de categorie Overig?
3. Welke groepen onderscheiden de GRZ-instellingen zelf binnen de groep Overig en welke ordening wordt daarbij gehanteerd (diagnoses zoals opgenomen in NZa-beleidsregel bijvoorbeeld of anders) en waarom?
4. Is er een beperkt aantal patiëntgroepen te onderscheiden op basis van patiëntkenmerken? Zo ja, welke? En valt er iets te zeggen over de patiëntgroepen die we nu binnen het ELV zien?
5. Op basis van de inventarisatie op hoofdlijnen analyseren hoe de ontwikkelde zorginhoud past of zou kunnen passen in de ontwikkeling van zorg voor kwetsbare ouderen thuis (AGZ en ELV), mede in relatie tot ontwikkelingen binnen de ambulante GRZ.

1.3 Kaders onderzoek

In dit onderzoek zijn onderstaande kaders gehanteerd.

Terminologie en definities

- Beschrijvingen van goede zorg: het onderzoek richt zich op beschrijvingen van de *inhoud van goede zorg*. Dit kunnen landelijke richtlijnen of kwaliteitsstandaarden zijn. Daarnaast betreffen dit zorgprogramma's of zorgpaden bij zorgaanbieders al dan niet op onderdelen afgeleid van landelijke richtlijnen en kwaliteitsstandaarden. Daarnaast hebben sommige zorgaanbieders aanvullende zorg- of behandelmodules (zie figuur 1).
- Patiëntkenmerken: onderscheidende, typische, karakteristieken waarmee patiënten te beschrijven zijn en waaraan zij te herkennen zijn.
- Patiëntengroepen: clustering/verzameling van patiënten met een of meer dezelfde kenmerken. De indeling in groepen is afhankelijk van welke kenmerken belangrijk of relevant zijn.
- Doelgroepen: groep personen waarop de zorg zich richt, waarvoor iets wordt aangeboden (bijv. zorgprogramma, faciliteiten).
- Waar dit onderzoek spreekt over 'patiënten', kan ook 'cliënten' of 'revalidanten' gelezen worden.



Figuur 1. Schematische weergave van het verschil tussen zorgprogramma's / zorgpaden en -modules middels een kralenketting. De ketting is de basis: een gestandaardiseerd zorgprogramma / zorgpad voor een specifieke diagnosegroep. Deze ketting bevat de zorg en behandelingen die iedere patiënt met de desbetreffende diagnose ontvangt. Daar waar individuele patiënten specifieke aanvullende zorg en/of behandelingen nodig hebben, worden aparte modules ingezet. Dit zijn de kralen aan de ketting.

Buiten de scope van dit onderzoek

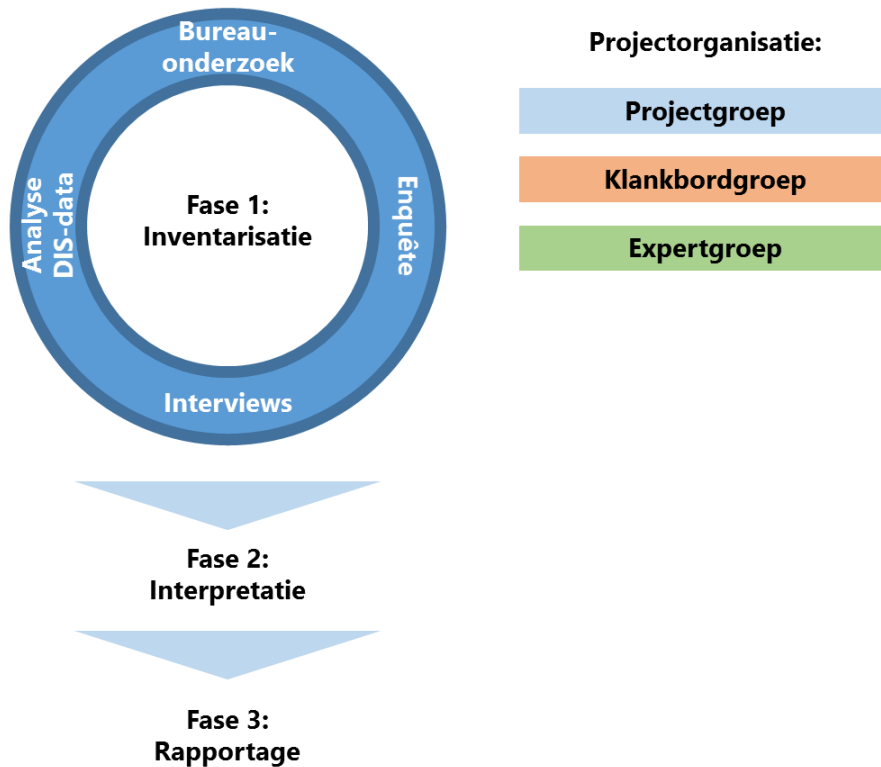
Buiten de reikwijdte van dit onderzoek vallen verdere vervolgstappen, zoals het bepalen wat nog verder ontwikkeld of uitgediept zou moeten worden specifiek voor geriatrische revalidatie, anders dan wat nu ook binnen eerstelijnsverblijf en aanvullende geneeskundige zorg gedaan wordt. Daartoe is nader onderzoek en beleid noodzakelijk. Dat is in principe aan de betrokken beroepsgroep(en) zelf.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de methodologie die is toegepast in dit onderzoek. Vervolgens worden in hoofdstuk 3 de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. Tot slot beschrijft hoofdstuk 4 de conclusies en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen.

2. Methodologie

Om inzicht te krijgen in de ontwikkelde zorginhoud, is een gefaseerde aanpak gehanteerd. In dit hoofdstuk is de aanpak met de verschillende fases van het onderzoek beschreven. In fase 1 is een brede inventarisatie uitgevoerd. In fase 2 is de inventarisatie geanalyseerd en zijn de onderzoeksresultaten geïnterpreteerd. Tot slot is in fase 3 een rapportage opgesteld en besproken.



Figuur 2. Onderzoek aanpak

2.1 Projectorganisatie

Er zijn twee formele groepen gedefinieerd in het kader van het onderzoek:

- Klankbordgroep bestaande uit het ministerie van VWS, Zorginstituut Nederland (ZiNL), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en branchevereniging ActiZ.
- Expertgroep bestaande uit een vertegenwoordiging van inhoudelijk deskundigen, namelijk specialisten ouderengeneeskunde (zowel vanuit de praktijk als de wetenschap), een verpleegkundige en een geriater.

In bijlage II is een overzicht gegeven van de betrokken personen.

2.2 Fase 1. Inventarisatie

Het doel van fase 1 is inzicht verkrijgen in de ontwikkelde zorginhoud op landelijk, regionaal en lokaal niveau. Hiervoor zijn vier methoden ingezet: bureauonderzoek, analyse open DIS-data, enquête en interviews.

Bureauonderzoek

Voor het bureauonderzoek zijn openbare bronnen bestudeerd door het onderzoeksteam. Er is gezocht op (combinaties van) de termen: *GRZ, kwaliteit, kwaliteitsstandaarden, richtlijnen, beschrijvingen, zorgprogramma, zorgpaden, meetinstrumenten, kwaliteitskaders, standaarden, proeftuinen, overheveling GRZ, overgang GRZ, Zorgverzekeringswet*, om inzicht te krijgen in de beschikbare kwaliteitsstandaarden, richtlijnen, zorgprogramma's en zorgpaden. Daarnaast zijn de experts en betrokken zorgaanbieders bij de interviews gevraagd om het onderzoeksteam te wijzen op aanvullende documentatie. In bijlage III is een overzicht gegeven van de geraadpleegde bronnen.

Analyse open DIS-data

Het tweede onderdeel betreft een analyse van de open DIS-data. De dataset heeft een peildatum van 1 oktober 2018. Het doel van de analyse is om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de DBC's GRZ over de jaren 2014 tot en met 2017. In bijlage IV is een beschrijving van de onderzoeks aanpak opgenomen. Er is voor de tijdsperiode 2014 tot en met 2017 gekozen, omdat 2014 het eerste jaar is waarin de GRZ volledig is gefinancierd op basis van de DBC-systematiek. Daarnaast is ervoor gekozen om 2018 te excluderen, omdat de data in de DIS-dataset (nog) onvoldoende volledig is om een betrouwbare analyse te kunnen uitvoeren. Op basis van de inclusiecriteria (zie bijlage IV) is een analyse gedaan op de verdeling van diagnosegroepen en de ligduur. De verkregen resultaten zijn gevalideerd aan de hand van een eerdere analyse van de diagnosegroepen en ligduur door ActiZ (2017).

Enquête

Voor het derde onderdeel is tussen 13 december 2018 en 8 januari 2019 een enquête uitgezet onder alle GRZ aanbieders in Nederland. Het doel van de enquête is inzicht te krijgen in de ontwikkelde beschrijvingen op zorgaanbiedersniveau en te achterhalen welk onderscheid zorgaanbieders maken op zorginhoud. Tevens draagt deze brede uitvraag bij aan het verkrijgen van een representatief beeld van de inventarisatie van de zorginhoud (in aanvulling op het bureauonderzoek). De functies die de enquête namens de zorgaanbieders hebben ingevuld, bestaan uit drie hoofdgroepen:

- Specialist ouderengeneeskunde (incl. kaderarts GRZ).
- Directeur/manager/teamleider behandeling.
- Directeur/manager/teamleider GRZ.

De enquête bestaat uit twee delen. Het eerste deel omvat algemene vragen over de functie en organisatie van de respondent, zoals welke (GRZ) zorg zij levert. Het tweede deel van de enquête bevat gesloten vragen over de ontwikkelde zorginhoud. Een uitdraai van de enquête is te vinden in bijlage V. Om de betrouwbaarheid van de resultaten van de enquête te waarborgen, is de enquête via meerdere kanalen uitgezet en is de respons nauwlettend gevolgd. Bij de enquête is een betrouwbaarheidsinterval van minimaal 90% met een foutmarge van maximaal 10% gehanteerd. In bijlage VI is een overzicht gegeven van de aanbieders die de enquête hebben ingevuld. In deze rapportage wordt de term respondenten gebruikt wanneer verwezen wordt naar informatie vanuit de enquête.

Interviews

Het laatste onderdeel van de inventarisatie bestaat uit acht interviews onder GRZ aanbieders met specialisten ouderengeneeskunde en/of directeur/manager/teamleider GRZ/behandeling. Door in gesprek te gaan met zorgaanbieders is het mogelijk te achterhalen welke uitgangspunten voor de beschrijving zijn gehanteerd in de praktijk en waarom. In de interviews ligt de nadruk op de praktijksituatie van wat (landelijk) is beschreven omtrent goede zorg en hoe deze lokaal wordt

gedifferentieerd. Daarnaast dient het als onderbouwing van de resultaten van de enquête en ter inventarisatie van scheidingen van patiëntgroepen. Tot slot is getoetst hoe zorgaanbieders vinden dat de ontwikkelingen in de zorginhoud GRZ passen bij de ontwikkelingen van zorg voor kwetsbare groepen. In bijlage VI is een overzicht gegeven van de aanbieders die meegewerkt hebben aan de interviews. De aanbieders zijn verspreid over het land en verschillend qua omzet GRZ. Alle aanbieders leveren ook ELV. In deze rapportage wordt de term geïnterviewden gebruikt als verwezen wordt naar informatie uit de interviews.

2.3 Fase 2. Analyse en interpretatie

Het doel van fase 2 is het analyseren en interpreteren van de uitkomsten van de inventarisatie. Hiervoor zijn de resultaten besproken binnen het projectteam, met de klankbordgroep en expertgroep. De expertgroep bestaat uit professionals die zijn benaderd op verzoek van de klankbordgroep.

Het doel van de bespreking in de expertgroep is driedig:

- 1) Reflectie op de resultaten van de inventarisatie.
- 2) Inzicht verkrijgen in hoe de ontwikkelde zorginhoud past of zou kunnen passen in de ontwikkeling van zorg voor kwetsbare ouderen thuis (ELV en EMB), mede in relatie tot ontwikkelingen binnen de ambulante GRZ.
- 3) Inzicht verkrijgen in hoeverre een beperkt aantal patiëntgroepen te onderscheiden is op basis van patiëntkenmerken.

De bespreking van de expertgroep heeft geleid tot het aanscherpen en aanvullen van de eerste conclusies en aanbevelingen.

2.4 Fase 3. Opstellen rapportage

Het onderzoek heeft geresulteerd in voorliggend rapport. Dit rapport is besproken met het ministerie van VWS en de klankbordgroep. Daarnaast zijn de conclusies en aanbevelingen geverifieerd bij de expertgroep.

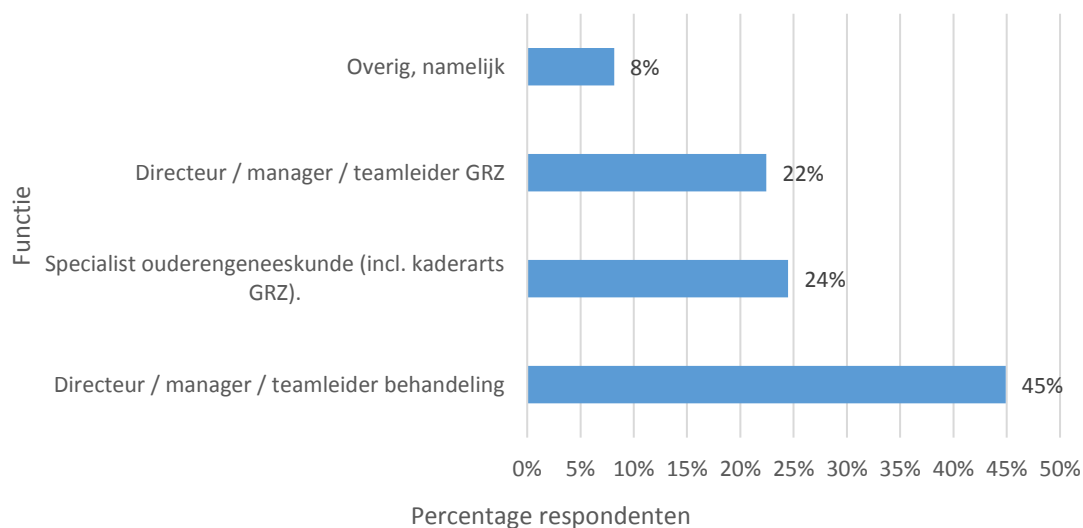
3. Resultaten

Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van het onderzoek in vijf paragrafen.

- 3.1 geeft een beschrijving van de respons en onderzoekspopulatie van de enquête.
- 3.2 gaat in op de landelijke ontwikkeling van de GRZ, waaronder de ontwikkeling in diagnosegroepen.
- 3.3 beschrijft de beschikbare bronnen op het gebied van de zorginhoud GRZ op landelijk en regionaal niveau en hoe deze worden gebruikt door zorgaanbieders.
- 3.4 geeft een overzicht van de beschrijvingen van goede zorg op lokaal niveau en hoe deze worden gebruikt.
- 3.5 plaatst de ontwikkelde zorginhoud GRZ in de context van de zorg voor kwetsbare groepen.

3.1 Respons enquête

In totaal hebben 48 verschillende zorgaanbieders de enquête ingevuld. Landelijk zijn er ongeveer 150 GRZ aanbieders. Daarmee is een betrouwbaarheid van 90%, met een foutmarge van 10% behaald met de enquête. In Figuur 3 zijn de respondenten nader gespecificeerd naar functie, waarbij het merendeel van de respondenten de functie van directeur / manager / teamleider behandeling GRZ heeft.



Figuur 3. Verdeling functies onder respondenten

3.2 Landelijke ontwikkeling van de GRZ

Er is onderzoek gedaan naar acht aspecten betreffende de landelijke ontwikkeling van de GRZ:

1. de organisatie van GRZ;
2. diagnoses;
3. ligduur;
4. diagnosegroep Overig;
5. ambulante GRZ;
6. toepassing van e-health;
7. redenen waarom organisaties beschrijvingen van goede GRZ gebruiken;
8. kwaliteitskader GRZ.

De volgende paragrafen beschrijven de resultaten op basis van de verschillende onderzoeksmethoden.

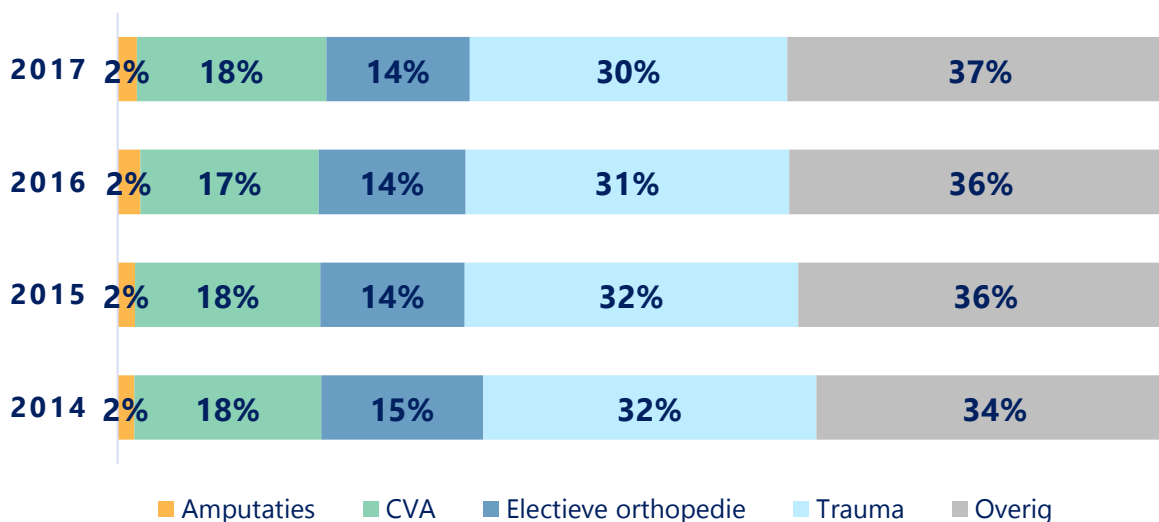
3.2.1 Organisatie van GRZ (bron: enquête)

Op basis van de resultaten uit de enquête levert:

- 100% van de aanbieders zowel intramurale GRZ als ELV;
- 84% van de aanbieders ook extramurale GRZ;
- meer dan 70% van de aanbieders extramurale behandeling en/of Wlz crisiszorg;
- 53% van de aanbieders GRZ in de thuissituatie van de patiënt;
- 59% van de aanbieders op twee tot drie locaties GRZ en 41% levert GRZ op één locatie.

3.2.2 Diagnoses (bron: open DIS-data)

De open DIS-data laat zien dat de verdeling van diagnoses binnen de totale patiëntenpopulatie over de jaren 2014 tot en met 2017 overwegend stabiel blijft (Figuur 4). Er is alleen een stijging in patiënten binnen de diagnosegroep Overig: deze groep stijgt van 34% in 2014 naar 37% in 2017.

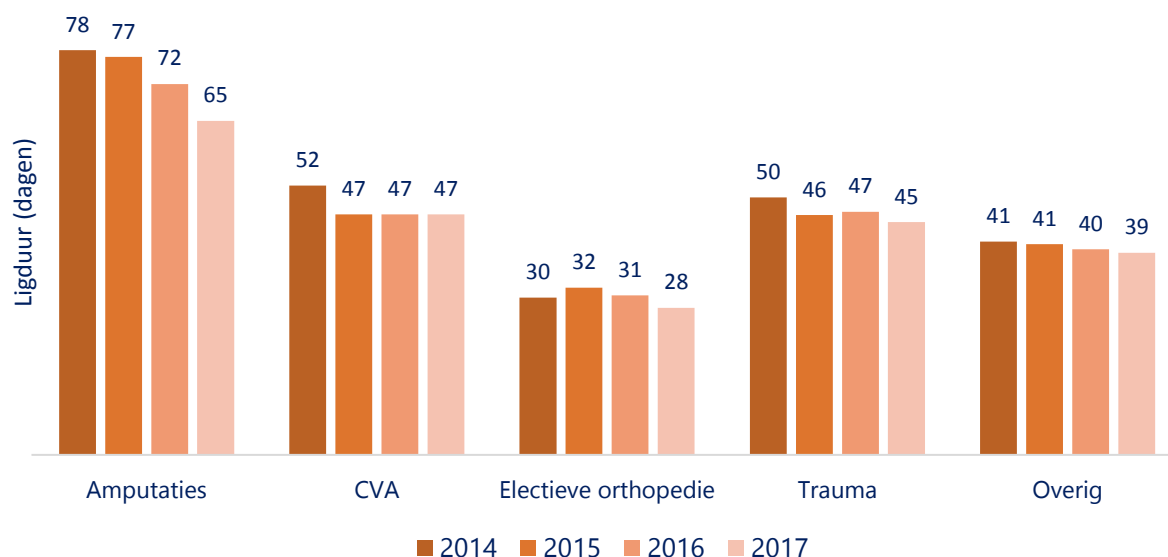


Figuur 4. Verdeling diagnosegroepen over GRZ populatie

3.2.3 Ligduur (bronnen: open DIS-data / interviews / expertgroep)

De open DIS-data laat een duidelijke daling zien in de gemiddelde ligduur van patiënten voor alle diagnosegroepen (figuur 5). Voor de daling in ligduur geven geïnterviewden als voornaamste reden de efficiency slag die zorgaanbieders hebben gemaakt.

De geïnterviewde zorgaanbieders geven terug dat patiënten gemiddeld gezien intensiever behandeld worden, waardoor de ligduur daalt. Ook uit onderzoek van Bouwstra et al. blijkt dat over de periode van 2013 – 2015 de mediane duur van revalidatie significant is afgenomen met 7 dagen (Bouwstra, Wattel, de Groot, Smalbrugge & Hertogh; 2016). Ook geeft een aantal van de geïnterviewde zorgaanbieders (n=3) aan nadruk te leggen op ambulante (na)zorg, met als doel om de ligduur te verlagen en patiënten eerder naar huis te laten gaan.



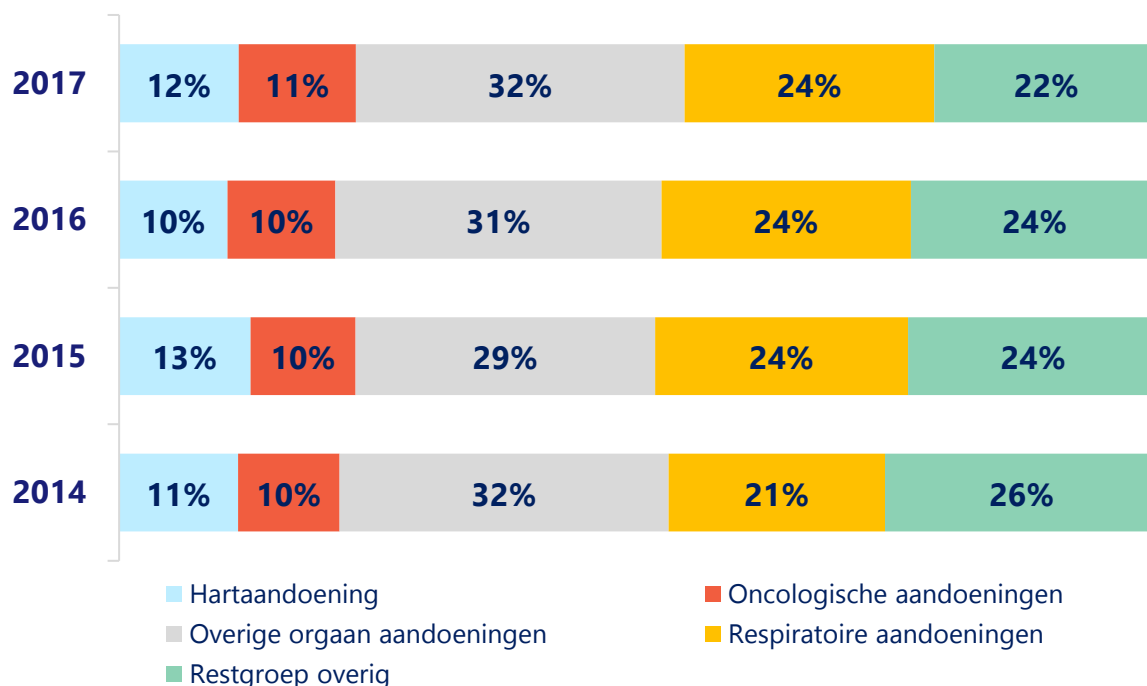
Figuur 5. Gemiddelde ligduur in dagen per diagnose

De grootste daling in ligduur is te zien bij de diagnosegroep Amputaties. Specifiek voor deze diagnosegroep heeft de expertgroep de volgende redenen aangedragen voor verkorting van de ligduur:

1. In het verleden was de ligduur lang. Hierdoor is relatief gemakkelijk winst te behalen op de ligduur van het traject.
2. De ontwikkeling van zorgpaden specifiek voor amputaties neemt toe.
3. Een geslaagde samenwerking in de keten.
4. Een shift in het stellen van behandeldoelen, bijvoorbeeld: voorheen ging een patiënt naar huis als de prothese was aangemeten, nu gaat een patiënt naar huis als hij een zelfstandig transfer kan maken.

3.2.4 Diagnosegroep Overig (bronnen: open DIS-data / interviews)

De diagnosegroep Overig bestaat in 2017 voor bijna 80% uit hart-, respiratoire, oncologische en overige orgaan aandoeningen (figuur 6, volgende bladzijde). Het aandeel respiratoire aandoeningen stijgt van 21% in 2014 naar 24% in 2017, de restgroep binnen de diagnosegroep Overig daalt van 27% in 2014 naar 22% in 2017. De andere groepen blijven qua aandeel gelijk. Een groot aantal geïnterviewde zorgaanbieders (n=5) geeft aan de stijging in het aandeel oncologische aandoeningen binnen de patiëntenpopulatie over afgelopen jaren heen te herkennen.



Figuur 6. Verdeling patiëntenpopulatie binnen de diagnosegroep Overig. De 'Restgroep overig' bestaat uit Overige aandoeningen bovenste en onderste extremiteit, bewegingsapparaat en wervelkolom, Reumatische, Neuromusculaire en Overige hersen- en neurologische aandoeningen.

3.2.5 Ambulante GRZ (bronnen: open DIS-data / enquête / interviews / expertgroep)

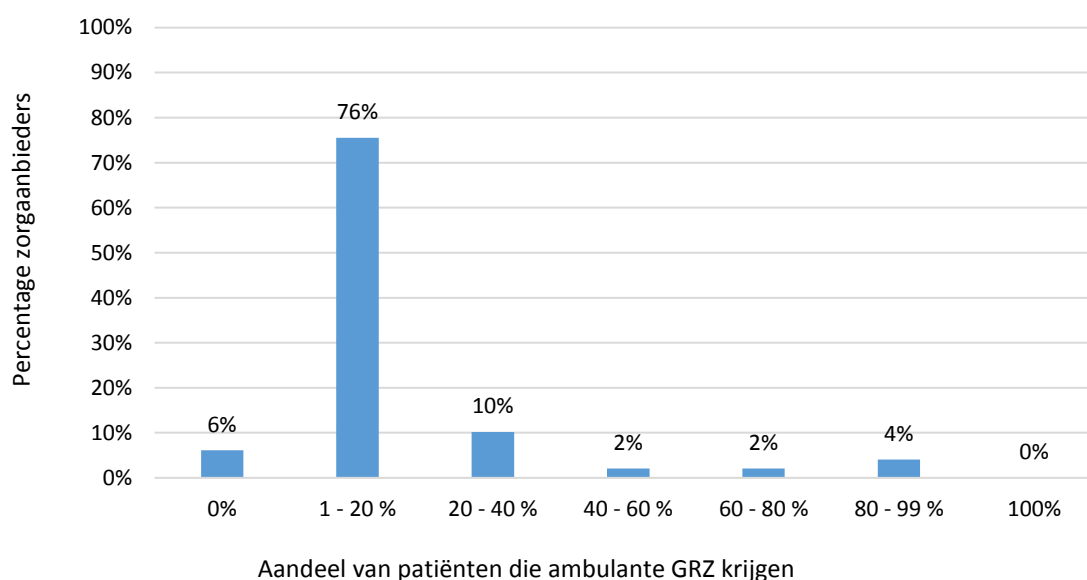
Ambulante GRZ kan op twee manieren worden geleverd: in de thuissituatie en op locatie bij de zorgaanbieder (poliklinische behandeling/dagbehandeling). In de eerste situatie registreert een zorgaanbieder zowel de code 194801 huisbezoek als de patiëntgebonden tijd. In de tweede situatie registreert een zorgaanbieder de code 194805 voor de ambulante behandeldag³ en de patiëntgebonden tijd. Een belangrijke voorwaarde in de definitie van de ambulante behandeldag is dat *"de patiëntgebonden behandeltime van minimaal twee verschillende behandel disciplines wordt vastgelegd. Indien op de betreffende dag geen behandeling plaatsvindt door twee of meer verschillende behandel disciplines, wordt de zorgactiviteit niet geregistreerd."* (NZa, 2019a). Voor code 194801 huisbezoek is geen toelichting vastgesteld door de NZa. Deze activiteit kent dus niet de verplichting van meerdere behandel disciplines op één dag.

Op basis van de open DIS-data analyse komt een beperkte registratie (per diagnosegroep gemiddeld tussen de 0,01% en 1,39% per subtraject) ambulante GRZ over de jaren heen naar voren. Voor specifiek CVA zien we dat de registratie ambulant hoger is ten opzichte van andere diagnosegroepen (tussen de

³ 194805 Ambulante behandeldag: Een controlebezoek of een beperkt aantal uren durende vorm van (groeps-)behandeling in een zorginstelling, waarbij de patiënt geen gebruik maakt van verblijfsfaciliteiten. De ambulante behandeldag is gepland en noodzakelijk in het kader van het revalidatiebehandelplan van de specialist ouderengeneeskunde. De behandeling vindt plaats in aansluiting op een intramurale opname of dagbehandeling. Per dag dat de patiënt ambulant wordt behandeld, wordt één zorgactiviteit ambulante behandeldag GRZ geregistreerd. Naast de ambulante behandeldag wordt de patiëntgebonden behandeltime van minimaal twee verschillende behandel disciplines vastgelegd. Indien op de betreffende dag geen behandeling plaatsvindt door twee of meer verschillende behandel disciplines, wordt de zorgactiviteit niet geregistreerd.

0,12% en 1,39%). Bij de lage uitkomsten op basis van de open DIS-data moet opgemerkt worden dat zeer waarschijnlijk sprake is van onder registratie op het gebied van ambulante GRZ (bron: interviews).

Uit de enquête blijkt dat 84% van de zorgaanbieders extramurale GRZ biedt in de vorm van poliklinische behandeling/dagbehandeling. 53% van de zorgaanbieders levert GRZ in de thuissituatie van de patiënt. Op basis van de enquête levert 76% van de aanbieders aan 1-20% van de patiënten ambulante GRZ (Figuur 7).



Figuur 7. Aandeel van de patiënten waarbij ook ambulante GRZ wordt geleverd.

Uit de interviews (n=3) blijkt dat zorgaanbieders nog experimenteren met de inzet van ambulante zorg (zie kader 1. Pilot Nazorg).

Kader 1 Pilot Nazorg

Eén van de geïnterviewde zorgaanbieders geeft aan de integratie van nazorg door de verpleegkundige te missen in de GRZ en hiermee te experimenteren. Deze zorgaanbieder geeft aan bij een groot aantal GRZ cliënten ervan overtuigd te zijn dat zij naar huis kunnen: de behandeldoelen zijn gehaald en de cliënt geeft aan er klaar voor te zijn om naar huis te gaan.

De pilot heeft de volgende onderzoeksvraag: *“Wat kunnen we voorkomen als een verpleegkundige vijf dagen na ontslag op huisbezoek gaat bij de patiënten?”* De eerste resultaten van deze pilot laten zien dat bij de helft van de patiënten een actie is uitgezet: *“deze zijn ofwel opnieuw in het MDO besproken, ofwel er is opnieuw contact geweest met de huisarts of POH, ofwel er is gekozen voor een heropname binnen het ELV.”*

Deze zorgaanbieder geeft tevens aan te worstelen met de registratie voor een verpleegkundige die op huisbezoek gaat: *“In de ambulante GRZ kan de verpleegkundige geen tijd registreren voor een huisbezoek als het gaat om een monodisciplinair vervolgtraject met een verpleegkundige, terwijl juist deze rol heel belangrijk is. Zij heeft de meeste zorg geleverd gedurende het traject, kent de patiënt en weet wat de verwachtingen zijn. Ruiken, zien en horen is anders dan telefoongesprekken.”*

Ook bij andere zorgaanbieders staat de ontwikkeling van ambulante zorg op de agenda. Eén van de geïnterviewde zorgaanbieders geeft bijvoorbeeld aan: *"Ambulant is altijd het uitgangspunt. Geen ambulant is uitzondering op de regel."* De zorgaanbieder geeft echter wel aan dat de realisatie van dit uitgangspunt in de praktijk nog veel ontwikkeling vergt.

Zorgaanbieders lopen op dit moment tegen twee externe belemmeringen aan als het gaat om de inzet van ambulante GRZ: financiering en praktische zaken. Dit heeft als resultaat dat zorgaanbieders langere intramurale trajecten aanbieden of extramurale behandeling bekostigen via de eerstelijns of de subsidieregeling extramurale behandeling. In bijlage VII zijn deze knelpunten nader toegelicht.

Verder benoemen twee geïnterviewden en de expertgroep dat zorgaanbieders (zowel intra- als extramuraal werkende professionals) een cultuuromslag hebben te maken als het gaat om ambulant revalideren: van doelen stellen die behaald moeten zijn in de klinische setting naar doelen stellen die behaald moeten zijn in de ambulante setting.

Concluderend verwachten zowel zorgaanbieders als de expertgroep dat een groter deel van de huidige GRZ populatie in aanmerking komt voor ambulante GRZ dan dat nu ambulant GRZ geleverd wordt. De omvang van deze groep is nu nog niet te bepalen. De expertgroep adviseert daarom onderzoek te doen naar de behoefte aan ambulante GRZ. Specifieke punten om te onderzoeken zijn:

1. welke doelgroepen (o.b.v. diagnose) behoefte hebben aan ambulante GRZ;
2. welke setting (thuis of poliklinisch) passend is bij de doelgroep(en);
3. wat de effecten zijn op de uitkomsten voor de patiënt en de kosten;
4. welke professional wanneer de regie zou moeten voeren op het ambulante traject.

Volgend op dit inhoudelijke onderzoek moet bepaald worden of de financiering voor ambulante GRZ passend is.

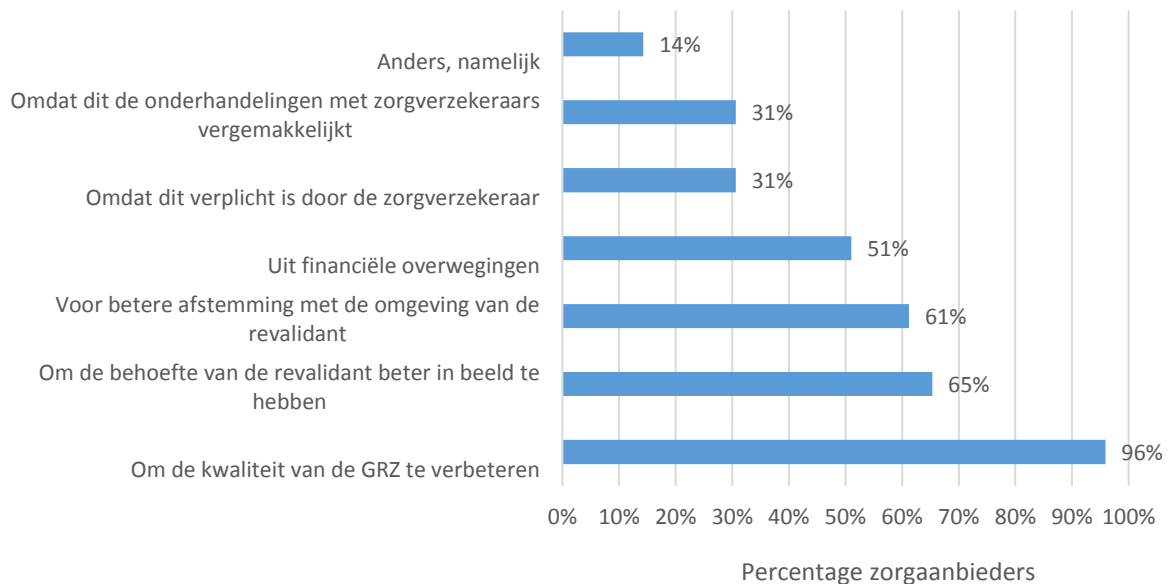
3.2.6 Toepassing van e-health (bronnen: literatuur / open DIS-data / interviews)

De ontwikkeling van e-health is niet terug te vinden in de beschrijvingen van goede zorg en in de open DIS-data. Vanuit de regelgeving is het op dit mogelijk om e-health in te zetten. De NZa (2019b) schrijft hierover: *"Bij zorg op afstand binnen de geriatrische revalidatiezorg (GRZ), mag directe behandeltime worden geregistreerd als het behandelen betreft in het kader van een op te stellen of uit te voeren behandelplan. Als dat het geval is, dan kan hiervoor behandeltime worden geregistreerd."* Qua registratie kan elke behandelaar de tijd schrijven onder de reguliere zorgactiviteiten op het gebied van patiëntgebonden handelen, dat betekent dat het niet uit de registratie te herleiden is of behandeltime met behulp van e-health heeft plaatsgevonden.

Vier geïnterviewden geven wel aan mogelijkheden te zien om e-health in te zetten, maar passen deze nog niet of beperkt toe in de praktijk. Zij zetten bijvoorbeeld in op experimenteren of pilots met het gebruik e-health. Een voorbeeld hiervan is een pilot met een app voor het registreren van beweging bij een heupfractuur of het gebruik van beeldbellen.

3.2.7 Redenen waarom organisaties beschrijvingen van goede GRZ gebruiken (bron: enquête)

Zorgaanbieders hebben verschillende redenen voor het gebruik van zorgprogramma's / zorgpaden als beschrijvingen van goede zorg. De meerderheid gebruikt het om de kwaliteit de GRZ te verbeteren. Daarnaast geeft een groot deel ook aan beschrijvingen te gebruiken om de patiëntbehoefte beter in beeld te krijgen of betere afstemming te voeren met de omgeving van de patiënt (Figuur 8).



Figuur 8. Redenen van zorgaanbieders voor het gebruik van beschrijvingen van goede GRZ. Percentages van het totaal aantal respondenten (n=48) in de enquête.

3.2.8 Kwaliteitskader GRZ (bron: interviews)

In twee interviews is over de ontwikkeling van een kwaliteitskader herstellende zorg gesproken. Deze twee geïnterviewden staan positief tegenover deze ontwikkeling. Daarbij spreken zij de wens uit dat dit kader in gaat op de randvoorwaarden voor de GRZ zoals over welke scholing er gehaald moet worden en dat er altijd een kaderarts GRZ betrokken moet zijn. In de andere zes interviews is dit onderwerp niet ter sprake gekomen.

3.3 Beschrijvingen van goede zorg binnen de GRZ op landelijk en regionaal niveau

Paragraaf 3.3 bestaat uit een omschrijving van de beschrijvingen van goede zorg op landelijk en regionaal niveau (3.3.1), het gebruik van deze beschrijvingen (3.3.2) en de samenwerking tussen zorgaanbieders aangaande het ontwikkelen van beschrijvingen van goede zorg (3.3.3).

3.3.1 Beschrijvingen van goede zorg binnen de GRZ op landelijk en regionaal niveau

Als uitkomst van het literatuuronderzoek zijn er 21 openbare documenten gevonden met betrekking tot beschrijvingen van goede GRZ (tabel 1). Deze documenten zijn met name nationaal van aard. Lokaal ontwikkelde zorgprogramma's / zorgpaden worden verder toegelicht in paragraaf 3.4. De ontwikkeling heeft met name plaatsgevonden vanaf 2013, het jaar waarin de geriatrie revalidatiezorg is overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw.

Nr.	Thema	Niveau	Jaar	Document titel
1	Richtlijn	Nationaal	2010	Behandeldkaders Geriatrie Revalidatie
2	Richtlijn	Nationaal	2016	Beroepscompetentieprofiel verzorgende in de GRZ
3	Richtlijn	Nationaal	2014	Zorgvraagwaarde geriatrie revalidatiezorg - Opzet en uitwerking
4	Richtlijn	Nationaal	2014	Handreiking Geriatrie assessment door de specialist ouderen geneeskunde
5	Richtlijn	Nationaal	2010	Comprehensive geriatric assessment (CGA) ⁴
6	Richtlijn	Nationaal	2015	Handreiking Multidisciplinair overleg (MDO)
7	Richtlijn	Nationaal	2013	Triage Instrument Geriatrie Revalidatiezorg
8	Richtlijn	Nationaal	2016	Kaderopleiding Geriatrie Revalidatie – Opleidingsplan 2017-2018
9	Richtlijn	Nationaal	2013	Leidraad Geriatrie Revalidatie Zorg versie 1.1
10	Meetinstrument	Nationaal	2018	Het Mikzo GRZ: Planmatig, Persoonsgericht en Resultaatgericht
11	Meetinstrument	Nationaal	2014	Prestatie indicatoren geriatrie revalidatiezorg
12	Meetinstrument	Regionaal	2018	Handleiding - Basisset UNC-ZH Meetplan Geriatrie Revalidatie
13	Meetinstrument	Nationaal	2017	Transparantie in de geriatrie revalidatie - Een basisset meetinstrumenten.
14	Meetinstrument	Nationaal	2015	Meetinstrumenten GRZ (factsheet)
15	Meetinstrument	Internationaal	2017	ICHOM older person reference guide version 1.0.3
16	Meetinstrument	Regionaal	1995	Geriatrie revalidatie in een verpleeghuis en de Barthel-index als graadmeter
17	Meetinstrument	Nationaal	2016	De waarde van indicatoren voor de Geriatrie Revalidatie Zorg - Een verkenning in de praktijk
18	Zorgpad	Regionaal	2017	Zorgpad Geriatrie Revalidatiezorg
19	Zorgprogramma	Lokaal	2013	UKON - Zorgprogramma Geriatrie CVA - revalidatie
20	Zorgprogramma	Zorgaanbieder	n.n.b.	Zorgprogramma Geriatrie Revalidatie - Vivent
21	Zorgprogramma	Nationaal	2018	Behandelprogramma Geriatrie Oncologische revalidatie

Tabel 1. Overzicht van openbare documenten m.b.t. goede GRZ

⁴ Opgenomen als Kwaliteitsstandaard op Zorginzicht.nl

De documenten kunnen worden opgesplitst in:

- Richtlijnen (n=9): onder richtlijnen vallen behandelkaders, handreikingen, documenten die hulp bieden bij de triage en toegang tot de GRZ en documenten om de GRZ goed in te richten.
- Meetinstrumenten (n=8): onder meetinstrumenten vallen documenten die meetinstrumenten specifiek voor de GRZ beschrijven en overzichten van meetinstrumenten die in de GRZ gebruikt kunnen worden. De meetinstrumenten die in deze overzichten staan en niet specifiek zijn voor de GRZ zijn niet als apart document aangehaald.
- Zorgpaden (n=1): onder zorgpaden vallen documenten die het proces dat de GRZ cliënt doorloopt beschrijven. Volgens Vanhaecht et al (2011) is *“een zorgpad is een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijds kader”*.
- Zorgprogramma's (n=3): onder zorgprogramma's vallen documenten die richting geven aan het behandelprogramma van de patiënt. De boer (2001) geeft de volgende definitie van een zorgprogramma: *“een geheel van specifieke, op elkaar afgestemde activiteiten (modules) en maatregelen, dat erop gericht is een optimaal effect te bewerkstelligen ten behoeve van een gedefinieerde groep hulpvragers (cliënten) met een overeenkomstige behoefte aan zorg en/of behandeling (doelgroep)”*.

Type inhoud van de beschrijvingen (bron: bureauonderzoek)

Het bureauonderzoek laat zien dat vijf van de dertien richtlijnen, zorgpaden en zorgprogramma's betrekking hebben op de *zorginhoud*. Dit is gedefinieerd als beschrijvingen waarin overeenstemming is gevonden over wat goede GRZ is. Dit betreft onderstaande documenten:

- Behandelkaders Geriatrische Revalidatie
- UKON - Zorgprogramma Geriatrische CVA - revalidatie
- Behandelprogramma Geriatrische oncologische revalidatie
- Comprehensive geriatric assessment (CGA)
- Zorgvraagzwaarte geriatrische revalidatiezorg - Opzet en uitwerking

De documenten over meetinstrumenten (n=8) zijn allemaal inhoudelijk van aard: ze beschrijven één of meerdere instrumenten die toegepast kunnen worden in de GRZ. Sommige documenten bevatten overzichten van passende meetinstrumenten. Andere documenten geven aan hoe het instrument toegepast moet worden in de praktijk.

Algemene vs. diagnose specifieke beschrijvingen (bron: bureauonderzoek)

De gevonden documenten zijn voornamelijk op algemeen niveau geschreven, dus niet specifiek per diagnosegroep. Voorbeelden zijn het Zorgpad Geriatrische revalidatiezorg (Academische werkplaats ouderenzorg Zuid-Limburg, 2017) en de Leidraad Geriatrische Revalidatie Zorg (Consortium Geriatrische Revalidatie: LUMC/VUmc/MUMC, 2013). Twee uitzonderingen zijn het zorgprogramma voor de Geriatrische CVA (UKON, 2013) en het behandelprogramma voor oncologische GRZ (Integraal Kankercentrum Nederland, 2018).

Ontwikkeling van beschrijvingen op landelijk, regionaal en lokaal niveau (bron: bureauonderzoek)

De beschrijvingen van goede zorg zijn met name landelijk en regionaal ontwikkeld. Zo heeft Verenso, de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde, de volgende documenten ontwikkeld in de loop van de jaren heen:

- Behandelkaders Geriatrische Revalidatie (2010)
- Triage Instrument Geriatrische Revalidatiezorg (2013)
- Handreiking Geriatrisch assessment door de specialist ouderen geneeskunde (2014a)
- Prestatie indicatoren Geriatrische Revalidatiezorg (2014b)
- Handreiking Multidisciplinair Overleg (MDO) (2015)

Ook hebben academische werkplaatsen documenten ontwikkeld als Handleiding - Basisset UNC-ZH Meetplan Geriatrische Revalidatie (Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland, 2018). Op basis van een zoektocht in openbare bronnen in Nederland is er maar één document op zorgaanbiedersniveau gevonden, namelijk het zorgprogramma Geriatrische Revalidatie van Vivent.

Beschrijvingen opgenomen in het register van Zorginzicht (bron: bureauonderzoek)

Het register van Zorginzicht is van en voor professionals die actief betrokken zijn bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Op Zorginzicht worden kwaliteitsstandaarden⁵, informatiestandaarden en meetinstrumenten⁶ gepubliceerd. Er zijn drie fases om een kwaliteitsstandaard te maken: voorbereiding, ontwikkeling en implementatie (Zorginzicht, 2019b).

Van alle geraadpleegde documenten is één document opgenomen in het register van Zorginzicht van het Zorginstituut. Dit is het Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) van de Federatie Medisch Specialisten uit 2010 (Zorginzicht, 2019c). Dit assessment wordt gebruikt bij de toegang tot GRZ. Daarnaast is er een algemeen Mikzo document opgenomen van Gutker de Geus (Zorginzicht, 2019d). Dit is echter niet het supplement voor de GRZ.

Ambulante zorg (bron: bureauonderzoek / expertgroep)

In landelijke- en regionale beschrijvingen van goede zorg wordt geen vermelding gemaakt van de (mogelijkheid tot) ambulante zorg in de GRZ. De expertgroep benoemt dat er ook nog geen tot nauwelijks onderzoek is uitgevoerd naar de ambulante GRZ in Nederland.

Internationale literatuur (bron: expertgroep)

De expertgroep geeft aan dat er internationaal veel literatuur voorhanden over de geriatrische revalidatie die input biedt voor de ontwikkelingen van beschrijvingen van goede zorg in Nederland.

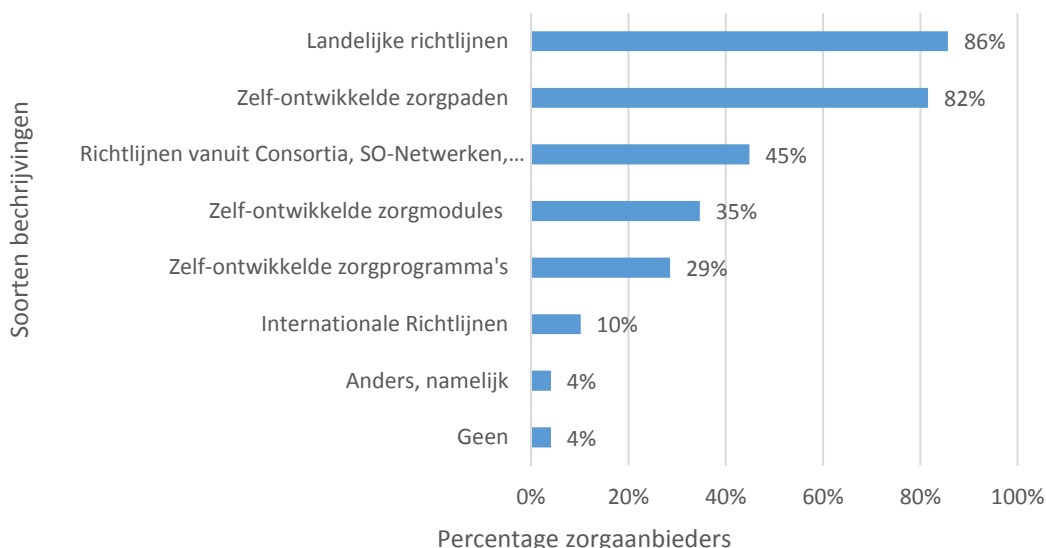
⁵ Kwaliteitsstandaard: een verzamelnaam van richtlijnen, zorgmodules en zorgstandaarden, die betrekking hebben op het gehele zorgproces en die vastleggen wat goede zorg is (Zorginzicht, 2019a)

⁶ Meetinstrumenten: verzamelnaam voor landelijk opgestelde kwaliteitsindicatoren en gevalideerde vragenlijsten.

Meetinstrumenten geven op systematische en reproduceerbare wijze een indicatie over de kwaliteit van de geleverde zorg door het resultaat van de meting te vergelijken met een eerder gekozen norm (Zorginzicht, 2019a)

3.3.2 Gebruik van beschrijvingen van goede zorg binnen de GRZ op landelijk en regionaal niveau (bronnen: enquête / interviews)

Figuur 9 laat zien dat veel zorgaanbieders gebruik maken van de landelijk ontwikkelde richtlijnen/handreikingen en documenten die zijn opgesteld door consortia en academische werkplaatsen of SO-netwerken.



Figuur 9. Gebruik van soorten beschrijvingen van goede zorg. Percentages van het totaal aantal respondenten (n=48) in de enquête.

Ook in de interviews komt naar voren dat aanbieders gebruik maken van beschrijvingen van goede zorg die landelijk beschikbaar zijn: *“Als we iets op gaan zetten, dan kijken we altijd eerst naar wat er landelijk is. Er is echter op dit moment niet veel.”* In de interviews (n=4) wordt met name gerefereerd aan de documenten van Verenso. Specifiek komt het triage instrument voor de GRZ naar voren als veel gehanteerd hulpmiddel. Daarnaast wordt ook het nieuwe behandelprogramma voor oncologische GRZ (Integraal Kankercentrum Nederland, 2018) benoemd. Tot slot wordt de Handleiding - Basisset UNC-ZH Meetplan Geriatrische Revalidatie (Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland, 2018) aangehaald.

Drie zorgaanbieders geven in de interviews aan betrokken te zijn bij academische centra. Leiden wordt genoemd als universiteit waarbij de zorgaanbieder leert van de ontwikkelde klinimetric. Ook het Universitair netwerk ouderen VUmc, specifiek de groep GRZ, wordt genoemd.

3.3.3 Samenwerking tussen zorgaanbieders bij opstellen regionale documenten (bronnen: interviews / enquête / expertgroep)

De geïnterviewde zorgaanbieders verschillen in hoeverre de documenten zelfstandig of gezamenlijk zijn opgesteld. Vijf zorgaanbieders geven aan in een (lerend) netwerk of consortium te zitten met één of meerdere aanbieders. Deze vijf zorgaanbieders ontwikkelen deels samen de documenten binnen hun netwerken. De andere drie zorgaanbieders ontwikkelen de beschrijvingen van goede zorg zelfstandig binnen hun eigen organisatie.

De enquête laat zien dat er een verschil is in het niveau waarop zorgpaden ontwikkeld zijn voor de verschillende diagnosegroepen. Bij de groep CVA is:

- 51% van de zorgpaden op regionaal, organisatie-overstijgend niveau ontwikkeld;
- 36% van de zorgpaden op organisatie niveau ontwikkeld.

Bij de groepen Electieve orthopedie, Trauma en Amputatie is:

- 18% tot 32% op regionaal, organisatie-overstijgend niveau ontwikkeld;
- 49% tot 61% op organisatie niveau is ontwikkeld.

De expertgroep geeft aan dit onderscheid te herkennen. De belangrijkste reden hiervoor is dat er al heel lang CVA zorgketens bestaan waarin regionaal beschrijvingen van goede zorg worden opgesteld.

Tot slot geven nagenoeg alle geïnterviewde zorgaanbieders aan dat er veel inhoudelijke uitwisseling plaatsvindt, maar niet altijd specifiek voor de GRZ en ook niet altijd met als doel beschrijvingen van goede zorg op te stellen. Ten eerste vindt er uitwisseling plaats op het niveau van specifieke diagnoses. Zo zijn er CVA netwerken en Parkinsonnetwerken. Ten tweede vindt er uitwisseling plaats over de ketens heen. Zo zijn er netwerken met SO's uit de regio en het ziekenhuis. Deze gaan deels over de GRZ, maar ook over andere zorg waarbij patiënten vanuit het ziekenhuis doorstromen naar de ouderenzorg. Tot slot vindt er kennisdeling plaats via intercollegiale toetsing en is er de verplichte nascholing.

3.4 Beschrijvingen van goede zorg binnen de GRZ op lokaal niveau

Paragraaf 3.4 bestaat uit de volgende onderdelen:

- 3.4.1 beschrijft de definities die zorgaanbieders gebruiken voor zorgpaden en zorgprogramma's.
- 3.4.2 beschrijft de bevindingen voor de vier diagnosegroepen GRZ.
- 3.4.3 gaat specifiek in op de resultaten voor de diagnosegroep Overig.
- 3.4.4 geeft een beschrijving van de omschreven zorgmodules door zorgaanbieders.
- 3.4.5 gaat in op de meerwaarde van beschrijvingen van goede zorg voor zorgaanbieders.

3.4.1 Definities van zorgprogramma's / zorgpaden door zorgaanbieders (bron: enquête)

De volgende definities zijn voor zorgpaden en zorgprogramma's gevonden:

- Vanhaecht et al (2011) beschrijft een zorgpad als *"een 'complexe interventie' om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijds kader."*
- De boer (2001) geeft de volgende definitie van een zorgprogramma: *"een geheel van specifieke, op elkaar afgestemde activiteiten (modules) en maatregelen, dat erop gericht is een optimaal effect te bewerkstelligen ten behoeve van een gedefinieerde groep hulpvragers (cliënten) met een overeenkomstige behoefte aan zorg en/of behandeling (doelgroep)".*

Uit de enquête blijkt dat er nog geen eenduidigheid is in het gebruik van bovenstaande definities onder zorgaanbieders. Tabel 2 laat een aantal voorbeelden zien van definities zoals zorgaanbieders het zelf beschrijven.

Zorgprogramma	Zorgpad
<i>"Zorgprogramma's vormen een soort bundeling van individueel te doorlopen zorgtrajecten."</i>	<i>"Een zorgpad vormt een algemeen kader, een soort overview van wat we doen."</i>
<i>"Een specifiek beschreven onderdeel van een zorgpad en wat binnen het zorgpad ook kan wisselen."</i>	<i>"Een zorg-specifieke lijn voor behandeling / verzorging / revalidatie uitgezet in tijd en op inhoud."</i>
<i>"Beschrijving van visie, doelgroep, proces en kennismanagement waarbij zorgpaden en modules onderdeel zijn."</i>	<i>"Overzicht aan activiteiten van verschillende disciplines in tijd uitgeschreven, vanaf week 1 per dag, vanaf week 2 per week."</i>
<i>"In een zorgprogramma staat beschreven wat de vereiste specialistische kennis en kunde is voor een bepaalde doelgroep. Doel is kwaliteit van zorg verbeteren en optimaliseren."</i>	<i>"Is een afgeleide van een zorgprogramma en meer gedetailleerd op medewerker en cliënt niveau."</i>

Tabel 2. Een aantal definities aangeleverd door verschillende zorgaanbieders

De definitie van een zorgpad heeft een aantal aspecten die veelvuldig terugkomen in de definities van de verschillende zorgaanbieders (bron: enquête):

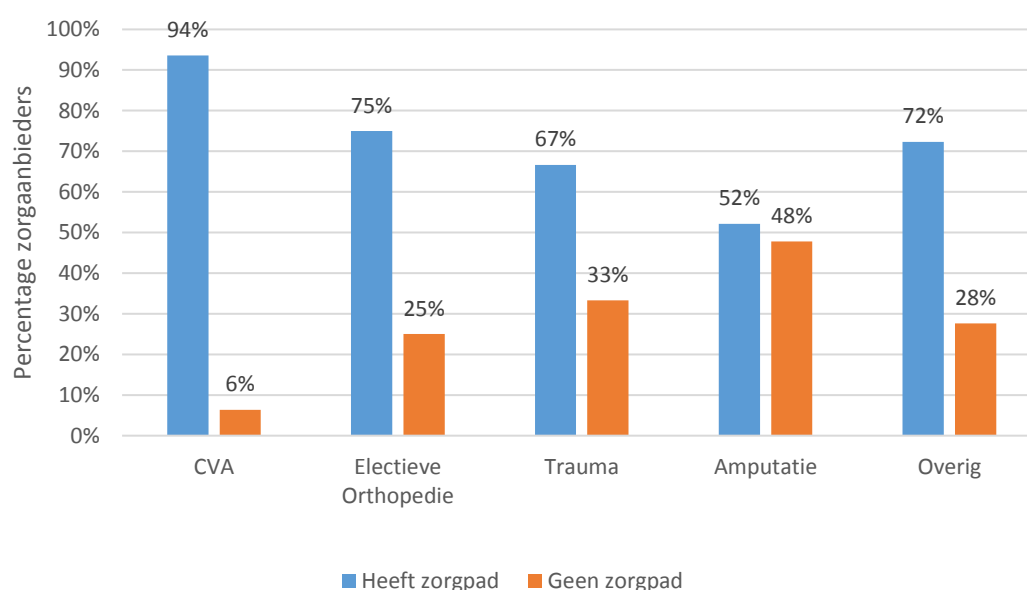
- Een zorgpad beschrijft een zorgtraject van opname tot ontslag, hierbij zijn de verschillende paden gespecificeerd op diagnosegroep of zelfs op subdiagnosegroep.
- Ook wordt bij de meeste zorgaanbieders een zorgpad gezien als een beschrijving voor benodigde zorgactiviteiten per (sub)diagnosegroep.

De definitie van een zorgprogramma verschilt enorm onder de zorgaanbieders (*bron: enquête*):

- Sommige zorgaanbieders definiëren een zorgprogramma met aspecten die bovenstaand benoemd zijn voor een zorgpad.
- Andere zorgaanbieders zien een zorgprogramma als overkoepelend over verschillende patiëntgroepen, met onderdelen zoals beschrijvingen van geriatrisch assessment / triage, MDO, zorgpaden, zorgmodules.

3.4.2 Beschrijvingen voor de vier diagnosegroepen GRZ - excl. Overig (*bron: enquête / interviews*)

De overgrote meerderheid van de betrokken zorgaanbieders, 92% uit de enquête en 100% van de geïnterviewde aanbieders, heeft zorgprogramma's / zorgpaden ontwikkeld op diagnosegroep niveau zoals in Figuur 10 ook weergegeven is.



Figuur 10. Verdeling ontwikkelde zorgprogramma's / zorgpaden over diagnosegroepen (geanalyseerd voor zorgaanbieders die daadwerkelijk zorg leveren voor de specifieke diagnose). Percentages van het totaal aantal respondenten (N=48) in de enquête.

Uit de enquête blijkt dat een aantal zorgaanbieders binnen de genoemde diagnosegroepen een verdere onderverdeling maakt. Hierbij zijn enkel de zorgaanbieders die ook daadwerkelijke zorg leveren voor die specifieke diagnoses meegenomen in de resultaten.

Diagnosegroep CVA

Binnen de diagnosegroep CVA blijkt dat voornamelijk één algemeen zorgprogramma / zorgpad is beschreven. Er zijn echter een paar uitzonderingen hierop aangegeven door de respondenten, te weten (percentage van respondenten die een zorgpad CVA hebben):

- Hoog intensief / complex (8 %)
- Laag intensief / complex (8 %)
- Cognitieve stoornissen (4 %)
- Sub Arachnoïdale Bloeding (SAB) (2 %)
- Afasie (2 %)

Diagnosegroep Electieve Orthopedie

Ook bij de groep Electieve Orthopedie heeft het merendeel van de respondenten geen verdere onderverdeling gemaakt binnen de diagnosegroep. Er zijn echter een paar uitzonderingen hierop aangegeven door de respondenten, te weten (percentage van respondenten die een zorgpad Electieve Orthopedie hebben):

- Heup nieuwe prothese (30 %)
- Knie nieuwe prothese (16 %)
- Heup revisie (14 %)
- Overige electieve orthopedie – laag complex (11 %)

Diagnosegroep Trauma

Ook binnen de diagnosegroep Trauma wordt door de meeste respondenten één algemeen zorgpad gehanteerd (70%). Er is één uitzondering hierop aangegeven door de respondenten, te weten (percentage van respondenten die een zorgpad Trauma hebben):

- Heupfactuur (30%)

Diagnosegroep Amputatie

Evenals de eerder genoemde diagnosegroepen heeft ook bij Amputatie de meerderheid van de zorgaanbieders uit de enquête één algemeen zorgpad ontwikkeld (88%). Er zijn echter een paar uitzonderingen hierop aangegeven door de respondenten, te weten (percentage van respondenten die een zorgpad Amputatie hebben):

- Amputatie boven- en onderbeen laag complex (10 %)
- Amputatie boven- en onderbeen hoog complex (10 %)

De geïnterviewde zorgaanbieders bevestigen dat de meeste zorgprogramma's / zorgpaden op algemeen niveau beschreven zijn binnen de verschillende diagnosegroepen.

Overwegingen zorgprogramma's / zorgpaden voor uitsplitsing in diagnosegroepen

(bron: interviews)

De meerderheid van de zorgaanbieders maakt een uitsplitsing voor zorgprogramma's / zorgpaden op basis van diagnosegroepen. Daarnaast maakt een aantal van de geïnterviewde zorgaanbieders een verdere uitsplitsing binnen de diagnosegroepen op basis van subdiagnoses, waarvoor zij aparte zorgprogramma's / zorgpaden hebben ontwikkeld. Hiervoor benoemen de geïnterviewden de volgende overwegingen:

- Het veelvuldig voorkomen van bepaalde subdiagnoses binnen de diagnosegroep binnen de organisatie.
- Dat de betreffende doelgroep binnen een diagnosegroep zich leent voor standaardisatie van de geleverde zorg.

Een uitzondering op bovenstaande wordt gemaakt door één van de geïnterviewden. Zij hebben er bewust voor gekozen om een opdeling te maken in slechts twee groepen, te weten CVA en een groep met alle andere diagnosegroepen bij elkaar met de volgende overwegingen:

- Bij CVA betreft het neurologische problematiek en dit vereist specifieke zorg in vergelijking met de andere diagnosegroepen. Waarbij naast het functionele herstel ook herstel van het hersenletsel een revalidatiedoel.
- Bij de Overige groep staan conditieopbouw, mobiliteit en motoriek voorop in de revalidatiedoelen. Elk van de diagnoses heeft een revalidatie gericht op deze drie punten en behoeft daardoor eenzelfde soort zorgprogramma / zorgpad, enkel de oorzaak van de problemen is divers.

Inhoud van zorgprogramma's / zorgpaden, inclusief beslissingscriteria (bron: interviews)

Er zijn een aantal overeenkomsten die gelden voor alle geïnterviewde zorgaanbieders aangaande de inhoud van de beschrijvingen.

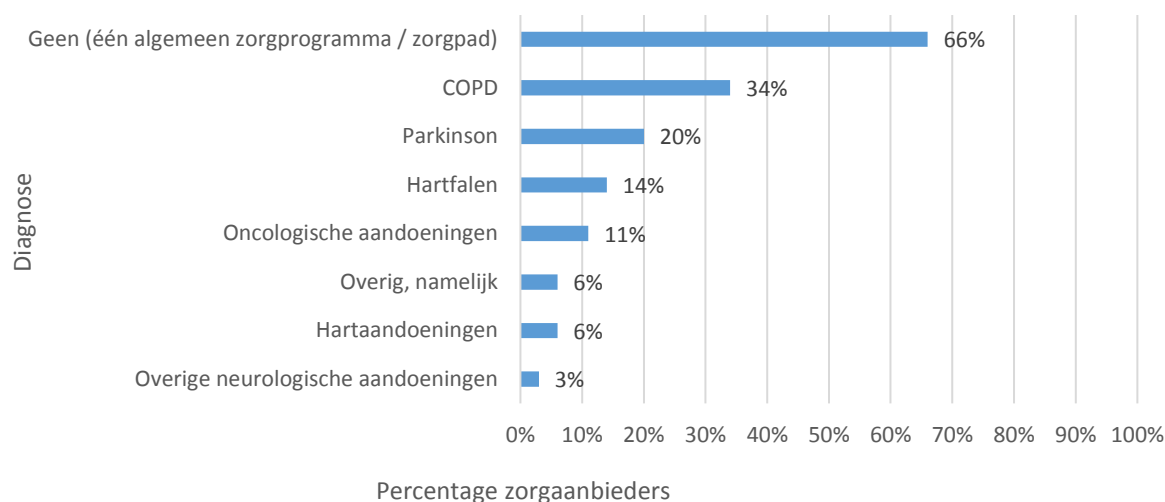
- Ten eerste staat bij zeven van de geïnterviewde zorgaanbieders in het zorgprogramma / zorgpad beschreven "wie wordt wanneer ingeschakeld". Daarbij geven ze aan weg te blijven bij wat een discipline gaat doen: *"Dat je ergotherapeut inschakelt ligt in het zorgpad, wat deze therapeut doet moet hij zelf bepalen."*
- Ten tweede zijn er bij vijf van de geïnterviewde zorgaanbieders ook afspraken gemaakt met andere organisaties, zoals een ziekenhuis. Dit is voornamelijk terug te vinden voor CVA zorgprogramma's / zorgpaden.
- Ten derde is bij alle zorgaanbieders de diagnose bepalend voor het instromen in een bepaald zorgprogramma / zorgpad. Deze diagnose wordt al gesteld op het moment van aanmelding door middel van de triage. Zorgaanbieders geven aan dat alle patiënten in een beschrijving vallen. Vervolgens wordt er gekeken naar een nadere uitsplitsing bijvoorbeeld op basis van intensiteit en duur van het traject. Toch benadrukken meerdere aanbieders dat het ook echt eindigt in een individueel behandelplan. Een voorbeeld van een uitsplitsing in duur van het traject die wordt gegeven door een zorgaanbieder: *"Binnen de diagnosegroep Trauma hebben wij verschillende zorgprogramma's, namelijk voor 3 weken, 6 weken, 10 weken of meer dan 10 weken."*
- Ten vierde maken zorgaanbieders gebruik van een aantal overeenkomstige uitstroomcriteria waarbij zelfstandig functioneren van ADL en zelfstandige toiletgang de meest voorkomende zijn. Ook worden door een enkeling mogelijkheid tot alarmeren, een familiegesprek en gevaarcriteria gehanteerd als uitstroomcriteria. Daarbij wordt door alle zorgaanbieders vermeld dat het bepalen van uitstroom gebaseerd is op revalidatiedoelen, welke voor elke patiënt individueel bepaald dienen te worden.

Er is ook sprake van een aantal verschillen in inhoud van zorgprogramma's / zorgpaden tussen de verschillende zorgaanbieders.

- Ten eerste geeft één van de geïnterviewde zorgaanbieders aan dat zij met name de inzet van de behandelaar in tijd hebben uitgedrukt in het zorgpad.
- Ten tweede heeft één van de geïnterviewde zorgaanbieders ervoor gekozen om het zorgprogramma te vertalen naar een specifieke structuur: namelijk naar een Excel bestand, waaruit volgt in welk zorgproduct een patiënt waarschijnlijk uit komt.
- Ten derde geeft een aantal geïnterviewde zorgaanbieders aan wel beslissingscriteria opgenomen te hebben, en anderen niet.
- Ten vierde benoemt één van de geïnterviewde zorgaanbieders specifiek dat is opgenomen in het zorgpad welke klinimetrie en meetinstrumenten worden ingezet.

3.4.3 Beschrijvingen voor de diagnosegroep Overig (bronnen: enquête / interviews)

De resultaten van de enquête laten zien dat de meerderheid (66%) van de zorgaanbieders een algemeen zorgprogramma / zorgpad heeft beschreven voor de groep Overig. Een aantal zorgaanbieders heeft binnen de groep Overig zorgprogramma's / zorgpaden op specifieke diagnoses, waarbij COPD (34%) en Parkinson (20%) de meest voorkomende zijn (Figuur 11).



Figuur 11. Type zorgprogramma's / zorgpaden binnen diagnosegroep Overig. Percentages van het totaal aantal respondenten (n=48) in de enquête.

Ook vanuit de interviews komt naar voren dat een verdere opdeling in diagnoses binnen de groep Overig gebruikelijk is. Vooral een zorgprogramma / zorgpad voor Oncologie blijkt veelvuldig gebruikt te worden (n=8). De helft van de zorgaanbieders heeft hiervoor al een zorgprogramma / zorgpad ontwikkeld en het andere deel van de zorgaanbieders ziet dit nog als ontwikkelwens voor de nabije toekomst. Daarnaast zijn er ook zorgprogramma's / zorgpaden voor de diagnoses Parkinson, COPD en Hartrevalidatie door meerdere geïnterviewde zorgaanbieders (n ≥ 2) ontwikkeld.

Twee van de geïnterviewde zorgaanbieders hebben geen aparte zorgprogramma's / zorgpaden ontwikkeld binnen de diagnosegroep Overig. Eén zorgaanbieder heeft de vijf diagnosegroepen aangehouden zoals opgenomen in de NZa typeringslijst (2018). De andere zorgaanbieder heeft enkel de groep CVA benoemd en alle andere diagnoses samengevoegd in de diagnosegroep Overig (zie paragraaf 3.4.2).

Overwegingen zorgprogramma's / zorgpaden binnen diagnosegroep Overig (bronnen: interviews / expertgroep)

De zorgaanbieders geven drie overwegingen om binnen de diagnosegroep Overig aparte zorgprogramma's / zorgpaden te ontwikkelen.

1. Een bepaalde diagnose vormt een significant deel van de GRZ-populatie op het moment van het ontwikkelen van beschrijvingen van goede zorg,
2. Een bepaalde diagnose vraagt om een specifieke of andere inzet van het GRZ-behandelteam.
3. De diagnose staat landelijk in de belangstelling doordat er een document is verschenen en/of er een bijeenkomst over plaatsvindt (diagnose Oncologie).

De expertgroep geeft aan bovenstaande overwegingen te herkennen.

Een van de geïnterviewde zorgaanbieders licht hun overwegingen toe voor het ontwikkelen van een apart zorgprogramma / zorgpad voor Oncologie. Zij geven aan dat zowel revalidatiedoel als de inzet van het behandelteam anders is (overweging 2). *“Bij de oncologische patiënten die wij zien is het doel om de patiënt stabiel te houden, zodat de patiënt klaar is voor de volgende chemo. Dit is anders ten opzichte van andere revalidatiegroepen, waarbij het doel is om weer op te bouwen qua motoriek, functionaliteit en belastbaarheid.”* Ook benoemt deze zorgaanbieder dat de focus meer ligt op levensvragen en hoe ga ik om met dat ik mogelijk niet meer beter word. Dit vraagt inzet van meer psychologische- en geestelijke zorg en een andere mindset van het behandelteam.

Inhoud van zorgprogramma's / zorgpaden, inclusief beslissingscriteria (bron: interviews)

Vanuit de interviews is duidelijk dat er binnen de diagnosegroep Overig ook specifieke diagnosegroepen worden onderscheiden. Indien organisaties specifieke zorgprogramma's / zorgpaden voor deze diagnoses hebben ontwikkeld, zullen de betreffende patiënten op basis van hun diagnose hieraan worden toegewezen. Hierbij zijn Oncologie, Parkinson, COPD en hartrevalidatie de meest genoemde voorbeelden.

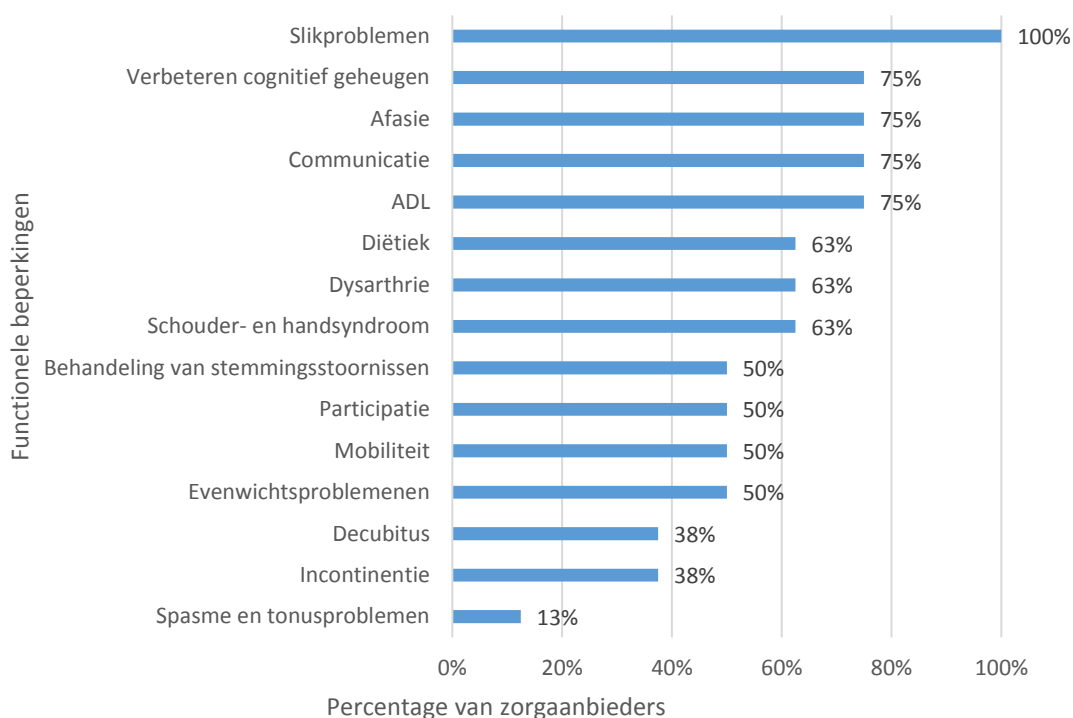
Verwachte ontwikkelingen binnen diagnosegroep Overig (bron: interviews)

De geïnterviewde zorgaanbieders laten weten dat er nog ontwikkelwensen zijn voor zorgprogramma's / zorgpaden binnen de diagnosegroep Overig. De meerderheid van de geïnterviewden richt zich op de ontwikkeling van een zorgprogramma / zorgpad voor Cognitieve revalidatie / PG (n=3) en voor Oncologie (n=3). Daarnaast willen zorgaanbieders zorgprogramma's / zorgpaden ontwikkelen voor de diagnosegroepen Respiratoir, COPD, Longziekten, Parkinson en Cardiovasculaire aandoeningen (n ≥ 1). Één van de zorgaanbieders heeft de wens om Cognitieve revalidatie te beschrijven in een zorgmodule. Deze zorgmodule kan dan ingezet worden bij verschillende diagnosegroepen.

3.4.4 Beschrijvingen zorgmodules (bronnen: enquête / interviews / expertgroep)

Zorgmodules worden gedefinieerd als beschrijvingen van specifieke aanvullende zorg en/of behandelingen, welke kunnen worden ingezet binnen alle verschillende diagnosegroepen.

Uit de enquête blijkt dat 35% van de zorgaanbieders beschikt over zelf-ontwikkelde zorgmodules, dit zijn zowel zorgmodules voor functionele beperkingen als diagnose-specifieke zorgmodules. Bij een vervolgvraag geven acht zorgaanbieders aan zorgmodules te beschrijven specifiek voor functionele beperkingen. Van deze zorgaanbieders heeft 100% modules voor slikproblemen en 75% voor ADL, Communicatie, Afasie en Verbeteren van cognitief geheugen. Daarnaast heeft 63% van de aanbieders een zorgmodule ontwikkeld voor Schouder- en handsyndroom, Dysarthrie en Diëtiëk (Figuur 12)



Figuur 12. Aandeel van de zorgaanbieders met zorgmodules voor de specifieke functionele beperkingen. Percentages van het aantal respondenten dat zorgmodules ontwikkeld heeft (N=17; 35% van N=48) in de enquête.

Met verschillende geïnterviewde zorgaanbieders is de wens om meer modulaire zorgpaden te ontwikkelen besproken. Van de acht aanbieders is er op dit moment één die daadwerkelijk zorgmodules heeft ontwikkeld. Dit zijn modules op de onderdelen co-morbiditeit en ambulante zorg. Dit laat zien dat zorgmodules niet alleen gebaseerd worden op functionele beperkingen, maar ook op een aandachtspunt in het revalidatietraject of op duur van het revalidatietraject. Een andere zorgaanbieder sprak tijdens het interview wel de wens uit voor ontwikkeling van zorgmodules. *“Het zou fijn zijn als er zorgmodules ingezet zouden kunnen worden voor functionele beperkingen, zoals slikstoornissen of communicatieproblematiek. Hiervoor zal een raamwerk op landelijk niveau nodig zijn, en op lokaal niveau zal hier specifieke invulling aan gegeven moeten worden.”*

In de expertgroep is de ontwikkeling van zorgmodules uitgebreid besproken.

- Ten eerste voegen de experts toe dat er generieke zorgmodules op functionele beperkingen ontwikkeld kunnen worden en daarnaast zorgmodules die diagnose-specifiek zijn.
- Ten tweede kan er binnen een zorgmodule onderscheid gemaakt worden in intensiteit en duur van de behandeling.

Zorgmodules in relatie tot zorgprogramma's / zorgpaden (bronnen: enquête)

De enquête geeft weer dat bepaalde zorgmodules gekoppeld kunnen worden aan reeds bestaande zorgprogramma's / zorgpaden (tabel 3). Hierbij is duidelijk dat de bestaande zorgmodules veelal gekoppeld kunnen worden aan het zorgprogramma / zorgpad CVA. En verder is te zien dat een zorgmodules voor ADL en voor Diëtiëk volgens de meeste zorgaanbieders aan alle diagnosegroepen gekoppeld kunnen worden.

	Totaal aantal zorgaanbieders	CVA	Electieve orthopedie	Trauma	Amputatie	Overig
ADL	6	6	6	6	4	5
Diëtiëk	5	5	4	5	4	4
Mobiliteit	4	4	4	4	3	4
Participatie	4	4	4	4	3	4
Verbeteren cognitief geheugen	6	6	3	3	2	5
Evenwichtsproblemen	4	4	4	4	2	3
Slikproblemen	8	8	1	1	1	3
Incontinentie	3	3	3	3	2	3
Decubitus	3	3	3	3	2	3
Behandeling van stemmingsstoornissen	4	3	3	3	2	3
Communicatie	6	6	2	2	1	2
Schouder- en handsyndroom	5	5	1	1	1	2
Afasie	6	6	1	1	1	1
Dysarthrie	5	5	1	1	1	1
Spasme en tonusproblemen	1	1	1	1	1	1

Tabel 3. Overzicht aan welk zorgprogramma / zorgpad van zorgmodules voor functionele beperkingen gekoppeld kunnen worden.

3.4.5 Meerwaarde gebruik beschrijvingen van goede zorg (bron: enquête / interviews)

59% van de GRZ aanbieders geeft in de enquête aan dat zorgprogramma's / zorgpaden gebruikt worden in de praktijk. Ook volgt uit de enquête dat de meerderheid van de aanbieders vindt dat zorgprogramma's / zorgpaden bijdragen aan een verbetering van:

- de communicatie en coördinatie tussen de zorgverleners onderling (90%);
- de efficiëntie van de zorg (82%);
- de kwaliteit van de geleverde zorg (78%);
- de uitkomsten van de geleverde zorg (69%);
- de effectiviteit van zorg (69%);

In de interviews komt eenzelfde beeld naar voren. Zes geïnterviewden zien de meerwaarde van het gebruik van beschrijvingen van goede zorg. Aan de andere kant blijkt bij doorvragen in de interviews ook dat GRZ aanbieders niet altijd prioriteit geven aan de ontwikkeling van zorgprogramma's, zorgpaden en zorgmodules (n=2). Hiervoor geven zij twee redenen:

- Een deel van de zorgprogramma's / zorgpaden blijft op de plank liggen.
- Het vraagt veel inspanning van de GRZ aanbieder om de zorgprogramma's zorgpaden te ontwikkelen. De tweede reden vloeit voort uit de beperkte samenwerking tussen GRZ aanbieders als het gaat om de ontwikkeling van beschrijvingen van goede zorg. Een landelijk initiatief voor de ontwikkeling van zorgprogramma's / zorgpaden zou deze reden wegnemen.

3.5 De ontwikkelde zorginhoud binnen de context zorg voor kwetsbare groepen

Paragraaf 3.5 plaatst de ontwikkelde zorginhoud binnen de context voor kwetsbare groepen. Het betreft ten eerste een overzicht van de verschillen en overeenkomsten tussen GRZ, ELV en EMB (3.5.1). Ten tweede wordt het gebruik van zorgprogramma's / zorgpaden voor ELV, EMB en Wlz-crisis zorg bediscussieerd (3.5.2).

3.5.1 Verschillen en overeenkomsten tussen GRZ, ELV en EMB *(bronnen: interviews / expertgroep)*

GRZ, ELV en EMB zijn aan de voorkant afgebakend in verschillende aanspraken. Ook zijn hiervoor hulpmiddelen ontwikkeld, zoals het triage instrument GRZ en het afwegingsinstrument ELV. Zowel geïnterviewde zorgaanbieders als de experts geven aan dat het bij aanmelding voor 80 tot 90% van de patiënten duidelijk is voor welke financiering zij in aanmerking komen. Deze eerste inschatting wordt veelal gedaan in het ziekenhuis. Vervolgens wordt bij een aantal GRZ aanbieders de triage vanuit het ziekenhuis of de huisarts opnieuw bekeken. Er blijft dan een groep tussen de 10 en 20% over waarover veel discussie wordt gevoerd. Dit blijkt ook uit voorliggend onderzoek.

Alle geïnterviewde zorgaanbieders ervaren wat betreft laatstgenoemde groep een grijs gebied tussen de drie zorgsoorten. Zowel zorgaanbieders als experts geven aan dat het in alle drie de financieringen (ELV, GRZ en EMB) gaat over kwetsbare ouderen. Wel hebben deze kwetsbare ouderen in alle financieringen een andere behoefte qua inzet van geneeskundige-, paramedische- en verpleegkundige zorg. De zorgbehoefte speelt een cruciale rol in het al dan niet kiezen voor een opname of ambulant traject.

Specifiek vinden de geïnterviewde zorgaanbieders afbakening tussen ELV en GRZ lastig (n=5). Zo geven twee geïnterviewde zorgaanbieders aan dat ELV Hoog Complex gezien wordt als een soort 'GRZ-light'. Daarnaast ervaren zij problemen met de indicering van ELV of GRZ (n=5). Uit de interviews volgt dat er geen overeenstemming is tussen GRZ aanbieders over wat de verschillen en overeenkomsten zijn tussen GRZ en ELV. Zo zijn de geïnterviewde zorgaanbieders het bijvoorbeeld oneens of de kans op terugkeer naar de thuissituatie groter of kleiner is bij ELV patiënten en of ELV juist wel of niet goed werkt in het revalidatieklimaat. De expertgroep benadrukt dat op dit moment de zorgbehoefte een belangrijke rol speelt bij al dan niet een opname. Terwijl je eigenlijk zou verwachten dat de revalidatiebehoefte op dit moment een belangrijke rol zou spelen in het al dan niet triageren voor GRZ.

Een mogelijke oplossingsrichting die genoemd is door de geïnterviewde zorgaanbieders (n=3) is een grotere regierol voor de specialist ouderengeneeskunde. Hierbij zien zij mogelijkheden om de zorg zo in te richten dat de specialist ouderengeneeskunde bijvoorbeeld een week heeft om een passende financieringsstroom te kiezen. Dit is nodig omdat na langere observatie pas blijkt welke problematiek er precies speelt bij de patiënt en in hoeverre het in de lijn der verwachting ligt dat een patiënt na vervolgzorg weer naar huis kan of niet. Dit bepaalt welke zorginzet nodig is.

In het land wordt ook geëxperimenteerd met een grotere rol van de specialist ouderengeneeskunde door middel van de observatiebedden (CWZ, CZ, Kalorama, ZZG Zorggroep; 2018). *"Dankzij observatiebedden krijgen kwetsbare ouderen sneller de juiste zorg op de juiste plek"* (CWZ, 2018). Andere voordelen zijn:

- Verminderde druk op de hele zorgketen
- Minder onnodige ziekenhuisopnames van kwetsbare ouderen

- Indicatiestelling vindt plaats in rustige omgeving die beter is voor kwetsbare ouderen
- Minder verhuizingen van patiënten
- Patiënten kunnen bij één aanbieder blijven *"dat betekent minder belasting voor de patiënt, minder regeldruk én minder kosten"* (Van Rens in CWZ, 2018).

De indicatiestelling bij patiënten die gebruik maken van de observatiebedden duurt gemiddeld 10 dagen, een maximum van twee weken lijkt daarom passend. Verder geven de deelnemers aan de pilot aan dat goede ketenafspraken en samenwerking met alle betrokkenen (Ziekenhuis, GRZ aanbieder, huisartsen, bureau BCI, CIZ en zorgverzekeraar) randvoorwaardelijk zijn. De pilot met observatiebedden is positief ervaren door de deelnemende organisaties en zij adviseren de gemaakte afspraken te continueren en uit te rollen in andere regio's. (CWZ, CZ, Kalorama, ZZG Zorggroep, 2018; CWZ, 2018). Het ministerie van VWS geeft aan dat financiering voor observatiebedden sinds 2019 mogelijk is binnen het ELV (Bruins, 2018)⁷.

De expertgroep concludeert dat de opzet en doorlooptijd van het onderzoek maken dat er geen uitspraken gedaan kunnen worden over een eventueel bestaand onderscheid in patiëntkenmerken tussen ELV, GRZ en EMB. Hiervoor dient bijvoorbeeld gedefinieerd te worden welke patiëntkenmerken onderzocht moeten worden en hiervoor is uitgebreid onderzoek nodig. Een review van internationale literatuur zou hier ten minste onderdeel van moeten zijn. De expertgroep vermoedt dat er wel een onderscheid in patiëntkenmerken wordt gevonden wanneer een dergelijk onderzoek wordt uitgevoerd.

3.5.2 Gebruik zorgprogramma's / zorgpaden voor ELV, EMB en Wlz-crisis zorg (bronnen: enquête / expertgroep)

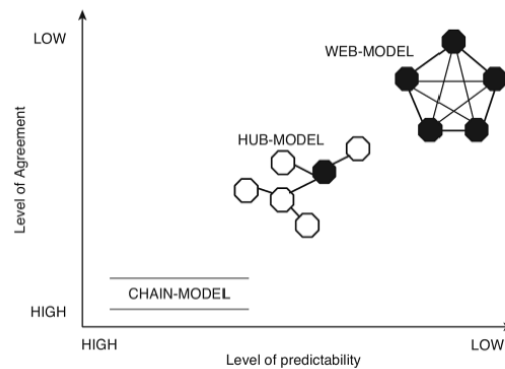
Een groot deel van de zorgaanbieders geeft aan dat de ontwikkelde zorgprogramma's / zorgpaden en –modules ook geschikt zijn voor ELV (73% van respondenten, n=48). Een kleiner deel vindt de ontwikkelde zorgprogramma's / zorgpaden geschikt voor EMB (24%) of Wlz zorg (10%). In de enquête is niet uitgevraagd wat de beweegredenen hierachter zijn.

Met de expertgroep zijn bovenstaande resultaten geïnterpreteerd. De expertgroep benoemt drie redenen waarom zorgaanbieders waarschijnlijk deze conclusie trekken.

- Ten eerste kan de expertgroep zich voorstellen dat zorgaanbieders de methodiek van zorgprogramma's / zorgpaden ook geschikt vinden voor ELV. De experts kunnen zich hierin vinden.
- Ten tweede zijn er mogelijke inhoudelijke beweegredenen. Zo vinden veel zorgaanbieders dat ELV-Hoog Complex en GRZ op elkaar lijken. De expertgroep is het hier overigens niet mee eens. Zij geven aan dat op basis van de afspraken GRZ en ELV er een duidelijk verschil in doelgroep is.
- Tot slot kunnen de experts zich voorstellen dat de zorgmodules die ontwikkeld zijn voor de GRZ in een lage intensiteit ingezet kunnen worden bij het ELV.

⁷ Zie ook de regeling ELV, artikel 6.5

In de expertgroep is bediscussieerd welke vorm zorgprogramma's / zorgpaden zouden moeten hebben. Hiervoor zijn modellen van coördinatie van zorg besproken (Sermeus & Vanhaecht, 2009 in Vanhaecht et al., 2010). De y-as in Figuur 13 beschrijft de mate van overeenstemming betreffende de inhoud en organisatie van zorg. De x-as beschrijft de voorspelbaarheid van de zorg. Op basis van deze twee assen zijn er drie modellen die de coördinatie van zorg beschrijven: het chain-model, het hub-model en het web-model. Zorgaanbieders beschrijven momenteel hun zorgprogramma's/ zorgpaden met name als een



Figuur 13. Modellen van coördinatie van zorg besproken (Sermeus & Vanhaecht, 2009 in Vanhaecht et al., 2010).

chain-model, terwijl de GRZ doelgroep per definitie een doelgroep is waarbij kwetsbaarheid en onvoorspelbaarheid een grote rol speelt. Een hub-model of een web-model zou meer passend zijn. In de praktijk zien de experts dat er ook steeds meer gewerkt wordt volgens het hub-model en het web-model. Het hub-model past bijvoorbeeld bij de ontwikkeling van de zorgmodules. Het web-model past bij de ontwikkeling dat de regie over de patiënt verandert gedurende het traject. Bijvoorbeeld bij de geriatrische oncologie-patiënten waarbij de regie wisselt tussen de oncoloog, specialist ouderengeneeskunde en huisarts.

Op basis van de bespreking van de modellen heeft de expertgroep drie adviezen geformuleerd:

1. Richt bij het ontwikkelen van beschrijvingen van goede zorg met name op het ontwikkelen van zorgmodules en maak die waar mogelijk generiek (en niet diagnose specifiek).
2. Bouw de huidige zorgprogramma's / zorgpaden niet om naar het hub-model en het web-model. De modellen bieden wel inspiratie voor het verder ontwikkelen van zorgprogramma's/ zorgpaden.
3. Ontwikkel niet oneindig veel zorgmodules. Het is belangrijk dat ze functioneel zijn voor de inzet van goede zorg door zorgaanbieders.

4. Conclusie en aanbevelingen

Dit onderzoek heeft als doel op hoofdlijnen de ontwikkelde zorginhoud voor de GRZ in kaart te brengen, in de context van de doorontwikkeling van de zorg voor kwetsbare groepen. Dit hoofdstuk beschrijft de conclusies (4.1) en aanbevelingen (4.2).

4.1 Conclusies

Op basis van de geschetste resultaten in hoofdstuk 3 kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

1. **Zorgaanbieders gebruiken verschillende termen om beschrijvingen van goede zorg aan te duiden, namelijk zorgprogramma's, behandelprogramma's en zorgpaden.** Voor dezelfde soort beschrijvingen van goede zorg gebruiken zorgaanbieders verschillende termen.
2. **Er is een beperkt aantal beschrijvingen van goede zorg binnen de GRZ vanuit openbare Nederlandse bronnen voorhanden.** De openbare informatie kenmerkt zich als volgt:
 - de beschrijvingen zijn op algemeen GRZ niveau ontwikkeld, dus niet gespecificeerd per diagnosegroep;
 - de beschrijvingen zijn op landelijk niveau ontwikkeld: lokale en regionale stukken zijn niet tot nauwelijks openbaar te vinden;
 - vijf van de dertien richtlijnen, zorgpaden en zorgprogramma's hebben betrekking op de zorginhoud.
 - de beschrijvingen over meetinstrumenten (n=8) zijn allemaal inhoudelijk van aard: ze beschrijven één of meerdere instrumenten die toegepast kunnen worden in de GRZ. Sommige documenten bevatten overzichten van passende meetinstrumenten. Andere documenten geven aan hoe het instrument toegepast moet worden in de praktijk.
 - één beschrijving is opgenomen in het register van Zorginzicht (2019a) van het Zorginstituut.
3. **Internationaal is volgens de expertgroep veel literatuur voorhanden over de GRZ die input biedt voor de ontwikkelingen van beschrijvingen van goede zorg in Nederland.** Deze input wordt ook gebruikt door de onderzoekers actief binnen de GRZ, waaronder de Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg.
4. **Nagenoeg alle GRZ aanbieders (96%) gebruiken beschrijvingen van goede zorg voor de GRZ. Dit betreft het hele scala aan beschrijvingen: van landelijke richtlijnen tot zelfontwikkelde zorgprogramma's.** Veel zorgaanbieders maken gebruik van de landelijke richtlijnen (86%) en richtlijnen vanuit Consortia, Academische werkplaatsen of SO-netwerken (45%). Voorbeelden zijn het triage instrument voor de GRZ en de handleiding - Basisset UNC-ZH Meetplan Geriatrische Revalidatie.
5. **Bijna alle zorgaanbieders (88%) hebben beschrijvingen van goede zorg voor de GRZ ontwikkeld.** De beschrijvingen kenmerken zich als volgt:
 - ze concentreren zich voornamelijk op de vijf diagnosegroepen zoals die zijn opgenomen in de NZa-typeringslijst voor de GRZ (NZa, 2018);
 - ze zijn deels in samenwerking ontwikkeld met andere zorgaanbieders (tussen de 18% voor trauma en 51% voor CVA). In de meeste gevallen ontwikkelen zorgaanbieders de beschrijvingen zelfstandig. De belangrijkste reden hiervoor is dat er al heel lang CVA zorgketens bestaan waarin regionaal beschrijvingen van goede zorg worden opgesteld;
 - ze zijn voornamelijk practice-based en niet evidence-based;
 - ze verschillen in mate van detail (op proces / betrokken disciplines / zorginhoud).

6. **De meeste zorgaanbieders die zorg leveren bij de diagnosegroep Overig (66%) hebben één beschrijving van goede zorg voor de diagnosegroep Overig.** Overig is een verzamelterm, waarmee geen onderscheid wordt gemaakt in aandoeningen. Als er wel een onderscheid is gemaakt in aandoeningen, dan wordt Overig uitgesplitst in COPD, Parkinson, Hartfalen en/of Oncologische aandoeningen. Daarnaast is er bij GRZ aanbieders steeds meer aandacht voor de revalidatie van patiënten waarbij cognitieve problematiek een rol speelt in de revalidatie.
7. **Alle diagnoses onder de categorie Overig waarvoor beschrijvingen zijn opgesteld komen overeen met de diagnoses in de NZa- typeringslijst voor de GRZ (NZa, 2018).** Ook blijkt dat de hier bovengenoemde diagnoses grote groepen zijn in de categorie Overig in de open DIS-data (Hart-, Oncologische en Respiratoire Aandoeningen).
8. **Zorgaanbieders benoemen drie overwegingen om een aparte beschrijving van goede zorg te maken voor een doelgroep binnen de diagnose Overig.** Deze overwegingen zijn:
 1. een bepaalde diagnose vormt een significant deel van de GRZ-populatie op het moment van het ontwikkelen van beschrijvingen van goede zorg;
 2. een bepaalde diagnose vraagt om een specifieke of andere inzet van het GRZ-behandelteam;
 3. de diagnose staat landelijk in de belangstelling doordat er een document is verschenen en/of er een bijeenkomst over plaatsvindt (diagnose Oncologie).
9. **Er zijn verschillende zorgaanbieders (35%) die in hun beschrijvingen van goede zorg werken met zorgmodules.** De ontwikkelde zorgmodules kenmerken zich als volgt:
 - het merendeel van de ontwikkelde zorgmodules richt zich op de zorginhoud, ook wel te specificeren in functionele beperkingen. Daarnaast is er ook een select aantal aanbieders dat zorgmodules heeft op aandachtspunten in het revalidatietraject of op duur van het revalidatietraject;
 - er zijn generieke zorgmodules en zorgmodules die diagnose specifiek zijn;
 - binnen de zorgmodules is er onderscheid mogelijk in intensiteit en duur van behandeling.
10. **Zowel zorgaanbieders als experts geven aan dat de ambulante GRZ zich landelijk nog in een ontwikkelstadium bevindt.** Dit blijkt uit dat er:
 - nauwelijks onderzoek is gedaan naar de ambulante GRZ;
 - de ambulante zorg nauwelijks is terug te vinden in de beschrijvingen van goede zorg;
 - de registratie van ambulante zorg minimaal voorkomt in de open DIS-data.
11. **Zowel zorgaanbieders als experts verwachten dat een groter deel van de huidige GRZ populatie in aanmerking komt voor ambulante GRZ dan dat nu ambulant GRZ geleverd wordt.** De omvang van deze groep is nu echter nog niet te bepalen.
12. **Zorgaanbieders lopen op dit moment tegen twee externe belemmeringen aan als het gaat om de inzet van ambulante GRZ (financiering en praktische zaken) en één interne belemmering (doelen stellen).** De externe belemmeringen hebben als resultaat dat zorgaanbieders langere intramurale trajecten aanbieden of extramurale behandeling bekostigen via de eerstelijns of de subsidieregeling extramurale behandeling. Daarnaast benoemen zowel zorgaanbieders als experts dat zorgaanbieders (zowel intra- als extramuraal werkende professionals) een cultuuromslag dienen te maken als het gaat om ambulant revalideren: van doelen stellen die behaald moeten worden in de klinische setting naar doelen stellen die behaald moeten worden in de ambulante setting.

13. **De opzet en de doorlooptijd van het onderzoek maken dat er geen uitspraken gedaan kunnen worden over een eventueel bestaand onderscheid in patiëntkenmerkentussen ELV, GRZ en EMB.** De expertgroep vermoedt dat deze wel gevonden worden wanneer een uitgebreider onderzoek wordt gedaan waarbij de kenmerken van de patiënten op een meer objectieve manier worden gemeten (met gevalideerde meetinstrumenten).
14. **Zowel zorgaanbieders als experts geven aan dat het in alle drie de financieringen (ELV, GRZ en EMB) gaat over kwetsbare ouderen.** Wel hebben deze kwetsbare ouderen in alle financieringen een andere behoefte qua inzet van geneeskundige, paramedische en verpleegkundige zorg. De zorgbehoefte speelt nu een cruciale rol in het al dan niet kiezen voor een opname of een ambulant traject.

4.2 Aanbevelingen

Zoals benoemd in de kaders van het onderzoek (H1. Inleiding) vallen vervolgstappen, zoals het bepalen wat nog verder ontwikkeld of uitgediept zou moeten worden specifiek voor de GRZ, buiten de reikwijdte van dit onderzoek. Dit is in principe aan de betrokken beroepsgroep(en) zelf. Wel kunnen op basis van bovenstaande conclusies enkele algemene aanbevelingen worden gedaan op het gebied van het ontwikkelen van beschrijvingen van goede zorg. Daarnaast is er consensus bereikt in de expertgroep over het meegeven van enkele aandachtspunten voor de onderzoeksagenda GRZ (aanbeveling 4).

1. **Hanteer eenduidige termen en definities bij het ontwikkelen van beschrijvingen van goede zorg.**

In het onderzoek is gebleken dat zorgaanbieders verschillende termen en definities gebruiken om beschrijvingen van goede zorg aan te duiden, namelijk zorgprogramma's, behandelprogramma's en zorgpaden. Dit terwijl het volgens de wetenschap verschillende beschrijvingen van goede zorg zijn met verschillende doeleinden. Meer eenduidigheid in het gebruik van termen door zorgaanbieders en wetenschappers, zal het onderling vergelijken van beschrijvingen vereenvoudigen.

2. **Werk vanuit de beroepsgroepen verder aan het ontwikkelen van de (beschrijving van) zorginhoud GRZ die ingediend kan worden bij het Zorginstituut.⁸**

Zowel zorgaanbieders als experts geven aan dat er behoefte is aan de ontwikkeling van (beschrijving van) zorginhoud of richtlijnen GRZ op landelijk niveau vanuit de beroepsgroepen (bijvoorbeeld kwaliteitsstandaarden en zorgprogramma's). Deze ontwikkeling draagt bij aan het organiseren van goede GRZ en het opheffen van de beperkingen in de aanspraak GRZ (VWS, 2013). Het is wenselijk om deze beschrijvingen op landelijk niveau beschikbaar te stellen via Zorginzicht.nl van het Zorginstituut.

3. **Deel beschrijvingen van goede zorg en werk samen aan de doorontwikkeling.**

Veel zorgaanbieders vinden opnieuw het wiel uit als het gaat om het ontwikkelen van beschrijvingen van goede zorg. De aanbeveling is dan ook om zowel landelijk, regionaal als lokaal meer te delen en samen (door) te ontwikkelen. Hierbij is ook aandacht nodig voor het delen van evidence-based zorgprogramma's / zorgpaden en de beschrijvingen die ingediend worden bij het Zorginstituut (aanbeveling 2).

⁸ Bekijk waar mogelijk of de ontwikkelde zorginhoud breder getrokken kan worden dan de GRZ.

4. **Beleg landelijke regie op de verdere ontwikkeling van de (beschrijving van) zorginhoud GRZ.**

De expertgroep heeft geopperd dat de zes Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg⁹ de taak zouden kunnen oppakken bij de verdere ontwikkeling van de (beschrijving van) zorginhoud. Dit zou moeten resulteren in een intensief samenwerkingsverband dat zich landelijk profileert. Er moet hierover nog een besluit worden genomen. Belangrijk is dat de partij een multidisciplinair karakter en rechtskracht heeft.

5. **Neem de resultaten en conclusies van dit onderzoek mee in de landelijke onderzoeksagenda GRZ.**

Neem de resultaten en conclusies mee in de landelijke onderzoeksagenda GRZ. De expertgroep is van mening dat de volgende onderwerpen op basis van dit onderzoek op de agenda moeten staan:

1. Zorgprogramma's/ zorgpaden/zorgmodules en het effect daarvan op het behalen van behandeldoelstellingen.
2. Ambulante GRZ: onderzoek naar de behoefte aan ambulante GRZ al dan niet voor specifieke doelgroepen (diagnoses) in de thuissituatie of poliklinische setting, de effecten van ambulante GRZ op de uitkomsten voor de patiënt en de kosten en het voeren van regie daarop. Volgend op dit inhoudelijke onderzoek moet bepaald worden of de financiering voor ambulante GRZ passend is.
3. Diagnosegroepen uit de diagnosegroep Overig duiden en benoemen als nieuwe hoofddiagnosegroepen.

De eerste twee punten staan momenteel al in de agenda benoemd (VUmc, LUMC, Maastricht UMC+, ActiZ en Verenso, nb).

6. **Gebruik de methodiek van zorgprogramma's / zorgpaden en een deel van de zorgmodules waar mogelijk voor beschrijvingen van goede zorg in ELV.**

Volgens de expertgroep is de methodiek van zorgprogramma's / zorgpaden geschikt voor ELV en kunnen bepaalde zorgmodules GRZ ook op zorginhoud in een lagere intensiteit worden overgenomen voor beschrijvingen van goede zorg binnen ELV.

7. **Onderzoek het verschil in patiëntkenmerken tussen GRZ, ELV en EMB.**

Voer een uitgebreid onderzoek uit naar verschil in patiëntkenmerken tussen GRZ, ELV en EMB waarbij de kenmerken van de patiënten op een objectieve manier worden gemeten (met gevalideerde meetinstrumenten). Dit met als doel om op basis van inhoud te analyseren welke financiering passend is.

Naast bovenstaande aanbevelingen zijn er nog aanbevelingen die breder zijn dan de beschrijvingen van goede zorg:

8. **Creëer een mindset dat behandeldoelen en bijbehorende interventies worden opgesteld met in het achterhoofd het einddoel van het functioneren van de patiënt in de thuissituatie op basis van zijn of haar wensen.**

Volgens de expertgroep worden behandeldoelen nu vaak opgesteld met ontslag uit de intramurale setting als einddoel. Met het daadwerkelijk einddoel van functioneren in de

⁹ De zes Academische Netwerken Ouderenzorg zijn: Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg, UKON, Universitair Netwerk Ouderenzorg-UMCG, UNC-ZH, UNO-VUmc en Tranzo (SANO, 2019)

thuisituatie voor ogen, zal het behandelplan van een patiënt er mogelijk anders uitzien. Het advies aan zorgaanbieders (zowel intra- als extramuraal werkende professionals) is om hierover intern het gesprek aan te gaan.

9. **Bekijk hoe voldaan kan worden aan de informatiebehoefte onder GRZ aanbieders en landelijke partijen.**

Op basis van de huidige landelijk beschikbare informatie (open DIS-dataset) kan niet voldaan worden aan de informatiebehoefte van zorgaanbieders en landelijke partijen. Met de huidige dataset is er bijvoorbeeld geen inzicht in de totale inzet van behandeling in de GRZ. Het advies aan de betrokken partijen (VWS, NZa, Zorginstituut, ActiZ en Verenso) is te bekijken hoe deze informatie gegenereerd kan worden. In samenhang met de informatiebehoefte dient besproken te worden welke registratie daar minimaal voor nodig is. Om geen overbodige registratie in gang te zetten, dient rekening gehouden te worden met initiatieven zoals 'Ontregel de zorg'.

Bijlage I. Afkortingen

ADL: Algemene Dagelijkse Verrichtingen
AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CGA: Comprehensive Geriatric Assessment
CVA: Cerebro Vasculair Accident
DBC: Diagnose Behandeling Combinatie
DIS: Dbc-Informatiesysteem
ELV: Eerstelijnsverblijf
EMB: Extramurale behandeling (tijdelijke subsidieregeling onder de Wlz)
GRZ: Geriatrische Revalidatie Zorg
MDO: Multidisciplinair overleg
NZa: Nederlandse Zorgautoriteit
POH: Praktijkondersteuner Huisarts
SO: Specialist Oudergeneeskunde
VWS: ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
Wlz: Wet langdurige zorg
Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning
ZiNL: Zorginstituut Nederland
Zvw: Zorgverzekeringswet

Bijlage II. Samenstelling klankbordgroep en expertgroep

Klankbordgroep

Naam	Functie	Organisatie
Margreet Hofstede (opdrachtgever)	Beleidscoördinator Directie Curatieve Zorg	ministerie van VWS
Anne Lee Edens	Beleidsadviseur	ActiZ
Carel Mastenbroek	Adviseur	Zorginstituut Nederland
Hans Hendriks	Senior beleidsmedewerker	Nederlandse Zorgautoriteit
Laurens van den Bosch (projectleider)	Senior consultant	Q-Consult Zorg
Noortje Molenaar (projectleider)	Senior consultant	Q-Consult Zorg
Marjolein Schimmel (projectmedewerker)	Consultant	Q-Consult Zorg

Expertgroep

Naam	Functie	Organisatie
Aafke de Groot	specialist ouderengeneeskunde, kaderarts GRZ	Amsterdam UMC, locatie VUmc
Alexander Pluim Mentz	Specialist Ouderengeneeskunde	Aafje
Huib Maas	Klinisch geriater	Elisabeth-TweeSteden ziekenhuis
Jessica Sleeswijk	Specialist Ouderengeneeskunde	De Zorgcirkel
Romke van Balen	Specialiste Ouderengeneeskunde n.p.	LUMC
Ruben van Zelm	Verpleegkundige / promovendus zorgpaden / Senior Consultant	Q-Consult Zorg
Jos Schols (schriftelijk)	Professor of Old Age Medicine	Maastricht University
Jolanda Haastregt (schriftelijk)	Assistant Professor	Maastricht University

Bij de expertgroep bijeenkomst was een afvaardiging van de klankbordgroep aanwezig.

Bijlage III. Bronnen

Bronnen bureauonderzoek naar zorginhoud GRZ

- Academische werkplaats ouderenzorg Zuid-Limburg (2017). Zorgpad Geriatrische Revalidatiezorg
- ActiZ (2016). De waarde van indicatoren voor de Geriatrische Revalidatie Zorg – Een verkenning in de praktijk
- Balen van R., Peppen van R., Achterberg W. (2017). Transparantie in de geriatrische revalidatie - Een basisset meetinstrumenten
- Consortium Geriatrische Revalidatie: LUMC/Vumc/MUMC (2013). Leidraad Geriatrische Revalidatie Zorg versie 1.1
- DBC onderhoud (2014). Zorgvraagzwaarte geriatrische revalidatiezorg - Opzet en uitwerking
- Federatie Medisch Specialisten (2010). Comprehensive geriatric assessment (CGA)
- Gerion (2016). Kaderopleiding Geriatrische Revalidatie – Opleidingsplan 2017-2018
- Gutker de Geus (2018). Het Mikzo GRZ: Planmatig, Persoonsgericht en Resultaatgericht
- Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) (2018). Behandelprogramma Geriatrische oncologische revalidatie
- International Consortium for Health Outcomes Measurements (2017). ICHOM older person reference guide version 1.0.3
- StudioGRZ (2015). Meetinstrumenten GRZ (factsheet)
- Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland (2018). Handleiding - Basisset UNC-ZH Meetplan Geriatrische Revalidatie
- Veen, van der (2016). Beroepscompetentieprofiel verzorgende in de GRZ
- Verenso (2010). Behandelkaders Geriatrische Revalidatie
- Verenso (2013). Triage Instrument Geriatrische Revalidatiezorg
- Verenso (2014a). Handreiking Geriatrisch assessment door de specialist ouderen geneeskunde
- Verenso (2014b). Prestatie indicatoren geriatrische revalidatiezorg
- Verenso (2015). Handreiking Multidisciplinair overleg (MDO)
- Vivent zorgt! (2018). Zorgprogramma Geriatrische Revalidatie – Vivent
- Werkgroep zorgprogramma CVA-revalidatie UKON (n.n.b.). UKON - Zorgprogramma Geriatrische CVA – revalidatie
- Zijp en van den Bosch (1995). Geriatrische revalidatie in een verpleeghuis en de Barthel-index als graadmeter

Overige bronnen

- ActiZ (2013). Inventariserend onderzoek geriatrische revalidatiezorg
- ActiZ (2017). GRZ Infographic
- Bouwstra, H., Wattel, L., de Groot, A., Smalbrugge, M., Hertogh, C. (2016). De impact van de invoering van DBC's op de behandelintensiteit en revalidatieduur van geriatrische revalidatiepatiënten. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*.
- Bruins, B.J. (2018). BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG [Tweede Kamer, vergaderjaar 2018-2019, 31 765, nr. 346.] Geraadpleegd via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31765-346.odt>
- CWZ, CZ, Kalorama, ZZG Zorggroep (2018). Evaluatie pilot observatiebedden
- CWZ (2018). Dankzij observatiebedden krijgen kwetsbare ouderen sneller de juiste zorg op de juiste plek, geraadpleegd via: <https://www.cwz.nl/over-cwz/nieuws-en-pers/nieuwsoverzicht/dankzij-observatiebedden-krijgen-kwetsbare-ouderen-snel-de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek/>
- De Boer, N. (2001, 2005). Programma's in de GGZ (Handreiking voor zorgprogrammering), Utrecht: GGZ Nederland/Trimbosinstituut
- DIS (2018). Open data van de Nederlandse Zorgautoriteit, geraadpleegd via: <https://www.opendisdata.nl/>
- Heuvel, M. van der. (2016). Patiënten en zorg in eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg. Nederlandse Zorgautoriteit.
- NPCF (2012). Geriatrische revalidatiezorg wat vinden patiënten belangrijk, geraadpleegd via: <https://www.studiogrz.nl/wp-content/uploads/2014/12/Geriatrische-revalidatiezorg-wat-vinden-patienten-belangrijk-NPCF.pdf>
- NZa (2018). Typeringslijst Geriatrische revalidatiezorg AGB 8418 (Overige artsen; Verpleeghuisgeneeskunde)
- NZa (2019a). Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a
- NZa (2019b). Hoe registreer ik zorg op afstand? geraadpleegd via: <https://www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/grz-wanneer-mag-je-een-e-consult-registreren>
- NZa (2019c). Zorgproductenviewer. Geraadpleegd via: <https://zorgproducten.nza.nl/ZorgproductViewer.aspx>
- SANO (2019). Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg, geraadpleegd via: <https://academischeouderenzorg.nl/>
- Sermeus, W., Vanhaecht, K. (2009). Van klinische paden naar zorgpaden. In: Handboek Gezondheidseconomie. Mechelen: Kluwer, 123-160.
- Vanhaecht et al., (2010). An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions
- Vanhaecht K, Van Gerven E, Deneckere S, Lodewijckx C, Panella M, Vleugels A, Sermeus W (2011). 7 fasen voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden. *Tijdschr. voor Geneeskunde*, 67, nr. 10
- VUmc, LUMC, Maastricht UMC+, ActiZ en Verenso (nb). Position Paper GRZ, een onderzoeksagenda voor de Geriatrische Revalidatie Zorg in Nederland
- VWS (2011). Toekomst AWBZ, kamerstuk 30597, nr. 184
- VWS (2013). Geriatrische revalidatiezorg, Kamerstuk 30597 nr. 366
- Zorginzicht (2019a). Zorginzicht, geraadpleegd via: <https://www.zorginzicht.nl/Paginas/Home.aspx>
- Zorginzicht (2019b). Fasen voor ontwikkeling van Kwaliteitsstandaarden, geraadpleegd via: <https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/Paginas/Fasen-voor-ontwikkeling-van-Kwaliteitsstandaarden.aspx?sub=1&fLvlT=Kennisbank&subldx=1>
- Zorginzicht (2019c). Ouderenzorg, geraadpleegd via: <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/comprehensive-geriatric-assessment-cga/Paginas/Home.aspx>
- Zorginzicht (2019d). Mikzo, geraadpleegd via: <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/mikzo/Paginas/Home.aspx>

Bijlage IV. Onderzoeksaanpak analyse open DIS-data

De gebruikte dataset is verkregen van de website Open DIS (DIS, 2018). Deze website maakt gebruik van data die vallen onder de Wet Openbaarheid van Bestuur (WOB). Het bevat géén informatie over individuele patiënten en instellingen, maar slechts generieke gegevens die door iedereen bij de NZa opvraagbaar zijn. Voor de huidige analyse is een dataset gebruikt waarin het aantal zorgactiviteiten per combinatie van diagnose, specialisme en zorgactiviteitcode geaggregeerd is opgenomen.

Voor de huidige analyse zijn onderstaande inclusiecriteria gehanteerd:

- Jaren 2014 tot en met 2017
- Zorgprofielklasse 16 (geriatrische revalidatie)
- Behandelende specialisme 8418 (specialist ouderengeneeskunde)

Per geïncludeerd jaar wordt in onderstaande tabel weergegeven:

- Aantal unieke patiënten: omdat het een geaggregeerde dataset betreft, is voor het bepalen van het aantal unieke GRZ patiënten gekeken naar het aantal patiënten met registratie van de zorgactiviteit 'verpleegdag'. De aanname is dat iedere patiënt binnen één subtraject geregistreerde verpleegdagen heeft.
- Volledigheid van de Open DIS-data, volgens de website van de Open DIS.

Jaar	Aantal unieke GRZ patiënten	Volledigheid
2017	35.870	75%
2016	35.673	90%
2015	38.184	95%
2014	36.502	100%

Omdat de oorspronkelijke dataset geaggregeerde data bevat, waren onderstaande analyses niet mogelijk:

- Behandelintensiteit (min/subtraject)
- Kenmerken van patiëntenpopulatie (leeftijd, geslacht)
- Verloop van het traject
- Relatie tussen behandelinzet en ligduur tussen instellingen
- Relatie tussen grootte GRZ-instelling en ligduur
- Welke zorgactiviteiten in een ambulante setting worden geleverd
- Herkomst patiënt
- Ontslagbestemming patiënt
- Ontwikkeling van e-health

Bijlage V. Betrokken zorgaanbieders

Zorgaanbieders die geïnterviewd zijn

- Aafje
- azM Herstelzorg
- De Riethorst Stroomland
- De Zorgcirkel
- Vivium Zorggroep
- WVO Zorg
- ZorgSpectrum
- Zorgverlening Het Baken

Zorgaanbieders die de enquête ingevuld hebben

In totaal hebben er 48 zorgaanbieders deelgenomen aan de enquête. In onderstaande lijst staan enkel de zorgaanbieders weergegeven die toestemming hebben verleend om genoemd te worden.

Archipel Eindhoven

AxonContinu

azM Herstelzorg

BrabantZorg

Carinova

Cicero Zorggroep

Cordaan

De MARQ

de Riethorst Stroomland

De Wever

De Zorgcirkel

Florence

Inovum

Kalorama

Kennemerhart

Laurens

Laverhof

Magentazorg

Marente

Omring

Pieter van Foreest

QuaRijn

Regionale Stichting Zorgcentra de Kempen

Revalidatie Norschoten Barneveld

Revalidatiezorg Dordrecht

Sensire

Stichting ZuidOostZorg

TriviumMeulenbeltZorg

Valkenhof

Van Neynsel

ViVa! Zorggroep

Vivium Zorggroep

Woonzorggroep Samen

WVO zorg

WZC IJsselheem

Zorgbalans

Zorgboog

Zorggroep Noorderboog

Zorggroep Noordwest Veluwe -
reactiveringscentrum Klimop

ZorgSpectrum

Zorgverlening Het Baken

Bijlage VI. Enquête

Introducerende tekst

Beste deelnemer aan de enquête,

Deze enquête betreft een onderdeel van het onderzoek van Q-Consult Zorg over de zorginhoud GRZ in opdracht van het ministerie van VWS. Het doel van de enquête is inzicht te krijgen in hoeveel en welke beschrijvingen van goede zorg GRZ-aanbieders gebruiken en wat zorgaanbieders vinden van het gebruik hiervan.

Let op! We zijn op zoek naar beschrijvingen op inhoud van de GRZ. In sommige organisaties worden dat zorgprogramma's genoemd, in andere organisaties zorgpaden. Vul de enquête in vanuit de bril vanuit de beschrijvingen op inhoud. In de enquête wordt één term aangehouden, namelijk zorgprogramma's/zorgpaden. U kunt in de enquête wel aangeven (op de pagina "Beschrijvingen van goede zorg") welke term u gebruikt.

Wij verzoeken u één enquête per GRZ-aanbieder in te vullen. Dit om te voorkomen dat wij een vertekend beeld van de werkelijkheid krijgen met betrekking tot de zorginhoud GRZ. De vragenlijst bestaat uit een twaalfstal pagina's, met 1 tot 7 vragen per pagina. Op de meeste vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk.

Met de antwoorden wordt vertrouwelijk omgegaan. Dit wil zeggen dat organisatienamen en contactgegevens niet gepubliceerd worden. Deze zullen alleen door de onderzoekers gebruikt worden om eventueel aanvullende vragen aan u te kunnen stellen of om dubbele reacties vanuit GRZ-aanbieders te vergelijken. Aan het einde van de vragenlijst kunt u aangeven of u de resultaten van dit onderzoek wilt ontvangen en of u geïnteresseerd bent in een bijeenkomst over dit onderwerp. Het invullen van de vragenlijst zal maximaal **15 minuten** van uw tijd in beslag nemen.

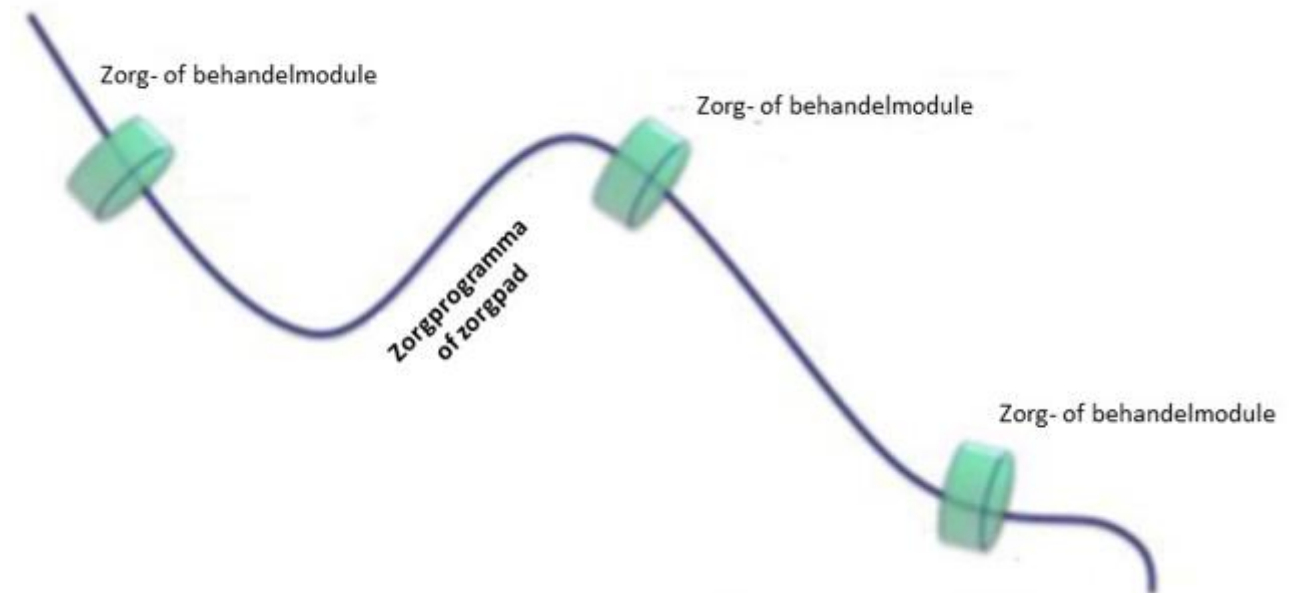
Wij verzoeken u om de vragenlijst uiterlijk **2 januari 2018 voor 12:00 uur** in te vullen.

Veel succes met het invullen! Voor vragen omtrent deze enquête kunt u contact opnemen met Laura Zielman. Zij is te bereiken via per email op laura.zielman@qconsultzorg.nl of telefonisch op 06-10991178

Met vriendelijke groet,

Q-Consult Zorg

In de enquête spreken we over zorgprogramma's/zorgpaden en zorgmodules. Hieronder hebben wij de samenhang visueel weergegeven.



Figuur 1: Stelt u zich de opbouw van zorgprogramma's/zorgpaden en -modules voor als een kralenketting. De ketting is de basis: een gestandaardiseerd zorgprogramma/zorgpad voor een specifieke diagnosegroep. Deze ketting bevat de zorg en behandelingen die iedere revalidant met de desbetreffende diagnose ontvangt. Daar waar individuele revalidanten specifieke aanvullende zorg en/of behandelingen nodig hebben, worden aparte modules ingezet. Dit zijn de verschillende kralen die aan de ketting worden geregen.

Om de enquête vast in te kunnen kijken, klik dan op onderstaande link:

<https://www.dropbox.com/s/bomf3ensnsu0qxt/Overzicht%20enqu%C3%AAt.pdf?dl=0>

Voor een overzicht van alle beschikbare documentatiestukken, klik dan op onderstaande link:

<https://www.dropbox.com/s/2fyjmw7n6a2o3az/Overzicht%20literatuur.xlsx?dl=0>

Pagina 1: Algemene gegevens

1. Naam organisatie: open veld
2. Functie:
 - Specialist ouderengeneeskunde (incl. kaderarts GRZ)
 - Directeur/manager/teamleider behandeling
 - Directeur/manager/teamleider GRZ)
 - Overig, namelijk
3. E-mail adres:
4. Welke van de onderstaande zorgvormen verleent uw organisatie? (meerdere antwoorden mogelijk)
 - Intramurale GRZ
 - Extramurale GRZ (poliklinische behandeling c.q. dagbehandeling)
 - GRZ in de thuissituatie van de patiënt
 - ELV
 - Extramurale behandeling
 - Wlz crisiszorg
 - Geen van bovenstaande

We zijn specifiek benieuwd naar de korte vormen van (herstel)zorg. Vandaar dat bijvoorbeeld Wlz niet is opgenomen in dit rijtje.

5. Hoeveel GRZ locaties heeft uw organisatie?
 - 1 locatie
 - 2-3 locaties
 - 4-5 locaties
 - > 5 locaties
6. Voor welke diagnosegroepen levert u GRZ-zorg?
 - CVA
 - Electieve orthopedie
 - Trauma
 - Amputatie
 - Overig
7. Bij welk deel van de revalidanten levert u ook ambulante GRZ?
 - 0%
 - 1-20%
 - 20-40%
 - 40-60%
 - 60-80%
 - 80-99%
 - 100%
 - Ik weet het niet

Pagina 2: Beschrijvingen van goede zorg

8. Welke beschrijvingen van goede zorg gebruikt u binnen de GRZ? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Internationale richtlijnen
- Landelijke richtlijnen / handreikingen
- Richtlijnen vanuit Consortia, Academische werkplaatsen of SO-netwerken
- Zelf-ontwikkelde zorgprogramma's
- Zelf-ontwikkelde zorgpaden
- Zelf-ontwikkelde zorgmodules
- Geen
- Anders namelijk:

8a. Kunt u een toelichting geven op uw definitie van een zorgprogramma?

8b. Kunt u een toelichting geven op uw definitie van een zorgpad?

9. Wilt u de gebruikte beschrijvingen van goede zorg als pdf uploaden?

5 upload-mogelijkheden toevoegen

Alle documenten die u hier uploadt worden gedeeld met o.a. ActiZ, ZonMw, NIVEL, en de beroepsgroepen en gebruikt voor eventueel vervolg onderzoek.

10. Waarom gebruikt u binnen uw organisatie beschrijvingen van goede zorg? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Om de kwaliteit van de GRZ te verbeteren
- Om de behoefte van de revalidant beter in beeld te hebben
- Voor betere afstemming met de omgeving van de revalidant
- Uit financiële overwegingen
- Omdat dit verplicht is door de zorgverzekeraar
- Omdat dit de onderhandelingen met zorgverzekeraars vergemakkelijkt
- Anders, namelijk:

Pagina 3: Zorgpaden

11. Op welk niveau gebruikt u zorgprogramma's / zorgpaden of -modules voor de GRZ? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Diagnosegroep (CVA, electieve orthopedie, trauma, amputatie, overig)
- Functionele beperking (bijv. slikproblematiek)
- We gebruiken geen zorgpaden
- Anders, namelijk

Vraag 12 verschijnt alleen als respondent bij vraag 11 "diagnosegroepen" heeft aangeklikt.

12. Voor welke diagnose groepen heeft u zorgprogramma's / zorgpaden? (meerdere antwoorden mogelijk)

- CVA
- Electieve orthopedie
- Trauma
- Amputatie
- Overig

Vraag 13 verschijnt alleen als respondent bij vraag 12 "overig" heeft aangeklikt.

13. U geeft aan voor de diagnosegroep "overig" zorgprogramma's / zorgpaden te hebben ontwikkeld.

Voor welke overige diagnoses heeft uw organisatie zorgprogramma's / zorgpaden? (meerdere antwoorden mogelijk):

- Geen (één algemeen zorgprogramma / zorgpad)
- Hartfalen
- Hartaandoeningen
- Bloedvaten
- Respiratoire aandoeningen
- COPD
- Nierfalen
- Overige orgaan aandoeningen
- Overige aandoeningen bovenste extremiteit
- Overige aandoeningen onderste extremiteit
- Aandoeningen wervelkolom
- Reumatische aandoeningen
- Overige aandoeningen bewegingsapparaat
- Parkinson
- Neuromusculaire aandoeningen
- Overige hersenaandoeningen
- Overige neurologische aandoeningen
- Oncologische aandoeningen
- Overig, namelijk:
 - ...
 - ...

Pagina 4 t/m 8: Vragen per diagnosegroep

Voor ieder van de diagnosegroepen stellen we dezelfde subvragen.

Pagina 4: Vragen per diagnosegroep – CVA

Pagina 5: Vragen per diagnosegroep – Electieve Orthopedie

Pagina 6: Vragen per diagnosegroep – Trauma

Pagina 7: Vragen per diagnosegroep – Amputatie

Pagina 8: Vragen per diagnosegroep – Overig

14. Op welk niveau heeft u dit zorgprogramma / zorgpad ontwikkeld?

- Regionaal, organisatie overstijgend met andere GRZ-aanbieders
- Regionaal, organisatie overstijgend in de keten (ziekenhuizen, huisartsen, etc)
- Regionaal, organisatie overstijgend met andere GRZ aanbieders en in de keten
- Organisatiebreed
- Per locatie
- Weet ik niet
- Anders, namelijk

15. Is in dit zorgprogramma / zorgpad de ambulante zorg binnen de GRZ meegenomen?

- Ja, alleen voor dagbehandeling
- Ja, alleen voor behandeling thuis
- Ja, voor dagbehandeling en behandeling thuis
- Nee
- Ik weet het niet

Op pagina van CVA:

16. Voor welke subdiagnose is bij CVA onderscheid gemaakt?

- *Open antwoord*

Op pagina van Electieve orthopedie:

18. Voor welke subdiagnoses bij hoofddiagnose Electieve orthopedie heeft u zorgprogramma's / zorgpaden? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Geen (één algemeen zorgprogramma / zorgpad)
- Heup nieuwe prothese
- Heup revisie
- Knie nieuwe prothese
- Knie revisie
- Overige electieve orthopedie – laag complex
- Anders namelijk: ...

Op pagina van Trauma

18. Voor welke subdiagnoses bij hoofddiagnose Trauma heeft u zorgpaden? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Geen (één algemeen zorgprogramma / zorgpad)
- Trauma bovenste extremiteit
- Trauma onderste extremiteit (excl. heupfractuur)
- Heupfractuur
- Traumatische wervelfractuur
- Intracranieel trauma
- Overig trauma
- Anders namelijk: ...

Op pagina van Amputatie

18. Voor welke subdiagnoses bij hoofddiagnose Amputatie heeft u zorgpaden? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Geen (één algemeen zorgprogramma / zorgpad)
- Amputatie bovenbeen (en hoger)– laag complex
- Amputatie bovenbeen (en hoger)– hoog complex
- Amputatie onderbeen / voet / tenen – laag complex
- Amputatie onderbeen / voet / tenen – hoog complex
- Amputatie bovenste extremiteit – laag complex

- Amputatie bovenste extremiteit – hoog complex
- Anders namelijk:

Pagina 9: Functionele beperkingen:

Vraag 18 en 19 verschijnen alleen als respondent bij vraag 11 "functionele beperkingen" heeft aangeklikt.

17. Voor welke functionele beperkingen heeft u zorgprogramma's / zorgpaden of zorgmodules?

(meerdere antwoorden mogelijk):

- Slikproblemen
- Evenwichtsproblemen
- Spasme en tonusproblemen
- Schouder- en handsyndroom
- Incontinentie
- Decubitus
- Mobiliteit
- ADL
- Communicatie
- Participatie
- Dysarthrie
- Afasie
- Verbeteren cognitief geheugen
- Behandeling van stemmingsstoornissen zoals depressie
- Diëtiëk
- Overig, namelijk:
 - ...
 - ...

18. **Kunt u beschrijven welke overige modules voor functionele beperkingen u toepast en daarbij aangeven aan welk zorgprogramma / zorgpad u deze module koppelt in uw organisatie?**

- Open vraag.

19. Aan welk zorgprogramma / zorgpad kan je modules voor de volgende functionele beperkingen koppelen? (meerdere antwoorden mogelijk)

Enkel de functionele beperkingen die bij vraag 17 zijn geselecteerd, zullen verschijnen in onderstaande tabel.

	CVA	Electieve orthopedie	Trauma	Amputatie	Overig	Geen van allen
Slikproblemen						
Evenwichtsproblemen						
Spasme en tonusproblemen						
Schouder- en handsyndroom						
Incontinentie						
Decubitus						
Mobiliteit						
ADL						
Communicatie						
Participatie						
Dysarthrie						
Afasie						
Verbeteren cognitief geheugen						
Behandeling van stemmingsstoornissen						
Diëtiëk						
Anders, namelijk						

Pagina 9: Overkoepelende vragen

20. Wat is uw mening over de GRZ zorgprogramma's / zorgpaden - en modules die u heeft ontwikkeld en/of gebruikt

	Helemaal mee oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal mee eens
Zorgpaden verbeteren de communicatie tussen de cliënt en de zorgverlener					
Zorgpaden verbeteren de communicatie en coördinatie tussen de zorgverleners onderling					
Zorgpaden zorgen voor een verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg					

Zorgpaden zorgen voor een verbetering van de veiligheid					
Zorgpaden verbeteren de efficiëntie van de zorg					
Zorgpaden verbeteren het geven van zorg op basis van wetenschappelijk bewijs					
Zorgpaden verbeteren de uitkomsten van de geleverde zorg					
Zorgpaden zorgen voor gestandaardiseerde zorg					
Zorgpaden verbeteren de effectiviteit van zorg					
Zorgpaden verbeteren de patiënttevredenheid					
Zorgpaden zijn geschikt voor de GRZ doelgroep					
Zorgpaden worden in mijn organisatie gebruikt in de praktijk					
Zorgpaden worden in mijn organisatie volgens protocol gebruikt					
Zorgpaden zijn in mijn organisatie goed geïmplementeerd					

21. In hoeverre zijn de ontwikkelde zorgprogramma's / zorgpaden - en modules ook geschikt voor andere type zorg?

- Ja, geschikt voor Wlz-zorg
- Ja, geschikt voor ELV
- Ja, geschikt voor extramurale behandeling
- Niet geschikt
- Ik weet het niet

Pagina 11: Afsluitende vragen

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!

22. Graag willen wij de organisaties die hebben meegewerkt aan deze vragenlijst noemen in verslagen en publicaties die naar aanleiding van deze vragenlijst worden opgesteld. Wilt u aangeven of u hiervoor toestemming geeft (het gaat alleen om een algemene vermelding van uw organisatie, antwoorden die u gegeven heeft zullen niet te herleiden zijn).

- Ja
- Nee

23. Wilt u de resultaten het onderzoek ontvangen?

- Ja
- Nee

24. Bij voldoende animo organiseert Q-Consult Zorg in 2019 een bijeenkomst over beschrijvingen van goede zorg in de GRZ. Wilt u hiervan op de hoogte gehouden worden?

- Ja
- Nee

25. Heeft u opmerkingen of vragen over deze vragenlijst, dan kunt u deze hieronder aangeven:

Open antwoord

U kunt uw antwoorden inzenden door op de knop '**verzenden**' te klikken.

Als de vragenlijst verzonden is wordt u doorgelinkt naar de website van Q-Consult Zorg.

Bijlage VII. Knelpunten buiten de scope van dit onderzoek

In dit onderzoek zijn door de geïnterviewde zorgaanbieders een aantal knelpunten benoemd die buiten de scope van het onderzoek vallen. Deze richten zich op sturing verkorting ligduur, overgang van de patiënt naar de thuissituatie en de ambulante GRZ.

Sturing verkorting ligduur (bron: interviews)

Op het gebied van financiering geven de geïnterviewde GRZ aanbieders aan dat zorgverzekeraars veel sturen op een kortere ligduur en dat dat niet per definitie gelijk staat aan sturen op kwaliteit (n=2). Ze vinden dat het goed is dat de afgelopen jaren de ligduur is verkort en dat hiermee ook een kwaliteitsslag is gerealiseerd, maar geven aan dat de rek er nu uit is. De ligduur nog verder verkorten zou de kwaliteit van zorg geen goed doen.

Overgang patiënt naar thuissituatie (bron: interviews)

Op het gebied van patiënten die tussen het wal en het schip vallen worden twee knelpunten benoemd. Ten eerste ervaren geïnterviewde zorgaanbieders (n=2) dat de aansluiting tussen GRZ en Wmo niet altijd goed is. Soms is het revalidatietraject van een patiënt succesvol afgerond, maar kan de patiënt nog niet terug naar huis omdat de daarvoor benodigde woningaanpassing (vanuit de Wmo) nog niet heeft plaats gevonden. Deze patiënt blijft dan langer bij de zorgaanbieder, terwijl dit eigenlijk geen revalidatievraag meer is maar een woningprobleem. Daarmee krijg je oneigenlijk gebruik van de GRZ. Ten tweede ervaren zorgaanbieders (n=2) dat er geen goede financiering is voor screening op cognitieve problematiek. Omdat er geen revalidatiedoel is past dit niet onder de GRZ, maar de inzet van de psycholoog is te groot voor ELV. Eén van de zorgaanbieders schetst dat het jaarlijks bij hen om ongeveer 70 patiënten gaat (van de in totaal 500 patiënten). Het ministerie van VWS geeft tijdens dit onderzoek aan dat screening op cognitieve problematiek vanaf 2019 past binnen de bekostiging ELV, mits een aanbieder hiervoor akkoord heeft van de zorgverzekeraar.

Ambulante GRZ (bron: interviews)

Zorgaanbieders lopen op dit moment tegen twee externe belemmeringen aan als het gaat om de inzet van ambulante GRZ:

1. Financiering.
2. Praktische zaken.

De knelpunten op het gebied van de financiering zitten hem ten eerste in dat de gemaakte reiskosten bij een huisbezoek niet worden vergoed. Een behandelaar kan alleen de patiëntgebonden behandeltijd registreren. Ten tweede is een ambulant vervolgtraject binnen de GRZ financieel niet interessant wanneer er al intensief intramuraal is behandeld. Wanneer er een intensief intramuraal behandeltraject heeft plaatsgevonden dan kan het namelijk zijn dat een cliënt voor zijn opnameduur al in het hoogste zorgproduct valt.

Aangaande praktische zaken worden met name logistieke- en planningsaspecten benoemd. Ten eerste is de wens bij aanbieders dat dezelfde behandelaren zowel de klinische- als ambulante GRZ behandeling uitvoeren. Dit is planning technisch ingewikkeld, omdat het aandeel ambulante trajecten heel erg kan wisselen. Knelpunten twee tot en met vier aangaande praktische zaken hangen samen met de keuze om de ambulante GRZ te vervolgen via de ambulante behandeldag en niet via het huisbezoek. Dit met als voornaamste reden dat de reistijd niet vergoed wordt bij een huisbezoek. De volgende knelpunten hangen hier vervolgens mee samen:

1. Het is voor een deel van de patiënten moeilijk te organiseren om naar de locatie te komen in verband met mobiliteit.
2. Het is in de praktijk lastig om behandeling voor een patiënt bij twee of meer behandelaren op één behandeldag in te plannen (voorwaarde voor registratie ambulante behandeldag). Dit heeft enerzijds te maken met de planning van behandelaren (twee disciplines kort op elkaar) en anderzijds te maken met de belastbaarheid van de patiënt.
3. Tot slot is geschikte opvangruimte nodig waar een patiënt eventueel tussentijds kan wachten en/of kan rusten. De expertgroep geeft aan dat hiervoor eigenlijk een planbureau nodig is.

Bovengenoemde financiële en praktische knelpunten hebben als resultaat dat zorgaanbieders langere intramurale trajecten aanbieden of extramurale behandeling bekostigen via de eerstelijns of de subsidieregeling extramurale behandeling.