



QuickScan Geriatrische revalidatiezorg, Eerstelijns Verblijf en Aanvullende Geneeskundige zorg

Mei 2019

Oudlaan 4
3515 GA Utrecht

Postbus 9696
3506 GR Utrecht

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

Onderdeel van CQT Zorg & Gezondheid

Inhoudsopgave

Lijst met afkortingen	3
1. Inleiding	4
1.1 Doel	4
1.2 Onderzoeksvragen	4
2. Methode	5
3. Resultaten	6
3.1 Beschrijving doelgroep en cliëntkenmerken	6
3.2 Gebruik zorgvormen in praktijk	8
3.3 Inventarisatie op kwaliteit gerichte initiatieven	13
3.4 Kennis- en onderzoeksagenda's	18
3.5 Beschreven aanbevelingen voor vervolgonderzoek in geïnccludeerde rapporten	19
4. Conclusie	20
4.1 Doelgroepen & cliëntkenmerken	20
4.2 Kwaliteitsinitiatieven	21
5. Aanbevelingen	23
6. Literatuurlijst	26
Bijlage 1: Formele beschrijving / aanspraak	27
Bijlage 2: Doelgroepomschrijvingen per rapport	28
Bijlage 3: Diagnoses per zorgvorm	29
Bijlage 4: Omschrijving deelprestaties AGZ	30
Bijlage 5: Overzicht kwaliteitsinitiatieven	31
Bijlage 6: Overzicht aanbevelingen vervolgonderzoek / kwaliteitsontwikkelingen	33
Bijlage 7 kwaliteitsaspecten kwaliteitskader Verpleeghuiszorg	36

Lijst met afkortingen

AVG – Arts verstandelijk gehandicapt
AGZ – Aanvullende Geneeskundige Zorg
EB – Extramurale behandeling
ELV – Eerstelijns verblijf
GRZ – Geriatrische revalidatiezorg
LG - Lichamelijk gehandicapt
PG - Psychogeriatrisch
SGLVG - Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapten
SO – Specialist Ouderengeneeskunde
Som - Somatisch
VG emg - Verstandelijk Gehandicapt met ernstig meervoudige handicap
Wlz – Wet langdurige zorg
Wmo – Wet maatschappelijke ondersteuning
Zvw - Zorgverzekeringswet

1. Inleiding

ZonMw bereidt in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een meerjarig programma voor rondom 'Samenhangende Herstelzorg' (werktitel). Dit programma is gericht op onderlinge afstemming en kwaliteitsontwikkeling ten aanzien van de zorg die op dit moment binnen drie zorgvormen geleverd wordt:

- Geriatrische revalidatiezorg (GRZ)
- Eerstelijns Verblijf (ELV)
- Aanvullende Geneeskundige Zorg (AGZ)¹

Aanleiding van deze opdracht: Met de (geplande) overgang van bovenstaande zorgvormen naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) kunnen deze beter op elkaar afgestemd worden waardoor zij een samenhangend geheel gaan vormen en de juiste zorg op de juiste plek geleverd kan worden. Het is nu echter onvoldoende duidelijk wie wanneer op basis van welke criteria indiceert voor welke zorgvorm en behandeling, waarbij de zorg die iemand kan krijgen niet alleen lijkt af te hangen van zijn ziektebeeld en beperkingen, maar bijvoorbeeld ook van de locatie van verblijf op moment van zorgvraagbepaling.

Onderdeel van de voorbereiding op het programma betreft een QuickScan van de beschikbare literatuur omtrent de drie zorgvormen. Deze QuickScan dient ter input voor het vormgeven van het programma 'Samenhangende Herstelzorg' (werktitel) en mede afhankelijk van deze resultaten kunnen de doelstellingen van het programma worden bepaald.

1.1 Doel

Het doel van deze QuickScan is overzicht bieden van resultaten van onderzoek op het gebied van de drie zorgvormen GRZ, ELV en AGZ. Dit is nader gespecificeerd in onderstaande onderzoeksvragen.

1.2 Onderzoeksvragen

De QuickScan wil antwoord geven op de onderstaande onderzoeksvragen. Achter de vragen is weergegeven in welke paragraaf de resultaten zichtbaar zijn.

1. Opstellen van een heldere beschrijving van doelgroepen:
 - a. Overzicht van de bestaande beschrijvingen van doelgroepen. (paragraaf 3.1.1.)
 - b. Inzichtelijk maken van overlap tussen de doelgroepen in de drie genoemde zorgvormen. (3.2.1)
2. Inventarisatie en analyse cliëntkenmerken in relatie tot de drie zorgvormen. (3.1.1)
3. Gebruik van de afzonderlijke zorgvormen in de dagelijkse praktijk, resulterend in een landelijk overzicht van het gebruik van de drie zorgvormen naar aantallen. (3.2.2 en 3.3.3)
4. In beeld brengen en analyseren van de op kwaliteitsontwikkeling gerichte initiatieven op het gebied van de genoemde en de daarop aansluitende zorgvormen en inzicht geven in de belangrijkste hiaten en knelpunten. (3.3)
5. Overzicht kennis- en onderzoeksagenda's gerelateerd aan de drie zorgvormen. (3.4)

¹ AGZ is de vernieuwde term voor de voormalig gebruikte term extramurale behandeling (EB). Daar waar AGZ staat kan ook EB gelezen worden.

2. Methode

De QuickScan bestaat uit vier fases: het opstellen van een analysekader, het uitvoeren van een literatuuronderzoek, het ophalen van input bij een expertgroep en het opleveren van de QuickScan rapportage. Hieronder worden deze fases verder toegelicht.

Opstellen analysekader

Voorafgaand aan het uitvoeren van de QuickScan is een analysekader opgesteld in afstemming met ZonMw. Het analysekader is opgesteld met als doel om de geïnccludeerde rapporten gericht te analyseren op benodigde informatie. De onderzoeksvragen zijn hierbij als leidraad genomen. Voor het inventariseren en onderbrengen van de kwaliteitsinitiatieven is het kwaliteitskader verpleeghuiszorg als raamwerk gebruikt, met de mogelijkheid deze aan te vullen op basis van de bevindingen in de literatuur. Door dit kader als basis te gebruiken worden verschillen en overeenkomsten in kwaliteitsinitiatieven tussen de samenhangende herstellzorg en de verpleeghuiszorg inzichtelijk, evenals zgn. 'witte vlekken' of mogelijke behoefte op het gebied van kwaliteitsontwikkeling.

Literatuuronderzoek

Voor de QuickScan zijn een achttal rapportages bestudeerd door het onderzoeksteam. Aan de hand van het analysekader is de relevante informatie uit deze rapportages geëxtraheerd. Deze informatie is verder aangevuld met ervaringen uit de praktijk van het onderzoeksteam, en een korte internetzoektocht naar bestaande kennis- en onderzoeksagenda's.

Input expertgroep

Voor deze QuickScan is een expertgroep samengesteld waarbinnen een tweetal experts uit de wetenschap zijn benaderd om input te geven. Voor beide experts ligt het expertgebied in geriatrische revalidatie en/of ouderenzorg. De expertgroep heeft input gegeven op de onderzoeksvragen van de QuickScan en de resultaten van de literatuurstudie.

Opleveren rapportage QuickScan

Op basis van het literatuuronderzoek, de gezamenlijke interpretatie van deze informatie, ervaringen van Q-Consult Zorg in de praktijk en de input van de experts is onderstaande QuickScan opgesteld.

3. Resultaten

3.1 Beschrijving doelgroep en cliëntkenmerken

Q-Consult Zorg interpreteert 'Doelgroep' en 'Cliëntkenmerken' als volgt: De doelgroep beschrijft een groep cliënten die zorg ontvangt binnen een zorgvorm. Cliëntkenmerken geven een nadere 'meetbare' specificatie van deze doelgroep.

De samenhangende herstellende zorg betreft zorgvormen voor de doelgroep kwetsbare mensen met een tijdelijke intensieve zorg- en behandelbehoefte, al dan niet met verblijf. Deze zorgvormen hebben als voornaamste doel herstel of revalidatie en terugkeer naar/in de oorspronkelijke thuissituatie. Het onderscheid tussen de drie zorgvormen is zichtbaar in de formele beschrijving of aanspraak van de zorgvorm (bijlage 1) 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 (Q-Consult zorg, 2019).

Bevindingen per zorgvorm worden hieronder toegelicht. De beschrijving van de doelgroep is gebaseerd op zowel de wettelijke aanspraak/definitie van een prestatie als de toevoegingen vanuit de literatuur (zie bijlage 2 voor de volledige omschrijving van de doelgroep uit de geïnccludeerde rapporten). Het algemene beeld is dat zeer weinig bekend is over welke cliëntkenmerken onderscheidend zijn voor de verschillende zorgvormen. Er is behoefte aan vervolgonderzoek op dit onderwerp (KNMG, 2010; Q-Consult zorg, 2019).

3.1.1 Doelgroep en cliëntkenmerken GRZ

De geriatrische revalidatiezorg (GRZ) valt onder het Besluit zorgverzekering en staat beschreven in artikel 2.5c: *"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."* (Overheid.nl, 2019). In de literatuur (Q-Consult Zorg, 2019; Nederlandse Zorgautoriteit, 2018; KNMG, 2010) wordt geen aanvullende beschrijving gegeven specifiek voor de GRZ-cliënten.

De beschrijving van cliëntkenmerken voor de GRZ betreft kwetsbare ouderen waarbij sprake is van multimorbiditeit. De focus ligt hierbij op het terugkeren naar de thuissituatie. De definitie 'geriatrisch' is niet gekaderd in leeftijd en is dus open voor interpretatie. Het moet mogelijk zijn om revalidatiedoelen op te stellen en een behandeling te starten met minimaal 2 behandelende disciplines. Er is nog geen eenduidige maat voor de vraag of een cliënt wel of niet revalideerbaar is, dit is een brede klinische afweging (expertgroep QuickScan). Kenmerken die mogelijk voorspellen of een cliënt weer naar huis kan zijn: de mate van afhankelijkheid in het uitvoeren van algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL), leeftijd, geslacht, wel- of niet alleen wonen, en de afwezigheid van sociale steun en cognitieve beperking (expertgroep QuickScan). Ook worden weerbaarheid en kwetsbaarheid ('frailty') genoemd. Volgens de expertgroep van de QuickScan zijn er diverse instrumenten beschikbaar om dit te meten. Wanneer iemand kwetsbaar is, is echter slecht gedefinieerd.

De expertgroep van de QuickScan benoemt dat de genoemde kenmerken voor de GRZ ook relevant zijn voor de zorgvormen ELV en AGZ, omdat deze zorgvormen allen terugkeer naar zelfstandig functioneren

in oorspronkelijke thuissituatie als doel hebben. Belastbaarheid en trainbaarheid zijn mogelijke variabelen waarmee een verschil tussen ELV hoog complex en GRZ te bepalen is.

3.1.2 Doelgroep en cliëntkenmerken ELV

Eerstelijns verblijf wordt vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet wanneer het verblijf medisch noodzakelijk is en de zorg door een huisarts, Specialist Ouderengeneeskunde (SO), of Arts Verstandelijk Gehandicapt (AVG) niet veilig en/of verantwoord gegeven kan worden in de thuissituatie (Zorginstituut Nederland, sd). Binnen ELV bestaan drie prestaties: laag complex, hoog complex, en palliatief terminale zorg. Een beschrijving van deze drie prestaties is opgenomen in bijlage 1.

De aanvullende doelgroepomschrijvingen van ELV in de literatuur benadrukken de focus op kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord terug kunnen in hun eigen woonomgeving. Ook wordt beschreven dat de ELV-doelgroep in de praktijk een grote diversiteit kent en behandeling wordt ingezet met het perspectief op herstel, diagnostiek, en in de praktijk ook op revalidatie (Vilans, 2018). Hiermee bestaat er een sterke samenhang met de GRZ-doelgroep (Vilans, 2018). Samenvattend worden verschillende doelgroepen binnen ELV beschreven (aansluitend op de drie prestaties):

- ELV hoog complex; kwetsbare mensen met een op behandeling gerichte herstellvraag waarbij opname nodig is wegens meerdere en elkaar beïnvloedende aandoeningen of beperkingen. Een mogelijk onderscheid binnen deze doelgroep is (Q-Consult zorg, 2018):
 - Cliënten waarbij de diagnose bekend is, die langzaam achteruit zijn gegaan en welke weer op kracht moeten komen. De focus ligt voor deze cliëntengroep op herstel. Er is sprake van overlap tussen deze cliëntengroep en de GRZ-doelgroep (Vilans, 2018). Bij triage is nog niet duidelijk welke zorgvorm (ELV hoog complex of GRZ) passend is. Dit beeld wordt bevestigd door de expertgroep van de QuickScan.
 - Cliënten waarbij de diagnose bekend is, maar waarbij blijkt dat er meer aan de hand is. De focus ligt op het achterhalen wat er aan de hand is bij de cliënt, middels diagnostiek en/of observatie. Vaak betreft het patiënten waarbij sprake is van 'algehele malaise' (Vilans, 2018).
- ELV laag complex; kwetsbare mensen die willen herstellen en waarbij dit niet mogelijk is in de thuissituatie. Zowel niet behandeling-gericht herstel als behandeling-gericht herstel vanuit één discipline is mogelijk.
- ELV palliatief (palliatief terminale zorg); levensverwachting van de patiënt volgens de behandelend arts is gemiddeld drie maanden of korter vanwege een levensbedreigende ziekte of aandoening.

De hoofddiagnose is als cliëntkenmerk onvoldoende om cliëntengroepen binnen ELV te onderscheiden (Vilans, 2018). Verdere informatie over mogelijke cliëntkenmerken is niet bekend. Op basis van ervaring in de praktijk zien we dat de cliëntengroep die ELV ontvangt verschilt per regio en daarmee afhankelijk is van de manier waarop het verlenen van ELV georganiseerd is. Voorbeelden van regionale invloeden op de cliëntgroepen zijn: de invloed van andere aanbieders in de regio met verschillende belangen, verschillen in samenwerking met en kennis van verwijzers in de keten en verschillen in werkwijze rondom regionale toegang. Ook instelling-specifieke keuzes spelen een rol in de verschillen in cliëntengroepen: specialisatie, interne organisatie (behandelaren uit de eerste lijn of in loondienst bij laag complex) en (interne) sturing op toegang van ELV hoog complex in samenspraak met GRZ en Wlz-Crisis cliënten (Q-Consult zorg, 2018). Dit beeld wordt herkend door de expertgroep van de QuickScan.

3.1.3 Doelgroep en cliëntkenmerken AGZ

AGZ heeft zoals beschreven in de aanspraak 'Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling' artikel 1.2 betrekking op de behandeling van een somatische aandoening, een psychogeriatrische aandoening, een lichamelijke aandoening of meerderjarig verzekerden met een verstandelijke beperking (Overheid.nl, 2019). De subsidie extramurale behandeling wordt verstrekt voor specifieke prestaties, te onderscheiden in dagbehandeling en individuele behandeling, welke zijn weergegeven in bijlage 4 (Overheid.nl, 2019). De leeftijdsgrens van 18 jaar of ouder wordt alleen gehanteerd voor prestaties betreffende verzekerden met een verstandelijke beperking (Overheid.nl, 2019). Het doel van AGZ is dat patiënten in de thuissituatie behandeling kunnen ontvangen. Over de AGZ-doelgroep is weinig aanvullende informatie beschikbaar. Aanvullend op de formele beschrijving kan op basis van de literatuur samengevat worden dat AGZ aan kwetsbare mensen gegeven wordt met een complexe zorgvraag van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard in de thuissituatie (Significant, 2019; Significant, 2018).

Voor AGZ zijn er geen specifieke cliëntkenmerken bekend. Wel staan er in- en exclusiecriteria omschreven voor dagbehandeling (Significant, 2018). Deze geven mogelijk een eerste indicatie van cliëntkenmerken voor deze zorgvorm. De in- en exclusiecriteria voor AGZ dagbehandeling staan weergegeven in tabel 1.

Tabel 1 in- en exclusiecriteria dagbehandeling

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
✓ Cliënt heeft als hoofddiagnose een beperkende en chronische aandoening (i.c.m. (vermoeden van) diagnose); ✓ Cliënt heeft een behandel doel; ✓ Cliënt is te motiveren om te werken aan de behandel doelen; ✓ Cliënt hecht waarde aan lotgenotencontact; ✓ Cliënt kan cognitief en fysiek meekomen in de groep en heeft baat bij het groepsproces; ✓ Cliënt heeft een normaal dagritme; ✓ Cliënt kan veilig vervoerd worden.	✗ Cliënt vertoont gedrag waardoor de veiligheid van medecliënten en/of zorgverleners in het geding komt; ✗ Cliënt heeft gedragsproblemen die onvoldoende beïnvloedbaar blijken om binnen de groep te hanteren; ✗ Cliënt heeft wegliep neigingen; ✗ Cliënt conditioneel te zwak voor deelname; ✗ Cliënt heeft een zodanig complexe zorgvraag dat besloten is tot opname; ✗ Cliënt heeft acute crisis; ✗ Cliënt heeft ernstige verslaving.

3.2 Gebruik zorgvormen in praktijk

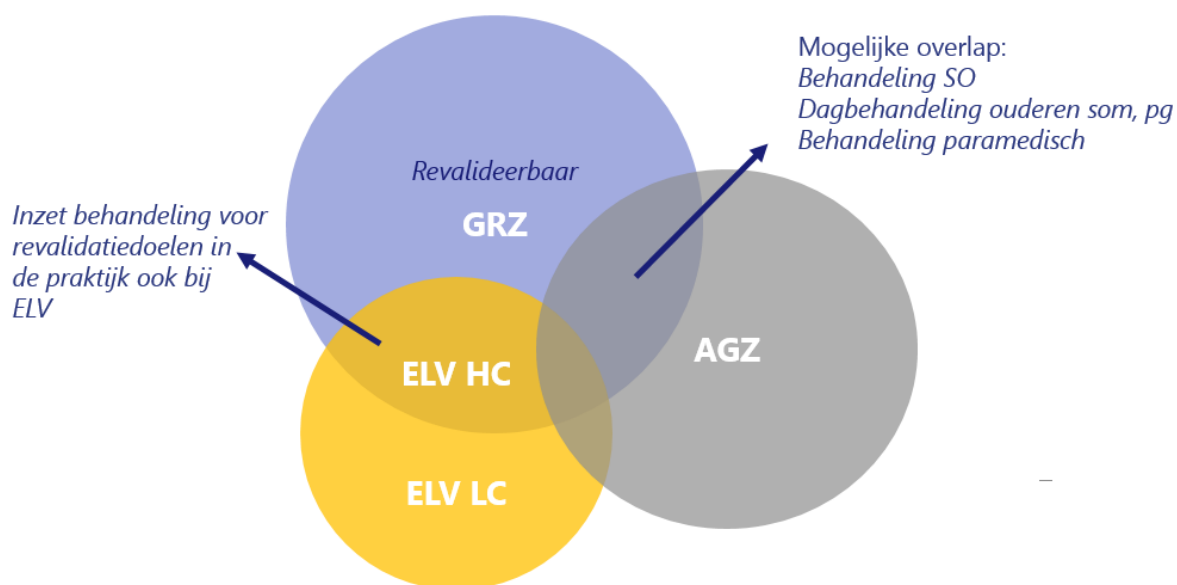
De zorgvormen GRZ, ELV en AGZ betreffen alle drie de doelgroep kwetsbare mensen met een tijdelijke intensieve zorg- en behandelbehoefte, al dan niet met verblijf. Deze zorgvormen hebben als voornaamste doel herstel of revalidatie en terugkeer naar/in de oorspronkelijke thuissituatie. In de literatuur wordt benoemd dat de keuze voor een van de drie zorgvormen niet altijd inhoudelijk is maar mede geleid wordt door de complexiteit van de aanvraagprocedure van een prestatie binnen een zorgvorm. Bovendien is op voorhand vaak lastig te bepalen of terugkeer naar de thuissituatie wel of niet

mogelijk is (KNMG, 2010). Dit inzicht is van sterk belang in de keuze tussen GRZ, ELV of een andere zorgvorm. Dit beeld wordt bevestigd door de expertgroep van de QuickScan.

3.2.1 Overlap tussen zorgvormen

In de uitvoering van de zorgvormen GRZ, ELV, en AGZ bestaat overlap tussen de doelgroepen die de zorg ontvangen (zie figuur 1). Specifiek lijkt deze overlap te bestaan tussen:

1. GRZ en ELV hoog complex: in beide zorgvormen kan sprake zijn van kwetsbare mensen met een op behandeling gerichte herstel- of revalidatievraag (Q-Consult zorg, 2018; Q-Consult zorg, 2019; Vilans, 2018). Dit wordt bevestigd door de expertgroep van de QuickScan.
2. GRZ ambulante behandeling en AGZ: in beide groepen is de focus om te voorzien in behandeling in de thuissituatie. De overlap tussen GRZ ambulant en AGZ zit vermoedelijk in de AGZ prestaties 'Dagbehandeling SO', 'Dagbehandeling ouderen en somatiek' en 'Behandeling paramedisch' (bijlage 4 bevat een beschrijving van deze prestaties). Mogelijk is er ook overlap met andere prestaties binnen de AGZ, echter is hier geen onderzoek naar gedaan.



Figuur 1 Overlap tussen zorgvormen GRZ, ELV en AGZ in het gebruik van de zorgvormen in de praktijk.

Naast bovenstaande overlap tussen de drie zorgvormen in deze QuickScan leert ervaring uit de praktijk dat er ook mogelijk overlap bestaat tussen andere zorgvormen. Dit betreft:

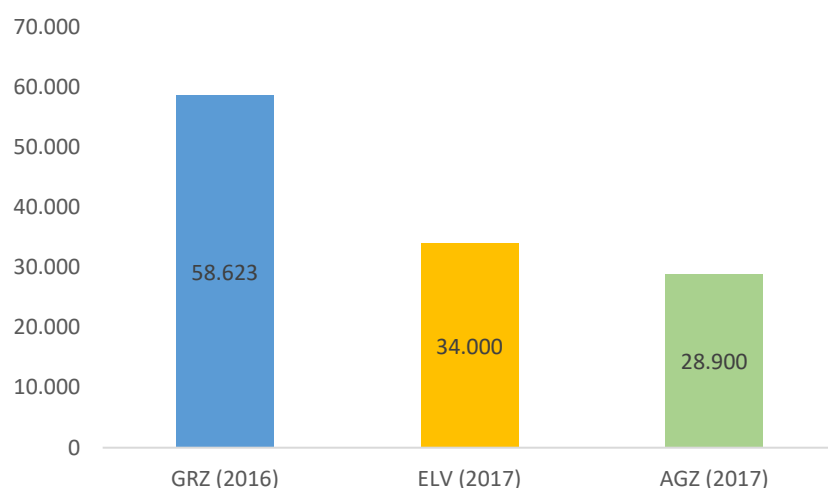
1. GRZ en Medisch Specialistische Revalidatie; er is geen onderscheid in leeftijd tussen beide zorgvormen. In de praktijk blijkt er een grijs gebied te bestaan tussen deze zorgvormen die zich onder andere onderscheiden op het gebied van kwetsbaarheid en multimorbiditeit.
2. ELV laag complex en respijtzorg: in beide zorgvormen kan sprake zijn van kwetsbare mensen die niet behandeling-gericht willen herstellen.
3. ELV Palliatief en palliatieve zorg vanuit de wijkverpleging en de Wet langdurige zorg (Wlz). De leveringsvorm van PTZ hangt af van de situatie van de cliënt. Hierbij is van belang waar de cliënt de zorg wil ontvangen en of de cliënt al een Wlz-indicatie heeft. Mogelijk bestaat er overlap tussen de doelgroepen die zorg ontvangen vanuit deze zorgvormen en ELV PTZ. Nadere informatie met betrekking tot overlap in cliëntkenmerken is niet opgenomen in de geïnccludeerde rapportages en valt daarmee buiten scope.

Naast de focus van de behandeling is er ook overlap in hoofddiagnoses die kunnen voorkomen binnen de drie zorgvormen. In bijlage 3 is een overzicht opgenomen van de aandoeningen (hoofddiagnoses) die in de praktijk per zorgvorm voorkomen. Uit dit overzicht komt naar voren dat er sprake is van overlap in diagnoses tussen GRZ, ELV en AGZ. Voor de GRZ is in de financiering gedefinieerd welke diagnoses hierin vallen (zoals getoond bijlage 3), voor ELV en AGZ is dit niet (duidelijk) beschreven. Er zijn daarom twee nuances bij het overzicht in bijlage 3:

- ELV diagnoses zijn gebaseerd op registratie in de praktijk voortkomend uit een registratieonderzoek, hierdoor worden ook diagnoses getoond die in de praktijk zeer weinig voorkwamen (Q-Consult zorg, 2018).
- AGZ diagnoses zijn gebaseerd op algemene beschrijvingen van diagnosegroepen per prestatie. Er is momenteel geen volledige lijst bekend met aandoeningen die binnen de AGZ vallen.

3.2.2 Aantal unieke cliënten per zorgvorm en (deel)prestaties

Zoals inzichtelijk is gemaakt in figuur 2 was het aantal unieke cliënten die GRZ ontvingen in 2016 58.623, voor ELV in 2017 waren dit ongeveer 34.000 cliënten (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018) en voor AGZ in 2017 28.900 cliënten (Significant, 2018).



Figuur 2 Het aantal unieke cliënten per zorgvorm

Er zijn geen specifieke cijfers voor ambulante GRZ beschikbaar. Het aantal unieke cliënten ELV kan verder uitgesplitst worden in hoog complex (18.000), laag complex (10.000) en palliatieve zorg (6.000) (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018). Met name het aantal cliënten met hoog complexe ELV steeg van 2015 tot en met 2017 (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018). Het aantal cliënten AGZ kan uitgesplitst worden naar groepsbehandeling (4.900) en individuele behandeling (25.500) (Significant, 2018). In onderstaande tabel is een uitsplitsing van het aantal cliënten per prestatie in 2017 weergegeven.

Tabel 2 Aantal cliënten binnen de deelprestaties AGZ in 2017 (Significant, 2018)

	Prestatie	Aantal cliënten
Groeps-behandeling	Dagbehandeling ouderen som, pg	3.370
	Dagbehandeling LG licht/midden/zwaar	60 / 380 / 1.010
	Dagbehandeling VG emg	50
	Gespecialiseerde dagbehandeling Huntington	10
Individuele behandeling	Behandeling SOG/AVG	20.880 / 1.640
	Behandeling gedragswetenschapper	2.710

Behandeling sglvg traject	510
Behandeling paramedisch	440
Behandeling lvg (18 - 23 jaar)	70
Behandeling IOG lvg (18-23 jaar)	50
Behandeling sglvg deeltijd	30

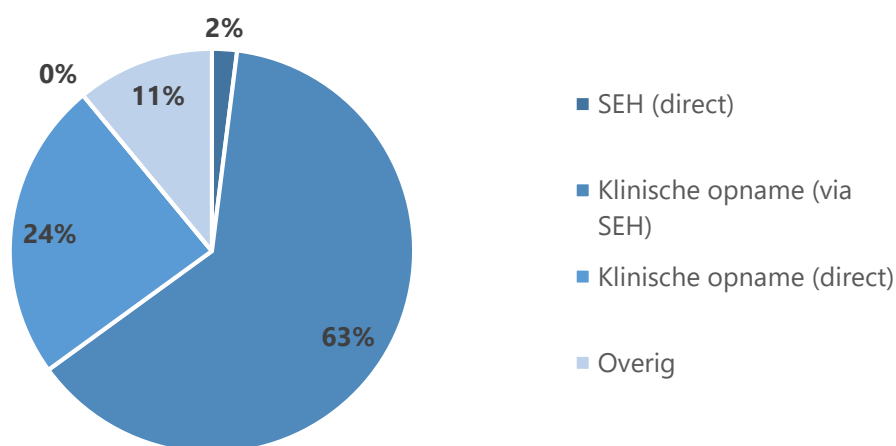
Voor AGZ is het totaal aantal unieke cliënten binnen de groepsbehandeling in de periode van 2015 tot en met 2017 nagenoeg gelijk gebleven. Voor de individuele behandeling is van 2015, 18.600 unieke cliënten, naar 2017, 28.900 unieke cliënten een grote stijging te herkennen. Deze stijging wordt vooral veroorzaakt door een toename in de behandeling AVG (van 0 naar 1.640 cliënten), behandeling gedragswetenschapper (van 1.810 naar 2.710 cliënten) en de behandeling specialist ouderengeneeskunde (van 0 naar 20.880 cliënten). De reden van deze stijging wordt niet toegelicht in de rapportages. Alle overige individuele prestaties blijven gelijk in het aantal cliënten of laten een daling zien (Significant, 2018).

3.2.3 Instroom, uitstroom en ligduur

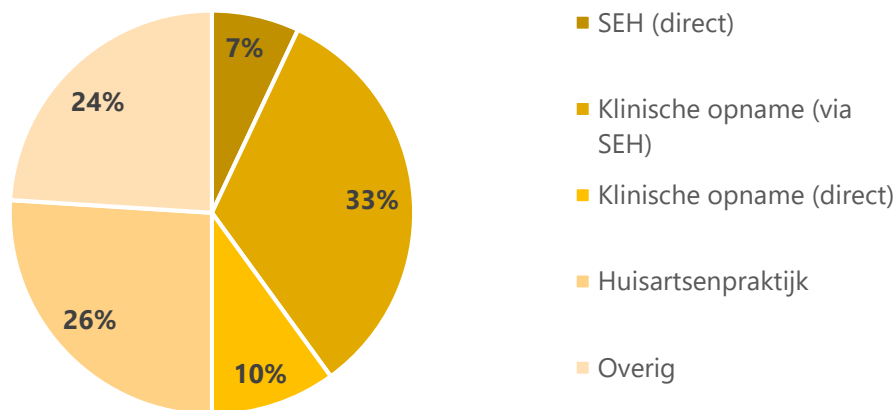
De cijfers betreffende in- en uitstroom zijn enkel voor de GRZ en ELV beschikbaar. Voor ELV betreffen de uitstroomcijfers een meting bij een beperkte steekproef (Vilans, 2018).

Instroom

De cijfers betreffende de instroom in de GRZ en ELV zijn weergegeven in figuur 3 en figuur 4. Voor zowel de GRZ als de ELV geldt dat het grootste percentage cliënten via een klinische opname in het ziekenhuis (binnengekomen via de SEH) instroomt in de GRZ/ELV.



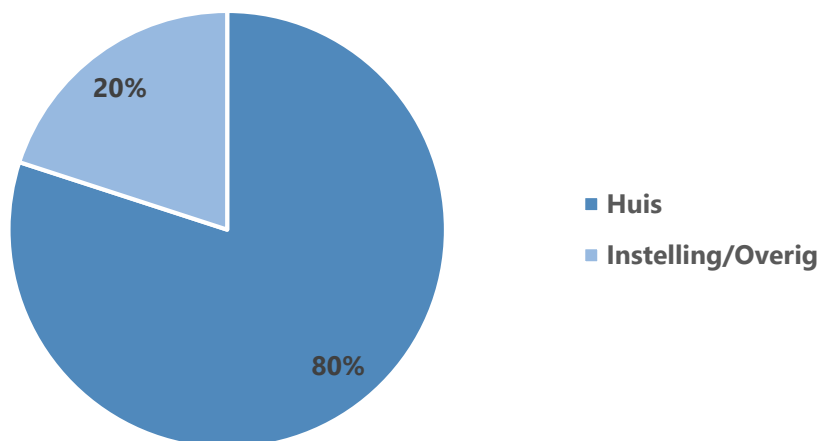
Figuur 3 Instroomcijfers 2016 GRZ (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018) De overige herkomst-groep voor de GRZ blijft ongedefinieerd.



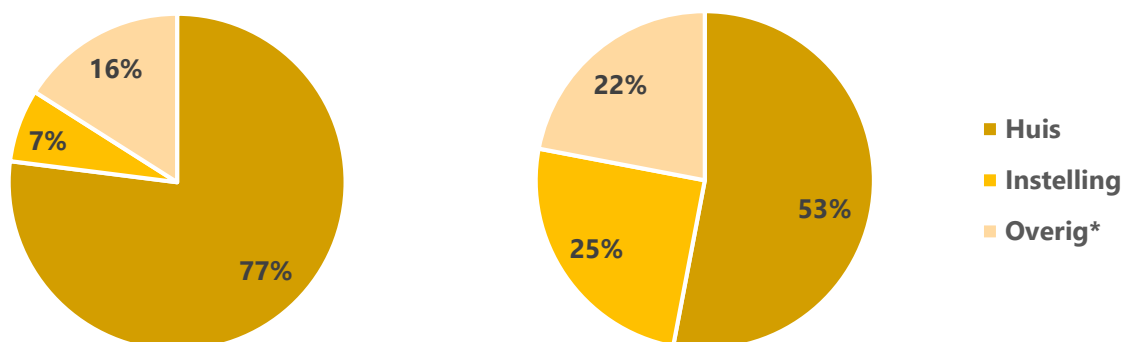
Figuur 4 Instroomcijfers 2016 ELV. Bij de overige herkomst-groep ELV moet gedacht worden aan een verwijzing van de specialist ouderengeneeskunde direct vanuit huis. Gebaseerd op de overige literatuur zou dit mogelijk ook om cliënten kunnen gaan die vanuit de GRZ de ELV instromen, omdat deze bijvoorbeeld toch niet revalideerbaar blijken (Q-Consult zorg, 2018)

Uitstroom

De cijfers betreffende de uitstroom uit de GRZ en de ELV zijn weergegeven in figuur 5 en 6. Cijfers betrekking hebbende op de ontslagbestemming vanuit ELV hoog complex in 2016/2017 tonen in vergelijking met de cijfers uit 2018 een toename in ontslagbestemming naar huis en een afname in ontslagbestemming naar een instelling (Q-Consult zorg, 2018).



Figuur 5 Uitstroomcijfers GRZ 2016/2017 (ActiZ, 2016). De categorie 'Instelling/Overig' is ongedefinieerd.



Figuur 6 Uitstroomcijfers 2018 ELV laag complex (links) en hoog complex (rechts) (Q-Consult zorg, 2018). De categorie 'Overig' bestaat uit cliënten die overlijden of in het ziekenhuis worden opgenomen.

Van de groep ELV-clënten hoog complex die als ontslagbestemming een instelling hebben betreft dit voor 79% een Wlz-instelling en voor 13% een GRZ-instelling. Voor de ELV-clënten laag complex die als ontslagbestemming een instelling hebben betreft het allen een Wlz-instelling. (Q-Consult zorg, 2018)

3.3 Inventarisatie op kwaliteit gerichte initiatieven

In de geïncludeerde rapporten staan alleen beschikbare kwaliteitsdocumenten (protocollen en richtlijnen) voor GRZ beschreven. De geïncludeerde rapporten geven geen informatie over kwaliteitsdocumenten voor ELV en AGZ. De expertgroep van de QuickScan geeft aan dat voor ELV op dit moment weinig protocollen en richtlijnen bestaan, terwijl hier wel behoefte aan is. Door de expertgroep van de QuickScan worden tevens specifiek voor de AGZ de volgende richtlijnen genoemd (dit betreft geen limitatieve opsomming):

- Geriatric assessment in de thuissituatie (Verenso richtlijn/handreiking)
- Richtlijnen dementie diagnostiek en behandeling

Beide richtlijnen betreffen richtlijnen die breder dan de AGZ ingezet kunnen worden. Voor AGZ wordt in de literatuur benoemd dat het in sommige gevallen onvoldoende duidelijk is welke professionals een rol spelen en welke bijdrage zij leveren om goede zorg aan de cliënt te leveren (Significant, 2019). Een heldere en eenduidige beschrijving in de vorm van protocollen en richtlijnen kan hieraan bijdragen.

In onderstaande paragrafen wordt allereerst een overzicht gegeven van de kwaliteitsdocumentatie GRZ. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de kwaliteitsinitiatieven en de behoefte hiernaar op het gebied van GRZ, ELV en AGZ. Dit geeft een beeld van de huidige stand van zaken (behoefte en ontwikkelingen) op het gebied van kwaliteit binnen deze zorgvormen.

3.3.1 Beschikbare kwaliteitsdocumentatie (protocollen en richtlijnen) GRZ

Tabel 5 bevat een overzicht van kwaliteitsdocumenten (protocollen en richtlijnen) voor de GRZ (Q-Consult zorg, 2019). Op landelijk en regionaal niveau zijn 22 documenten beschikbaar. De documenten kunnen opgesplitst worden in:

- Richtlijnen (n=9): onder richtlijnen vallen handreikingen, documenten die hulp bieden bij de triage en toegang tot de GRZ en documenten om de GRZ goed in te richten.
- Zorg- en behandelprogramma's (n=4): onder zorg/behandelprogramma's vallen zorginhoudelijke documenten die richting geven aan het behandelprogramma van de patiënt.
- Zorgpaden (n=1): onder zorgpaden vallen documenten die het proces dat de GRZ cliënt doorloopt beschrijven.
- Meetinstrumenten (n=8): onder meetinstrumenten vallen documenten die meetinstrumenten specifiek voor de GRZ beschrijven en overzichten van meetinstrumenten die in de GRZ gebruikt kunnen worden.

Van de beschikbare richtlijnen en protocollen voor de GRZ is alleen het Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) van de federatie Medisch Specialisten uit 2010 opgenomen in het register van Zorginzicht van het Zorginstituut Nederland. Dit assessment wordt gebruikt bij de toegang tot GRZ. (Q-Consult zorg, 2019)

Tabel 3 Overzicht landelijke beschrijvingen in de GRZ (Q-Consult Zorg, 2019)

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

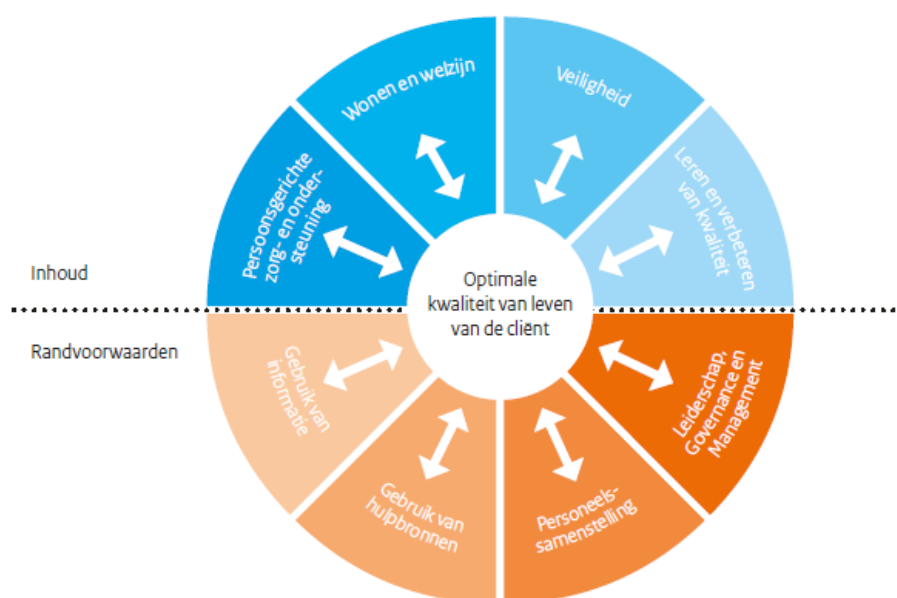
Zes van deze documenten hebben betrekking op de GRZ zorginhoud. Beschrijvingen op GRZ zorginhoud zijn beschrijvingen waarin overeenstemming is gevonden over wat goede GRZ is. Dit betreft onderstaande documenten:

- *Behandelkaders Geriatrische Revalidatie (kwaliteitskader)*
- *Prestatie indicatoren geriatrische revalidatiezorg*
- *Geriatrische revalidatie in een verpleeghuis en de Barthel-index als graadmeter*
- *Zorgvraagzwaarte geriatrische revalidatiezorg - Opzet en uitwerking*
- *UKON - Zorgprogramma Geriatrische CVA - revalidatie*
- *Behandelprogramma Geriatrische oncologische revalidatie*

Samenvattend zien we dat vrij beschikbare beschrijvingen van goede zorg met name landelijk en regionaal ontwikkeld zijn. Nagenoeg alle GRZ-zorgaanbieders (96%) gebruiken beschrijvingen van goede zorg voor de GRZ, wat binnen het onderzoek gedefinieerd wordt als richtlijnen en kwaliteitsstandaarden of afgeleiden hiervan (zoals zorgprogramma's en zorgpaden) die gericht zijn op de inhoud van zorg (Q-Consult zorg, 2019).

3.3.2 Kadering algemene kwaliteitsinitiatieven / projecten

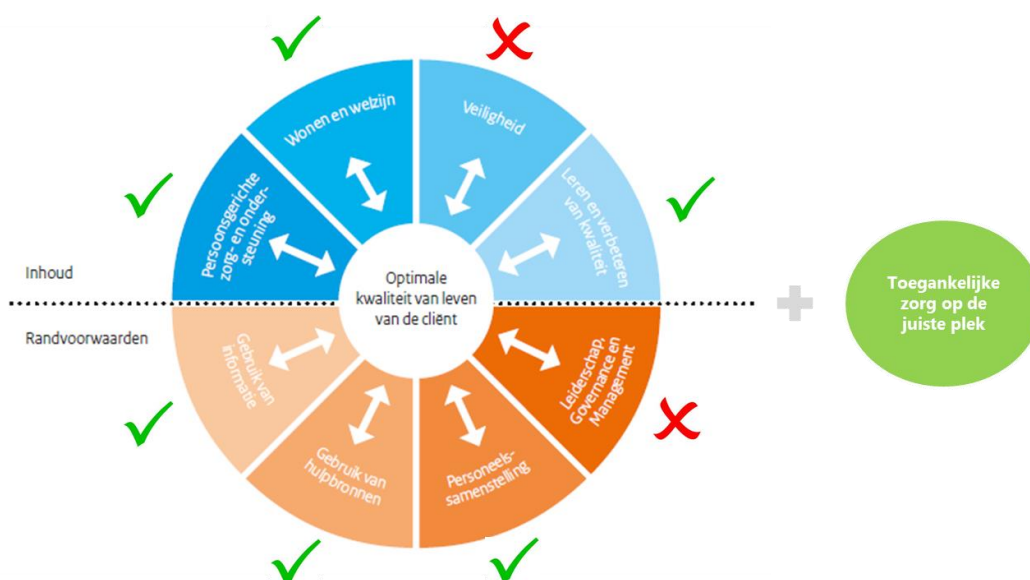
In deze paragraaf staan kwaliteitsinitiatieven of –projecten beschreven voor alle drie de zorgvormen. De bestaande kwaliteitsinitiatieven- en projecten zijn gekaderd binnen de kwaliteitsaspecten uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg (Zorginstituut Nederland, 2017). De kwaliteitsaspecten uit dit kader zijn weergegeven in figuur 7 en een nadere toelichting op de aspecten in dit kader is opgenomen in bijlage 7.



Figuur 7 Integraal model voor dynamisch en ontwikkelingsgericht werken aan kwaliteit verpleeghuiszorg (Zorginstituut Nederland, 2017). Het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg beschrijft wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van verpleeghuiszorg. Daarnaast biedt dit kader handvatten voor zorgverleners en zorgorganisaties om samen de kwaliteit te verbeteren en het lerend vermogen te versterken.

Door het kwaliteitskader verpleeghuis als basis te gebruiken worden verschillen en overeenkomsten in kwaliteitsinitiatieven tussen de samenhangende herstelzorg en de verpleeghuiszorg inzichtelijk. De aanname hierbij is dat kwaliteit binnen de verpleeghuiszorg dezelfde aspecten raakt als kwaliteit bij GRZ, ELV en AGZ. Daarmee biedt het kwaliteitskader verpleeghuiszorg een framework om inzichtelijk te maken of er mogelijk 'witte vlekken' bestaan op het gebied van kwaliteitsontwikkeling. Dit inzicht in verschillen in kwaliteitsaspecten biedt ook handvatten voor bestaande zorgaanbieders, die veelal een combinatie van intramurale zorgvormen leveren, waaronder verpleeghuiszorg, GRZ en ELV. Hiermee wordt antwoord gegeven op de vraag: *naar welke kwaliteitsaspecten wordt al gekeken en naar welke kwaliteitsaspecten nog niet?*

Aan de hand van bestaande initiatieven op het gebied van kwaliteit in de GRZ, ELV en AGZ is de vertaalslag gemaakt van het bestaande kwaliteitskader verpleeghuiszorg naar een kader voor de drie zorgvormen. Uit het plotten van de initiatieven komt naar voren dat een aantal initiatieven niet passen in de bestaande aspecten uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Met deze reden is het aspect *"Toegankelijke zorg op de juiste plek"* toegevoegd. Geen van de beschreven initiatieven had betrekking op het aspect 'Veiligheid' of 'leiderschap, governance en management'. Dit is weergegeven in figuur 8.



Figuur 8 Visualisatie gevonden kwaliteitsinitiatieven binnen het kwaliteitskader verpleeghuiszorg

In tabel 4 wordt per kwaliteitsaspect uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg een overzicht gegeven van initiatieven. In bijlage 5 wordt tevens een uitgebreidere beschrijving van deze initiatieven gegeven.

Tabel 4 Overzicht kwaliteitsinitiatieven herstel, zowel behoefte en lopend als landelijk en regionaal (op basis van de acht geïnccludeerde rapportages)

Optimale kwaliteit van leven van de cliënt				
Domein	Aspect	Initiatief	Status Initiatief	
			Behoefte / lopend	Landelijk / regionaal
Inhoud	Persoonsgerichte zorg ondersteuning	Advanced care planning (reductie acute opnames) (Vilans, 2018)	Lopend	R
		Verbeter verwachtingsmanagement richting cliënt/naasten over tijdelijkheid verblijf	Behoefte	

	<i>Wonen en welzijn</i>	Ontwikkeling buurtziekenhuis voor kwetsbare ouderen (Vilans, 2018)	Lopend	R
		ELV cliënten behoefte aan aanspraak met andere cliënten, inzet vrijwilligers en voorkeur voor eigen kamer	Behoefte	
	<i>Leren en verbeteren van kwaliteit</i>	Behandelplan ELV per cliënt incl. evaluatiemomenten	Behoefte	
		Landelijke ontwikkeling van beschrijvingen van goede zorg voor GRZ, ELV en AGZ	Behoefte	
		Protocollen en werkprocessen samenwerking SEH- en verpleeghuisprofessionals	Behoefte	
	<i>Gebruik van informatie</i>	Bij triage inzicht in beschikbare plekken	Behoefte	
Randvoorwaarden	<i>Gebruik van hulpbronnen</i>	Huisarts kan consult SO opvragen (Vilans, 2018)	Lopend	R
		SEH betreft direct SO alvorens doorverwijzing naar ELV/GRZ (Vilans, 2018)	Lopend	R
		Geriatrische ambulante assessment teams (Vilans, 2018)	Lopend	R
		Centraal telefoonnummer waar huisartsen naar toe kunnen bellen voor triage ELV (Vilans, 2018)	Lopend	R
	<i>Personeels-samenstelling</i>	Inzet kaderarts en vereiste scholing opnemen in kwaliteitskader	Behoefte	
		Inzet wijkverpleegkundigen op de SEH (Vilans, 2018)	Lopend	R
Overig	<i>Toegankelijke zorg op de juiste plek</i>	Observatiebedden om passende zorgvorm te kiezen (Vilans, 2018)	Lopend	R
		Regionale zorgcoördinator voor tijdelijk verblijf (Vilans, 2018)	Lopend	R
		Website met actuele informatie bedden capaciteit	Lopend	R

De initiatieven zijn opgesplitst in initiatieven die al lopen en onderwerpen waarop een behoefte wordt beschreven naar een nader kwaliteitsinitiatief. Ook zijn de lopende initiatieven opgesplitst naar landelijke en regionale initiatieven.

Lopende initiatieven zijn met name gericht op het kwaliteitsaspect 'gebruik van hulpbronnen'. Meerdere regio's hebben bijvoorbeeld afspraken gemaakt over de inzet van hulpbronnen bij triage van cliënten. Voorbeelden hiervan zijn dat de huisarts een consult bij de SO kan opvragen of de SEH-arts al in een vroeg stadium een SO kan betrekken bij een vermoedelijke doorverwijzing naar ELV of GRZ. Ook zijn er regio's waarin het mogelijk is om een centraal ELV-nummer te bellen om te ondersteunen in de triage en om te voorzien in informatie over beschikbare ELV-bedden.

Behoefte is er met name op het gebied van kwaliteitsaspect 'leren en verbeteren van kwaliteit'. Op basis van de onderzoeken en de interviews met expertgroep van de QuickScan komt de behoefte naar het ontwikkelen van (landelijke) richtlijnen en protocollen voor zowel GRZ (Q-Consult zorg, 2019), als voor ELV (Vilans, 2018) en AGZ (Significant, 2018) naar voren. Specifiek wordt een behoefte genoemd naar de doorontwikkeling van ambulante GRZ (Q-Consult zorg, 2019). De behoefte op het gebied van leren en verbeteren wordt nader gespecificeerd in de aanbevelingen van de geïncludeerde rapportages. Concreet is er behoefte naar ontwikkeling van:

- beschrijvingen van goede zorg op landelijk niveau, zowel voor GRZ als ELV, en het landelijk beschikbaar maken hiervan (Q-Consult zorg, 2019);

- een protocol en/of richtlijn waarin een vergrote rol voor de specialist ouderengeneeskunde in de triage beschreven wordt binnen een regio, zowel voor de huisarts als voor de SEH, inclusief best-practices vanuit lopende regionale pilots (Vilans, 2018; KNMG, 2010);
- een standaard, protocol en/of richtlijn, inclusief best-practices vanuit lopende regionale pilots, ten aanzien van de inzet van observatiebedden en/of ondersteuning bij het opstarten hiervan (expertgroep QuickScan);
- triagewijzers om professionals te helpen cliënten naar passende Aanvullende Geneeskundige Zorg te verwijzen (Significant, 2018; Significant, 2019).

In bijlage 6 is een overzicht van alle aanbevelingen ten aanzien van de kwaliteitsontwikkelingen per rapport opgenomen.

3.4 Kennis- en onderzoeksagenda's

Er zijn vier kennis- en onderzoeksagenda's te onderscheiden welke betrekking hebben op de GRZ of ELV. Voor AGZ zijn er op dit moment geen kennis- en onderzoeksagenda's gevonden. De vier beschikbare agenda's worden hieronder toegelicht.

1. Position paper GRZ

Deze onderzoeksagenda is in 2015 door branchevereniging ActiZ, beroepsvereniging Verenso, en wetenschappers van het Consortium Geriatrische Revalidatie (MUMC, LUMC en VUmc) opgezet. Doelstelling is (internationaal) onderzoek over optimale inrichting en invulling van het revalidatieproces en welke relevante uitkomstmaten hierbij van waarde zijn. Hierbij zijn zeven thema's vastgesteld die de hoogste prioriteit hebben wat betreft onderzoek de komende jaren (Consortium Geriatrische Revalidatie, 2017):

- I. De patiënt centraal: hoe dit het beste vorm te geven?
- II. Triage: hoe geef je het triageproces het beste vorm en wat zijn goede triage criteria?
- III. Zorgpaden: welke vorm van zorgpad is het meest effectief binnen de GRZ?
- IV. Ambulante revalidatie: wat is de effectiviteit en best vorm van ambulante revalidatie?
- V. Problemen t.a.v. cognitieve vermogens: hoe stel je vast welke problemen er zijn en welke strategie hier het beste bij past?
- VI. Ondersteunende technologie: ontwikkelen en evalueren van deze technologieën.
- VII. Meetinstrumenten: welke instrumenten kunnen bijdragen aan monitoring van effectiviteit in de GRZ?

2. Wetenschapsagenda Verenso

Verenso heeft in 2018 een wetenschapsagenda opgesteld om inzicht te krijgen in de kennishiaten waar specialisten ouderengeneeskunde in hun dagelijkse praktijk tegenaan gelopen. Het doel is om de SO te ondersteunen in hun beroepsuitoefening en daarmee de kwaliteit van zorg verder te verbeteren. De werkgroep heeft 10 onderzoeksvragen opgesteld die prioriteit moeten krijgen wat betreft onderzoek. Eén van de 10 vragen betreft expliciet de GRZ, namelijk: *"Wat is het effect van Geriatrische Revalidatiezorg (klinisch, ambulant) bij patiënten met een cognitieve stoornis, en welke factoren zijn hierin van prognostisch belang?"*. (Verenso, 2018)

3. Verenso Richtlijnenagenda

Verenso heeft in 2018 een langtermijnplanning opgesteld. Het doel is het onderhouden en ontwikkelen van actuele, relevante kwaliteitsstandaarden binnen de ouderengeneeskunde. De richtlijnenagenda richt

zich op medisch-inhoudelijke onderwerpen (Verenso, 2018). De zorgvormen GRZ, ELV hoog complex en de prestaties uitgevoerd door de SO in de AGZ vallen onder de zorg waarbij de specialist ouderengeneeskunde nauw betrokken is. Het ontwikkelen van een kwaliteitskader voor de herstelzorg wordt niet expliciet genoemd in deze richtlijnenagenda, maar sluit wel aan op de doelstellingen van deze agenda.

4. Werkagenda ELV Zorginstituut Nederland

Het Zorginstituut heeft een werkagenda opgesteld. Deze werkagenda stuurt aan op aspecten van ELV die de komende jaren centraal moeten staan welke betreffen:

- I. Wat is goede zorg binnen de eerste lijn?
- II. Wat zijn de mogelijkheden binnen deze zorgvorm?
- III. Hoe verhoudt eerstelijnsverblijf zorg zich tot andere zorgvormen?

Daarnaast wordt er aandacht besteed aan preventie van het gebruik van ELV (Geneeskundige zorg: Eerstelijnsverblijf, sd).

3.5 Beschreven aanbevelingen voor vervolgonderzoek in geïnccludeerde rapporten

In bijlage 6 is een overzicht van alle aanbevelingen ten aanzien van vervolgonderzoek per geïnccludeerd rapport uit de literatuurstudie opgenomen. Uit dit overzicht komt naar voren dat er behoefte is aan vervolgonderzoek naar:

- onderscheidende cliëntkenmerken tussen ELV, GRZ en AGZ (Q-Consult zorg, 2019);
- inzicht in de huidige doelgroep, inzet en behoefte specifiek voor de ambulante GRZ, in het kader van de doorontwikkeling hiervan (Q-Consult zorg, 2019);
- instroom- en uitstroomcijfers van ELV, met als doel om inzicht te verkrijgen in 'verkeerde' instroom in het ELV (ELV cliënten waarbij GRZ- of Wlz passender is) (Vilans, 2018);
- de ontwikkeling van een kwaliteitskader voor de zorg die binnen deze zorgvormen valt, inclusief de elementen: regie op de vormgeving, uitvoering en evaluatie van het behandelplan, expertise van zorgverleners op herstelgerichte zorg, multidisciplinaire afstemming, verwachtingsmanagement richting patiënt en familie, en voldoende behandeling afgestemd op de zorgbehoefte (Significant, 2018).

In combinatie met de kennis- en onderzoeksagenda's geeft dit een goed beeld van de behoefte naar nader onderzoek voor samenhangende herstelzorg.

4. Conclusie

Deze QuickScan geeft op basis van een literatuurstudie van acht recent gepubliceerde rapporten en consultatie met de expertgroep van de QuickScan inzicht in de doelgroep, cliëntkenmerken en kwaliteitsinitiatieven die betrekking hebben op de zorg die wordt geleverd aan kwetsbare mensen met een tijdelijke intensieve zorg- en behandelbehoefte, al dan niet met verblijf. Het doel van deze zorg is zelfstandig functioneren in de oorspronkelijke thuissituatie. Deze zorg wordt nu geleverd binnen de zorgvormen GRZ, ELV en AGZ.

4.1 Doelgroepen & cliëntkenmerken

GRZ, ELV en AGZ zijn aan de voorkant afgebakend in verschillende aanspraken, die de verschillen tussen de zorgvormen duiden (zie bijlage 1). In de geïnccludeerde rapporten staat dat de drie zorgvormen als overeenkomst hebben dat het gaat over kwetsbare mensen met een tijdelijke intensieve zorg- en behandelbehoefte. Deze zorg- en behandelbehoefte kan verschillen qua inzet van verblijf en geneeskundige, paramedische en verpleegkundige zorg. De expertgroep van de QuickScan geeft aan dat het lastig is om enerzijds deze behoefte op objectieve wijze te bepalen met gevalideerde meetinstrumenten, en anderzijds om op basis van inhoudelijke argumenten te kiezen voor een van de drie zorgvormen bij de binnenkomst van de cliënt. Dit uit zich volgens de expertgroep van de QuickScan onder andere in de huidige problemen in triage tussen GRZ en ELV hoog complex.

De geïnccludeerde rapporten beschrijven een behoefte naar nader onderzoek naar het verschil in cliëntkenmerken tussen de zorgvormen. Ook binnen één zorgvorm is de doelgroep cliënten die de zorg ontvangt divers. De expertgroep van de QuickScan geeft aan dat wetenschappelijk onderzoek een aantal handvatten geeft voor relevante cliëntkenmerken om cliënten die GRZ ontvangen te beschrijven: afhankelijkheid in activiteiten van het dagelijks leven (ADL), weerbaarheid, kwetsbaarheid (frailty), belastbaarheid en trainbaarheid. Ook de factoren leeftijd, geslacht, wel- of niet alleen wonen en afwezigheid van sociale steun en cognitieve beperking lijken van belang als voorspeller voor de mogelijkheid van terugkeer naar huis. De expertgroep van de QuickScan stelt dat deze kenmerken die zijn onderzocht voor GRZ ook voor de andere zorgvormen belangrijke kenmerken zijn, omdat alle zorgvormen (met uitzondering ELV palliatieve zorg) tot doel hebben terugkeer naar de oorspronkelijke thuissituatie.

4.1.1 Gebruik zorgvormen in de praktijk

De expertgroep uit het onderzoek naar zorginhoud GRZ geeft aan dat vanuit de aanspraak een duidelijk verschil is tussen GRZ en ELV. Hoog complex. Echter, in de praktijk bestaat er overlap tussen de doelgroepen die zorg ontvangen uit deze twee zorgvormen. Daarnaast lijkt er overlap te bestaan tussen GRZ ambulant en AGZ. Naast overlap tussen GRZ, ELV en AGZ zijn er ook andere aanpalende zorgvormen waarbij in de praktijk een overlap lijkt te bestaan: tussen Medisch Specialistische Revalidatie en GRZ, ELV laag complex en respijtzorg en ELV PTZ en andere PTZ zorgvormen.

Er zijn beperkte cijfers bekend over het gebruik van de drie zorgvormen. Het aantal unieke cliënten voor de GRZ is het hoogste (58.623 in 2016), het aantal unieke cliënten voor ELV en AGZ is vergelijkbaar (respectievelijk 34.000 en 28.900 in 2017). Instroom en uitstroom is alleen voor ELV en GRZ bekend. Omdat het gebruik van deze zorg verandert is het van belang om te beschikken over actuele cijfers. Specifiek voor ELV is een stijging te zien in het aantal unieke cliënten.

4.2 Kwaliteitsinitiatieven

Het algemene beeld rondom initiatieven die kwaliteit van deze zorg willen bevorderen is dat dit voornamelijk vanuit een integrale blik gebeurt. Zes van de acht geïnccludeerde rapporten betreffen slechts één zorgvorm, dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt omdat de zorgvormen nog niet zo lang bestaan (dit geldt met name voor ELV en AGZ). Voor zover bekend zijn er geen geïntegreerde kwaliteitsinstrumenten voor GRZ, ELV en AGZ gezamenlijk. Slechts een deel van de zorgaanbieders in die zijn geconsulteerd in een van de geïnccludeerde onderzoeken geven aan dat de lokale kwaliteitsdocumentatie die beschikbaar is voor GRZ ook bruikbaar is voor mensen die zorg ontvangen binnen ELV (73% van respondenten, n=48) en AGZ (24%). Mogelijk kunnen de zorgmodules voor GRZ in een lage intensiteit worden ingezet voor ELV. Het is niet bekend in hoeverre de landelijk beschikbare GRZ kwaliteitsdocumentatie geschikt wordt geacht voor andere zorgvormen. De reden dat de bestaande beschrijvingen niet altijd integraal gebruikt kunnen worden wordt niet geduid.

4.2.1 Bestaande kwaliteitsinitiatieven en -documentatie

Voor de individuele zorgvormen lijkt algemeen beschikbare kwaliteitsdocumentatie slechts beperkt openbaar beschikbaar. Binnen de literatuurstudie is alleen voor de GRZ één rapportage opgenomen waarbij expliciet aandacht is geschonken aan de beschikbaarheid van kwaliteitsinitiatieven. Er zijn in totaal 21 documenten beschikbaar voor de GRZ waarbij slechts één van de documenten beschikbaar is in het register Zorginzicht via het Zorginstituut. De kwaliteitsinitiatieven voor GRZ lijken op basis van het literatuuronderzoek het meest ver gevorderd van de drie zorgvormen. In de geïnccludeerde rapporten wordt gesteld dat internationaal voor de GRZ veel literatuur voorhanden is die input biedt voor beschrijvingen van goede zorg in Nederland. Voor de overige zorgvormen is dit in de geïnccludeerde rapporten niet onderzocht.

Voor ELV en AGZ is niet beschreven welke kwaliteitsinstrumenten bestaan. De expertgroep van de QuickScan geeft aan dat documentatie beperkt beschikbaar is, terwijl hier wel behoefte aan is. Voor ELV zijn de geïnccludeerde onderzoeken veelal beschrijvend en verkennend over de zorginhoud en de knelpunten in het gebruik. Slechts één van de geïnccludeerde rapporten geeft conclusies over wat kwalitatief goede ELV is: goede organisatie in de keten, regie op het behandelplan en voldoende behandeling afgestemd op de zorgvraag. Voor AGZ en de rol van deze zorgvorm voor mensen met een tijdelijke intensieve zorg- en behandelbehoefte, is nog zeer weinig bekend. De twee geïnccludeerde rapporten over deze zorgvorm beschrijven de zorginhoud en het gebruik en niet de kwaliteitsinitiatieven en -documentatie.

Naast de beschikbare kwaliteitsdocumentatie bestaan er ook diverse initiatieven en projecten die zich richten op bevordering van kwaliteit. Het algemene beeld is dat deze zich met name richten op de inzet van hulpbronnen en het daarmee verbeteren van de samenwerking in de regio. Een voorbeeld hiervan is de verbetering van de triage van ELV-cliënten. Regio's pakken dit al op en maken hier binnen de regio afspraken over.

4.2.2 Behoeftes op het gebied van kwaliteit en vervolgonderzoek

Er wordt een behoefte genoemd aan een kwaliteitskader voor de zorg die binnen deze zorgvormen valt. De onderzoeksagenda van Verenso sluit hierop deels aan en heeft tot doelstelling een kwaliteitsstandaard voor de ouderenzorg in de breedte op te stellen. Onderdeel van een kwaliteitskader

kan zijn faciliteren van initiatieven op het gebied van leren en verbeteren van kwaliteit. Dit is tevens het aspect waarbij het vaakst een behoefte wordt beschreven in de geïncludeerde rapporten. De behoefte op het gebied van leren en verbeteren wordt nader gespecificeerd in de aanbevelingen van de verschillende onderzoeken en input van de expertgroep van de QuickScan.

Concreet is er behoefte naar ontwikkeling van beschrijvingen van goede zorg op landelijk niveau. Tevens is er behoefte aan inzicht in effecten en uitkomstmaten van de behandeling. Een lacune in de beschrijving van goede zorg lijkt specifiek te bestaan bij de ambulante zorg. Dit wordt specifiek genoemd bij ambulante GRZ in zowel onderzoeken als een onderzoeksagenda, maar dit lijkt tevens het geval bij AGZ, waarbij de relatie van deze zorgvorm tot ELV / GRZ nog nauwelijks wordt genoemd in de geïncludeerde rapporten. Wel wordt een behoefte genoemd naar instroom- en uitstroomcijfers van AGZ, evenals inzicht in type cliënten en diagnoses, met als doel om inzicht te verkrijgen in de huidige cliëntengroep die AGZ ontvangt en de overlap hierin met ambulante GRZ.

Ook wordt een behoefte genoemd naar onderzoek en kwaliteitsinstrumenten die zich richten op de instroom van cliënten. Dit is in lijn met de hierboven geconstateerde problematiek rondom overlap in de praktijk tussen de cliëntgroepen. Zo is er bijvoorbeeld behoefte aan protocollen en richtlijnen voor advanced care planning en (observatie voorafgaand aan) triage. Ook onderzoek naar cliëntkenmerken die van prognostisch belang zijn voor het effect van behandeling wordt genoemd.

Het valt op dat in de geïncludeerde rapporten geen kwaliteitsinitiatieven beschreven worden op de aspecten veiligheid en governance en dat hier geen behoefte naar beschreven wordt. Deze beide aspecten maken deel uit van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg en lijken ook zeer relevant voor de zorgvormen GRZ, ELV en AGZ.

5. Aanbevelingen

Onderstaande aanbevelingen zijn tot stand gekomen vanuit de resultaten van de QuickScan, gesprekken met de expertgroep van de QuickScan en ervaringen uit de praktijk van Q-Consult Zorg.

Startpunt programma: grootste behoefte kwaliteit integrale herstellzorg

De QuickScan laat een behoefte zien aan een kwaliteitskader voor de zorg die valt binnen de zorgvormen GRZ, ELV en AGZ. De grootste behoefte ligt bij de volgende onderwerpen:

1. **Landelijk beschikbare beschrijvingen van goede zorg**, waarbij ambulante zorg specifiek aandacht heeft
2. **Bestaande rol van de specialist ouderengeneeskunde versterken buiten de muren van de zorgorganisatie**. Voorbeelden hiervan zijn onderdelen uit de wetenschapsagenda van Verenso, en initiatieven omtrent de mogelijkheden om als huisarts een consult aan te kunnen vragen bij de SO of het vroegtijdig betrekken van de SO bij een opname op de SEH van een GRZ-cliënt.
3. **Richtlijnen/hulpwijzers voor triage**, met aandacht voor shared decision making. Dit in samenhang met het gebruik van observatiebedden die ruimte bieden om meer tijd te nemen voor een goede triage. Een belangrijk onderwerp hierbij is onderzoek naar onderscheidende cliëntkenmerken voor de zorgvormen GRZ, ELV en AGZ om daarmee vanuit de inhoud een keuze te kunnen maken voor financiering.

Nadere veldraadpleging is nodig om de behoefte te bepalen aan kwaliteitsinstrumenten op het gebied van de aspecten veiligheid en governance.

De aanbeveling is om met bovenstaande beschreven punten te starten in het programma. Sluit verder de inhoud van het kwaliteitskader aan op de behoefte die beschreven wordt: regie van betrokken zorgprofessionals op het behandelplan, behandeling afgestemd op de zorgbehoefte van de cliënt, expertise van zorgverleners op herstelgerichte zorg en inzet van hulpbronnen, multidisciplinaire afstemming, en verwachtingenmanagement richting patiënt en familie. Hieronder staan een aantal aanbevelingen beschreven hoe dit kader vorm te geven.

5.1.1 Hanteer eenduidige definities

Hanteer eenduidige termen en definities in beschrijvingen van goede zorg. Hanteer tevens eenduidige termen en definities bij het beschrijven van de doelgroep die samenhangende herstellzorg nodig heeft. Het advies is om hierbij palliatieve zorg op te nemen in een apart deelprogramma vanwege de zeer afwijkende zorgbehoefte en kwaliteitsontwikkelingen voor deze zorg. Nadere veldraadpleging is nodig welke (behoefte aan) kwaliteitsinitiatieven bestaan voor deze zorgvorm.

5.1.2 Werk toe naar één kwaliteitskader

De aanbeveling is om toe te werken naar één integraal kwaliteitskader voor samenhangende herstellzorg. In de eerste plaats vanwege de overlap in doelgroepen die in de praktijk gebruik maken van deze zorgvormen. Tevens komt het gebruik van meerdere zorgvormen op verschillende momenten bij één persoon voor. Splitsing van het kwaliteitskader over de verschillende zorgvormen sluit daarmee niet altijd aan bij de zorgbehoefte van de cliënt. Zorginhoudelijke protocollen en richtlijnen die onder dit kwaliteitskader vallen kunnen wel op één zorgvorm van toepassing zijn. Wel is het zaak om recht te doen

aan het ontwikkeltraject wat elke zorgvorm kent over de afgelopen jaren. De expertgroep van de QuickScan geeft aan dat GRZ succesvol is gebleken, mede vanwege de hoge behandelintensiteit die mogelijk is binnen deze financiering. Het is van belang dat het integrale kwaliteitskader los staat van financiering, en dat de huidige behandelintensiteit binnen GRZ geborgd blijft. Eventuele ontwikkelingen binnen de financiering van deze zorg valt buiten de scope van de QuickScan.

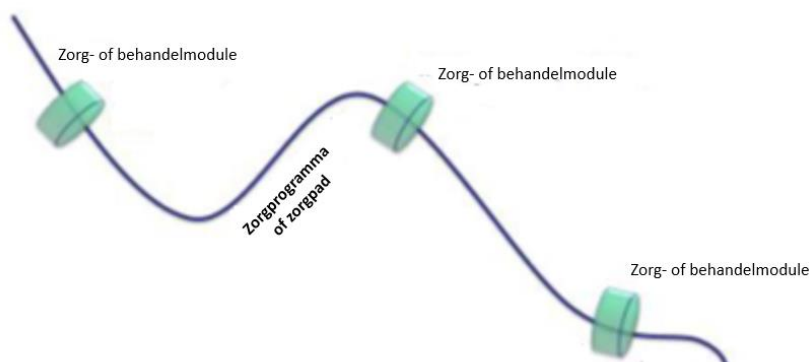
5.1.3 Breng bestaande initiatieven samen binnen één kader

Een integraal kwaliteitskader brengt de huidige initiatieven samen wat tot een versterkend effect kan leiden. Zowel het onderzoek naar deze zorg, als de op kwaliteitsbevordering gerichte initiatieven zijn veelal gericht op een van de zorgvormen. Tevens blijkt dat slechts een beperkt aantal landelijke kwaliteitsdocumenten beschikbaar zijn, terwijl er veel lokale initiatieven bestaan (waarvan slechts een deel terugkomen in de QuickScan) en instellings- of regiospecifieke documentatie wordt opgesteld. Een grote meerwaarde van het programma kan zijn om bestaande initiatieven toegankelijk te maken. Creëer een platform om lokaal opgestelde beschrijvingen van goede zorg te delen en werk samen aan de doorontwikkeling en uniformering. Werk vanuit de beroepsgroepen verder aan het ontwikkelen van de (beschrijving van) zorginhoud die ingediend kan worden bij het Zorginstituut, en sluit aan bij bestaande onderzoeksagenda's.

5.1.4 Bouw de beschrijvingen van goede zorg binnen het kader modulair op

Richt bij het ontwikkelen van beschrijvingen van goede zorg met name op het ontwikkelen van zorgmodules en maak die waar mogelijk generiek en niet diagnosespecifiek. De zorgmodules passen bij de onvoorspelbaarheid en kwetsbaarheid van de doelgroep. Dit sluit ook aan en bij de ontwikkelingen in het GRZ-veld waarbij goede zorg in toenemende mate in deze vorm wordt beschreven. Zie figuur 9 voor een schematische weergave van het verschil tussen zorgprogramma's / zorgpaden en -modules. Neem bij het beschrijven van goede zorg ook de overige de adviezen mee die de expertgroep in het GRZ Zorginhoud onderzoek heeft geformuleerd, en die passend lijken voor ELV en AGZ:

1. Bouw huidige zorgprogramma's/zorgpaden niet om naar het hub-model en het web-model. De modellen bieden wel inspiratie voor het verder ontwikkelen van zorgprogramma's/ zorgpaden.
2. Ontwikkel niet oneindig veel zorgmodules. Het is belangrijk dat ze functioneel zijn voor de inzet van goede zorg door zorgaanbieders.



Figuur 9 Schematische weergave van het verschil tussen zorgprogramma's / zorgpaden en -modules middels een kralenketting. De ketting is de basis: een gestandaardiseerd zorgprogramma / zorgpad voor een specifieke diagnosegroep. Deze ketting bevat de zorg en behandelingen die iedere patiënt met de desbetreffende diagnose ontvangt. Daar waar individuele patiënten specifieke aanvullende zorg en/of behandelingen nodig hebben, worden aparte modules ingezet. Dit zijn de kralen aan de ketting.

De beschrijvingen van doelgroepen uit de geïnccludeerd rapporten benoemen een aantal verschillende onderdelen. Deze zijn mogelijk relevant voor deze modulaire opbouw:

- Behoeftte aan medisch noodzakelijk verblijf
- een revalidatiebehoefte
- een op multidisciplinaire behandeling gerichte herstellvraag
- een op monodisciplinaire behandeling gerichte herstellvraag
- niet behandeling gericht herstel
- behandeling met de focus om zo lang mogelijk thuis te blijven.

Deze factoren kunnen in verschillende combinaties voorkomen bij verschillende cliënten, en zijn in de praktijk zichtbaar bij verschillende zorgvormen. Nader onderzoek en veldraadpleging naar deze factoren is nodig.

5.1.5 Hanteer een integrale aanpak binnen de keten

Betrek bij de ontwikkeling van het kwaliteitskader de betrokken stakeholders in de keten (ziekenhuis, thuiszorg, sociaal domein). Doel hiervan is draagvlak creëren voor het kwaliteitskader bij de diverse betrokkenen en dat de inhoud en taal aansluit bij huidige praktijk en bestaande kwaliteitsdocumentatie.

6. Literatuurlijst

- ActiZ. (sd). *Infographic GRZ*. Opgehaald van https://www.studiogrz.nl/wp-content/uploads/2019/03/ActiZ_GRZ-Infographic.pdf
- Consortium Geriatrische Revalidatie. (2017). *Position Paper GRZ*.
- Geneeskundige zorg: *Eerstelijnsverblijf*. (sd). Opgehaald van Zorginstituut Nederland: <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/overige-onderwerpen/geneeskundige-zorg-eerstelijnsverblijf>
- KNMG. (2010). *KNMG-standpunt: Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen*. KNMG.
- Nederlands Zorgautoriteit. (sd). *Beleidsregels eerstelijnsverblijf*. Opgehaald van Nederlandse Zorgautoriteit: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_221853_22/1/
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2018). *Monitor acute zorg 2018*. Nederlandse Zorgautoriteit.
- Overheid.nl. (2019). *Besluit zorgverzekering*. Opgehaald van Wettenbank: https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2019-03-30/#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Artikel2.5c
- Overheid.nl. (2019). *Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling*. Opgehaald van Wettenbank: https://wetten.overheid.nl/BWBR0036018/2019-01-01/#Hoofdstuk1_Artikel1.2
- Overheid.nl. (2019). *Wet langdurige zorg*. Opgehaald van Wettenbank: https://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2019-04-02/#Hoofdstuk3_Paragraaf1_Artikel3.1.1
- Q-Consult zorg. (2018). *Onderzoek Eerstelijns verblijf*. ActiZ.
- Q-Consult zorg. (2019). *Inventarisatie Zorginhoud GRZ*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Significant. (2016). *Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf 2.0*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Significant. (2018). *Onderzoek kwaliteit eerstelijnsverblijf*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Significant. (2018). *Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Significant. (2019). *Rapportage Dagbehandeling*. ActiZ.
- Verenso. (2018). *Verenso Richtlijnenagenda*.
- Verenso. (2018). *Verenso Wetenschapsagenda*. Arnhem: Verenso.
- Vilans. (2018). *In één keer goed! Een verkennend onderzoek naar gebruik van Eerstelijns verblijf*. Vilans.
- Zorginstituut Nederland. (2017). *Kwaliteitskader verpleeghuiszorg*. Opgehaald van Zorginstituut Nederland: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg>
- Zorginstituut Nederland. (sd). *Extramurale behandeling (Wlz)*. Opgehaald van Zorginstituut Nederland: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/e/extramurale-behandeling-wlz>
- Zorginstituut Nederland. (sd). *Extramurale behandeling (Wlz)*. Opgehaald van Zorginstituut Nederland.
- Zorginstituut Nederland. (sd). *Verblijf (zvw)*. Opgehaald van Zorginstituut Nederland: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/v/verblijf-zvw>

Bijlage 1: Formele beschrijving / aanspraak

Hieronder wordt de formele aanspraak van de zorgvormen gegeven.

GRZ

De Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) valt onder het Besluit zorgverzekering en staat beschreven in artikel 2.5c: " *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.*" (Overheid.nl, 2019)

ELV

Het eerstelijns verblijf (ELV) valt onder het Besluit zorgverzekering en staat beschreven in artikel 2.12 (Overheid.nl, 2019). Artikel 2.12 verwijst niet expliciet naar eerstelijns verblijf, maar verwijst enkel naar verblijf. Zoals omschreven in artikel 2.12 omvat verblijf het verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg zoals een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of verloskundige die dienen te bieden, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg. (Overheid.nl, 2019).

Eerstelijns verblijf wordt vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet wanneer het verblijf medisch noodzakelijk is en de zorg door een huisarts, SO, of AVG niet veilig en/of verantwoord gegeven kan worden (Zorginstituut Nederland, sd).

Binnen ELV zijn drie prestaties te onderscheiden (Nederlands Zorgautoriteit, sd):

1. Eerstelijnsverblijf laag complex: Deze prestatie kenmerkt zich doordat de zorglevering door de aard van de zorgvraag laag complex is. Hier is sprake van wanneer het verblijf zoals omschreven in artikel 2.12 betreft wegens een enkelvoudige aandoening.
2. Eerstelijnsverblijf hoog complex: Deze prestatie kenmerkt zich doordat de aard van de zorgvraag hoog complex is. Hier is sprake van wanneer het verblijf zoals omschreven in artikel 2.12 betreft wegens meerdere en elkaar beïnvloedende aandoeningen of beperkingen.
3. Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg: De prestatie kenmerkt zich doordat de levensverwachting van de patiënt volgens de behandelend arts gemiddeld drie maanden of korter zal zijn vanwege een levensbedreigende ziekte of aandoening.

AGZ

Aanvullende Geneeskundige Zorg (AGZ) is een tijdelijke subsidiezorgvorm vanuit de Wlz en voorziet voor Aanvullende Geneeskundige Zorg en het vervoer naar en vanaf de locatie waar de behandeling plaats vindt (Zorginstituut Nederland, sd; Overheid.nl, 2019). Aanvullende Geneeskundige Zorg (AGZ) is voor verzekerden zonder Wlz-indicatie. De inhoud van behandeling is echter gelijk aan een behandeling voor verzekerden met een Wlz-indicatie en valt daarom onder artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg (Overheid.nl, 2019).

Er kan aanspraak gemaakt worden op AGZ door verzekerden met een somatische aandoening, een psychogeriatrische aandoening, een lichamelijke aandoening of meerderjarig verzekerden met een verstandelijke beperking (Zorginstituut Nederland, sd; Overheid.nl, 2019).

Bijlage 2: Doelgroepomschrijvingen per rapport

Significant. (2018). *Onderzoek kwaliteit eerstelijnsverblijf*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

ELV: ELV is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven, maar waarvoor geen opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling of (geriatrische) revalidatiezorg, aangewezen is.

Q-Consult zorg. (2019). *Inventarisatie Zorginhoud GRZ*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

GRZ: Na een opname of behandeling in het ziekenhuis kan het in het geval van kwetsbare ouderen noodzakelijk zijn te revalideren in een revalidatiesetting specifiek voor deze doelgroep. Dit type zorg is de GRZ.

Nederlandse Zorgautoriteit. (2018). *Monitor acute zorg 2018*. Nederlandse Zorgautoriteit.

ELV: ELV is zorg met verblijf die onder de verantwoordelijkheid van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten valt. Het gaat hier kort medisch noodzakelijk verblijf voor mensen die niet in aanmerking komen voor medisch specialistische zorg. Het ELV is meestal bedoeld voor kortdurend verblijf. Het zijn vooral verpleeghuizen die ELV aanbieden. Circa 75% van de patiënten binnen het ELV is 75 jaar of ouder.

GRZ: De GRZ is een vorm van geneeskundige zorg waarbij verblijf nodig is. Circa 90% van de doelgroep is ouder dan 65 jaar. De zorg is erop gericht om kwetsbare ouderen te helpen terug te keren naar de thuissituatie, bijvoorbeeld na een operatie of een hersenbloeding. Verpleeghuizen bieden GRZ aan, hier is de specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk voor de zorg voor deze patiënten.

Vilans. (2018). *In één keer goed! Een verkennend onderzoek naar gebruik van Eerstelijns verblijf*. Vilans.

ELV: Eerstelijnsverblijf is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven, maar waarvoor geen opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling of (geriatrische) revalidatiezorg is aangewezen.

De doelgroep voor ELV is zeer divers. Veruit de meeste cliënten voor ELV zijn ouderen, en er is een sterke samenhang met GRZ.

Significant. (2018). *Tijdelijke subsidiezorgvorm Aanvullende Geneeskundige Zorg*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

AGZ: Brede doelgroep. Voornamelijk bij ouderen met psychogeriatrische problematiek, jong dementerenden en mensen met niet-aangeboren hersenletsel werkt de Aanvullende Geneeskundige Zorg preventief waarmee zwaardere en relatief duurdere (intramurale) zorg kan worden uitgesteld.

KNMG. (2010). *KNMG-standpunt: Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen*. KNMG.

N.v.t.

Q-Consult zorg. (2018). *Onderzoek Eerstelijns verblijf*. ActiZ.

ELV: Deze zorg is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven, maar waarvoor geen opname is aangewezen in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling of (geriatrische) revalidatiezorg. Het gaat om medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige (huisartsen-)zorg.

Significant. (2019). *Rapportage Dagbehandeling*. ActiZ.

AGZ: Doelgroep per prestatie beschikbaar maar geen doelgroep voor de totale AGZ.

Bijlage 3: Diagnoses per zorgvorm

Onderstaande tabel geven per zorgvorm de voorkomende diagnoses weer. Voor GRZ betreffen dit de diagnoses die worden vastgelegd binnen de DBC-systematiek. Voor ELV betreffen dit de diagnoses die zijn vastgelegd bij een tijdelijk registratieonderzoek (Q-Consult zorg (2018)). Voor AGZ betreft dit (lichtgrijs weergegeven) een vertaling van de beschreven diagnosegroepen naar diagnoses (niet uitputtende lijst). Binnen AGZ wordt overkoepelend gesproken over de volgende diagnosegroepen:

- Somatische problematiek (zoals Parkinson, COPD en CVA); en/of
- Psychogeriatrische problematiek (zoals dementiële problemen); en/of,
- Een lichamelijke beperking; en/of,
- Een verstandelijke beperking.

Diagnosegroepen	GRZ	ELV		AGZ
		Hoog	Laag	
Amputaties	X	X	X	X
CVA	X	X	X	X
Electieve Orthopedie	X	X	X	X
Trauma	X	X	X	X
Hartaandoeningen	X	X	X	X
Bloedvaten	X	X	X	X
Oncologische aandoeningen	X	X	X	X
Respiratoire aandoeningen	X	X	X	X
Overige orgaanaandoeningen	X	X	X	X
Overige aandoeningen bovenste extremiteit	X	X	X	X
Overige aandoeningen onderste extremiteit	X	X	X	X
Aandoeningen wervelkolom	X	X	X	X
Reumatische aandoeningen	X	X		X
Overige aandoeningen bewegingsapparaat	X	X	X	X
Neuromusculaire aandoeningen	X	X	X	X
Overige hersenaandoeningen	X	X	X	X
Overige neurologische aandoeningen	X	X	X	X
Dementie		X	X	X
Infecties		X	X	X
Delier		X	X	X
GGZ Problematiek		X	X	X
Verstandelijke beperking				X
Lichamelijke beperking				X

Bijlage 4: Omschrijving deelprestaties AGZ

Prestatie	Omschrijving
Gespecialiseerde dagbehandeling Huntington/Dagbehandeling ouderen som, pg	<i>Dagbehandeling in groepsverband waarbij behandeling in samenhang staat met enige persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding voor cliënten met een intensieve zorgvraag.</i>
Dagbehandeling LG licht, midden, en zwaar	<i>De behandeling heeft als doel om het behandelresultaat in de revalidatiebehandeling in de chronische fase te behouden en restmogelijkheden te benutten in het dagelijks leven en maatschappelijk functioneren.</i>
Dagbehandeling VG emg	<i>Dagbehandeling, deels individueel en deels groepsgericht, uitgevoerd in een aangepaste omgeving. De prestatie omvat ook verpleging en verzorging.</i>
Behandeling gedragswetenschapper	<i>Omvat geneeskundige zorg van specifieke gedragswetenschappelijke aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde.</i>
Behandeling lvg (18 - 23 jaar)	<i>Multidisciplinair onderzoek in een poliklinische setting, ter verheldering van psychische en gedragsproblematiek, met aanvullende poliklinische ambulante contacten.</i>
Behandeling sglvg traject	<i>Ambulant onderzoek en behandeling van gedragsproblematiek bij volwassen personen, gericht op vermindering van het problematische gedrag van de cliënt, een vergroting van de competenties van de cliënt en een verbetering van de handelingsbekwaamheid van diens omgeving.</i>
Behandeling paramedisch	<i>Behandeling gericht op personen met chronische gezondheidsbeperkingen en problemen. De behandeling bevat gerichte interventies als onderdeel van een zorgplan en vindt plaats onder regie van de SO of AVG.</i>
Behandeling SO/AVG	<i>Behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde.</i>
Behandeling sglvg deeltijd	<i>Dagprogramma bij een speciale zorgaanbieder (sglvg) in een therapeutisch milieu op basis van een integraal behandelplan ter beheersing van de gedragsproblematiek.</i>
Behandeling IOG lvg (18-23 jaar)	<i>Behandeling gericht op het aanleren van nieuwe vaardigheden en gedrag waardoor toekomstige verergering van de beperking kan worden voorkomen.</i>

Bijlage 5: Overzicht kwaliteitsinitiatieven

Aspect	Beschrijving initiatief	Bron	Status
Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	Stel een behandelplan op en regie hierop Geformuleerde acties gericht op de behandeldoelen en mate waarin acties worden uitgevoerd; Omgang aanbieder met verwachtingenmanagement van patiënt en verwanten rondom de tijdelijkheid van het verblijf en tijdige informatievoorziening over benodigdheden voor terugkeer naar huis	Onderzoek kwaliteit ELV Significant, p.15	Aanbevolen
Wonen en welzijn	Aanspraak met andere patiënten, inzet van vrijwilligers en bij voorkeur een eigen kamer (p.14)	Onderzoek kwaliteit ELV Significant, p.14	Aanbevolen
Leren en verbeteren van kwaliteit	Structurele evaluatiemomenten van het behandelplan;	Onderzoek kwaliteit ELV Significant, p.15	Aanbevolen
Gebruik van hulpbronnen	Landelijke ontwikkeling van zorgprogramma's / zorgpaden. GRZ-aanbieders zien de meerwaarde van het gebruik van beschrijvingen van goede zorg. Echter vraagt het veel inspanning van de GRZ-aanbieder om deze te ontwikkelen. Bovendien is er beperkte samenwerking tussen GRZ aanbieders als het gaat om de ontwikkeling van beschrijvingen van goede zorg. Een landelijk initiatief voor de ontwikkeling van zorgprogramma's/zorgpaden zou dit weg nemen. (pagina 57) De expertgroep van het onderzoek naar GRZ zorginhoud heeft drie adviezen geformuleerd: 1. Richt bij het ontwikkelen van beschrijvingen van goede zorg met name op het ontwikkelen van zorgmodules en maak die waar mogelijk generiek (en niet diagnose specifiek). 2. Bouw de huidige zorgprogramma's / zorgpaden niet om naar het hub-model en het web-model. De modellen bieden wel inspiratie voor het verder ontwikkelen van zorgprogramma's/ zorgpaden. 3. Ontwikkel niet oneindig veel zorgmodules. Het is belangrijk dat ze functioneel zijn voor de inzet van goede zorg door zorgaanbieders. (pagina 35) Binnen de zorgmodule onderscheid maken in intensiteit en duur van de behandeling (pagina 32) Volgens de expertgroep van het onderzoek GRZ zorginhoud is de methodiek van zorgprogramma's / zorgpaden geschikt voor ELV en kunnen bepaalde zorgmodules GRZ ook op zorginhoud in een lagere intensiteit worden overgenomen voor beschrijvingen van goede zorg binnen ELV. (pagina 39)	Inventarisatie zorginhoud GRZ	Aanbevolen
	Ontwerp van een zorgpad kwetsbare ouderen om van aandoeningsgerichtheid naar functiebehoud	KNMG-standpunt kwetsbare ouderen	Lopend

Gebruik van informatie	"Bij triage inzicht in: • beschikbare plekken in alle vormen van tijdelijk verblijf; • Ligduur patiënten in het ELV; • Plekken waarnaar patiënt uitstroomt; • Aanvankelijke zorgbehoefte van patiënten in relatie tot het uiteindelijke resultaat; • Het aantal heropnames; • Patiënttevredenheid; • Tevredenheid zorgverleners; • Tevredenheid van verwijzers."	Onderzoek kwaliteit ELV Significant, p.15/16	Aanbevolen
Personeels-samenstelling	Ontwikkel een kwaliteitskader herstellende zorg en neem daarin op welke scholing er gehaald moet worden, en of er in de GRZ altijd een kaderarts GRZ betrokken moet zijn	Inventarisatie zorginhoud GRZ, pagina 19	
	"Aanwezigheid van voldoende deskundig personeel (nader te definiëren wat 'voldoende deskundig' is); Competentie van een regievoerend professional om een multidisciplinair team aan te sturen en interdisciplinair te laten werken Regel expertise aan de voorkant ter consultatie door bijvoorbeeld de inzet van een SO, transferverpleegkundigen of VS'en"	Onderzoek kwaliteit ELV Significant, p.15	
Toegankelijke zorg op de juiste plek	Zorg dat de beschikbare capaciteit van eerstelijnsverblijf structureel voldoende is én voldoende is om de minder alledaagse - maar wel deels voorspelbare- piekmomenten zoals een griepgolf op te kunnen vangen.	Monitor Acute Zorg, p. 44/80	Aanbevolen
	Creëer mogelijkheid tot bekostiging van bredere toepasbare zorgcoördinatiefuncties dan alleen voor het ELV. Creëer ook op korte termijn bekostigingsvormen die eraan bijdragen dat de coördinatie daadwerkelijk tot stand komt.	Monitor Acute Zorg, p.83	Aanbevolen
	Momenteel wordt, als vervolgstap, gekeken of deze coördinatiefunctie verbreed kunnen worden naar niet-planbare zorgvormen met tijdelijk verblijf (GRZ, Wlz en Wmo). Op deze manier kan er meer real-time inzicht in de beschikbare capaciteit worden verkregen, wat de toegankelijkheid ten goede moet komen.	Monitor Acute Zorg, p. 5	Lopend
	Effectieve keten-brede registratiesystemen om gezamenlijk inzicht te ontwikkelen in het functioneren van de keten, waar de knelpunten zitten en wat de potentiële oplossingen zijn.	Monitor Acute Zorg, p. 4	Aanbevolen
	Grotere rol van de specialist ouderengeneeskunde door middel van de observatiebedden om een passende financieringsstroom te kiezen. Dit is nodig omdat na langere observatie pas blijkt welke problematiek er precies speelt bij de patiënt en in hoeverre het in de lijn der verwachting ligt dat een patiënt na vervolgzorg weer naar huis kan of niet. Dit bepaalt welke zorginzet nodig is. Andere voordelen zijn: • Verminderde druk op de hele zorgketen • Minder onnodige ziekenhuisopnames van kwetsbare ouderen • Indicatiestelling vindt plaats in rustige omgeving die beter is voor kwetsbare ouderen • Minder verhuizingen van patiënten • Patiënten kunnen bij één aanbieder blijven De indicatiestelling bij patiënten die gebruik maken van de observatiebedden duurt gemiddeld 10 dagen, een maximum van twee weken lijkt daarom passend. De pilot met observatiebedden is positief ervaren door de deelnemende organisaties en zij adviseren de gemaakte afspraken te continueren en uit te rollen in andere regio's.	Inventarisatie zorginhoud GRZ, pagina 33	Lopend

	Het ministerie van VWS geeft aan dat financiering voor observatiebedden sinds 2019 mogelijk is binnen het ELV.		
	ELV (verwijzing vanaf SEH): vaak op de SEH geen kennis voor een juiste triage. ELV is dan tussenstation. SEH-medewerkers en verpleeghuisprofessionals kunnen daarin elkaar versterken door te leren van elkaars expertise. Er zijn werkprocessen en protocollen nodig voor de onderlinge afstemming	In één keer goed; een verkennend onderzoek naar ELV, pagina 27	Aanbevolen
	ELV (verwijzing vanuit huisarts): eerste ervaringen met interventie 'aan de voorkant' zijn positief. Leidt in het merendeel tot andere conclusies dan opname in het ELV. Niet alleen de cliënt, maar ook de complexe situaties rondom de cliënt worden in kaart gebracht. De huisarts gaat het gesprek aan met cliënt en familieleden. De verwachting naar de toekomst, wat is nog wel of niet haalbaar, worden goed besproken. Zo ontstaat er meer helderheid en openheid om tot een gedragen besluit te komen. Dit voorkomt dat er in acute situaties snel wordt gehandeld, waarbij het de cliënt als het ware overkomt, en waarbij later nog overplaatsingen nodig zijn, die voorkomen hadden kunnen worden.	In één keer goed; een verkennend onderzoek naar ELV, pagina 27	Lopend
	Steeds meer ambulante geriatrische teams die in samenwerking met huisartsen, groep thuiswonende kwetsbare ouderen begeleidt. Huisarts kan bij complexe zorgvragen consult van een SO aanvragen voor een geriatrisch assessment. Volledige situatie van cliënt en systeem wordt vroegtijdig in kaart gebracht, waarna er gezamenlijke besluitvorming kan plaatsvinden. Eerste ervaringen met deze aanpak zijn positief.	In één keer goed; een verkennend onderzoek naar ELV, pagina 29	Lopend
	Observatie-bedden: te kort aan plekken voor mensen die cognitief aangedaan zijn. Er zijn wel centra geopend om mensen met cognitieve problemen te plaatsen	Input Aafke de Groot	Lopend

Bijlage 6: Overzicht aanbevelingen vervolgonderzoek / kwaliteitsontwikkelingen

Significant. (2018). <i>Onderzoek kwaliteit eerstelijnsverblijf</i>. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.			
Zorgvorm	Onderwerp	Aanbeveling	Kwaliteitsontwikkeling/Vervolgonderzoek
ELV	Vormgeving herstellende zorg	Vraag om onderzoek naar de organisatie van herstelgerichte zorg. Het betreft hier voornamelijk de elementen: Regie op de vormgeving, uitvoering en evaluatie van het behandelplan, expertise van zorgverleners op herstelgerichte zorg, multidisciplinaire afstemming, verwachtingenmanagement richting patiënt en familie en voldoende behandeling afgestemd op de zorgbehoefte.	Vervolgonderzoek

Q-Consult Zorg. (2019). <i>Inventarisatie Zorginhoud GRZ</i>. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.			
Zorgvorm	Onderwerp	Aanbeveling	Kwaliteitsontwikkeling/Ver

			volgonderzoek
GRZ	Ambulante GRZ	De expertgroep van het onderzoek GRZ zorginhoud adviseert onderzoek te doen naar de behoefte aan ambulante GRZ. Specifieke punten om te onderzoeken zijn: 1. welke doelgroepen (o.b.v. diagnose) behoefte hebben aan ambulante GRZ; 2. welke setting (thuis of poliklinisch) passend is bij de doelgroep(en); 3. wat de effecten zijn op de uitkomsten voor de patiënt en de kosten; 4. welke professional wanneer de regie zou moeten voeren op het ambulante traject. Volgend op dit inhoudelijke onderzoek moet bepaald worden of de financiering voor ambulante GRZ passend is.	Vervolgonderzoek
	Zorginhoud	Er is behoefte vanuit zowel zorgaanbieders als experts aan de ontwikkeling van zorginhoud op landelijk niveau. Deze ontwikkeling draagt bij aan het organiseren van goede GRZ en het opheffen van de beperkingen in de aanspraak GRZ. Het is wenselijk om deze beschrijvingen op landelijk niveau beschikbaar te stellen via Zorginzicht.nl van het Zorginstituut. Daarnaast is de aanbeveling om beschrijvingen van goede zorg onderling tussen zorgaanbieders te delen en samen te werken aan de doorontwikkeling.	Kwaliteitsontwikkeling
Algemeen	Triage	Grotere rol van de specialist ouderengeneeskunde door middel van de observatiebedden om een passende financieringsstroom te kiezen.	Kwaliteitsontwikkeling
	Clïëntkenmerken	Onderzoek naar onderscheidende clïëntkenmerken tussen ELV, GRZ en AGZ. Hierdoor dient bijvoorbeeld gedefinieerd te worden welke clïëntkenmerken onderzocht moeten worden en hiervoor is uitgebreid onderzoek nodig. Een review van internationale literatuur zou hier ten minste onderdeel van moeten zijn.	Vervolgonderzoek
ELV	Zorginhoud	Gebruik de methodiek van zorgprogramma's / zorgpaden en een deel van de zorgmodules waar mogelijk voor beschrijvingen van goede zorg in ELV. Volgens de expertgroep van het onderzoek GRZ zorginhoud is de methodiek van zorgprogramma's / zorgpaden geschikt voor ELV en kunnen bepaalde zorgmodules GRZ ook op zorginhoud in een lagere intensiteit worden overgenomen voor beschrijvingen van goede zorg binnen ELV.	Kwaliteitsontwikkeling

Vilans. (2018). In één keer goed! Een verkennend onderzoek naar gebruik van Eerstelijns verblijf. Vilans.

Zorgvorm	Onderwerp	Aanbeveling	Kwaliteitsontwikkeling/Vervolgonderzoek
ELV	Instroom/uitstroom	Nader onderzoek naar de uitstroomcijfers van ELV. Vaak wordt ook een verkeerde instroom van ELV genoemd. Clïënten worden aangemeld voor ELV waar eigenlijk sprake is van GRZ- of een Wlz-indicatie.	Vervolgonderzoek
	Doelgroep	Meer onderzoek is nodig naar de verschillende doelgroepen binnen het ELV en welke medisch specialistische zorg in de periode tussen klinische opname en uitstroom is geleverd. Welke	Vervolgonderzoek

		zorg moet dan echt voorbehouden blijven aan de ziekenhuizen en welke zorg kan eventueel ook in de verpleeghuizen? Dit moet onderwerp van gesprek worden, tussen de medische professionals is hierover nog geen consensus.	
--	--	---	--

Significant. (2018). Tijdelijke subsidiezorgvorm Aanvullende Geneeskundige Zorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.			
Zorgvorm	Onderwerp	Aanbeveling	Kwaliteitsontwikkeling/Vervolgonderzoek
AGZ	Definitie prestatie	In de huidige situatie verschilt de mate waarin de behandeling helder en eenduidig is beschreven tussen de prestaties. Niet voor alle prestaties is helder omschreven welke behandeling onder de subsidiezorgvorm wordt geleverd. In sommige gevallen is niet voldoende duidelijk welke professionals een rol spelen en welke bijdrage zij leveren om goede zorg aan de cliënt te leveren. Heldere en eenduidige beschrijving nodig voor overheveling van AGZ naar de Zvw.	Kwaliteitsontwikkeling
	Triage	Stel triagewijzers op om professionals te helpen cliënten naar passende Aanvullende Geneeskundige Zorg te verwijzen. Betrokkenen ervaren de drempel om toegang te krijgen tot Aanvullende Geneeskundige Zorg als relatief hoog (indicatiebesluit CIZ is 6 weken, terwijl met EMB duurdere zorg en opnames kunnen worden voorkomen). Advies is om knelpunt weg te nemen door verwijzingsmethodiek Zvw te hanteren.	Kwaliteitsontwikkeling

KNMG. (2010). KNMG-standpunt: Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. KNMG.			
Zorgvorm	Onderwerp	Aanbeveling	Kwaliteitsontwikkeling/Vervolgonderzoek
Algemeen	Zorgpad	Ontwerpen van een zorgpad voor kwetsbare ouderen na ontslag van het ziekenhuis.	Kwaliteitsontwikkeling
	Behandelpplan	Vaststellen welke instrumenten voor het maken van een zorgbehandelplan valide, effectief en praktisch haalbaar zijn in de eerste lijn.	Kwaliteitsontwikkeling
	Juiste zorg op de juiste plek	Deelname van SO als consulent aan het Geriatrieteam in het ziekenhuis.	Kwaliteitsontwikkeling

Bijlage 7 kwaliteitsaspecten kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

Het kader bevat de volgende aspecten:

Inhoud

- **Persoonsgerichte zorg en ondersteuning.** De cliënt is in alle levensdomeinen uitgangspunt bij zorg- en dienstverlening. Dit vindt plaats in de relatie tussen cliënt, zijn naaste(n), de zorgverlener en de zorgorganisatie.
- **Wonen en welzijn** in zorg- en dienstverlening enerzijds oog hebben voor en bevorderen en ondersteunen van optimale levenskwaliteit en welbevinden van cliënten/naasten
- **Veiligheid.** Garanderen van basisveiligheid met behulp van risicobewustzijn en risicoreductie.
- **Leren en verbeteren van kwaliteit.** Optimale zorg en verzorging voor cliënten, gebruikmakend van de best beschikbare kennisbronnen zoals wetenschappelijke literatuur, professionele richtlijnen, landelijke en lokale data, gesystematiseerde ervaringsgegevens en kwalitatieve informatie.

Randvoorwaarden

- **Leiderschap, governance en management.** Dit gaat over de aansturing en governance van de zorgorganisatie die faciliterend zijn voor kwaliteit.
- **Personeelssamenstelling** (voldoende en vakbekwaam personeel). Dit gaat over de adequate samenstelling van het personeelsbestand.
- **Gebruik van hulpbronnen.** Dit gaat over het effectief en efficiënt gebruiken van hulpbronnen om de best mogelijke zorgresultaten en ervaringen te behalen
- **Gebruik van informatie.** Dit gaat enerzijds over het actief gebruik maken van informatie en het op transparante wijze verstrekken van kwaliteitsinformatie aan cliënten/naasten/samenleving