

Programmatekst Beter Thuis

Kwaliteitsontwikkeling tijdelijke
intensieve zorg en behandeling



Programmatekst Beter Thuis

Kwaliteitsontwikkeling tijdelijke intensieve zorg en behandeling

13-08-2019



Colofon

ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.

ZonMw heeft als hoofdpdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Voor meer informatie over het programma Beter Thuis kunt u contact opnemen met het secretariaat via e-mail Beterthuis@zonmw.nl of telefoon 070-3495472.

Auteurs: ZonMw Cluster Ouderen
Datum: 13-08-2019
Oplagenummer: 100/07/2019/OUN

ZonMw
Laan van Nieuw Oost-Indië 334
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Tel. 070 349 51 11
Fax 070 349 53 58
www.zonmw.nl
 info@zonmw.nl

ZonMw
Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE The Hague
P.O. Box 93245
2509 AE The Hague
The Netherlands
Phone +31 (0)70 349 51 11
Fax +31 (0)70 349 51 00
 info@zonmw.nl
www.zonmw.eu

Inhoud

Samenvatting.....	7
1 Inleiding.....	8
1.1 Leeswijzer.....	8
1.2 Achtergrond en verzoek tot programmaontwikkeling	8
1.2.1 Verzoek ministerie van VWS meerjarig programma kwaliteitsontwikkeling	8
1.2.2 Ontwikkelingsrichting ministerie van VWS	8
1.2.3 Plan van aanpak programmaontwikkeling.....	9
1.2.4 Input voor programma Beter Thuis.....	9
2 Context	10
2.1 Kwaliteit van zorg.....	10
2.2 Zorgvormen: omschrijving, doel, gebruik en ontwikkeling.....	10
2.2.1 Geriatrische revalidatiezorg	10
2.2.2 Eerstelijnsverblijf.....	11
2.2.3 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (voorheen extramurale behandeling)	12
2.3 Focus en afbakening programma ZonMw	13
2.4 Kwaliteit GRZ, ELV en GZSP	16
2.5 Relatie met andere programma's en initiatieven	18
2.5.1 ZonMw-programma's.....	19
2.5.2 Programma's en initiatieven buiten ZonMw.....	19
3 Visie, doelstellingen, doelgroep(en) en leidende principes van het programma.....	21
3.1 Visie	21
3.2 Doelstellingen	21
3.3 Doelgroepen	22
3.4 Leidende principes.....	22
4 Structuur en inhoud van het programma	24
4.1 Focus programma.....	24
4.2 Inhoud en planning van het programma.....	25
4.2.1 Jaar 1	25
4.2.2 Jaar 2 tot en met 4.....	28
5 Impact versterken: Communicatie en implementatie.....	29
5.1 Impact versterken, op project- en programmaniveau	29
5.2 Communicatie	30
6 Management en organisatie	31
6.1 Programmacommissie	31
6.2 Beoordeling projectvoorstellen	31
6.3 Voortgangsbewaking projecten	33
6.4 Staatssteun.....	33
7 Evaluatie van het programma: tussentijdse- en eindevaluatie	34
8 Financiële omvang en meerjarenraming van het programma.....	35
Verwijzingen	37

Bijlagen

A Bijlage 1: Algemene ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit van zorg binnen de Zvw.....	39
B Bijlage 2: Overzicht van de setting, doelgroep, doel, betrokken behandelaars en bekostigingsprestaties van de zorgvormen	43
C Bijlage 3: Voorlopige resultaten veldraadpleging	45
D Bijlage 4: Begrippenlijst	48

Samenvatting

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft ZonMw verzocht om een programma te ontwikkelen gericht op de kwaliteitsontwikkeling voor de tijdelijke intensieve zorg en behandeling. Het programma dient de ontwikkeling en herziening van beschrijvingen van goede zorg binnen Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ), Eerstelijnsverblijf (ELV) en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) te stimuleren.

Ter voorbereiding op het programma heeft ZonMw een QuickScan laten uitvoeren waarin de stand van zaken met betrekking tot beschrijvingen van goede zorg en het gebruik van de drie zorgvormen wordt beschreven. Daarnaast heeft ZonMw partijen in het veld geraadpleegd. Op basis van deze voorbereidende activiteiten en de (toekomstige) ontwikkelingen in het veld, waaronder de overheveling van de GZSP naar de Zorgverzekeringswet, kiest ZonMw voor een ontwikkelingsgericht programma. Dit houdt in dat in de eerste anderhalf jaar van het programma door middel van het uitzetten van subsidies en opdrachten verder gewerkt aan het leggen van het fundament van waaruit we het programma verder kunnen bouwen.

Het programma Beter Thuis richt zich in de periode 2019 t/m 2023 op het stimuleren van de (integrale) kwaliteitscyclus voor de zorgvormen GRZ, ELV, GZSP en levert daarmee een bijdrage aan de verbetering van de kwaliteit van zorg. Het perspectief van de zorgvrager is hierbij het uitgangspunt. Het programma beoogt dit te bereiken door in te zetten op de verschillende segmenten van de kwaliteitscyclus van de drie zorgvormen. Het programma doet dit middels het:

- Stimuleren van de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden
- Bevorderen van kennisontwikkeling
- Ophalen, verspreiden en onderbouwen van praktijkvoorbeelden.

Het bevorderen van samenhang in de zorg en afstemming tussen relevante veldpartijen is hierbij essentieel.

1 Inleiding

Er bestaan diverse zorgvormen die bedoeld zijn voor kwetsbare groepen mensen met een tijdelijke intensieve zorg- en behandelbehoefte. Dit zijn onder meer:

- Geriatrische revalidatiezorg (GRZ)
- Eerstelijnsverblijf (ELV)
- Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP). Dit was voorheen de Extramurale Behandeling.

Deze zorgvormen hebben -met uitzondering van eerstelijnsverblijf palliatief - als voornaamste doel herstel en/of revalidatie en zijn hoofdzakelijk gericht op het langer thuis wonen en/of de terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie met behoud van kwaliteit van leven. Met de juiste inzet van deze zorgvormen kunnen (onnodige) ziekenhuisopnames uitgesteld, verkort of zelfs voorkomen worden.

1.1 Leeswijzer

In de programmatekst van 'Beter Thuis' behandelen we allereerst de achtergrond van het verzoek van het ministerie VWS en de ontwikkelingsrichting die VWS voor ogen heeft bij deze zorgvormen. In hoofdstuk 2 schetsen we vervolgens de context van het programma. Hierbij is aandacht voor kwaliteitsontwikkelingen binnen de zorg, het gebruik en de ontwikkelingen van de specifieke zorgvormen. Daarna beschrijven we in hoofdstuk 3 de doelstellingen, de doelgroep en de structuur van het programma. In hoofdstuk 4 werken we de doelstellingen, de doelgroep en de programmastructuur verder uit – op inhoudelijke niveau. Tot slot staan we in de hoofdstukken daarna stil bij de communicatie over het programma, de implementatie van de resultaten, het programmamanagement en de programmaorganisatie. Ook de evaluatie en de begroting van het programma vormen aparte hoofdstukken.

Bij deze programmatekst hoort een begrippenlijst (bijlage 4). In deze begrippenlijst staan de meest gebruikte termen en afkortingen.

1.2 Achtergrond en verzoek tot programmaontwikkeling

In het kader van de overheveling van deze zorgvormen naar de Zorgverzekeringswet (Zvw), een onvoldoende ontwikkeling van landelijke kwaliteitsdocumenten en de daarmee samenhangende noodzaak van (integrale) kwaliteitsontwikkeling van deze zorgvormen heeft het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) ZonMw verzocht een programma te ontwikkelen met als doel beschrijvingen van goede zorg op te leveren (1).

1.2.1 Verzoek ministerie van VWS meerjarig programma kwaliteitsontwikkeling

Eind 2018 heeft ZonMw een eerste verzoek van het ministerie van VWS ontvangen om een plan van aanpak op te stellen voor een meerjarig programma ten behoeve van de kwaliteitsontwikkeling op het gebied van GRZ, ELV en GZSP.

De achtergrond van dit verzoek betrof de overheveling van de verschillende zorgvormen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zvw (GRZ sinds 2013, ELV sinds 2017, GZSP per 2020 en 2021). En daarmee het creëren van een zorgcontinuüm in de eerstelijnszorg voor specifieke (vaak kwetsbare) patiëntgroepen. Om deze zorgvormen in samenhang door te ontwikkelen is het noodzakelijk dat er voldoende beschrijvingen van goede zorg beschikbaar zijn. De beschikbaarheid hiervan is een voorwaarde voor de mogelijkheid tot aanpassing van de huidige aanspraak op de GRZ en de mogelijkheid om meer behandelopties te creëren binnen het eerstelijnsverblijf (1) (2). Het ministerie van VWS geeft aan dat passende bekostiging geleverd kan worden als het helder is welke zorg binnen deze zorgvormen geleverd wordt. Die helderheid ontstaat door de zorgvormen te beschrijven in zorgpaden en kwaliteitskaders.

1.2.2 Ontwikkelingsrichting ministerie van VWS

Het doel van de drie genoemde zorgvormen formuleert het ministerie van VWS als volgt: 'het bieden van proactieve en samenhangende geneeskundige zorg voor kwetsbare mensen thuis waar dat kan, al dan niet met tijdelijk verblijf als dat nodig is. Zodat zij de zorg en ondersteuning krijgen die zo goed mogelijk aansluit op hun behoefte.' Hierbij is het van belang een goede overgang te creëren tussen

huis/ziekenhuis en GRZ, ELV en GZSP en een goede overgang vanuit deze zorg weer terug naar huis (of vervangend huis). Goede verbinding tussen de zorgvormen zorgt ervoor dat de juiste zorg op de juiste plek (3) geleverd kan worden. Combinaties van behandeling binnen de GZSP met - nu nog voornamelijk intramurale behandeling in de GRZ en/of het ELV - maken dat in de eigen omgeving van de zorgvrager een therapeutisch klimaat kan worden gecreëerd - daar waar het gepast en logisch is. Aansluiting tussen GZSP en GRZ betekent voor de zorgvrager bijvoorbeeld de mogelijkheid tot het in- of voortzetten van behandeling in de eigen omgeving (thuis of relatief dichtbij poliklinisch). Vergelijkbare bekostiging voor deze zorgvormen kan bijdragen aan de samenhang van deze zorg.

1.2.3 Plan van aanpak programmaontwikkeling

ZonMw heeft naar aanleiding van het verzoek van het ministerie van VWS een plan van aanpak opgesteld voor de voorbereiding van het programma Beter Thuis. In vervolg hierop heeft het ministerie ZonMw eind maart 2019 de opdracht verleend om dit plan van aanpak uit te voeren. Onderdelen van dit plan van aanpak - waaronder de uitvoering van de QuickScan en de veldraadpleging - liggen ten grondslag aan het dit programma.

1.2.4 Input voor programma Beter Thuis

QuickScan

ZonMw heeft in het voorjaar van 2019 een QuickScan laten uitvoeren als voorbereiding op het programma. Voor deze QuickScan is onder meer gebruikgemaakt van acht bestaande rapportages en monitors aangevuld met een expertconsultatie (4). Deze QuickScan is opgedeeld in twee onderdelen.

Het eerste onderdeel geeft inzicht in het gebruik van de zorgvormen GRZ, ELV en GZSP. Daarnaast worden hier de doelgroepen binnen deze drie zorgvormen beschreven en zijn patiëntkenmerken in relatie tot de zorgvormen in kaart gebracht. Het tweede onderdeel biedt een overzicht en een analyse van initiatieven die gericht zijn op kwaliteitsontwikkeling van GRZ, ELV en GZSP. Verder wordt in dit onderdeel een overzicht van kennis- en onderzoeksagenda's (gerelateerd aan deze drie zorgvormen) gepresenteerd.

Veldraadpleging

In het voorjaar van 2019 heeft ZonMw een veldraadpleging uitgevoerd met als doel overzicht te krijgen van de activiteiten en ontwikkelingen van de veldpartijen binnen de drie genoemde zorgvormen en het ophalen van input vanuit het veld voor de ontwikkeling van het voorliggende programma. Hiervoor zijn de betrokken partijen (waaronder de diverse beroepsverenigingen, patiëntenorganisaties en brancheorganisaties) in kaart gebracht en vervolgens geconsulteerd. Een overzicht van geraadpleegde partijen en een samenvatting van de veldraadpleging is te vinden in bijlage 3.

2 Context

In de context van het programma Beter Thuis wordt een onderscheid gemaakt tussen de algemene ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit van zorg en de specifieke (kwaliteits)ontwikkelingen binnen GRZ, het ELV en de GZSP en de afbakening met aanpalende zorg. Tot slot wordt de relatie met andere aanpalende (ZonMw) programma's en initiatieven weergegeven.

Het is van eminent belang dat binnen dit programma zowel aansluiting wordt gezocht bij de algemene ontwikkelingen op het gebied van de kwaliteit van zorg, als meer specifiek binnen de GRZ, het ELV en de GZSP als ook andere ZonMw-programma's die qua doelgroep(en) en/of doelstellingen raken aan de doelstellingen van het programma Beter Thuis.

2.1 Kwaliteit van zorg

Het systematisch werken aan kwaliteitsverbetering is al enkele decennia onderdeel van de gezondheidszorg. Dit wordt onder andere gedaan door de ontwikkeling van instrumenten die beschrijven wat goede en professionele zorg is. Het kwaliteitsbeleid is voortdurend in ontwikkeling, waarbij de laatste jaren wordt hierbij meer aandacht gevraagd voor de positie van de zorgvrager. Dit uit zich onder meer in de inzet op de ontwikkeling van zorgvragersinformatie en keuzehulpen. Ook de implementatie van ontwikkelde materialen vraagt de laatste jaren meer aandacht. Dit vergt specifieke expertise. Voor een uitgebreider overzicht van de historie van het werken aan kwaliteit van zorg en de relevante zorgwetgeving verwijzen we naar bijlage 1 van deze programmatekst.

2.2 Zorgvormen: omschrijving, doel, gebruik en ontwikkeling

In de volgende paragrafen schetsen wij per zorgvorm de belangrijkste ontwikkelingen en aandachtspunten en lichten wij de GRZ, het ELV en de GZSP kort toe. Aanvullend hierop is in bijlage 2 een overzicht te vinden met een beschrijving per zorgvorm van de setting, doelgroep, doel, betrokken behandelaars en bekostigingsprestaties. Voor een uitgebreider overzicht verwijzen we naar de QuickScan 'Geriatrische Revalidatiezorg, Eerstelijnsverblijf en Aanvullende Geneeskundige Zorg' van Q-Consult Zorg (4).

2.2.1 Geriatrische revalidatiezorg

Omschrijving

Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) is in 2013 overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. In artikel 2.5c van het Besluit zorgverzekering (Bzv) is GRZ als volgt omschreven:

'1. Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

2. De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, indien:

a. de zorg binnen een week aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 2.12 in verband met geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf in een instelling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a, van de Wet langdurige zorg gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, van die wet in dezelfde instelling, en

b. de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12.

3. Het tweede lid, onderdeel a, is niet van toepassing indien er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van zelfredzaamheid en waar sprake is van voorafgaande medisch-specialistische zorg voor deze aandoening.

4. De duur van de geriatrische revalidatie, bedoeld in het eerste lid, bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode toestaan.' (5)

Doel

Het doel van GRZ is de patiënt in staat te stellen om terug te keren naar de thuissituatie zodat de patiënt zo goed mogelijk kan blijven deelnemen aan het maatschappelijke leven (6).

Gebruik

In 2016 betrof het aantal unieke zorgvragers in de GRZ 58.623. Het is onbekend welk percentage van de GRZ ambulant geboden wordt (4). Op basis van gesprekken met het veld is de verwachting is dat dit percentage vrij laag ligt.

Ontwikkelingen

De overheveling van de GRZ van de AWBZ naar de Zvw in 2013 heeft een stimulans gegeven aan de versterkte en doelmatige focus op revalidatie en herstel (2). GRZ lijkt op basis van gesprekken in het veld verder in deze ontwikkeling te zijn dan het ELV en de GZSP. Desondanks blijft GRZ een relatief jong onderzoeksterrein waar behoefte is aan meer evidence based practice, expertise en kennisuitwisseling. Om de kwaliteit binnen de GRZ te verbeteren wordt dan ook gepleit voor meer onderzoek en ontwikkeling op verschillende aspecten van (organisatie van) het revalidatieproces (7). Daarnaast geeft het veld aan dat het ambulant werken in de GRZ nog volop in ontwikkeling is en aandacht behoeft.

Voorbeeld

De heer Klaassen (87 jaar, weduwnaar) is na een val in de badkamer opgenomen in het ziekenhuis. In het ziekenhuis blijkt dat hij zijn heup gebroken heeft. De orthopeed besluit een nieuwe heup te plaatsen. Na de operatie is de heer Klaassen nog niet in staat om zelfstandig voor zichzelf te zorgen. Hij zal de komende periode de algemene dagelijkse vaardigheden opnieuw moeten leren en ook opnieuw moeten leren lopen. Daarbij komt dat hij in de komende weken wondverzorging nodig heeft. Het ziekenhuis besluit samen met de heer Klaassen en zijn familie dat hij overgeplaatst wordt naar een geriatrische revalidatieafdeling bij hem in het dorp. Dit biedt hem in de komende weken de ruimte om te revalideren en zo kan hij werken aan de terugkeer naar huis.

2.2.2 Eerstelijnsverblijf

Omschrijving

Eerstelijnsverblijf is sinds 2017 onderdeel van de Zorgverzekeringswet en staat beschreven in artikel 2.12 Bzv. Het gaat hier niet specifiek over ELV.

‘Verblijf omvat verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg bedoeld in artikel 2.4, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 2.7, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.’ (5)

Het Zorginstituut Nederland omschrijft ELV als volgt:

‘Eerstelijnsverblijf is tijdelijk verblijf in een instelling en is gericht op herstel en terugkeer naar de thuissituatie of betreft palliatief terminale zorg. Het omvat ‘verblijf in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden’. Hieronder verstaan we generalistische geneeskundige zorg, de niet medisch-specialistische zorg. Bij het eerstelijnsverblijf is de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde of de arts verstandelijk gehandicapten verantwoordelijk voor de geneeskundige zorg.’ (8)

Voor de bekostiging wordt binnen ELV onderscheid gemaakt tussen de volgende drie prestaties, beschreven in tabel 1. Daarnaast bestaat er sinds 2019 een experimentprestatie ‘zorgvernieuwing en resultaatbeloning’. Deze prestatie wordt beschreven in paragraaf 2.5.2.

ELV laag complex	ELV hoog complex	ELV palliatief terminale zorg
Kenmerk: laag complexe zorglevering gezien de aard van de zorgvraag	Kenmerk: hoog complexe zorglevering gezien de aard van de zorgvraag	Kenmerk: levensverwachting van de patiënt is 3 maanden of korter (volgens behandelend arts)
Verblijf vanwege een enkelvoudige aandoening	Verblijf vanwege meerdere en elkaar beïnvloedende aandoeningen of beperkingen	Levensbedreigende ziekte of aandoening

Tabel 1 Verschillende prestaties binnen het Eerstelijnsverblijf (9)

Doel

Het doel van ELV is terugkeer van de patiënt naar huis (focus ligt op herstel, observatie of diagnostiek) of het betreft palliatief terminale zorg (8).

Gebruik

Voor ELV ging het in 2017 om 34.000 unieke zorgvragers. Het gebruik van ELV lijkt toe te nemen (stijging aantal unieke zorgvragers) (4).

Ontwikkelingen

Uit de QuickScan van Q-consult Zorg (2019) komt naar voren dat er in de praktijk aanzienlijke regionale verschillen bestaan in de groep die ELV ontvangt. Zorgvragers zijn daarmee afhankelijk van de wijze waarop het aanbod van ELV georganiseerd is. De verschillen worden onder andere verklaard door regionale invloeden (waaronder verschillen in regionale (keten)samenwerking) en instelling-specifieke keuzes. Relevante veldpartijen benoemen in dit kader het belang van netwerkzorg. Daar waar de wijkverpleging goed georganiseerd is, wordt minder gebruik gemaakt van het ELV.

Voorbeeld

Mevrouw Hendriks (78 jaar, weduwe) woont in een eengezinswoning in een klein dorp. Haar dochter houdt een oogje in het zeil en komt wekelijks een kijkje bij haar nemen. Mevrouw Hendriks heeft al jaren diabetes en gebruikt hiervoor medicatie. Haar dochter merkt op dat haar moeder al een paar weken tobt met haar gezondheid en haar medicatie. Ze is de laatste tijd wat verward en heeft moeite om goed voor zichzelf te zorgen. De huisarts is inmiddels ook ingeschakeld, maar kan de situatie niet goed inschatten. Het is niet verantwoord dat mevrouw Hendriks in haar eigen woonomgeving blijft, maar een opname in een ziekenhuis is niet noodzakelijk. De huisarts besluit - in samenspraak met mevrouw Hendriks en haar dochter - mevrouw Hendriks op te nemen op een eerstelijnsverblijfunite. Hier ontvangt zij de zorg die zij nodig heeft en wordt haar situatie verder in kaart gebracht. De eventuele aandoeningen en beperkingen worden geanalyseerd en gestabiliseerd zodat mevrouw Hendriks zo snel mogelijk weer terug kan naar haar eigen huis.

2.2.3 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (voorheen extramurale behandeling)

Omschrijving

In de kamerbrief van 27 mei 2019 wordt de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen als volgt beschreven:

'De zorg, die nu nog onder de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling wordt gefinancierd betreft generalistische geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen, zoals ouderen met multiproblematiek, mensen met progressieve, degeneratieve neurologische aandoeningen (zoals de ziekte van Parkinson, de ziekte van Huntington, de ziekte van Korsakov en multiple sclerose), mensen met niet aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking van achttien jaar en ouder. Bij deze zorg is aandacht voor het verbeteren van functionele autonomie, voorkomen van verergering van de beperkingen en het leren omgaan met de (voortschrijdende) beperkingen.

De specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten spelen een cruciale rol bij deze zorg. De specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten leveren deze zorg vaak in samenwerking met ander zorgverleners in een multidisciplinair team. De andere zorgverleners in dit team zijn de gespecialiseerde psycholoog (GZ-psycholoog of ouderenpsycholoog of orthopedagoog) en paramedici (fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist en diëtist) en de vaktherapeut. Het betreft zorg aan mensen die geen Wlz-indicatie hebben en die daar ook (nog) niet voor in aanmerking komen, omdat zij (nog) geen 24-uur toezicht en zorg in de nabijheid nodig hebben. Zij hebben wel (integrale) zorg nodig om zelfstandig te kunnen functioneren.’ (10)

Doel

Het doel van GZSP is dat zorgvragers in de ambulante situatie behandeling kunnen ontvangen, waarbij gewerkt wordt aan specifieke behandeldoelen (zoals het verbeteren van autonomie, het voorkomen van verergering van de beperkingen en het leren omgaan met de (voortschrijdende) beperkingen) (10) (4).

Gebruik

In 2017 maakten 28.900 unieke zorgvragers gebruik van GZSP (4).

Ontwikkelingen

In 2020 staat de start van de overheveling van de subsidieregeling extramurale behandeling naar de Zvw gepland met als eerste de overheveling van de specialist ouderengeneeskunde (SO) en de arts verstandelijk gehandicapten (AVG) naar de Zvw.

De overheveling gaat gepaard met een aantal wijzigingen en verloopt gefaseerd. Zo worden er binnen de Zvw bijvoorbeeld geen extra prestaties voor individuele paramedische zorg opgenomen en vindt een reductie plaats van het aantal prestaties dagbehandeling voor lichamelijk gehandicapten van drie tot één. In 2020 vindt de overheveling van de ‘behandeling SO’ en ‘behandeling AVG’ plaats. Het jaar daarop volgen andere onderdelen uit de subsidieregeling waaronder de andere zorgverleners in het multidisciplinaire team zoals de gespecialiseerde psycholoog (GZ-psycholoog, ouderenpsycholoog of orthopedagoog), de paramedici (fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist en diëtist) en de groepsbehandeling. Per januari 2021 wordt het gehele pakket aan zorg onder de noemer GZSP in het Zvw-basispakket ondergebracht.

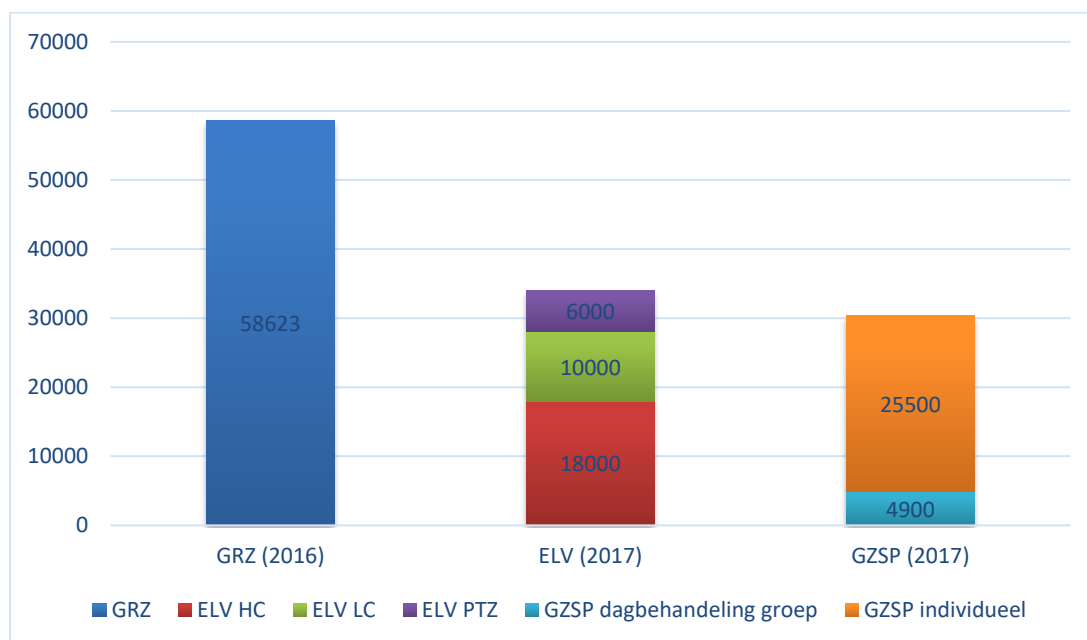
Partijen in het veld geven aan dat er geen landelijke dekking van GZSP is. Het aanbod en de toegankelijkheid hiervan verschilt per regio.

Voorbeeld:

Mevrouw Lens (52 jaar) heeft een aantal jaren geleden de diagnose Huntington gekregen. Huntington kenmerkt zich met geleidelijke achteruitgang. Mevrouw Lens heeft steeds meer last van onvrijwillige bewegingen, evenwichtsproblemen en spraakproblemen. Om te leren omgaan met de toenemende beperkingen doet zij twee keer per week mee aan het dagbehandelingsprogramma Huntington. Tijdens de dagbehandeling Huntington ontvangt mevrouw Lens onder andere fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, psychologische begeleiding en persoonlijk medisch advies. Ook komt mevrouw Lens in contact met lotgenoten. Deze vorm van dagbehandeling draagt bij aan de zelfstandigheid van mevrouw Lens.

2.3 Focus en afbakening programma ZonMw

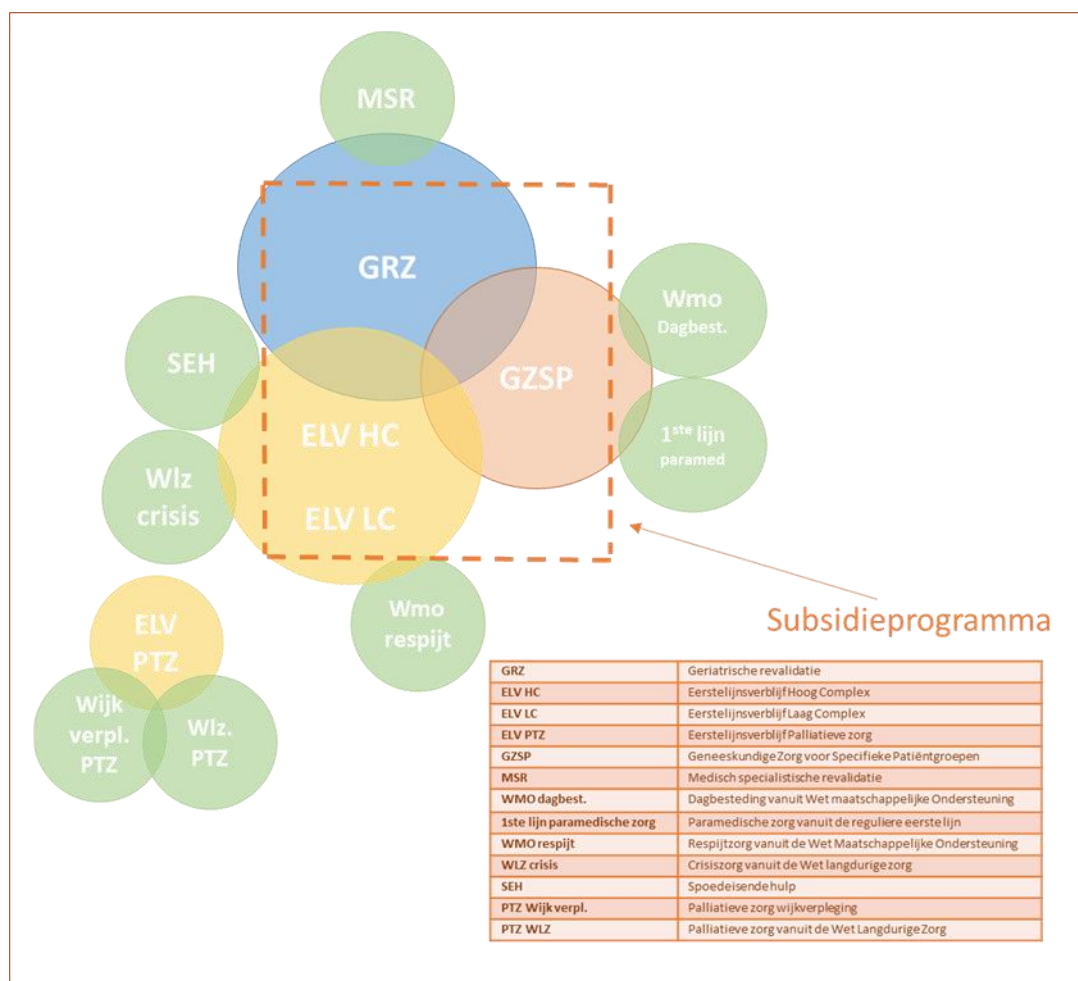
Bij GRZ, ELV en GZSP gaat het om de doelgroep kwetsbare mensen met een tijdelijke intensieve zorg- en behandelbehoefte, al dan niet met verblijf. Het doel van deze drie zorgvormen is hoofdzakelijk herstel of revalidatie en terugkeer naar huis. Een gebundeld overzicht van het gebruik van de drie zorgvormen staat weergegeven in figuur 1.



Figuur 1 Aantal unieke zorgvragers per zorgvorm (4)

Q-Consult geeft over het onderscheid tussen de drie zorgvormen het volgende aan: *‘Het onderscheid tussen de drie zorgvormen is zichtbaar in de formele beschrijving of aanspraak van de zorgvorm en wordt beschreven als verschil in de zorgbehoefte (de relatie met al dan niet verblijf) en het (behandel)doel die gericht is op revalidatie, herstel/diagnostiek of observatie’* (4). In de praktijk blijken de grenzen tussen de zorgvormen en aanpalende zorgvormen echter niet altijd duidelijk.

In onderstaande figuur wordt indicatief de (mogelijke) overlap tussen de drie zorgvormen en aanpalende vormen van zorg en ondersteuning weergegeven. Dit is slechts een indicatie van mogelijke overlap (4) (11).



Figuur 2 Mogelijke overlap tussen de verschillende zorgvormen en afbakening programma (4) (11)

De figuur geeft een beeld van de overlap tussen de doelgroepen die zorg ontvangen binnen de verschillende zorgvormen. Enkele voorbeelden: bij zowel GRZ en ELV hoog complex kan er sprake zijn van kwetsbare mensen met een op herstel gerichte behandeling of revalidatievraag. Hierdoor worden problemen in de triage ervaren (4).

De focus van ambulante GRZ en GZSP is behandeling in de thuissituatie (of poliklinisch). Hierbij blijkt uit de veldraadpleging dat de focus van GZSP in het geval van de behandeling door de SO meer preventief ingestoken is en de focus van ambulante GRZ gericht is op herstel. Naast overlap tussen deze drie zorgvormen wordt overlap gezien tussen o.a. GRZ en Medisch Specialistische Revalidatie (MSR), tussen ELV laag complex en respijtzorg, tussen ELV Palliatief, palliatieve zorg vanuit de wijkverpleging en de Wlz en tussen GZSP en Wmo dagbesteding en eerstelijns paramedische zorg. Huisartsenzorg en wijkverpleging zijn niet opgenomen in figuur 2, maar hebben wel een belangrijke invloed op en in de GRZ, het ELV en de GZSP. Daar waar deze zorg niet goed georganiseerd is, zal mogelijk overlap ontstaan tussen de drie zorgvormen, huisartsenzorg en wijkverpleging.

Ten aanzien van het maken van onderscheid tussen de drie zorgvormen worden de volgende knelpunten benoemd in de veldraadpleging en QuickScan:

- Triage op basis van gevalideerde meetinstrumenten en inhoudelijke argumenten wordt als ingewikkeld ervaren. Problemen worden voornamelijk gezien in triage tussen GRZ en ELV hoog complex.
- Het slecht kunnen inschatten of terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.
- Het ontbreken van eenduidige start- en stopcriteria gekoppeld aan fysieke en mentale aspecten, gespecificeerd per aandoening.
- Suboptimale aansluiting van de verschillende zorgvormen (bijvoorbeeld inzet ELV voordat GRZ mogelijk is).

- De lokale context is bepalend voor hoe de zorg georganiseerd is en welke zorg aangeboden wordt.
- Complexiteit van de aanvraagprocedure (administratief) van een prestatie binnen een zorgvorm.

Dit zou kunnen leiden tot ongelijkheid in toegankelijkheid (toedeling) van deze zorgvormen. Het is onvoldoende duidelijk wie wanneer op basis van welke criteria indiceert voor welke zorgvorm en behandeling. De zorg die iemand kan krijgen lijkt niet alleen af te hangen van zijn ziektebeeld en beperkingen, maar bijvoorbeeld ook van de locatie van verblijf op het moment van zorgvraagbepaling. Met het oog op levering van de juiste zorg op de juiste plek is dit een ongewenste situatie. Afstemming van de regelingen past ook in de netwerkontwikkeling samenhangende ouderenzorg waar effectieve op- en afschaling van zorg kan bijdragen aan de algemene tendens en wens van betrokkenen om langer thuis te verblijven.

De grijze gebieden tussen de verschillende zorgvormen (bijvoorbeeld ELV hoog complex en GRZ of ELV laag complex en respijtzorg) vragen om een zorgvuldige afweging van opties. De inrichting van regionale coördinatiepunten tijdelijk verblijf speelt in op het leveren van de juiste zorg op de juiste plek door breed inzicht in de gehele keten te bieden (12). Deze coördinatie aan de voorkant voorkomt dat een zorgvrager onnodig moet verhuizen of niet de gewenste zorg krijgt doordat hij/zij in het 'verkeerde bed' belandt.

Focus programma Beter Thuis

Het programma richt zich primair op de zorgvormen GRZ, ELV (hoog complex en laag complex) en GZSP en de samenhang tussen deze zorgvormen. Zoals te zien in figuur 1 is er ook overlap met andere vormen van zorg en ondersteuning, zowel binnen als buiten de Zorgverzekeringswet zoals Wlz crisiszorg, Wmo, Spoedzorg, Respijtzorg, Medisch Specialistische Revalidatiezorg, paramedische zorg en Wmo dagbesteding. Als het gaat om de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden vallen deze aanpalende vormen van zorg en ondersteuning buiten het programma Beter Thuis. De grensgebieden van deze zorgvormen vergen een nadere verkenning.

2.4 Kwaliteit GRZ, ELV en GZSP

Beschrijvingen van goede zorg

Voor de zorgvormen GRZ, ELV en GZSP is slechts een beperkt aantal beschrijvingen van goede zorg algemeen beschikbaar (4). GRZ wordt zowel in de QuickScan als in de veldraadpleging genoemd als het meest ver gevorderd op het gebied van kwaliteitsontwikkeling. Er zijn voor GRZ 21 kwaliteitsdocumenten beschikbaar waarvan er één is opgenomen in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut. Deze documenten zijn met name landelijk en regionaal ontwikkeld. Voor ELV en GZSP is geen overzicht beschikbaar van kwaliteitsdocumenten.

Voor GRZ, ELV en GZSP zijn geen **geïntegreerde** (vanuit meerdere zorgvormen vormgegeven) kwaliteitsdocumenten bekend. Wel worden er triage-instrumenten gebruikt voor onder meer ELV en GRZ (4) (11). Huidige initiatieven en projecten gericht op kwaliteitsbevordering gaan met name over het verbeteren van samenwerking in de regio door de inzet van hulpbronnen (triage).

Hieronder worden de belangrijkste ontwikkelpunten en behoeften genoemd die naar voren komen uit de Quickscan, de veldraadpleging en de kamerbrieven/-stukken die gerelateerd zijn aan de overheveling:

Belangrijkste behoeften genoemd in de QuickScan

- Op het gebied van **kwaliteit** is behoefte aan:
 - o een kwaliteitskader voor zorg binnen de drie zorgvormen.
 - o landelijke beschrijvingen van goede zorg - waarbij ambulante zorg (ambulante GRZ en GZSP) als een lacune wordt benoemd.
 - o kwaliteitsinstrumenten die zich richten op de instroom van zorgvragers (protocollen en richtlijnen voor *advanced care planning* en triage).
- Op het gebied van **kennis** is behoefte aan:

- inzicht in effecten en uitkomstmaten van behandeling.
- onderzoek naar het verschil in patiëntkenmerken tussen en binnen de zorgvormen. Met als doel per zorgvorm inzicht te verkrijgen in de huidige groepen en de overlap hierbinnen. Daarnaast dient dit het prognostisch belang voor het effect van behandeling.

Belangrijkste behoeften genoemd in de veldraadpleging

- Op het gebied van **kwaliteit** is behoefte aan:
 - het verder beschrijven van goede zorg voor de drie zorgvormen. Het belang van kwaliteitsontwikkeling wordt breed gedeeld, maar men is niet eenduidig over op welke wijze dit het beste kan worden vormgegeven. Dit geldt eveneens voor de afstemming van de regelingen qua zorginhoud en de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen op het gebied van kwaliteitsontwikkeling.
 - aansluiting van nieuw te ontwikkelen kwaliteitsdocumenten op bestaande kwaliteitsstandaarden en kwaliteitskaders.
 - verdere doorontwikkeling van triage instrumenten.
- Op het gebied van **kennis** is behoefte aan:
 - inzicht in de effectiviteit van bepaalde behandelingen voor specifieke patiëntengroepen.
 - inzicht in behoeften van zorgvragers.
 - het uitwerken van de prioriteiten op onderzoekgebied uit kennisagenda's van de beroepsgroepen en het consortium GRZ.

Belangrijkste ontwikkelpunten en behoeften genoemd in relevante kamerbrieven/stukken gerelateerd aan de overheveling van de GRZ, het ELV en de GZSP.

- De beschrijvingen van goede zorg worden genoemd als belangrijke voorwaarde voor het verder ontwikkelen van deze drie zorgvormen:
 - In het kamerstuk van 3 juli 2013 over de overheveling van de GRZ wordt aangegeven dat de ontwikkeling van omschrijvingen van goede zorg (goede diagnostiek en zo nodig behandeling met een goede overdracht (verwijzing) en goed vervolg) randvoorwaardelijk is voor het aanpassen van de huidige aanspraak op GRZ (1).
 - In de kamerbrief van 28 juni 2018 over de doorontwikkeling van eerstelijnsverblijf wordt gesteld dat het vormgeven van de kwaliteit van het eerstelijnsverblijf door het veld voorwaardelijk is voor het geven van de mogelijkheid van meer behandelopties binnen het eerstelijnsverblijf (2).
 - In de kamerbrief van 27 mei 2019 over de overheveling van GZSP wordt het volgende aangegeven: Met de overheveling van de GZSP worden ook de ambulante zorgactiviteiten voor kwetsbare patiëntengroepen onder de Zvw gebracht waarmee de doorontwikkeling van de (integrale) zorg voor kwetsbare mensen thuis (indien nodig met tijdelijk verblijf) verder kan worden vormgegeven door de beroepsgroepen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In de kamerbrief over de overheveling van de GZSP wordt genoemd dat vooral de beroepsgroepen aan zet zijn om, op basis van ontwikkelde zorgpaden en/of kwaliteitskaders, te bepalen welke zorg op welke plek nodig is (10).
- De verdere ontwikkeling van de **ambulante GRZ**, in aansluiting op de klinische fase (1).
- Het verbeteren van de **samenhang tussen het eerstelijnsverblijf en andere zorgvormen met tijdelijk verblijf**. Hierbij wordt ingezet op de verbreding van regionale coördinatiepunten naar alle zorgvormen met tijdelijk verblijf (2).

- De doorontwikkeling van een **multidisciplinaire integrale manier van bekostiging** die het interdisciplinaire karakter van deze zorg ondersteunt en recht doet aan de specifieke expertise die veelal nodig is voor deze groep patiënten (10).

Aandachtspunten

Uit zowel de QuickScan als de veldraadpleging komt naar voren dat beschrijvingen van goede zorg voor de zorgvormen GRZ, ELV en GZSP op dit moment nog ontbreken. Veldpartijen hebben de behoefte om de geleverde zorg beter te gaan beschrijven. Over de wijze waarop dit het beste kan worden vormgegeven is men niet eenduidig. Gezien de onvoorspelbaarheid en kwetsbaarheid van de doelgroep beveelt Q-Consult Zorg aan om de beschrijvingen van goede zorg modulair op te bouwen en dit waar mogelijk generiek en niet diagnose specifiek te doen. Er is nog onvoldoende inzicht in de zogenoemde 'witte vlekken' of in grootste behoeften op het gebied van kwaliteitsontwikkelingen binnen de drie zorgvormen.

Specifieke aandacht wordt gevraagd voor de ambulante zorg, het versterken van de bestaande rol van de SO buiten de muren van de zorgorganisatie en richtlijnen/hulpwijzers voor triage.

Een van de belangrijkste aanbevelingen uit de QuickScan is het toewerken naar een integraal kwaliteitskader met aandacht voor:

- Afstemming van behandeling op zorgbehoefte van de zorgvrager;
- Regie van de betrokken zorgprofessionals op het behandelplan;
- Expertise van zorgverleners op herstelgerichte zorg en inzet van hulpbronnen;
- Multidisciplinaire afstemming en verwachtingenmanagement richting zorgvrager en familie.

Bij de veldpartijen ligt de ontwikkeling van een kwaliteitskader echter gevoelig. Zo wordt benoemd dat het onwenselijk is om losse kwaliteitskaders te ontwikkelen, omdat het voor zorgprofessionals en zorgorganisaties niet werkbaar is om rekening te moeten houden met verschillende kaders. Op aanpalende terreinen zijn reeds kwaliteitskaders beschikbaar waaronder het Kwaliteitskader Wijkverpleging en het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Het is volgens de partijen wenselijk om een dergelijke ontwikkeling te bezien in samenhang met (ontwikkelingen op het gebied van) aanpalende kwaliteitskaders.

Ter onderbouwing van de kwaliteitsstandaarden voor deze zorgvormen wordt het belang van onderzoek naar onder andere de effectiviteit van verschillende behandelingen voor specifieke patiëntengroepen benoemd.

Andere aandachtspunten voor het programma die naar voren komen zijn:

- Eenduidige taal (het hanteren van eenduidige termen en definities in beschrijvingen van goede zorg);
- Perspectief zorgvrager centraal;
- Passende onderzoeksmethodiek;
- Aansluiten op bestaande initiatieven, goede praktijkvoorbeelden en (aanpalende) kwaliteitsdocumenten.

Conclusie

Uit de Quickscan en de veldraadpleging blijkt een duidelijke behoefte aan landelijke beschrijvingen van goede zorg en aan (wetenschappelijke) onderbouwing van geleverde zorg. Op basis hiervan concluderen we dat het van belang is het programma te richten op het verder opbouwen en versterken van meerdere onderdelen van de kwaliteitscyclus voor deze zorgvormen. De verdere duiding van de prioriteiten en knelpunten binnen de drie zorgvormen en de daarbij behorende keuzes maken onderdeel uit van dit programma. Dit wordt in hoofdstuk 4 verder uitgewerkt. Daarnaast zijn de hierboven benoemde aandachtspunten verwerkt in de leidende principes van het programma.

2.5 Relatie met andere programma's en initiatieven

Uit het oogpunt van 'efficiëntie' in de programmering beoogt het programma Beter Thuis zoveel mogelijk aan te sluiten bij bestaande programma's en initiatieven.

2.5.1 ZonMw-programma's

Binnen ZonMw lopen meerdere programma's gericht op kwaliteitsontwikkeling waaronder de deelprogramma's binnen het cluster Kwaliteit van Zorg. Dit zijn 'Kwaliteitsgelden', 'Ontwikkeling Kwaliteitsstandaarden verpleging en verzorging', 'Ondersteuning Zorginstituut', 'Palliantie. Meer dan zorg.' en nieuwe programma's gericht op kwaliteitsverbetering op het gebied van verpleging en verzorging, huisartsengeneeskunde en ouderengeneeskunde en paramedische beroepsgroepen. Wij sluiten waar dit kan aan bij deze programma's om in onderlinge afstemming te streven naar het versterken en complementeren van activiteiten die binnen de verschillende programma's plaatsvinden.

Het programma Beter Thuis raakt daarnaast aan het programma Langdurige Zorg en Ondersteuning dat vanuit het perspectief van de zorgvrager en samen met maatschappelijke stakeholders aan een innovatieve en duurzame kennisbasis voor de langdurige zorg en ondersteuningssector bouwt. Daarnaast ligt er - door de doelgroep en betrokken stakeholders - ook een directe verbinding met de programma's Memorabel en Gewoon Bijzonder. Al deze programma's werken vanuit de behoeften van kwetsbare burgers aan het verbeteren van de zorg en ondersteuning die zij nodig hebben.

Een nadere verkenning van de activiteiten van de verschillende programmacommissies en de diverse externe stakeholders zal plaatsvinden.

2.5.2 Programma's en initiatieven buiten ZonMw

Kwaliteitsinstituten

Verschillende kwaliteitsinstituten werken aan de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden. Vanuit het programma wordt aansluiting gezocht met het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (KiMS), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Stichting kwaliteitsimpuls langdurige zorg (SKILZ) en andere relevante kwaliteitsinstituten. Ook met het oog op het structureel inbedden van het kwaliteitsbeleid voor deze zorgvormen zal samenwerking en/of afstemming met dergelijke instituten gezocht worden.

Kwaliteitsinitiatieven

Het programma sluit – waar dit kan en nuttig is - aan bij kwaliteitsinitiatieven die raken aan de zorgvormen van het dit programma en bouwt hierop voort. Denk hierbij aan de kwaliteitskaders wijkverpleging, gehandicaptenzorg, medische zorg, palliatieve zorg en verpleeghuiszorg. Omdat de zorgvormen alle binnen de Zvw (gaan) vallen, is het uitgangspunt hierbij om zoveel mogelijk aan te sluiten bij kwaliteitsinitiatieven die binnen de Zvw ontwikkeld zijn.

Onderzoeks- en kennisagenda's beroepsgroepen

Het programma beoogt, daar waar mogelijk, aan te sluiten op bestaande onderzoeks- en kennisagenda's van betrokken beroepsgroepen.

VWS-programma's

Het programma heeft veel raakvlakken met de hoofdlijnenakkoorden, waarin het gedachtegoed van Juiste Zorg Op de Juiste plek gevolgd wordt. Voor de doelgroep kwetsbare ouderen sluit het voorliggende programma goed aan bij het VWS-programma *Langer Thuis* (onderdeel van het *Pact voor de Ouderenzorg*).

Juiste Zorg Op de Juiste Plek

De *Juiste Zorg Op de Juiste Plek* is een initiatief van zorgpartijen. In dit gedachtegoed staat het dagelijks functioneren van mensen centraal. Van daaruit wordt gezocht naar manieren om zorg te verplaatsen (dichter bij mensen thuis), (duurdere) zorg te voorkomen en zorg te vervangen door bijvoorbeeld eHealth. Dit helpt mensen beter leven en functioneren met hun ziekte of beperking. Het ministerie van VWS ondersteunt deze beweging waar mogelijk en faciliteert partijen van elkaar te leren en met elkaar in contact te komen. Het programma Beter Thuis kent veel raakvlakken met het initiatief Juiste Zorg op de Juiste Plek.

Proeftuinen samenhangende zorg in de eerste lijn per 2020 NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) start in 2020 met proeftuinen gericht op de GRZ, het ELV en de GZSP. Hiervoor heeft voorbereidend overleg plaatsgevonden met o.a. Verenso, ActiZ en Zorgverzekeraars Nederland. In de proeftuinen krijgen zorgaanbieders samen met zorgverzekeraars

de ruimte om op lokaal niveau te experimenteren met het leveren en organiseren van zorg over de sectoren heen. Het doel van deze proeftuinen is tweeledig:

- het verkrijgen van inzicht in de organisatie en/of de inhoud van de geleverde zorg om uiteindelijk te resulteren in door de beroepsgroepen gedragen zorgpaden/zorgtrajecten/zorgprogramma's;
- het leveren van input voor en experimenteren met een integraal bekostigingssysteem.

ZonMw, NZa en Zorginstituut Nederland (ZiN) hebben afgesproken om de activiteiten in de proeftuinen en de activiteiten binnen het programma Beter Thuis in nauwe samenwerking vorm te geven. Dit betekent dat er in het programma Beter Thuis op een toegankelijke wijze ruimte wordt gecreëerd voor de verbinding tussen de proeftuinen en de gesubsidieerde projecten. De wijze waarop wordt momenteel uitgewerkt met de NZa, het ZiN en het ministerie van VWS.

Experimentbekostigingen ELV en GZSP

Voor het ELV bestaat er sinds 2019 een experimentbekostiging. Daarnaast heeft de NZa van het ministerie van VWS een opdracht gekregen om per 1 januari 2020 een experimentbekostiging mogelijk te maken om te experimenteren met andersoortige prestaties en tarieven voor specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten. Per 2021 kan er ook met de andere prestaties van GZSP geëxperimenteerd worden. Ook bij de experimenteerbekostiging ligt een kans de experimenten te verbinden aan activiteiten binnen dit programma met als doel de impact van beiden te versterken.

Innovatie NZa

De Beleidsregel Innovatie en de Regeling innovatie van de NZa maken het mogelijk innovaties in de praktijk uit te proberen en bekostigd te krijgen. Het gaat hierbij om zorginhoudelijke of organisatorische experimenten van maximaal 3 jaar met zorg die onder de Zvw of de Wlz valt (13). Ook hier liggen raakvlakken met het programma Beter Thuis.

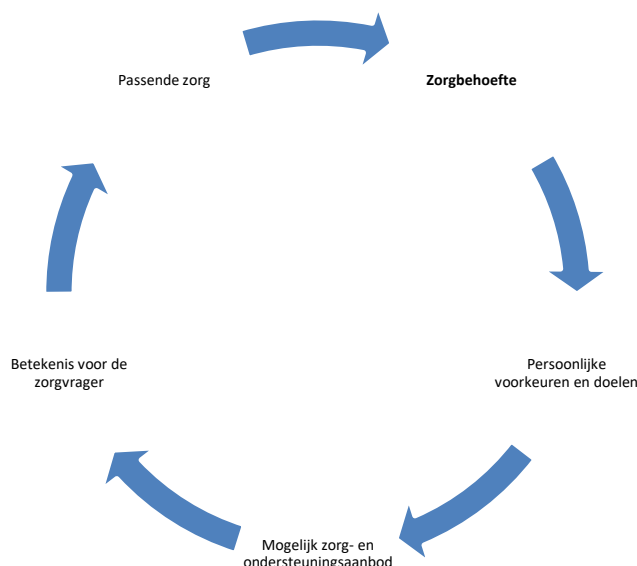
3 Visie, doelstellingen, doelgroep(en) en leidende principes van het programma

Om zoveel mogelijk kwaliteit van leven te herwinnen en/of te behouden is het voor kwetsbare mensen met een tijdelijke intensieve zorg- en behandelbehoefte van belang dat kwalitatief goede zorg geboden wordt. Veel kennis en kunde voor het leveren van goede zorg binnen deze zorgvormen ligt bij de uitvoerende professionals en de instellingen.

3.1 Visie

Zorg en ondersteuning dient de thuiswonende zorgvrager te versterken bij het aanpassen en het voeren van de eigen regie in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven (14). De zorgvraag en/of ondersteuningsbehoefte van de zorgvrager is hierin leidend. Door in te zetten op gezamenlijke besluitvorming wordt voor de zorgvrager passende (multidisciplinaire) zorg en ondersteuning ingezet, zie figuur 3.

Door de zorgvrager en zijn zorg- en ondersteuningsbehoeften in dit programma als uitgangspunt te nemen en hierop aan te sluiten met de kwaliteitsontwikkeling van een passend zorg-, ondersteunings- en behandelaanbod komen we los van de vigerende wet- en regelgeving en ontstaat ruimte om samenhang in zorg en ondersteuning te creëren. Op deze wijze dragen we bij aan het versterken van de gezondheid van de zorgvrager.



Figuur 3 Gezamenlijke besluitvorming zorg en ondersteuning

3.2 Doelstellingen

Het doel van het programma Beter Thuis is het - vanuit het perspectief van de zorgvrager - stimuleren van de (integrale) kwaliteitscyclus voor de zorgvormen GRZ, ELV en GZSP. Op deze manier leveren we een bijdrage aan de verbetering van de kwaliteit van zorg.

Het programma beoogt dit doel te bereiken door in te zetten op de verschillende segmenten van de kwaliteitscyclus. Het programma doet dit door het:

- Bevorderen van **samenhang in de zorg en afstemming** tussen relevante veldpartijen;
- Stimuleren van verdere **kwaliteitsontwikkeling**;
- Bevorderen van **kennisontwikkeling**;
- Ophalen, verspreiden en onderbouwen van **praktijkvoorbeelden**.

In de uitwerking van bovenstaande activiteiten vormen de vragen en behoeften vanuit de praktijk het vertrekpunt. Bij uitvoering van het programma houdt ZonMw nadrukkelijk voor ogen dat het eigenaarschap van de kwaliteitscyclus ligt bij de relevante veldpartijen. Hierbij is inbedding van bovenstaande activiteiten in het kwaliteitsbeleid van de sector een randvoorwaarde. ZonMw faciliteert met dit programma de (verdere) ontwikkeling en het versterken van een kwaliteitscyclus voor de genoemde zorgvormen. Het meenemen van en putten uit bestaande kennis en ervaringen en het aansluiten op bestaande structuren is hierbij essentieel. Dit vereist blijvende aandacht in alle fases van het programma.

3.3 Doelgroepen

Zorgvrager

De **centrale doelgroep** van het programma zijn thuiswonende zorgvragers die een van de drie zorgvormen nodig hebben. Dit is een brede doelgroep van kwetsbare mensen met een tijdelijke intensieve zorg- en behandelbehoefte, al dan niet met verblijf. Waar deze doelgroep binnen de GRZ met name thuiswonende kwetsbare ouderen met multimorbiditeit betreft, gaat het binnen de GZSP om kwetsbare mensen met een complexe zorgvraag van specifiek medische, gedragswetenschappelijke of paramedische aard onder wie bijvoorbeeld ook meerderjarige verzekerden met een verstandelijke beperking.

Zorgverleners

De invulling van de aan de zorgvrager geleverde zorg en behandeling verschilt per zorgvraag. Vaak wordt de zorg multidisciplinair geleverd. Dit betekent dat er veel verschillende zorgverleners zijn betrokken binnen deze drie zorgvormen, onder wie de huisarts, specialist ouderengeneeskunde (SO), arts verstandelijk gehandicapten (AVG), verzorgenden en verpleegkundigen, psychologen, orthopedagogen, verschillende professionals vanuit paramedische disciplines en andere relevante zorgverleners. Naast de kwaliteitsontwikkeling binnen de drie verschillende zorgvormen is er binnen dit programma ook aandacht voor de kwaliteitsontwikkeling van de eigenstandige professionals in de huidige drie zorgvormen.

Andere belangrijke doelgroepen binnen dit programma zijn mantelzorgers/naasten, beroepsorganisaties, instellingen, wetenschappers, zorgverzekeraars en beleidsmakers.

3.4 Leidende principes

Het programma Beter Thuis hanteert vier leidende principes. Dit zijn: participatie, samenwerking, passend onderzoek en leren leren. Deze leidende principes zijn ontwikkeld samen met experts in het veld en onderbouwd met literatuur. De leidende principes vormen het referentiekader op basis waarvan het programma verder wordt vormgegeven. De leidende principes komen, evenals de algemene relevantiecriteria van ZonMw, in de oproepen en beoordelingscriteria naar voren en dienen ook in de projecten centraal te staan.

Participatie van belanghebbenden (in de eerste plaats zorgvragers, ervaringsdeskundigen, maar ook naasten en professionals) is een van de belangrijkste leidende principes. Bij alle activiteiten van het programma staat het perspectief van de belanghebbenden centraal. Betrokkenheid van relevante belanghebbenden in de uitvoering van de projecten vergroot de kans dat projectresultaten aansluiten op de praktijk. Binnen dit programma geven we dit onder andere vorm door thema's (zorg en ondersteuningsvragen) op te halen bij belanghebbenden uit de praktijk en ervaringsdeskundigheid ook een plek te geven in de programmacommissie en als beoordelaar van projectvoorstellen.

Goede samenwerking tussen verschillende organisaties en mensen over de domeinen heen is het tweede leidende principes. Het merendeel van de zorg binnen deze zorgvormen wordt multidisciplinair geleverd en gaat daarmee dwars door bestaande kwaliteitsstructuren van verschillende instituten heen. Samenwerking is daarmee één van de belangrijkste sleutels voor het succesvol werken aan een integrale kwaliteitscyclus binnen de zorgvormen GRZ, ELV en GZSP en daarbij van wezenlijk belang om de beste zorg te kunnen leveren.

Het programma en de projecten daarbinnen richten zich op de ontwikkeling van o.a. kennis, en kwaliteitsstandaarden en het leren van goede voorbeelden uit de praktijk binnen GRZ, ELV en GZSP.

Het principe **leren leren** is niet alleen een element dat doordringt in projecten, maar is ook een belangrijk principe voor het programma zelf. Dit uit zich o.a. in het ontwikkelingsgerichte karakter van het programma. Door het samenbrengen van partijen met verschillende expertise wordt het lerend vermogen van de sector gestimuleerd.

Passend onderzoek is het laatste leidende principe. Het is belangrijk om gezamenlijk helder te krijgen wat het nut, de relevantie en de doelen van het project/onderzoek zijn en welke methode daar het beste bij past. Onderzoek kan behalve het opleveren van kennis, ook een instrument zijn voor het in het gang zetten van veranderingen en professionalisering. Dit geldt zowel voor praktijk als bij beleid. Binnen het programma wordt dit principe gehanteerd door op zoek te gaan naar passende oplossingen voor elk probleem. Dit doen we door meer inzicht te krijgen in de huidige situatie en door samen met de relevante betrokkenen op zoek te gaan naar passende oplossingsrichtingen.

4 Structuur en inhoud van het programma

Het verzoek van het ministerie van VWS om te komen tot een gedragen subsidieprogramma voor de kwaliteitsontwikkeling binnen de GRZ, het ELV en de GZSP - in combinatie met de relevante ontwikkelingen, de resultaten van de Quickscan, de interne consultatie met de andere kwaliteitsgerichte programma's binnen ZonMw én de bevindingen uit de veldraadpleging - vraagt volgens ons om een ontwikkelingsgerichte opzet van het programma. Deze ontwikkelingsgerichte opzet is bepalend voor de voorgestelde inhoud en planning van het programma.

4.1 Focus programma

In essentie richt het programma zich op het vertalen van ervaringskennis, wetenschappelijke kennis en professionele inzichten in kwaliteitsbeleid en standaarden voor het handelen bij specifieke zorgvragen in de praktijk. Dit wordt versterkt door - naast de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden - goede voorbeelden uit de praktijk te inventariseren, te onderbouwen en te verspreiden. Daarnaast wordt wetenschappelijk onderzoek bevorderd dat zich richt op de kennislacunes om te komen tot 'goede zorg'.

Op hoofdlijnen is de focus van het programma het stimuleren en in kaart brengen van:

- **Kwaliteitsontwikkeling:** het integraal (door)ontwikkelen en actualiseren van multidisciplinaire kwaliteitsstandaarden (voor opname in het Register van het Zorginstituut) en daarmee samenhangende producten.
- **Kennisontwikkeling:** het in kaart brengen van kennislacunes en het onderzoeken van onderzoeksvragen gericht op deze kennislacunes.
- **Praktijkvoorbeelden:** ophalen, verspreiden en waar nodig onderbouwen van kennis en ervaringen uit bestaande praktijkvoorbeelden.

Het bevorderen van **samenhang in de zorg en afstemming** tussen relevante veldpartijen is hierbij essentieel.

Afbakening programma

Het programma richt zich primair op de zorgvormen GRZ, ELV (hoog complex en laag complex) en GZSP, inclusief de samenhang tussen deze zorgvormen en de afbakening met aanpalende zorgvormen.

Binnen dit programma wordt ELV in het kader van palliatieve terminale zorg buiten beschouwing gelaten, daar waar het expliciet deze zorg betreft. Redenen voor deze afbakening zijn de afwijkende zorgbehoefte van deze groep zorgvragers en de reeds ingezette kwaliteitsontwikkelingen rondom palliatieve zorg. Daarnaast heeft de verbetering van deze zorg een plek binnen het ZonMw-programma Palliantie. Meer dan zorg. Dit neemt niet weg dat palliatieve zorg ook deel kan uitmaken van zorg die geleverd wordt binnen de GRZ, het ELV en de GZSP.

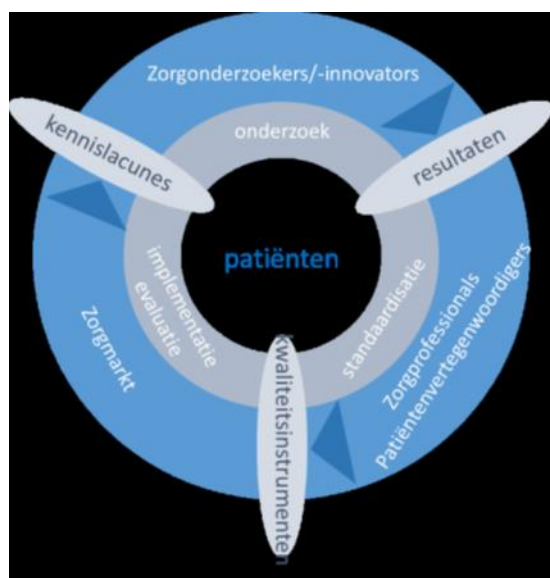
Ontwikkelingsgericht programma

Gezien bovenstaande en alle te verwachten ontwikkelingen op het gebied van deze drie zorgvormen kiezen we voor een ontwikkelingsgericht programma. Dit om zo optimaal mogelijk aan te kunnen sluiten op urgenties en kansen in het veld.

Daar komt bij dat het complexe veld van stakeholders, met betrokkenheid van verschillende disciplines, vraagt om een zorgvuldige afstemming tijdens de uitvoering van het programma. Alle relevante stakeholders onderschrijven het belang om in te zetten op kwaliteitsverbetering binnen de drie zorgvormen. Maar er bestaat nog geen eenduidig beeld over hoe dit precies vorm te geven. Dit vergt meer onderzoek en afstemming met alle relevante stakeholders. Om die reden wordt gedurende de looptijd van het programma ruimte ingebouwd voor het meer gedetailleerd in kaart brengen van de huidige en gewenste situatie met betrekking tot deze drie zorgvormen. Vanzelfsprekend vereist dit ook nauwe afstemming met zorgvragers, beroepsprofessionals, instellingen, onderzoekers, beleidsmakers en andere stakeholders binnen deze zorgvormen. Om daarmee de prioritering en programmering van het programma nader in te kleuren en waar nodig gedurende de looptijd bij te stellen. Ook de ervaring met en de uitkomsten van de binnen dit programma gehonoreerde projecten en overige activiteiten kunnen op die manier worden benut.

Cyclisch programmatisch werken aan kwaliteit

Het programma hanteert het ZonMw-kwaliteitscyclus model (figuur 4). Dit model is een vereenvoudigde weergave van de werkelijkheid en doet niet geheel recht aan de complexiteit van de praktijk van zorgvernieuwing, waar niet alleen kennis over effectiviteit van zorg een rol speelt, maar ook wet- en regelgeving, financiering en cultuur meebepalen wat succesvol geïmplementeerd wordt, en wat (nog) niet. In het model staat de zorgvrager centraal en worden verschillende activiteiten, producten en stakeholders weergegeven. Het programma Beter Thuis richt zich op het stimuleren van meerdere segmenten in de kwaliteitscyclus waaronder de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten, het in kaart brengen van kennislacunes en het bevorderen van onderzoek hiernaar.



Figuur 4 Kwaliteitscyclus

Breed draagvlak

Zoals al aangegeven is betrokkenheid en draagvlak van alle relevante stakeholders van wezenlijk belang in de verdere vormgeving en uitvoering én het uiteindelijke succes van het programma. Het samenbrengen van de veldpartijen om gezamenlijk richting te geven aan de doorontwikkeling en integrale kwaliteitsontwikkeling van deze zorgvormen loopt daarbij als 'rode draad' door dit programma ten behoeve van structurele inbedding van kwaliteitsbeleid.

Om de uiteindelijke opbrengsten (inhoudelijk en organisatorisch) zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij de praktijk worden er, in aanvulling op de programmacommissie, binnen het programma experts ingezet. Experts zijn zorgverleners en/of (een vertegenwoordiging van) zorgvragers met kennis van het veld en bijbehorende ontwikkelingen en met een brede toekomstgerichte blik. Zij kunnen bijvoorbeeld vanuit de inhoud meedenken over de ontwikkelingsgebieden van de betreffende zorgvormen, brede inventarisaties in het veld helpen duiden en adviseren ten aanzien van prioritering van thema's of bijscholing.

4.2 Inhoud en planning van het programma

4.2.1 Jaar 1

In jaar 1 werken we aan: a) een stevige programmabasis, b) integrale samenwerking op het gebied van kwaliteit, c) kwaliteitsontwikkeling voor de door het ministerie van VWS genoemde grootste urgenties binnen de GRZ, het ELV en de GZSP en d) verbinding proeftuinen en activiteiten Beter Thuis. Hieronder worden deze onderdelen nader toegelicht.

a) Werken aan een stevige programmabasis (juli 2019 – januari 2020)

Met de resultaten van de QuickScan en de Veldraadpleging hebben we op hoofdlijnen een goed beeld verkregen van de huidige situatie op het gebied van de GRZ, het ELV en de GZSP. Dit beeld biedt echter onvoldoende aanknopingspunten om de programmering voor de komende vier jaar op te baseren. Daarnaast is het perspectief van de zorgvrager hierin nog onderbelicht. Daarom wordt in jaar 1 van het programma gewerkt aan het leggen van een fundament van waaruit we het programma verder kunnen bouwen. Deze basis dient een (waar mogelijk integraal) overzicht te geven (van de organisatie en inhoud) van de betreffende zorgvormen op de volgende onderdelen:

- ervaringen van de zorgvrager;
- ervaringen van de zorgverlener;
- de beschikbare kennis;

- de lopende (en toekomstige) experimenten, pilots en projecten.

Met deze informatie komen we tot een goed overzicht van de huidige situatie en kunnen we, vanuit het perspectief van de zorgvrager en zorgverlener, komen tot een schets van de gewenste situatie. Op basis waarvan de weg (jaar 2 t/m 4) hiernaartoe kan worden bepaald.

b) Ontwikkeling integrale samenwerking op gebied van kwaliteitsontwikkeling (september 2019- september 2020)

Er wordt een subsidie verleend om integrale kwaliteitsontwikkeling voor de drie zorgvormen tot stand te brengen. Hiervoor worden de betrokken partijen samengebracht in een commissie “Kwaliteitsontwikkeling”. Over de uit te voeren taken en werkwijze van de commissie “Kwaliteitsontwikkeling” dient overeenstemming bereikt te worden met alle betrokken partijen. Het doel is dat de commissie “Kwaliteitsontwikkeling” komt tot een gedragen plan van aanpak om te werken aan integrale kwaliteitsontwikkeling. Onderdelen van dit plan kunnen zijn:

- Het beschrijven van het zorgcontinuüm voor deze zorgvormen.
- Het opstellen van een integrale ontwikkelagenda voor GRZ, ELV en GZSP (rekening houdend met de reeds beschikbare onderzoeks- en kennisagenda's).
- Het komen tot een werkwijze voor de prioritering van onderwerpen voor de te ontwikkelen (integrale) kwaliteitsstandaarden voor opname in het Register van het Zorginstituut voor GRZ, ELV en GZSP.

De partij die de subsidie ontvangt, krijgt het verzoek om voor de duur van een jaar een kwartiermaker aan te stellen die het proces voorbereidt en de nog op te richten commissie “Kwaliteitsontwikkeling” ambtelijk zal ondersteunen. De kwartiermaker kan ook een verbindende rol vervullen tussen de commissie “Kwaliteitsontwikkeling”, de consultatie van experts en de overige programmaonderdelen.

c) Aan de slag met de grootste urgenties

GRZ

In de QuickScan wordt een overzicht gegeven van de in de GRZ gebruikte beschrijvingen van goede zorg. Er zijn 22 richtlijnen beschikbaar op (inter)nationaal, regionaal en lokaal niveau. Het gaat om richtlijnen, zorg- en behandelprogramma's, zorgpaden en meetinstrumenten. Hiervan hebben er zes betrekking op de GRZ-zorginhoud. Van alle beschikbare beschrijvingen van goede zorg is er slechts één opgenomen in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut Nederland; namelijk het Comprehensive Geriatric Assessment.

Er is echter nog geen overzicht van de ‘witte vlekken’ ofwel mogelijke onderwerpen voor nieuw te ontwikkelen kwaliteitsstandaarden en van kwaliteitsstandaarden die herzien moeten worden. Ook is onduidelijk welke kwaliteitsstandaarden van aanpalende zorgvormen (bijv. MSR) benut kunnen worden. Daarbij moet gekeken worden of er een toevoeging of vertaalslag naar GRZ nodig is. Op basis van onderzoek, veldraadpleging en signalen uit het veld moeten de behoeften uit de praktijk, noodzaak hiervan en risico's ervan vastgesteld worden met betrekking tot de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaarden. Op basis van deze ‘witte vlekken kaart’ kan prioritering plaatsvinden voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden. Een eerste inhoudelijke prioriteringsaanzet kan worden gedaan via consultatie van experts. Op basis daarvan wordt een subsidieoproep uitgezet voor twee knelpuntenanalyses op de twee grootste prioriteiten binnen de GRZ.

ELV

Voor het eerstelijnsverblijf is er nog geen overzicht beschikbaar van de gehanteerde omschrijvingen van goede zorg en de ‘witte vlekken’ of mogelijke onderwerpen voor de ontwikkeling van nieuwe kwaliteitsstandaarden of bestaande kwaliteitsstandaarden die herzien dienen te worden. Ook voor ELV is daarom een analyse van de ‘witte vlekken’ aangewezen als eerste stap richting de ontwikkeling en/of herziening van kwaliteitsstandaarden. Op basis van deze ‘witte vlekken-kaart’ kan prioritering plaatsvinden voor wat betreft de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden. Een eerste inhoudelijke prioriteringsaanzet kan worden gedaan via consultatie van experts. Op basis daarvan wordt er een subsidieoproep uitgezet voor twee knelpuntenanalyses op de twee grootste prioriteiten binnen ELV.

GZSP

Met de overheveling van de tijdelijke subsidieregeling Extramurale Behandeling naar de Zvw in zicht is het zorg om meer zicht te krijgen op de wijze waarop nu binnen de tijdelijke subsidieregeling dagbehandeling wordt verleend.

In jaar 1 wordt gefocust op een knelpuntenanalyse op het gebied van de volgende bekostigingsprestaties: Dagbehandeling ouderen, Dagbehandeling Huntington, Dagbehandeling LG en Dagbehandeling VG. Hierbij wordt gekeken naar de zorgvragen en zorgproblemen die hier spelen, de vragen en behoeften vanuit de zorgvragers en zorgverleners op het gebied van het verlenen van goede zorg. Daarbij zal een overzicht van gebruikte en aanverwante kwaliteitsstandaarden/instrumenten binnen deze vormen van dagbehandeling gemaakt worden. Voor de prioritering van de in het veld gevonden vragen en behoeften kunnen experts geconsulteerd worden. De gehele inventarisatie dient te resulteren in een overzicht van de ervaren knelpunten en een advies over de doorontwikkeling van de dagbehandeling, al dan niet door de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden.

d) Verbinding proeftuinen en activiteiten Beter Thuis

De activiteiten in de proeftuinen en de activiteiten binnen het programma Beter Thuis worden in nauwe samenwerking met NZa, ZiN, ministerie van VWS vormgegeven. Dit betekent dat er in het programma Beter Thuis op een toegankelijke wijze ruimte wordt gecreëerd voor de verbinding met de proeftuinen. Dit kan op verschillende manieren worden vormgegeven. De proeftuinen voeden het programma met informatie over kwaliteitsvragen en/of kunnen een bijdrage leveren aan de kwaliteitsontwikkeling. Andersom kan het programma Beter Thuis met haar activiteiten bijdragen aan de verduurzaming van de initiatieven in de proeftuinen. De wijze waarop aan deze verbinding invulling wordt gegeven, wordt momenteel verder uitgewerkt met de NZa, het ZiN en het ministerie van VWS.

Overzicht van concrete activiteiten in jaar 1

- a) Algemene inventarisatie (middels o.a. vragenlijsten, focusgroepen) van ervaringen (organisatie en inhoud) onder zorgvragers en zorgverleners. Uitvoering hiervan wordt gedaan door ZonMw met ondersteuning van een externe partij. Hiervoor wordt een opdracht verstrekt.
- b) Subsidie op uitnodiging aan een onafhankelijke partij om samen met de veldpartijen te komen tot een gedragen plan van aanpak gericht op (integrale) kwaliteitsontwikkeling binnen de GRZ, het ELV en de GZSP.
- c) Ontwikkeling 'witte vlekken' kaarten en knelpuntenanalyses
 - o Twee subsidieronde voor de ontwikkeling van een 'witte vlekken kaart' ten behoeve van de prioritering van de ontwikkeling en/of herziening van kwaliteitsstandaarden waarvan één ronde binnen GRZ en één binnen ELV. Dit dient in relatie tot bestaande richtlijnagenda's en kwaliteitsstandaarden van aanpalende zorgvormen gezien te worden.
 - o Subsidieronde voor knelpuntenanalyses binnen de dagbehandelingen Dagbehandeling ouderen, Dagbehandeling Huntington, Dagbehandeling LG en Dagbehandeling VG. Met als doel in kaart te brengen wat er nodig is om de zorg voor de zorgvragers die gebruik maken bij deze vormen van dagbehandeling te verbeteren.
 - o Subsidieronde twee knelpuntenanalyses GRZ.
 - o Subsidieronde twee knelpuntenanalyses ELV.
- d) Verbinding tussen de proeftuinen en activiteiten Beter Thuis.

Vertaling resultaten jaar 1

In het eerste jaar wordt er regelmatig ambtelijk overleg gevoerd tussen het ministerie van VWS, NZa, ZiN en ZonMw over de afstemming en samenhang tussen de verschillende activiteiten van deze partijen in relatie tot de ontwikkelingen ten aanzien van de drie zorgvormen. Na afloop van jaar 1 worden de resultaten geëvalueerd en wordt de focus van de navolgende jaren bepaald.

4.2.2 Jaar 2 tot en met 4

Met de activiteiten in jaar 1 kan naar verwachting een stevige basis worden gelegd voor de uitvoering van het programma in de navolgende jaren 2020-2023. Met de opbrengsten van jaar 1 schetsen we een stip op de horizon waar we, samen met alle stakeholders, gedurende de verdere looptijd van het programma naartoe willen werken. Hiervoor werken we concrete activiteiten uit. Hieronder volgt een overzicht van mogelijke activiteiten.

Kwaliteitsontwikkeling

- Open subsidierondes voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden (in te dienen bij het Zorginstituut voor opname in het Register) binnen de drie zorgvormen.

Kennisontwikkeling

- Open subsidierondes voor onderzoeksprojecten die zich richten op kennislacunes en samenhang tussen de zorgvormen.

Leren van de praktijk

- Subsidie op uitnodiging voor het ophalen van kennis en ervaring vanuit de NZa-proeftuinen (en experimentprestaties).
- Het ophalen van informatie uit de praktijk op het gebied van specifieke behoeften vanuit de zorgvrager of zorgverlener waaronder bijvoorbeeld de ambulante GRZ.
- Het benutten van succesvolle aanpakken door het onderbouwen, verspreiden en implementeren van praktijkvoorbeelden. Dit kan bijvoorbeeld door het verstrekken van subsidies voor het beschrijven van de voorbeelden en/of het inzetten van vouchers die benut kunnen worden voor advisering bij implementatie van dergelijke goede voorbeelden elders.

Voor elk onderdeel wordt jaarlijks een budget gereserveerd. In de verdere uitwerking van het programma wordt zoveel mogelijk aangesloten bij bestaande en in ontwikkeling zijnde projecten en activiteiten om het veld niet te overvragen en dat wat goed is te versterken en te benutten. Er vindt afstemming plaats met het veld over de prioritering van thema's en onderwerpen. Dit wordt o.a. gedaan door consultatie van experts en de commissie "Kwaliteitsontwikkeling", het uitzetten van vragenlijsten en het houden van focusgroepen met relevante stakeholders.

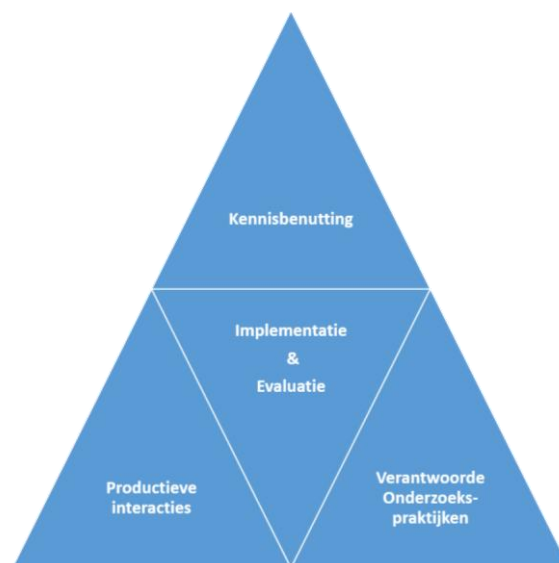
5 Impact versterken: Communicatie en implementatie

ZonMw ondersteunt niet alleen het genereren van kennis met onderzoek en innovatieprojecten, maar stimuleert ook het gebruik van deze kennis in de praktijk. Om ervoor te zorgen dat de doorwerking van resultaten en kennis zo vlot mogelijk verloopt, is er vanaf de eerste programmafase aandacht voor communicatie en implementatie.

5.1 Impact versterken, op project- en programmaniveau

Beschrijvingen van goede zorg worden niet vanzelf in gebruik genomen en goede voorbeelden worden niet moeiteloos elders overgenomen. Ook het effectief gebruik van ontwikkelde kennis is niet vanzelfsprekend. Bij het versterken van de kwaliteitscyclus is het dan ook van wezenlijk belang om aandacht te besteden aan implementatie van de ontwikkelde producten en kennis. Hiervoor worden binnen het programma activiteiten geprogrammeerd aan de hand van het ZonMw-conceptueel kader 'Impact Versterken' en wordt ook een deel van het programmabudget hiervoor gereserveerd (figuur 5).

Vaak is impact van onderzoek en innovatie het resultaat van succesvol implementatiebeleid: bewuste, geplande activiteiten gericht op het realiseren van effectief gebruik van kennis. ZonMw hanteert hiervoor het Procesmodel Impact versterken waarbij de nadruk ligt op (het monitoren van) de zogenoemde productieve interacties (samenwerking, cofinanciering, bruikbare kennisproducten en gerichte verspreidings- en implementatieactiviteiten) zowel op project- als programma-niveau: relationele factoren die (tussentijdse) kennisbenutting bevorderen en daarop bewust te sturen in het programmeerproces. Dit vergt interactieve kennisprogrammering, met (toenemende) betrokkenheid van stakeholders uit praktijk en beleid bij de totstandkoming, uitvoering en evaluatie van onderzoek/innovatie/kwaliteitsontwikkeling.



Figuur 5 Implementatie en evaluatie driehoek

Voor het programma Beter Thuis betekent dit expliciet dat er binnen de projecten nadrukkelijk aandacht moet worden besteed aan:

- Betrokkenheid van diverse stakeholders bij de agendering en prioritering van thema's en onderwerpen, waaronder de zorgvragers en zorgverleners middels de inzet van experts en de diverse beroepsverenigingen, brancheverenigingen van professionele zorgorganisaties, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars.
- Het aansluiten bij de criteria uit het Toetsingskader Kwaliteitsstandaarden, meetinstrumenten en informatiestandaarden van het ZiN waaronder betrokkenheid van relevante partijen bij de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en het gezamenlijk indienen van kwaliteitsstandaarden bij het Zorginstituut.
- Disseminatie en implementatie van ontwikkelde kwaliteitsstandaarden. Aanvragers dienen deze onderdelen uit te werken in hun plan van aanpak en ook budget te reserveren voor de uitvoering hiervan.
- Stimuleren van samenwerking en afstemming tussen relevante stakeholders, gezien het typerende multidisciplinaire karakter van deze zorgvormen.
- Het benutten van uitkomsten van onderzoek naar kennislacunes en/of onderbouwing van praktijkvoorbeelden door de praktijk doordat deze bijvoorbeeld een plek krijgen in de beschrijvingen van goede zorg (kwaliteitsstandaarden).
- In de evaluatie van het programma wordt gekeken naar de productieve interacties (zie hoofdstuk 7).

5.2 Communicatie

Dit hoofdstuk beschrijft het kader van de communicatie rondom Beter Thuis. Na goedkeuring van de programmatekst stelt ZonMw een communicatieplan op. Hierin worden communicatiedoelen, – doelgroepen en –activiteiten nader uitgewerkt. ZonMw zoekt hiervoor afstemming met het ministerie van VWS en aansluiting bij (de communicatieafdelingen van) diverse stakeholders.

Uitgangspunten communicatie

Voor de communicatie over en rondom Beter Thuis hanteren we de volgende uitgangspunten:

- De focus zal gedurende de looptijd van het programma steeds meer verschuiven van de uitvoering van het programma naar het verder brengen van de resultaten van het programma.
- Het maken van een transparante boodschap over wat het programma beoogt op te leveren maar ook wat niet. Dit is van belang in het kader van verwachtingenmanagement.
- Praktijkvoorbeelden en verhalen van zorgvragers maken het programma levend en laten zien dat de zorgvrager centraal staat. Zo kan er ook op zoek gegaan worden naar ambassadeurs die het 'verhaal' vertellen.
- Bij de communicatieactiviteiten zal zoveel mogelijk worden aangesloten bij en gebruik gemaakt worden van *bestaande communicatiekanalen*.
- Samenwerking met stakeholders op gebied van communicatie en kennisbenutting: de best passende communicatiekanalen en kennisbenuttingsactoren worden ingezet. Dit kan betekenen dat de communicatiekanalen van stakeholders effectiever en passender zijn dan (uitsluitend) de ZonMw-kanalen. Zo zijn bijvoorbeeld beroeps- of brancheorganisaties verantwoordelijk voor het communiceren over de geldende standaarden/kaders.
- In de rapportages van projecten geven projectleiders aan hoe zij planmatig invulling geven aan communicatie- en implementatiedoelstellingen van hun project. Vanuit ZonMw zullen wij hen hierin ondersteunen.
- Voortgangsrapportages worden (online) gedeeld.
- ZonMw hecht er grote waarde aan dat zorgvragers, mantelzorgers, professionals, zorgorganisaties, onderzoekers, zorgverzekeraars en beleidsmakers gezamenlijk werken aan veranderprocessen, leerprocessen en kennis- en richtlijnenontwikkeling.
- Daarnaast stimuleert ZonMw dat verbindingen worden gelegd tussen projecten die zich richten op dezelfde thema's. Om kennisoverdracht, samenwerking en implementatie te bevorderen kunnen bijvoorbeeld projectleidersbijeenkomsten worden georganiseerd.
- De kennis en producten die voortkomen uit dit programma moeten vindbaar en overdraagbaar zijn. Zo vindt de kennis die in dit programma wordt opgedaan een weg naar de praktijk van zorgvragers, mantelzorgers, professionals, zorgorganisaties, kennisorganisaties, gemeenten en verzekeraars.

Conform de ZonMw-procedures is een communicatie- en implementatiebudget opgenomen in individuele projectaanvragen. Het is de ambitie van het programma dat de resultaten worden vastgelegd, beheerd, ontsloten en overgedragen. De impact van projecten is het grootst als daarin directe interactie is tussen de zorgvragers, onderzoek, beleid, onderwijs en praktijk.

6 Management en organisatie

6.1 Programmacommissie

Voor de uitvoering van het programma Beter Thuis is een onafhankelijke programmacommissie samengesteld, die door het bestuur van ZonMw wordt ingesteld. De programmacommissie bestaat uit een voorzitter, 6 leden en een waarnemer van het ministerie van VWS. Daarnaast zal als nodig voor onderdelen van het programma tijdelijk aanvullende expertise worden aangetrokken. Alle leden van de programmacommissie zijn op persoonlijke titel benoemd en nemen niet deel namens een organisatie. Bij de samenstelling van de programmacommissie is rekening gehouden met diversiteit in de expertise van de leden. De programmacommissie Beter Thuis moet gezamenlijk kennis en ervaring hebben van richtlijnenontwikkeling, kwaliteit, praktijk, beleid, onderwijs en onderzoek. Ook ervaringsdeskundigheid dient geborgd te zijn in de programmacommissie. Alle programmacommissieleden worden gehouden aan de [Code omgang met persoonlijke belangen](#) (per 1 juli 2019).

De programmacommissie geeft advies over:

- De keuze van de thema's;
- De kwaliteit en relevantie van projecten. Daar waar het gaat om de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden zijn de landelijke kwaliteitscriteria voor ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden het uitgangspunt (AQUA-leidraad en toetsingskader);
- Prioritering van projecten binnen een ronde;
- Het voorleggen van aanvragen ter honorering of afwijzing aan de directeur;
- De communicatie en implementatie in het kader van het programma;
- Het monitoren van de voortgang van de projecten binnen het programma;
- De zelfevaluatie van het programma.

Het bestuur van ZonMw is eindverantwoordelijk voor het evalueren van het programma.

De wisselwerking tussen de Programmacommissie, de commissie "Kwaliteitsontwikkeling" en de inzet van de experts wordt gedurende de loop van het programma verder vormgegeven. Een voorbeeld van deze wisselwerking is dat de programmacommissie gevoed wordt met een integrale ontwikkelagenda GRZ, ELV en GZSP door de commissie "Kwaliteitsontwikkeling". Met enige regelmaat wordt de balans opgemaakt of de taken en verantwoordelijkheden matchen met de fase van het programma en waar nodig bijgesteld.

Eventuele aanvullende opdrachten of aanwijzingen die de minister van VWS op een later tijdstip geeft door middel van de jaarlijkse opdrachtbrief aan ZonMw of in andere brieven, worden door de programmacommissie eveneens betrokken in haar werkzaamheden. Uitgangspunt is wel dat dit de lopende activiteiten en verplichtingen niet doorkruist en hierover vooraf afstemming heeft plaatsgevonden met de programmamanager en voorzitter.

6.2 Beoordeling projectvoorstellen

Binnen het programma zullen er in principe standaardprocedures gehanteerd worden voor het indienen en beoordelen van projectvoorstellen. Deze procedures zijn terug te vinden in de [procedurebrochure](#) op de website en/of te bekijken in [een filmpje](#) op de website van ZonMw. Gedurende de looptijd van het programma zullen er verschillende rondes opengezet worden, waarop projectplannen ingediend kunnen worden binnen het aangereikte kader. De rondes zullen zowel top-down als bottom-up zijn, dit zal per ronde worden vastgesteld:

- Top-down subsidies of opdrachten: het aanbesteden bij meerdere geselecteerde partijen, of een opdracht geven aan één 'preferred partner'. Met een gerichte opdracht kan snel op een actueel vraagstuk worden ingespeeld, waarbij ZonMw de regie voert. Daarnaast kan er een opdracht verstrekt worden voor het maken van een kennisynthese of het opstellen van een overzicht van de stand van zaken met betrekking tot een specifiek onderwerp.
- Bottom-up: het openstellen van een subsidieronde of een doorlopende ronde waarbij ZonMw aanvragen van partijen ontvangt die op de gestelde prioriteiten en binnen het kader van de oproep projecten willen indienen. ZonMw stelt het kader vast, de programmacommissie beoordeelt en prioriteert.

De beoordeling wordt uitgevoerd volgens de standaardprocedures, projectplannen worden daarbij beoordeeld op relevantie en kwaliteit. De relevantietoets wordt uitgevoerd door de programmacommissie en een panel van ervaringsdeskundigen op basis van het doel en de doelgroep zoals omschreven in de oproep. De programmacommissie kijkt ook of de aanvraag past binnen de algemene doelstellingen van het programma en binnen de voorwaarden, doelstellingen, prioriteiten en specificaties gesteld in de oproep. Naast relevantie wordt ook de kwaliteit beoordeeld, waarbij in de meeste gevallen onafhankelijke referenten een rol hebben. Referenten worden mede op basis van hun affiniteit met de binnen het programma voorgestane visie op onderzoek/projecten, kenniscirculatie en de passende onderzoeksdesigns. Het bestuur van ZonMw neemt op basis van de adviezen over relevantie en kwaliteit een definitief besluit over (honorering van) de aanvraag. Een aanvraag moet minimaal de beoordeling relevant en voldoende kwaliteit krijgen om voor honorering in aanmerking te komen.

Kwaliteitscriteria

In alle oproepen wordt nadrukkelijk aandacht gevraagd voor de kwaliteitscriteria. Een aantal kwaliteitscriteria zijn algemeen en staan beschreven in de [procedurebrochure aanvragers](#).

Algemene relevantiecriteria

In alle oproepen wordt dan nadrukkelijk aandacht gevraagd voor de [algemene ZonMw relevantiecriteria](#).

Participatie:

Dit onderdeel staat beschreven onder de leidende principes van dit programma in paragraaf 3.4.

Toegang tot data:

ZonMw stimuleert hergebruik van onderzoeksdata en doet dat op twee manieren:

1. Databestanden vormen de basis voor de resultaten van onderzoek en zijn dus belangrijke opbrengsten van projecten. ZonMw vereist daarom dat databestanden na een project beschikbaar blijven en geschikt zijn voor het verifiëren van onderzoeksresultaten, voor hergebruik in vervolgonderzoek, en/of voor de onderbouwing van maatregelen in beleid en praktijk.
2. ZonMw stimuleert dat onderzoekers in hun projecten – waar mogelijk - bestaande data hergebruiken.

ZonMw's eisen t.a.v. databestanden gelden ook voor andere opbrengsten die aan de basis staan van onderzoeksresultaten, zoals bijvoorbeeld richtlijnen, scholingsmateriaal, audio- en beeldmateriaal, of software. Voor een project over de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard hebben we het dan bijvoorbeeld over audio- en beeldmateriaal van een georganiseerde focusgroep.

Om hergebruik van databestanden mogelijk te maken leveren onderzoekers aan het eind van hun project data op die – conform de FAIR-principes – ‘findable, accessible, interoperable, reusable’ zijn. ZonMw vereist dat onderzoekers daarvoor een datamanagementplan schrijven, waarin zij laten zien hoe zij hun data (en andere opbrengsten uit het project) zoveel mogelijk FAIR maken. Onderzoekers moeten aan het einde van hun project aan de hand van enkele kerngegevens laten zien hoe zij dit hebben gedaan.

In aanvulling op deze generieke eisen, kan het programma bij een subsidieronde specifieke eisen stellen die bedoeld zijn om bepaalde standaarden of infrastructuren te gebruiken die in het betreffende vakgebied gebruikelijk zijn. Zo stimuleert ZonMw een betere uitwisselbaarheid van data binnen disciplines.

Meer over ZonMw's beleid en praktische werkwijzen is te vinden op de webpagina over [FAIR data en datamanagement](#). Ook is daarop informatie te vinden over nieuwe ontwikkelingen op het gebied van FAIR data in hergebruik van data in gezondheidsonderzoek en life sciences.

Internationalisering:

Veel van de vraagstukken die spelen binnen deze drie zorgvormen zijn niet uniek voor Nederland. Het is daarom goed om internationaal te bekijken welke thema's relevant zijn, welke kennis internationaal beschikbaar is en waar mogelijk aan te sluiten op relevante internationale ontwikkelingen. Zeker op

het terrein van de GRZ is ook in het buitenland de nodige kennis opgedaan. Zo is bijvoorbeeld de effectiviteit van de GRZ internationaal onderzocht. Subsidieaanvragers dienen in hun aanvraag ook voort te bouwen op reeds (internationaal) beschikbare kennis en onderzoeksagenda's.

Diversiteit:

Diversiteit is ZonMw breed een belangrijk aandachtspunt. Het streven in onze westerse samenleving naar gelijke rechten en kansen voor en gelijkwaardigheid van alle mensen, kan leiden tot de misvatting dat alle mensen gelijk zijn. Niets is minder waar: mensen zijn verschillend. Qua etniciteit, leeftijd, sekse, sociaaleconomische situatie en bijvoorbeeld gezondheidssituatie bestaan er grote biologische, psychosociale en/of culturele verschillen. Programma breed dient in de ontwikkeling van kwaliteitsdocumenten en onderzoek aandacht te worden besteed aan deze verschillen.

Technologie, ICT en eHealth:

Onder eHealth verstaat ZonMw het gebruik van informatie- en communicatietechnologie (ICT) ter ondersteuning of verbetering van de gezondheid. Denk bijvoorbeeld aan online interventies. Toepassing van ICT en eHealth kan kwaliteit van interventies verhogen en tegelijk kosten verlagen en daarmee een belangrijke bijdrage leveren aan de (kosten)effectiviteit van inzet en interventies. In het subsidieprogramma Beter Thuis wordt van projectaanvragers gevraagd om daar waar relevant gericht aandacht te besteden aan technologie, ICT en eHealth.

Onderwijs:

In het programma Beter Thuis worden kennis en kwaliteitsstandaarden ontwikkeld die zorgorganisaties en professionals kunnen gebruiken om de zorg die zij verlenen te verbeteren. Deze kennis is ook relevant voor opleiders die willen opleiden volgens de nieuwste inzichten. ZonMw stimuleert daarom dat kennis ook terechtkomt in het onderwijs (regulier, bij- en nascholing). Daarvoor is samenwerking nodig tussen beleid, onderwijs, onderzoek en praktijk. Daar waar relevant stimuleren wij deze samenwerking door:

- Aanvragers stimuleren om de samenwerking tussen onderwijs, kwaliteitsontwikkeling, onderzoek en praktijk tot stand brengen.
- Projecten te honoreren die expliciet aandacht besteden aan het vertalen van de kennis en kwaliteitsdocumenten in onderwijsmateriaal.
- Resultaten van projecten en programma's actief onder de aandacht te brengen of beschikbaar te stellen aan opleiders.
- Organiseren van aanvullende activiteiten om te komen tot een meer duurzame samenwerking tussen onderzoek, kwaliteitsontwikkeling, praktijk en onderwijs.
- Verspreiden van goede voorbeelden.

Onze ambitie is om de relevante resultaten van het programma via de volle breedte van het onderwijs structureel te verspreiden onder toekomstige en zittende zorgprofessionals.

6.3 Voortgangsbewaking projecten

De projectleiders zijn verantwoordelijk voor de voortgang en het slagen van de projecten. De controle van de voortgang van projecten vindt in principe plaats met behulp van voortgangsrapportages, maar er kunnen ook site-visits ingezet worden. Tussentijds vinden projectleidersbijeenkomsten en expertmeetings plaats. In de voortgangsbewaking krijgt het aspect 'kennisbenutting' bijzondere aandacht.

6.4 Staatssteun

De algemene Rekenkamer heeft opgemerkt dat het ministerie van VWS bij het inrichten van subsidieprogramma's aandacht moet besteden aan de Europese staatssteunregels. ZonMw is als zelfstandig bestuursorgaan ook een overheidsorganisatie die publieke middelen investeert. Ook ZonMw is daarom gebonden aan de regelgeving omtrent staatssteun. Oproepen binnen dit programma worden dan ook vormgegeven conform de staatssteunregelgeving.

7 Evaluatie van het programma: tussentijdse- en eindevaluatie

Via een jaarverslag, een voortgangsverslag en het jaarplan houdt ZonMw de opdrachtgever op de hoogte van de voortgang van het programma. In deze documenten worden ook de opbrengsten van het programma systematisch bijgehouden.

De evaluatie van het programma sluit aan bij de ontwikkelingen van ZonMw om de maatschappelijke en wetenschappelijke impact van programma's aan te tonen. ZonMw legt hierbij de nadruk op (het monitoren van) de zogenaamde productieve interacties; relationele factoren die (tussentijdse) kennisbenutting bevorderen (15). De productieve interacties zijn:

- Samenwerking met relevante stakeholders, uiteenlopend van bilateraal overleg tot meer complexe vormen van samenwerking zoals academische werkplaatsen (directe interacties).
- Cofinanciering: budgettaire of in-kind bijdragen (financiële interacties).
- Oplevering van bruikbare kennisproducten (indirecte interacties).
- Gerichte verspreidings- en implementatieactiviteiten (alle vormen van kennisoverdracht, bijvoorbeeld kennispleinen; (in)directe interacties)

De wijze waarop de evaluatie wordt vormgegeven wordt in de eerste fase van het programma verder uitgewerkt.

8 Financiële omvang en meerjarenraming van het programma

Vooralsnog heeft het programma Beter Thuis een looptijd van vier jaar (2019-2023). Voor de uitvoering van Beter Thuis is een budget beschikbaar van €4.000.000,-. Dit is inclusief de programmacommissiekosten (reiskosten en vacatiegelden) en algemene kosten, communicatie en implementatie en de beheerskosten van ZonMw.

Verwijzingen

1. **Schippers, Edith.** Brief toekomst AWBZ. Den Haag : Ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport, 2013. Vol. 2013, kst-30597-366.
2. **Bruins, Bruno.** Kamerbrief Kwaliteit en doorontwikkeling eerstelijnsverblijf (ELV). Den Haag : Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018. 1373145-178653-CZ a.
3. **Taskforce.** *Rapport Taskforce De juiste zorg op de juiste plek.* sl : Taskforce, 2018.
4. **Q-consult zorg.** *QuickScan Geriatrische revalidatiezorg, Eerstelijns Verblijf.* Utrecht : Q-consult Zorg, 2019.
5. **Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport.** Besluit Zorgverzekeringswet. *Wettenbank Overheid.nl.* [Online] 28 juni 2005. [Citaat van: 1 juli 2019.] https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2019-03-30/#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Artikel2.12.
6. **Zorginstituut Nederland**>alle verzekerde zorg onderwerpen>Geriatrische Revalidatie Zorg (Zvw). *Zorginstituut Nederland.* [Online] [Citaat van: 26 juni 2019.] <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/g/geriatrische-revalidatiezorg-zvw>.
7. **Holstege, M.S.** *Proefschrift: The road to successful geriatric rehabilitation.* Leiden : Leiden University, 2017.
8. **Zorginstituut Nederland.** Geneeskundige zorg: Eerstelijnsverblijf. *Zorginstituut Nederland.* [Online] 2019. [Citaat van: 1 juli 2019.] <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/overige-onderwerpen/geneeskundige-zorg-eerstelijnsverblijf>.
9. **Nederlandse Zorgautoriteit.** Prestatie- en tariefbeschikking eerstelijnsverblijf - TB/REG-19608-02. *Nederlandse Zorgautoriteit.* [Online] 1 januari 2019. [Citaat van: 1 juli 2019.] https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_247717_22/1/.
10. **Bruins, Bruno.** Kamerbrief: Overheveling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen. Den Haag : Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2019. 1529733-190547-CZ.
11. **ZonMw.** *Veldraadpleging.* Den Haag : Veldraadpleging, 2019.
12. **Zorgmarkten Consultancy en interim-management.** *Regionale coördinatie tijdelijk verblijf-verslag van 6 goede voorbeelden.* Ede : sn, 2018.
13. **NZA.** Nederlandse Zorgautoriteit>home>zorgsectoren>langdurige zorg>zorginnovaties. *Nederlandse Zorgautoriteit.* [Online] NZa. [Citaat van: 2019 juni 26.] <https://www.nza.nl/zorgsectoren/langdurige-zorg/zorginnovatie-aanvragen>.
14. **Institute for positive health.** Wat is het? *Institute for positive health.* [Online] 2019. [Citaat van: 12 juni 2019.] <https://iph.nl/positieve-gezondheid/>.
15. **SIAMPI.** SIAMPI. *SIAMPI.* [Online] SIAMPI. [Citaat van: 2019 juni 26.] www.SIAMPI.eu.
16. **Kwaliteitsstandaarden, Advies- en expertgroep.** *Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden (AQUA), leidraad voor kwaliteitsstandaarden.* sl : Zorginstituut Nederland, 2019.
17. **Zorginstituut Nederland.** *Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten 2015.* sl : Zorginstituut Nederland, 2018.
18. **CC zorgadviseurs.** Werken met zorgpaden in de eerstelijns gezondheidszorg. *Eerstelijnszorgpaden.* [Online] 1 november 2012. [Citaat van: 2 juli 2019.] <http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/professionals/zorgpadenhandleiding1.pdf>.
19. **Zorginstituut Nederland.** Geriatrische revalidatiezorg (Zvw). *Zorginstituut Nederland.* [Online] [Citaat van: 2019 juli 1.] <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/g/geriatrische-revalidatiezorg-zvw>.

A Bijlage 1: Algemene ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit van zorg binnen de Zvw

1. Een korte historische schets van het werken aan kwaliteit van zorg

In de Nederlandse (en internationale) gezondheidszorg wordt al enkele decennia systematisch gewerkt aan kwaliteitsverbetering. Dit gebeurt onder andere met onderzoek naar effectiviteit van behandelingen, met de ontwikkeling van beroeps- en competentieprofielen en met de ontwikkeling van instrumenten die beschrijven wat goede, professionele zorg is, hoe de kwaliteit van geleverde zorg geborgd kan worden en hoe prestaties meetbaar gemaakt kunnen worden.

Inhoudelijke ontwikkeling

Door de jaren heen is er een voortdurende doorontwikkeling zichtbaar in de visie op kwaliteitsverbetering, met steeds opnieuw de definiëring van een 'next level' doelstelling met daaraan verbonden modellen, experimenten en onderzoek. Na aandacht voor intercollegiale toetsing en het ontwikkelen en positioneren van frameworks voor Evidence Based Medicine is er een periode geweest waarin (de juiste wijze voor) het ontwikkelen van richtlijnen voor het handelen van professionals in specifieke situaties opkwam. Het definiëren van indicatoren als meetbare prestaties was de vervolgstap, gecombineerd met toenemende aandacht voor samenwerking tussen zorgprofessionals. In de laatste jaren is ook de aandacht voor de positie van de patiënt in opkomst. Er is op dit moment heel veel inzet op de ontwikkeling van patiënteninformatie en van keuzehulpen. Ook de aandacht voor de uitdagingen van implementatie van ontwikkelde materialen in de praktijk groeit nog steeds. Dat goede materialen niet vanzelf in gebruik genomen worden en goede voorbeelden zich niet moeiteloos vermenigvuldigen is inmiddels in vele zorgverbeterprogramma's duidelijk geworden. Brede implementatie van kwaliteitsinstrumenten vraagt afzonderlijke inzet en expertise.

Ontwikkeling speelveld

Parallel aan de inhoudelijke ontwikkelingen is er een systeem met instituties rond sturing op kwaliteit(sontwikkeling) ontstaan. Nederland kende lang het CBO als orgaan voor methodiekontwikkeling rond richtlijnen en toetsing. In 1998 werd bij wet de organisatie Zorg Onderzoek Nederland opgericht, met een benoemde taak tot 'het doen uitvoeren en het subsidiëren of het verlenen van opdrachten met betrekking tot projecten, experimenten, onderzoek en ontwikkeling op het terrein van gezondheid, preventie en zorg'. ZonMw heeft via meerdere programma's de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden ondersteund. Richtlijnontwikkelaars vormden nationale en internationale werkgroepen om de kwaliteit van hun vakgebied naar een hoger niveau te tillen. Beroeps- en brancheorganisaties hebben een rol op zich genomen als aanjager van kwaliteitsontwikkeling en –borging. De zorgverzekeraars kregen in de wet- en regelgeving een rol toebedeeld in het sturen op zorgkwaliteit via inkoop en contractering. In 2014 is het College voor Zorgverzekeringen omgevormd tot Zorginstituut Nederland met een toegevoegde taak om kwaliteitsontwikkeling in het veld te stimuleren en ondersteunen.

De wereld van het werken aan kwaliteitsverbetering is een wereld waarin zowel formele instituten als verenigingen en samenwerkingsverbanden van vakgenoten een rol spelen. In de diversiteit van achtergronden, posities en soms ook verschillende belangen is er een ambitie om te werken aan nog betere zorgprestaties die alle partijen aan elkaar verbindt.

Uitkomstgerichte zorg

Uitkomstgerichte zorg is een nieuw concept in ontwikkeling. Het doel is een omslag te bewerkstelligen van gebruik van proces- en structuurindicatoren om de kwaliteit van zorg te meten naar het gebruik van indicatoren die weergeven hoe de zorg leidt tot waardevolle uitkomsten voor patiënten. Het verzamelen van metingen op uitkomsten moet uiteindelijk leiden tot valide informatie die nieuwe patiënten kan helpen om samen met hun arts een keuze te maken voor de behandeloptie die het best bij hun klachten, leven en persoonlijke voorkeuren past.

2. Relevante zorgwetgeving

In verschillende zorgwetten zijn bepalingen opgenomen omtrent verantwoordelijkheden voor kwaliteit van zorg.

De verantwoordelijkheid van de overheid

‘De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.’ Met dit artikel 22.1 is in de Grondwet vastgelegd dat de overheid een verantwoordelijkheid heeft. In beleid wordt deze grondwettelijke taak uitgelegd als een ‘systeemverantwoordelijkheid’. De overheid stelt via wetgeving kaders voor het speelveld van de zorgverlening en voor de financiering en bekostiging van zorg. De verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverleners

Het bevorderen en borgen van kwaliteit van zorg is geen exclusieve wettelijke taak van de overheid, maar nadrukkelijk ook van de uitvoerende partijen in de zorg. Deze verantwoordelijkheden voor zorgaanbieders en individuele zorgverleners is uitgewerkt in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg en in de Zorgverzekeringswet. De termen ‘goede zorg’ en ‘professionele standaard’ zijn daarbij de ankerpunten.

De verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars

De Zvw kent voor de basisverzekering een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie. Om de basiszorg toegankelijk te houden moeten zorgverzekeraars iedere polishouder accepteren tegen een gelijke premie. Zorgverzekeraars hebben daarbij een wettelijke zorgplicht: het is hun taak ervoor te zorgen dat voldoende goede, verantwoorde, adequate en passende zorg inkopen, die voor de polishouders binnen een redelijke tijd en op een redelijke afstand te bereiken is. Verzekeraars hebben behoefte aan kwaliteits- en uitkomstindicatoren die hen ondersteunen bij deze inkoopverantwoordelijkheid.

Professionele standaard als wettelijk criterium voor ‘goede zorg’

In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg staan onder ‘hoofdstuk 2. Goede zorg’ de volgende artikelen:

1. ‘De zorgaanbieder biedt goede zorg aan.
2. Onder goede zorg wordt verstaan zorg van goede kwaliteit en van goed niveau:
 - a) die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt,
 - b) waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard, waaronder de kwaliteitsstandaard, bedoeld in artikel 1, onderdeel z, van de Zorgverzekeringswet, en
 - c) waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.’

In de Zorgverzekeringswet, waarnaar verwezen wordt, staat:

‘Kwaliteitsstandaard: richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die: betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces, vastlegt wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen, en overeenkomstig artikel 66b in een openbaar register is opgenomen’ (Zvw art. 1z).

Het gebruik van de termen ‘professionele standaard’ en ‘kwaliteitsstandaard’ kan enige verwarring oproepen. In de praktijk worden de termen als synoniemen gebruikt. In strikte wettelijke definitie is een professionele standaard een standaard die door de beroepsgroep(en) is geautoriseerd. Een kwaliteitsstandaard is een standaard die is geautoriseerd en ook is ingeschreven in het Register van het Zorginstituut.

Voor het toezicht op de kwaliteit van zorg maakt het geen verschil of een standaard alleen door de beroepsgroep is geautoriseerd of ook is opgenomen in het Register. Beide vormen gelden als kader voor beoordeling van de ‘goede zorg’ die een zorgverlener geacht wordt te leveren.

Eisen bij opname standaarden in Register

De Zorgverzekeringswet stelt eisen bij de opname van standaarden in het Register van het Zorginstituut. Er moet sprake zijn van tripartiete aanbieding door organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ook moet op basis van voldaan worden aan een aantal eisen met betrekking tot vorm en inhoud:

1. 'Het Zorginstituut houdt een openbaar register bij waarin op voordracht van organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk dan wel van de Adviescommissie Kwaliteit een kwaliteitsstandaard of een meetinstrument wordt opgenomen.
2. Het Zorginstituut stelt een beleidsregel vast op basis waarvan wordt beoordeeld of een overeenkomstig het eerste lid voorgedragen kwaliteitsstandaard of meetinstrument kan worden aangemerkt als een verantwoorde beschrijving van de kwaliteit van een zorgproces respectievelijk als een verantwoord middel om te meten of goede zorg is geleverd.
3. Het Zorginstituut neemt een overeenkomstig het eerste lid voorgedragen kwaliteitsstandaard of meetinstrument niet op in het openbaar register indien deze niet voldoet aan de beleidsregel, bedoeld in het tweede lid'. (art. 66b Zvw)

Toetsingskader kwaliteitsstandaarden

De beleidsregel die in de Zorgverzekeringswet genoemd wordt heeft vorm gekregen in het 'Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten 2015'. Dit toetsingskader, dat onder verantwoordelijkheid van het Zorginstituut door een expertgroep is ontwikkeld, is algemeen geaccepteerd als de 'gouden standaard' voor het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden.

B Bijlage 2: Overzicht van de setting, doelgroep, doel, betrokken behandelaars en bekostigingsprestaties van de zorgvormen

	GRZ	ELV	GZSP (voorheen EB)
<i>Zorgvorm</i>	Geriatrische revalidatie	Eerstelijnsverblijf	Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (voorheen extramurale behandeling)
<i>Setting</i>	Intramuraal en gedeeltelijk ambulant	Intramuraal	Ambulant
<i>Beschrijving</i>	Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.' GRZ volgt op de situatie waarbij de patiënt noodzaak had tot medisch specialistisch verblijf / zorg (in geval van een acute aandoening).	Eerstelijnsverblijf is tijdelijk verblijf in een instelling en is gericht op herstel en terugkeer naar de thuissituatie of betreft palliatief terminale zorg. Het omvat 'verblijf in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Hieronder verstaan we generalistische geneeskundige zorg, de niet medisch-specialistische zorg. Bij het eerstelijnsverblijf is de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde of de arts verstandelijk gehandicapten verantwoordelijk voor de geneeskundige zorg.	Dit betreft generalistische geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen, zoals ouderen met multiproblematiek, mensen met progressieve, degeneratieve neurologische aandoeningen, mensen met niet- aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking van achttien jaar en ouder. Bij deze zorg is aandacht voor het verbeteren van functionele autonomie, voorkomen van verergering van de beperkingen en het leren omgaan met de (voortschrijdende) beperkingen.
<i>Doelgroep-omschrijving</i>	Geen nadere specificatie doelgroepomschrijving.	Kwetsbare mensen die nog niet/niet meer in hun woonomgeving kunnen verblijven, maar waarvoor geen opname is aangewezen in ziekenhuis, geriatrische revalidatie of medisch specialistische zorg. De doelgroep is divers en kent een sterke samenhang met GRZ. Inzet van behandeling voor herstel, revalidatiedoelen (soms in de praktijk), en diagnostiek (rondom cognitieve vermogens).	GZSP omvat specifieke doelgroepen, zoals ouderen met multiproblematiek, mensen met progressieve, degeneratieve neurologische aandoeningen, mensen met niet- aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking van achttien jaar en ouder.
<i>Doel</i>	Het doel van GRZ is de patiënt in staat te stellen om terug te keren naar de thuissituatie zodat de patiënt zo goed mogelijk kan blijven deelnemen aan het maatschappelijke leven (6).	Herstel/Observatie/Diagnostiek/Palliatief	Het doel van GZSP is dat zorgvragers in de ambulante situatie behandeling kunnen ontvangen, waarbij gewerkt wordt aan specifieke behandeldoelen (zoals het verbeteren van autonomie, het voorkomen van verergering van de beperkingen en het leren omgaan met de (voortschrijdende) beperkingen).
<i>Hoofd-behandelaar</i>	- Specialist ouderengeneeskunde	- Huisarts - Specialist ouderengeneeskunde - Arts verstandelijke beperking	- Specialist ouderengeneeskunde - Arts verstandelijke beperking Mogelijk ook: - GZ-psycholoog

<i>Financiering</i>	In 2013 overgeheveld naar Zvw	Per 2017 in Zvw	In 2020/2021 ondergebracht in de Zvw. Nu wordt deze zorg nog via de tijdelijke subsidieregeling Extramurale Behandeling) bekostigd.
<i>Bekostigingsprestaties</i>	DBC-productstructuur: Bij de zorgproducten voor de GRZ is onderscheid gemaakt tussen CVA en overige diagnosen en wordt verder het aantal opnamedagen en het aantal behandeluren onderscheiden.	3 bekostigingsprestaties met ieder een eigen tarief: - Hoog complex: Vanwege meerdere en elkaar beïnvloedende aandoeningen - Laag complex: Vanwege een enkelvoudige aandoening - Palliatief terminale zorg: Vanwege een levensbedreigende ziekte of aandoening met een gemiddelde levensverwachting van minder dan drie maanden.	Subsidie wordt verstrekt bij de volgende prestaties: - Reiskosten zorgverlener; - Behandeling lvg; - Behandeling sglvg traject; - Behandeling sglvg deeltijd; - Behandeling som, pg, lg en meerderjarig vg (SO); - Behandeling som, pg, lg en meerderjarig vg (AVG); - Behandeling gedragswetenschapper; - Behandeling paramedisch; - Behandeling IOG lvg; - Dagbehandeling ouderen som en pg, waartoe tevens wordt gerekend Gespecialiseerde dagbehandeling Huntington; - Vervoer dagbehandeling V&V; - Dagbehandeling VG emg; - Dagbehandeling LG licht; - Dagbehandeling LG midden; - Dagbehandeling LG zwaar; - Vervoer dagbehandeling GHZ; - Vervoer dagbehandeling GHZ rolstoel extramuraal; - Vervoer dagbehandeling kind extramuraal.

C Bijlage 3: Voorlopige resultaten veldraadpleging

In het voorjaar van 2019 heeft ZonMw een veldraadpleging uitgevoerd met als doel overzicht te krijgen van de activiteiten en ontwikkelingen van de veldpartijen binnen de drie zorgvormen GRZ, ELV en GZSP en het ophalen van input vanuit het veld voor de ontwikkeling van het ZonMw programma Beter Thuis. Hiervoor zijn de relevante betrokken partijen in kaart gebracht en uitgenodigd voor een (telefonisch) gesprek. Een overzicht van de partijen die hun medewerking aan deze consultatieronde verleend hebben is te vinden in tabel 1.

<i>Patiënten belangenorganisaties</i>	Patiëntenfederatie Nederland
	IederIn
	Mantelzorg NL
	LFB
<i>Beroepsorganisaties</i>	Verenso
	NVAVG
	NIP
	NHG/LHV
	V&VN
	KNGF
	Ergotherapie Nederland
	NV Diëtisten
	NV voor Logopedie en Foniatrie
<i>Brancheorganisaties zorginstellingen</i>	Actiz
	Ineen
	VGN
<i>Verzekeraars/gemeenten</i>	ZN
	VNG
<i>Kwaliteitsorganisaties</i>	KiMS
	SKILZ
<i>Overig</i>	Zorginstituut Nederland
	Nza
	Q-consult zorg
	Significant
	LUMC
	Amc

Hieronder is de informatie uit de veldraadpleging op hoofdlijnen gebundeld:

Wensen en behoeften ten aanzien van het subsidieprogramma:

- Het subsidieprogramma zou vanuit het zorgvragersperspectief opgezet moeten worden. De zorgvrager moet de wensen en behoeften kenbaar kunnen maken om uiteindelijk een goede passende zorgvorm en organisatie te kiezen.
- Het subsidieprogramma gericht op kwaliteit in de GRZ, het ELV en de GZSP past bij de huidige maatschappelijke ontwikkelingen, waarbij er steeds meer zorg vanuit de tweede en derde lijn wordt verplaatst naar de eerste lijn. Belangrijk om hierbij aandacht te hebben over wat dat betekent voor de zorgvrager en voor het leveren van de daadwerkelijke zorg. Het multidisciplinaire karakter is typerend voor deze zorgvormen. Er wordt genoemd dat multidisciplinaire richtlijnen naast elkaar gelegd kunnen worden om te komen tot één multidisciplinaire standaard.
- Het merendeel van de geraadpleegde partijen benadrukt het belang van wetenschappelijk onderzoek in het subsidieprogramma. Een combinatie van het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en het doen van onderzoek wordt aangeraden. Allereerst is er behoefte aan inzicht in de effectiviteit van bepaalde behandelingen voor specifieke groepen zorgvragers. Daarnaast is kwalitatief onderzoek noodzakelijk over wat zorgvragers nu echt belangrijk vinden. Tot slot verwijzen de beroepsverenigingen naar hun eigen kennisagenda's

voor de belangrijkste prioriteiten op onderzoeksgebied. Passende onderzoeksmethoden wordt daarbij als belangrijk aandachtspunt meegegeven, omdat traditionele vormen van onderzoek zich hier niet voor elk vraagstuk goed lenen.

- Het ophalen van best-practices wordt als waardevol gezien, de onderbouwing van best-practices wordt als aandachtspunt meegegeven.

Wensen en behoeften ten aanzien van kwaliteitsontwikkeling:

- Het belang van kwaliteitsontwikkeling wordt breed gedeeld, maar men is niet eenduidig over op welke wijze dit het beste kan worden vormgegeven. Dit geldt eveneens voor de afstemming van de regelingen qua zorginhoud en de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen op het gebied van kwaliteitsontwikkeling.
- De geraadpleegde partijen hebben zelf onvoldoende zicht op de 'witte vlekken' en relevante onderwerpen voor richtlijnontwikkeling voor deze drie zorgvormen.
- Een integraal kwaliteitskader zou aan kunnen geven hoe de kortdurende en intensieve zorg eruit zou moeten zien. Het kan een brede kapstok zijn die zowel inhoudelijke als organisatorische handvatten biedt. De ontwikkeling van een kader ligt bij sommige partijen gevoelig; met name is er vrees voor het ontwikkelen van een nieuw kader. De wens voor het ontwikkelen van "losse" kaders is er dan ook niet. Het is namelijk voor zorgprofessionals en zorgorganisaties niet wenselijk om rekening te moeten houden met verschillende kaders. Een mogelijk kwaliteitskader moet aansluiten bij de reeds bestaande aanpalende kaders. Daarnaast wordt aangegeven dat er waar het de ontwikkeling van kwaliteitsdocumenten betreft zoveel mogelijk gebruik gemaakt dient te worden van bestaande richtlijnen en standaarden.
- Zorgverzekeraars hebben behoefte aan duidelijke en heldere omschrijvingen van zorg die behulpzaam zijn voor het inkopen van goede zorg. Dit geldt met name voor zorg die valt onder GZSP. De urgentie voor het beschrijven van goede zorg binnen de GZSP wordt in dit kader ook door de andere stakeholders genoemd. Men is op zoek naar een goede vorm en werkwijze om deze zorg inhoudelijk te gaan beschrijven. Partijen hebben daarbij behoefte aan handvatten voor het beschrijven van goede zorg en middelen voor de uitwerking hiervan.
- Verdere doorontwikkeling van triage instrumenten wordt aanbevolen.
- Er is behoefte aan eenduidige terminologie; wat wordt verstaan onder kwaliteitstandaarden, kwaliteitskader etc.

Activiteiten en ontwikkelingen GRZ:

- Ambulant werken vanuit de GRZ wordt volgens de stakeholders op dit moment bijna niet gedaan. Er wordt door enkele partijen in het veld geadviseerd om de focus voor het programma te leggen op wat er al ligt binnen de GRZ en doorpakken op GRZ waar de overlap niet zit. Dan kan vervolgens gekeken worden op welke onderdelen het bruikbaar is voor het ELV.

Activiteiten en ontwikkelingen ELV:

- Binnen het ELV zijn zorgaanbieders en zorgprofessionals op zoek naar een verdere duiding van het ELV. Momenteel is er weinig kennis over de verschillende profielen van zorgvragers. Het is over het algemeen een veelzijdige groep zorgvragers. Veldpartijen benoemen dat deze complexiteit van de doelgroep het mogelijk lastig maakt om vervolgens regels en richtlijnen te ontwikkelen binnen deze zorgvorm.
- Het belang van netwerkzorg wordt genoemd. Daar waar de wijkverpleging goed is georganiseerd, wordt minder gebruik gemaakt van het ELV. Dit zegt iets over hoe de zorg eromheen geregeld is.

Activiteiten en ontwikkelingen GZSP:

- Momenteel is er geen landelijke dekking van GZSP in het land. De veldpartijen geven aan dat er regionale verschillen zijn en dat de toegankelijkheid verschilt.
- Partijen benoemen dat er binnen de GZSP het meeste (door)ontwikkeling nodig is t.o.v. de andere zorgvormen. Dit geldt zowel in het beschrijven van het zorgproduct als in het beschrijven wat er goed gaat en goed is. Allereerst is het belangrijk om de zorgvragers, de zorg-, behandel en ondersteuningsvragen, het de zorg-, behandel en ondersteuningsaanbod in kaart te brengen en te beschrijven. Dit is een belangrijke randvoorwaarde om ook de effectiviteit van de zorg te onderzoeken. Op den duur kunnen ook de werkzame elementen

van het aanbod onderzocht en beschreven worden. Uiteindelijk kan er gekeken worden naar de variaties van het aanbod en de resultaten daarvan.

- De veldpartijen hebben concrete behoefte om verschillende behandelingsprogramma's op te zetten voor de extramurale dagbehandeling.
- Er wordt aangegeven dat bij de overheveling van de GZSP naar de Zvw ook de zorgvrager goed geïnformeerd moet worden.

Samenhang verschillende zorgvormen:

- Door de zorgvrager en zijn/haar zorg-, ondersteuning- en behandelbehoefte als uitgangspunt te nemen wordt er gestreefd naar passende zorg. De gezamenlijkheid van deze drie zorgvormen zit in dat de vraag van de zorgvrager goed bekeken moet worden om vervolgens met zorgvuldige besluitvorming te komen tot een passend zorgplan.
- Samenwerking tussen de GRZ, het ELV, en de GZSP en de medisch specialistische zorg wordt als belangrijk geacht. Deze zorgvormen hebben elkaar nodig voor voor- en nazorg.
- De drie verschillende zorgvormen worden gekenmerkt door hun multidisciplinaire karakter. Aandacht voor de betrokkenheid van de paramedische, verpleeg- en verzorgingsberoepsgroepen zijn hierbij van belang.
- De samenhang tussen de GRZ en het ELV zit in de focus op terugkeer naar de oorspronkelijke situatie (huis). De GRZ is op dit moment qua inhoud en kwaliteit beter uitgekristalliseerd dan het ELV. Betere duiding van de overlap van GRZ en ELV in de toekomst wordt noodzakelijk geacht door de veldpartijen.

D Bijlage 4: Begrippenlijst

Begrippenlijst:

Eerstelijnsverblijf (ELV): ELV wordt door Zorginstituut Nederland (ZN) als volgt beschreven: *‘Eerstelijnsverblijf is tijdelijk verblijf in een instelling en is gericht op herstel en terugkeer naar de thuissituatie of betreft palliatief terminale zorg. Het omvat ‘verblijf in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden’. Hieronder verstaan we generalistische geneeskundige zorg, de niet medisch-specialistische zorg. Bij het eerstelijnsverblijf is de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde of de arts verstandelijk gehandicapten verantwoordelijk voor de geneeskundige zorg. Eerstelijnsverblijf staat beschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (8) (5).*

Geriatrische revalidatie (GRZ): Beschrijving van GRZ volgens artikel 2.5c lid 1 Besluit zorgverzekering: *‘Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.’* GRZ volgt op de situatie waarbij de patiënt noodzaak had tot medisch specialistisch verblijf / zorg (in geval van een acute aandoening). Zie artikel 2.5 c lid 2 t/m 4 (5).

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP): Dit betreft generalistische geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen, zoals ouderen met multiproblematiek, mensen met progressieve, degeneratieve neurologische aandoeningen, mensen met niet- aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking van achttien jaar en ouder. Bij deze zorg is aandacht voor het verbeteren van functionele autonomie, voorkomen van verergering van de beperkingen en het leren omgaan met de (voortschrijdende) beperkingen. (Voorheen extramurale behandeling) (10).

Kwaliteitskader

Een document met landelijke normen voor de organisatie van zorg en het kwaliteitsbeleid binnen een bepaalde sector, discipline of onderdeel van de zorg en de (rand)voorwaarden die daarvoor nodig zijn. Dit vormt de basis voor het nemen van bestuurlijke verantwoordelijkheid en afleggen van verantwoording, en voor toezicht en bekostiging. Het kwaliteitskader is leidend voor nadere beschrijving van de zorg in richtlijnen en zorgstandaarden (16).

Kwaliteitsstandaard

Richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die: a. betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces ; b. vastlegt wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen; en c. in het openbaar register is opgenomen. Het is een document dat goede zorg beschrijft voor een bepaald gezondheid gerelateerd thema. Aldus leveren zij een bijdrage aan verbetering en borging van de kwaliteit van zorg. Er zijn in Nederland meer dan 500 landelijke richtlijnen en enkele zorgstandaarden (16) (17).

Landelijk zorgpad

Een logisch samenhangend geheel van individuele zorgprocessen die een persoon met een specifieke aandoening zoals ALS, doorloopt vanaf de eerste zorgvraag tot overlijden. In het zorgpad zijn de verschillende fasen in het zorgproces, in de gehele keten, zowel intra- als extramuraal beschreven. Hierin wordt dus per fase van het proces (verwijzing, diagnostiek, behandeling, nazorg, en palliatieve zorg) beschreven wie wat doet (18).

Complexe Multi morbiditeit

Aanwezigheid van meerdere ziekten, stoornissen, beperkingen en handicaps die leiden tot het verlies van welbevinden, waarbij de oorzaken van de problemen moeilijk te ontrafelen zijn en de effecten van de behandeling van de afzonderlijke ziekten anders kunnen zijn dan verwacht. Ook kunnen de behandeladviezen voor de éne aandoening strijdig zijn met de adviezen voor een andere aandoening. De gebruikelijke manier van werken in onze gezondheidszorg (waarin het behandelen van afzonderlijke aandoeningen centraal staat) is bij deze groep ongeschikt (19).

Richtlijn

Document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor-en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met de expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers (16).

Zorgstandaard

Document dat de standaardisatie beschrijft van het zorgproces en de stappen die de zorggebruiker doorloopt, ter ondersteuning van zorggebruikers, zorgaanbieders, zorgprofessionals en financiers van de zorg (16).

Zorgvrager

Een persoon (en zijn/haar omgeving) die zorg en/of ondersteuning behoeft op het gebied van een of meerdere dimensies van positieve gezondheid. Voorbeelden van een zorgvrager zijn een patiënt en cliënt (14).

Lijst van afkortingen:

AQUA: Advies- en expertgroep kwaliteitsstandaarden
AVG: Arts verstandelijk gehandicapten
AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Bzv: Besluit zorgverzekering
EB: Extramurale behandeling
ELV: Eerstelijnsverblijf
GRZ: Geriatrische revalidatiezorg
GZSP: Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (voorheen EB)
KiMS: Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
MSR: Medisch specialistische revalidatie
NHG: Nederlands Huisartsen Genootschap
NZa: Nederlandse Zorgautoriteit
SKILZ: Stichting kwaliteitsimpuls langdurige zorg
SO: Specialist ouderengeneeskunde
V&VN: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VWS: Ministerie van Volksgezondheid welzijn en sport.
Wlz: Wet langdurige zorg
Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning
ZiN: Zorginstituut Nederland
Zvw: Zorgverzekeringswet

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft ZonMw verzocht om een programma te ontwikkelen gericht op de kwaliteitsontwikkeling voor de tijdelijke intensieve zorg en behandeling. Het programma dient de ontwikkeling en herziening van beschrijvingen van goede zorg binnen Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ), Eerstelijnsverblijf (ELV) en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) te stimuleren. In deze programmatekst leest u hoe ZonMw dit gaat doen.

ZonMw stimuleert
gezondheidsonderzoek en
zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
info@zonmw.nl
www.zonmw.nl