

Onderweg naar beter

De ontwikkelagenda voor een
overkoepelende kwaliteitsstandaard voor
de kortdurende herstelgerichte zorg



Consortium Geriatrische revalidatie

januari 2021

Inhoud

| | |
|--|-----------|
| Samenvatting | 3 |
| Inleiding en achtergrond | 5 |
| Doel van de programmeringsstudie | 6 |
| Methode van de programmeringsstudie | 7 |
| Resultaten | 10 |
| Discussie | 20 |
| Conclusie | 26 |
| Aanbevelingen: De ontwikkelagenda | 27 |
| Lijst met gebruikte afkortingen | 29 |
| Projectgroep | 30 |
| Literatuurlijst | 31 |



Samenvatting

In Nederland wordt kortdurende herstelgerichte zorg voor kwetsbare ouderen geleverd binnen de geriatrie revalidatie en het eerstelijnsverblijf. In de kortdurende herstelgerichte zorg lijkt er behoefte aan een kwaliteitsstandaard bestaande uit beschrijvingen van wat goede zorg is volgens de partijen in deze sector (o.a. patiëntvertegenwoordigers, zorgprofessionals, zorgorganisaties, en branche- en beroepsorganisaties). Het primaire doel van deze programmeringsstudie is het opstellen van een breed gedragen ontwikkelagenda voor een praktisch bruikbare en een goed onderbouwde overkoepelende kwaliteitsstandaard voor de kortdurende herstelgerichte zorg.

In deze programmeringsstudie zijn achtereenvolgens drie fases doorlopen waarbij gebruik gemaakt is van verschillende methodes (mixed methods); 1) Verkenning en beoordeling van beschikbare 'beschrijvingen van goede zorg' (literatuur en documentenstudie); 2) Inzicht verkrijgen in knelpunten en behoeften van zorgprofessionals (digitale bijeenkomsten met het veld) en 3) Consensus verkrijgen over behoeften en prioritering (Delphi-studie). Hierbij is een brede vertegenwoordiging van het veld betrokken geweest.

Het literatuur- en document onderzoek heeft een ruime hoeveelheid aan beschrijvingen van goede zorg opgeleverd (n= 275) waarvan driekwart (deels) bruikbaar wordt geacht voor input voor een landelijke standaard. De beschrijvingen betreffen vooral inhoudelijke documenten voor de geriatrie revalidatie, namelijk generieke en doelgroep-specifieke zorgpaden, behandelprogramma's en behandelmodules. De ontvangen documenten laten inhoudelijk een grote diversiteit zien.

Wat de knelpunten betreft kwam naar voren dat de (te) grote praktijkvariatie als het belangrijkste knelpunt wordt ervaren, zowel voor wat betreft de inhoud als de organisatie van de kortdurende herstelgerichte zorg. Vanuit daar is er een duidelijke behoefte aan een landelijke standaard. Deze zou bij voorkeur overkoepelend moeten zijn voor zowel de geriatrie revalidatie als het eerstelijnsverblijf, aangezien men veel overeenkomstige knelpunten ervaart. Ook is er behoefte aan eenduidige uitkomstmaten, welke zowel voor het evalueren van de kwaliteit van de zorg als voor het doen van wetenschappelijk onderzoek van groot belang worden geacht voor de verdere ontwikkeling van de kortdurende herstelgerichte zorg. Er wordt echter ook een mogelijke keerzijde van een landelijke standaard benoemd, namelijk het 'risico' op regeldruk, het mogelijk verplichtende karakter van een kwaliteitsstandaard en daaraan gekoppelde (financiële) consequenties. Daarom is



het belangrijk dat een overkoepelende kwaliteitsstandaard geen keurslijf wordt en dat er voldoende ruimte blijft voor eigen invulling, de zogenaamde *couleur locale*.

Wat betreft de prioritering, wordt aangegeven dat op de korte termijn een aantal bestaande *best practices* kunnen worden uitgewerkt tot een voorlopige standaard beschrijving van goede zorg. Dit betreft drie basis (generieke revalidatie en herstel; cognitie; en observatie en diagnostiek) en drie doelgroep specifieke (CVA, Trauma en Amputatie) beschrijvingen van goede zorg. Voor de wat langere termijn komen vier thema's naar voren waarop doorontwikkeling gewenst is, namelijk: 1) definitieve standaard beschrijvingen van goede zorg (doelgroep-specifiek en basis); 2) revalidatieklimaat en interdisciplinair revalidatieteam; 3) triage en regionale samenwerkingsafspraken; en 4) meetinstrumenten en kwaliteits-indicatoren.

De belangrijkste conclusie van deze programmeringsstudie is dat er veel draagvlak is voor een overkoepelende kwaliteitsstandaard voor de kortdurende herstelgerichte zorg. Op basis van de resultaten van deze programmeringsstudie is het advies om een tweesporenbeleid te gaan volgen waarbij er op de korte termijn een aantal 'voorlopige standaard beschrijvingen van goede zorg' ontwikkeld kunnen worden. Daarnaast zijn er, voor de wat langere termijn, een viertal thema's naar voren gekomen waarop doorontwikkeling gewenst is. De concrete uitwerking van dit tweesporenbeleid wordt samengevat in de ontwikkelagenda.



Inleiding en achtergrond

In Nederland wordt kortdurende herstelgerichte zorg voor kwetsbare ouderen geleverd binnen de geriatrische revalidatie (GR) en het eerstelijnsverblijf (ELV). Geriatrische revalidatie heeft de laatste jaren een grote ontwikkeling doorgemaakt, waarbij de overheveling van de AWBZ naar de Zvw zorgorganisaties en zorgverleners heeft gemotiveerd om de geriatrische revalidatie doelmatiger vorm te geven. Daardoor kwamen vragen naar een optimale inrichting en invulling van het revalidatieproces hoog op de agenda van wetenschappelijk onderzoekers en werd een onderzoeksagenda opgesteld (Position paper GRZ: 2017¹). De ontwikkeling van het eerstelijnsverblijf staat daarentegen nog in de kinderschoenen. Het is jonger en er is veel meer lokale diversiteit in zowel de geïndiceerde patiëntenpopulatie als in het zorgaanbod.

Voor de geriatrische revalidatie en het eerstelijnsverblijf lijkt er behoefte aan een kwaliteitsstandaard, ofwel: beschrijvingen van wat goede zorg is volgens de partijen in deze sector (o.a. patiëntvertegenwoordigers, zorgprofessionals, zorgorganisaties, en branche- en beroepsorganisaties). Een kwaliteitsstandaard kan zorgverleners en zorgorganisaties ondersteunen bij het leveren van kortdurende herstelgerichte zorg en behandeling aan hun cliënten en kan bijdragen aan het optimaliseren van de kwaliteit van de zorg. Tevens kan het de zorg inzichtelijker maken. Zorgvragers, ketenpartners, zorgverzekeraars en beleidsmakers weten zo wat ze van de geleverde zorg kunnen en mogen verwachten. Het streven is te komen tot een overkoepelende kwaliteitsstandaard voor kortdurende herstelgerichte zorg, met sub-standaarden (modules) voor geriatrische revalidatie en het eerstelijnsverblijf. Deze programmeringsstudie is daarvoor een eerste stap.



Doel van de programmeringsstudie

Het primaire doel van deze programmeringsstudie is het opstellen van een breed gedragen agenda voor het ontwikkelen van een praktisch bruikbare en een goed onderbouwde overkoepelende kwaliteitsstandaard (*lees: Beschrijvingen van goede zorg*) voor de kortdurende herstelgerichte zorg (geriatrie revalidatie en het eerstelijnsverblijf). Deze ontwikkelagenda moet richting geven aan vervolprojecten waarin de kwaliteitsstandaard inhoudelijk ontwikkeld wordt.

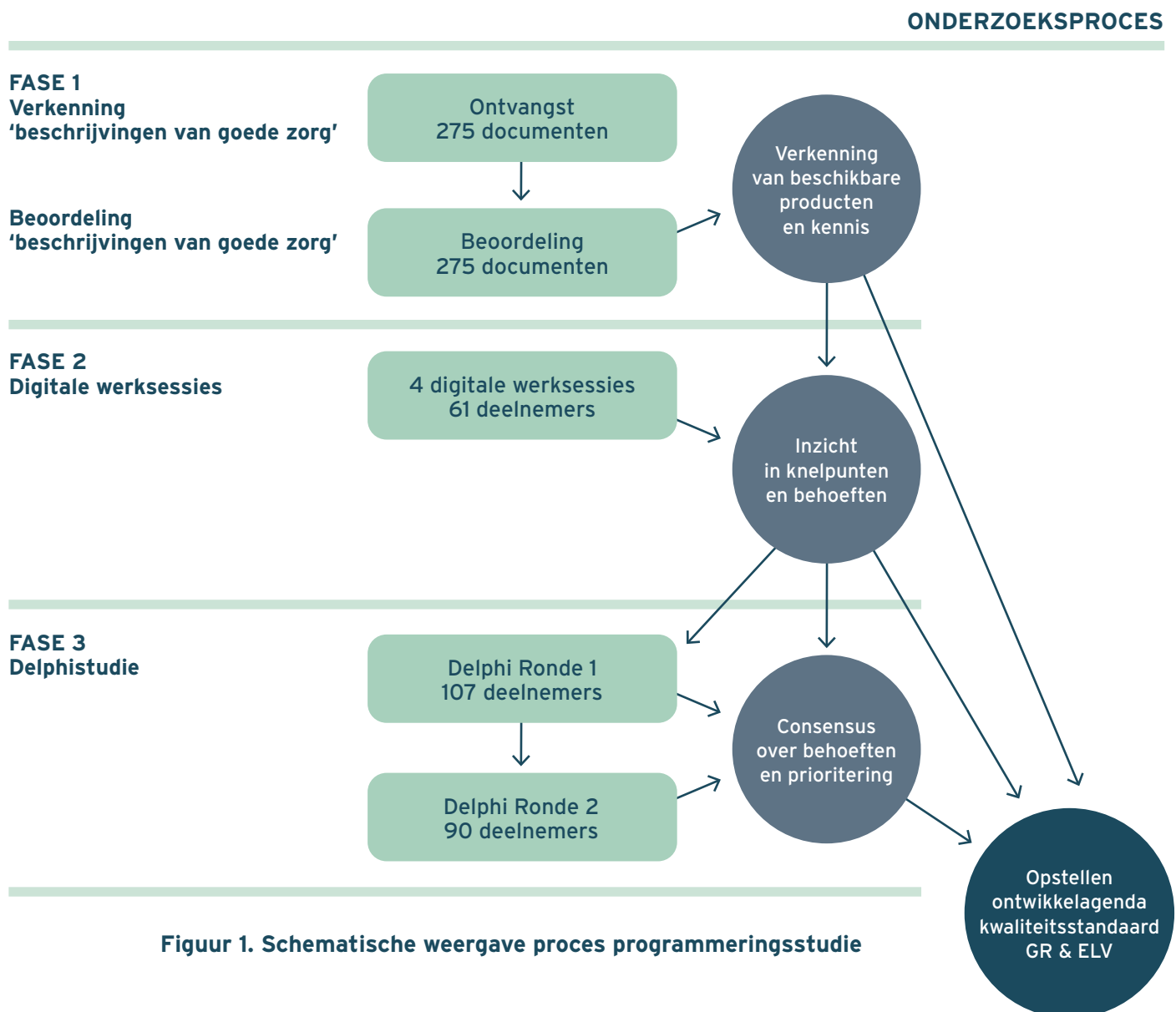
Daarbij zijn drie subdoelen geformuleerd:

1. Het realiseren van draagvlak in het veld voor een overkoepelende kwaliteitsstandaard voor kortdurende herstelgerichte zorg (met eventueel sub-standaarden (modules) voor geriatrie revalidatie en het eerstelijnsverblijf);
2. Het opstellen van een overzicht van bestaande beschrijvingen van goede zorg in de geriatrie revalidatie en het eerstelijnsverblijf en het beoordelen van deze beschrijvingen op kwaliteit (wetenschappelijke onderbouwing) en praktische bruikbaarheid; Vragen bij dit subdoel zijn:
 - a. Welke beschrijvingen van goede zorg zijn ontwikkeld in de GR en het ELV?
 - b. Wat is de kwaliteit van de beschrijvingen van goede zorg?
 - c. Dragen deze beschrijvingen bij aan het verlenen van goede zorg?
 - d. Maken deze beschrijvingen inzichtelijk wat men van goede zorg kan verwachten?
 - e. Hoe past deze beschrijving in een overkoepelende beschrijving van goede kortdurende verblijfszorg of in een sub-standaard?
3. Het opstellen van een geprioriteerd overzicht van onderwerpen voor de te ontwikkelen overkoepelende kwaliteitsstandaard; Vragen bij dit subdoel zijn:
 - a. Voor welke thema's worden beschrijvingen van goede zorg gemist en welke prioriteiten dienen hierbij te worden gesteld?
 - b. Welke bestaande beschrijvingen dienen te worden herzien en welke prioriteiten dienen hierbij te worden gesteld?
 - c. Waar is professionalisering en doorontwikkeling van de praktijk nodig?
 - d. Op welke thema's zijn nu kennishiaten en is dus ontwikkeling van kennis nodig en welke prioriteiten dienen hierbij te worden gesteld?



Methode van de programmeringsstudie

In deze programmeringsstudie zijn achtereenvolgens drie fases doorlopen: 1) een literatuur- en documentenonderzoek, 2) digitale werksessies met het veld en 3) een breed uitgezette Delphi-studie. In deze drie fases is gebruikt gemaakt van verschillende methodes (*mixed methods*). Per fase is ingegaan op verschillende subdoelstellingen. Hierbij werden resultaten uit de ene fase meegenomen naar de volgende fase. Hieronder worden de drie fases en het proces schematisch weergegeven (*figuur 1*) en toegelicht.



Figuur 1. Schematische weergave proces programmeringsstudie

Fase 1: Verkenning en beoordeling van beschikbare 'beschrijvingen van goede zorg'

Om inzicht te verkrijgen in de beschikbare producten en kennis in de praktijk is een landelijke verkenning 'Beschrijvingen van goede zorg voor kortdurende herstelgerichte zorg' via de zes samenwerkende academische netwerken ouderenzorg (SANO), Verenso en ActiZ, uitgezet naar professionals werkzaam binnen en aanbieders van geriatrische revalidatie en het eerstelijnsverblijf. In dit literatuur- en documentenonderzoek zijn 275 documenten beoordeeld op hun praktische bruikbaarheid en kwaliteit (wetenschappelijke onderbouwing). Deze beoordeling werd verricht door de leden van het Consortium geriatrische revalidatie en inhoudelijke experts (waaronder kaderartsen geriatrische revalidatie). Alle documenten werden volgens een standaard format beoordeeld op hun relevantie, specificiteit, praktische bruikbaarheid en wetenschappelijke onderbouwing. Voor het formulier van de kwaliteitsbeoordeling, zie bijlage I.A.

Fase 2: Inzicht verkrijgen in knelpunten en behoeften

Voor de inventarisatie en analyse van knelpunten en behoeften van zorgprofessionals uit de gehele keten van de kortdurende herstelgerichte zorg zijn vier digitale bijeenkomsten georganiseerd met in totaal 61 deelnemers uit 6 verschillende netwerken, namelijk: UKON (8); UNC-ZH (13); UNO Amsterdam (22); UNO-UMCG/Tranzo/AWO-ZL (18). De groep deelnemers vertegenwoordigde een brede multidisciplinaire afspiegeling van het veld en bestond onder andere uit patiëntvertegenwoordigers, verpleegkundigen en verzorgenden, specialisten ouderengeneeskunde, (basis)artsen, bestuurders en managers, paramedici, psychologen, beleidsmedewerkers, transferverpleegkundigen en onderzoekers.

Fase 3: Consensus verkrijgen over behoeften en prioritering

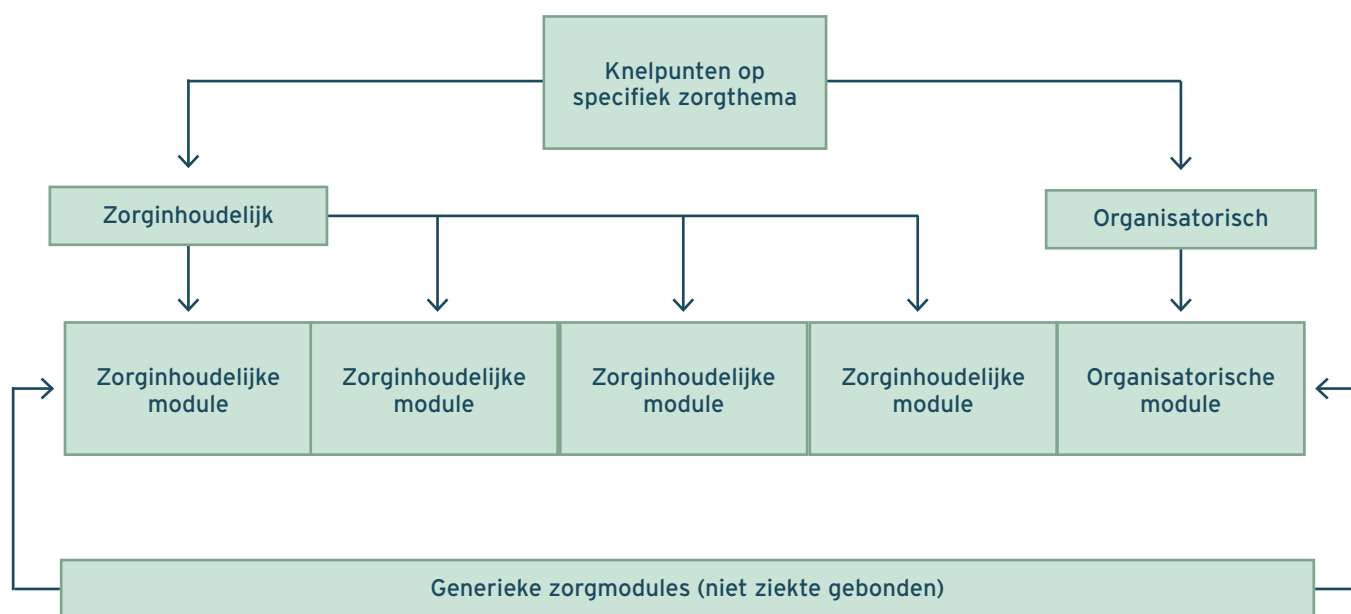
Op basis van de analyse van behoeften en knelpunten (uit fase 1 en fase 2) is een Delphi-studie opgezet. Het eerste doel van de Delphi-studie was consensus te bereiken over de inhoud van de kwaliteitsstandaard voor de kortdurende herstelgerichte zorg (Welke modules zijn nodig, tot op welk detail niveau, welke modules zijn generiek en welke zijn doelgroep-specifiek?). Het tweede doel van de Delphi-studie was het bereiken van consensus met betrekking tot prioritering (Welke modules hebben de hoogste urgentie?).



Voor het samenstellen van het panel van de Delphi-studie is gekozen voor vertegenwoordigers via een brede afspiegeling van het veld, namelijk: Ouderenorganisaties en patiëntenorganisaties zoals Patiëntenfederatie NL, bestuurders uit de kerngroep revalidatie en herstel van ActiZ, zorgverzekeraars, onderzoekers, vertegenwoordiging vanuit medisch specialistische revalidatie en huisartsen, vertegenwoordigers van beroepsverenigingen van professionals werkzaam binnen de geriatrische revalidatie en het eerstelijnsverblijf en professionals die hadden deelgenomen aan één van de vier digitale sessies.

De knelpuntanalyse (opgesteld op basis van de landelijke verkenning en de kwaliteitsbeoordelingen (fase 1) en de digitale bijeenkomsten (fase 2)) is als uitgangspunt gebruikt voor het opstellen van de stellingen. De indeling van de stellingen is gebaseerd op het conceptmodel van kwaliteitsstandaarden uit de Leidraad kwaliteitsstandaarden van het Zorginstituut Nederland² (figuur 2) omdat hierbij ook knelpunten het vertrekpunt zijn. Voor de knelpuntenanalyse, zie bijlage II.C. En voor de stellingen zie bijlage III.B.

In totaal hebben 107 experts de stellingen beoordeeld op een Likert schaal (1 t/m 5) in twee rondes. Stellingen waarbij in de eerste ronde geen consensus werd bereikt, waarbij consensus werd gedefinieerd als: mediaan = 5 en IQR \leq 1, werden op basis van het commentaar aangepast of samengevoegd. De panelleden kregen in de tweede ronde per stelling de overall resultaten te zien, tezamen met hun eigen antwoord van de eerste ronde. Ook werd bij iedere stelling een samenvatting met het commentaar gegeven. Bij drie stellingen werd niet om een beoordeling gevraagd, maar om prioritering.



Figuur 2. Schematische weergave van het conceptmodel van kwaliteitsstandaarden.

(Bron: Leidraad kwaliteitsstandaarden, Zorginstituut Nederland; 2014)²



Resultaten

De belangrijkste resultaten van de programmeringsstudie zijn hieronder per subdoelstelling beschreven, waarbij steeds wordt aangegeven uit welke fase van de programmeringsstudie de resultaten afkomstig zijn. De resultaten per subdoelstelling vormen uiteindelijk de basis voor het eindresultaat; een breed gedragen ontwikkelagenda voor een kwaliteitsstandaard voor de kortdurende herstelgerichte zorg.

Subdoelstelling 1

De eerste subdoelstelling was het realiseren van draagvlak in het veld voor een overkoepelende kwaliteitsstandaard voor kortdurende herstelgerichte zorg met, indien gewenst, sub-standaarden (modules) voor de geriatrische revalidatie en het eerstelijnsverblijf.

Uit de digitale werksessies (fase 2) en de Delphi-studie (fase 3) komt als eerste punt naar voren dat er groot draagvlak is voor een kwaliteitsstandaard voor de kortdurende herstelgerichte zorg. Dit draagvlak komt voort uit een grote behoefte aan meer eenduidigheid als het gaat om de kwaliteit van de geboden zorg. Het ontbreken van een kwaliteitsstandaard leidt momenteel tot een (te) grote praktijkvariatie en dit wordt als één van de belangrijkste knelpunten benoemd. Deze grote praktijkvariatie leidt ertoe dat er verschillend gekeken wordt naar kwaliteit. Veel zorginstellingen zijn bezig met het ontwikkelen van hun eigen beschrijvingen van de zorg die ze leveren, meestal in de vorm van zorgpaden en/of behandelprogramma's. Dit wordt bovendien ervaren als een inefficiënt proces waarbij iedereen het wiel opnieuw uitvindt. Bovendien leidt dit zeer waarschijnlijk tot suboptimale uitkomsten, aangezien (wetenschappelijke) kennis en inzichten gemakkelijk kunnen worden gemist, bijvoorbeeld doordat deze voor professionals niet toegankelijk, niet te bereiken of niet te begrijpen zijn. Hierdoor is de kans groot dat (wetenschappelijke) kennis onvoldoende wordt toegepast in de praktijk. Bovendien worden wetenschappelijke ontwikkelingen en innovaties bemoeilijkt door het ontbreken van generieke uitkomstmaten. Uitkomsten zijn vaak onvoldoende vergelijkbaar, waardoor vertraging van ontwikkelingen plaatsvindt en bijvoorbeeld *best practices* niet tijdig worden gesignaleerd.

Het tweede belangrijke resultaat is de behoefte aan een overkoepelende kwaliteitsstandaard. Men ervaart veel overeenkomstige knelpunten voor zowel de geriatrische revalidatie als het eerstelijnsverblijf. De financieringsstructuur is zeer bepalend voor de zorg en behan-



deling die wordt geboden, in plaats van de herstelgerichte hulpvraag van de cliënt. Men ziet de herstelgerichte zorg daarbij zeer duidelijk en nadrukkelijk als een continuüm. Daarom pleit men ervoor om in deze te ontwikkelen kwaliteitsstandaard steeds de herstelgerichte hulpvraag van de cliënt het uitgangspunt te laten zijn. Cliënten die vanuit het ziekenhuis worden opgenomen met een zorgzwaarte pakket 9b (zzp9b) indicatie zouden bij voorkeur ook onder deze overkoepelende kwaliteitsstandaard moeten vallen, aangezien er bij deze doelgroep ook sprake is van een kortdurende herstelgerichte hulpvraag.

Naast meer eenduidigheid met betrekking tot de inhoud van de geboden zorg bestaat er ook een duidelijke behoefte aan meer organisatorische uniformiteit, bijvoorbeeld als het gaat om het triageproces en samenwerkingsafspraken in de keten. De overkoepelende kwaliteitsstandaard zou de volgende onderdelen van de zorgketen moeten omvatten: triage in ziekenhuis of thuis; overgang van ziekenhuis naar klinische fase van kortdurende herstelgerichte zorg; verblijf en behandeling in kortdurende herstelgerichte zorg (klinische fase); ambulante (poliklinisch of thuis) kortdurende herstelgerichte zorg (al dan niet na klinische fase).

Als laatste wordt ook een keerzijde benoemd, namelijk het 'risico' op regeldruk, het mogelijk verplichtende karakter van een kwaliteitsstandaard en daaraan gekoppelde (financiële) consequenties. Men geeft aan dat het belangrijk is dat een overkoepelende kwaliteitsstandaard geen keurslijf wordt. Dat het bij veranderende inzichten mogelijk is om de zorg aan te passen. En dat er voldoende ruimte blijft voor eigen invulling, de zogenaamde *couleur locale*. Bovendien maken lokale omstandigheden het soms niet mogelijk volledig aan de standaard te voldoen (bijv. door het arbeidsmarktperspectief).

Subdoelstelling 2

De tweede subdoelstelling was het opstellen van een overzicht van bestaande beschrijvingen van goede zorg in de geriatrische revalidatie en het eerstelijnsverblijf en het beoordelen van deze beschrijvingen op kwaliteit (wetenschappelijke onderbouwing) en praktische bruikbaarheid.

Het literatuur- en document onderzoek heeft een ruime hoeveelheid aan beschrijvingen van goede zorg opgeleverd met een overall goede kwaliteit; driekwart van de beschrijvingen wordt als (deels) bruikbaar voor een landelijke standaard geacht. De ontvangen beschrijvingen van goede zorg betreffen vooral inhoudelijke documenten voor de geriatrische revalidatie, namelijk generieke en doelgroep-specifieke zorgpaden, behandelprogramma's en behandelmodules. De ontvangen documenten laten inhoudelijk wel een grote diversiteit zien, wat ook aansluit bij de ervaring van een (te) grote praktijkvariatie. Zo verschillen bijvoorbeeld in- en exclusiecriteria en worden verschillende meetinstrumenten gebruikt voor het opname en evaluatie-assessment. Een deel van de (met name inhoudelijke) documenten kan input



bieden voor verdere doorontwikkeling tot een landelijke standaardbeschrijving van goede zorg, maar in huidige vorm zijn ze vaak nog niet voldoende bruikbaar voor breder gebruik. Dat komt met name doordat ze vaak heel gedetailleerd voor de lokale of regionale situatie geschreven zijn. Als laatste valt op dat er beschrijvingen van een aantal meer randvoorwaardelijke onderwerpen ontbreken, zoals bijvoorbeeld revalidatie- en herstelklimaat, interdisciplinair werken en benodigde basis-competenties van een revalidatieteam.

De resultaten zijn hieronder per deelvraag uitvoeriger beschreven.

Welke beschrijvingen van goede zorg zijn ontwikkeld in de GR en het ELV?

In totaal zijn er 275 documenten ontvangen van 32 verschillende V&V organisaties en 19 overige organisaties, branche- en beroepsvereniging, netwerken etc. Van deze documenten was het merendeel specifiek op de geriatrische revalidatie gericht (215; 78%), 42 waren zowel op geriatrische revalidatie als op het eerstelijnsverblijf gericht en negen beschrijvingen betroffen heel specifiek het eerstelijnsverblijf. De ontvangen beschrijvingen van goede zorg betreffen vooral veel zorgpaden en/of behandelprogramma's (168; 61%) of onderdelen (modules) daarvan (44; 16%).

Wat is de kwaliteit van de beschrijvingen van goede zorg?

Van het totaal aantal documenten waren er negen niet passend binnen de geriatrische revalidatie en/of het eerstelijnsverblijf. Deze negen documenten zijn daarom niet verder meegenomen in de kwaliteitsbeoordeling. Van de 266 documenten die zijn beoordeeld bleek de inhoudelijke uitwerking van 63 documenten onvoldoende te zijn toegespitst op de geriatrische revalidatie en/of het eerstelijnsverblijf. Deze 63 documenten zijn daarom niet verder inhoudelijk op hun kwaliteit en bruikbaarheid beoordeeld, maar zijn wel meegenomen in de eindbeoordeling. Bij deze eindbeoordeling werden 66 (25%) documenten als 'geheel bruikbaar' beoordeeld, 131 (49%) als 'deels bruikbaar' en 69 (26%) als 'niet bruikbaar'.

Dragen deze beschrijvingen bij aan het verlenen van goede zorg en maken deze beschrijvingen inzichtelijk wat men van goede zorg kan verwachten?

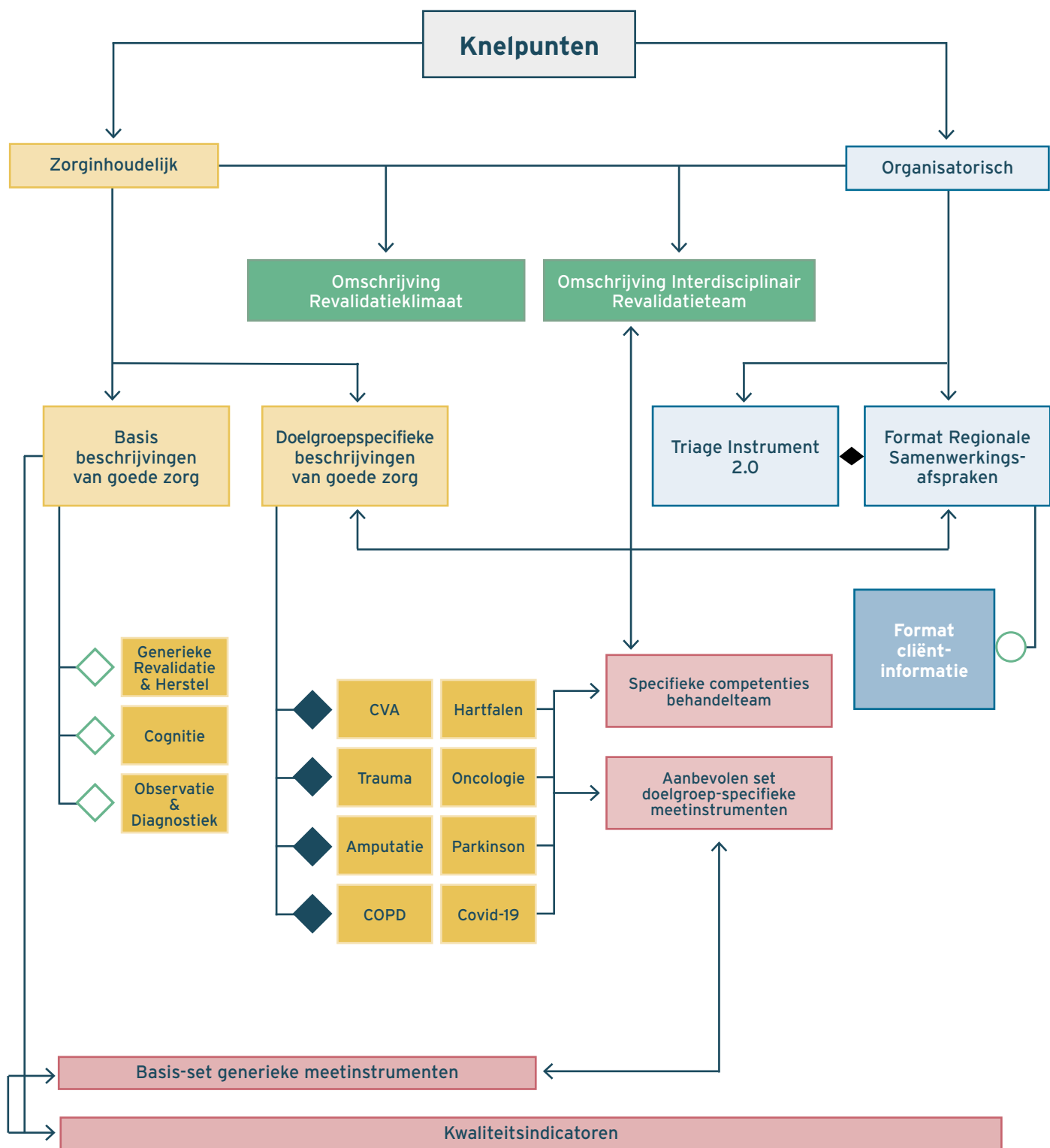
In totaal werden 203 documenten inhoudelijk beoordeeld. Van deze 203 documenten werd het merendeel beoordeeld als praktisch (geheel of deels) bruikbaar voor zorgorganisaties en zorgverleners (n=176; 87%). Op de vraag of de beschrijving van goede zorg bijdraagt aan het verlenen van goede zorg en/of aan het inzichtelijk maken van wat men van goede zorg mag verwachten werd bij 87% (n=177) van de betreffende documenten met 'ja' geantwoord.



Hoe past deze beschrijving in een overkoepelende standaard voor de kortdurende herstelzorg of in een sub-standaard?

Op basis van de resultaten van de eerste drie fases van deze programmeringsstudie is een raamwerk ontwikkeld voor een overkoepelende kwaliteitsstandaard voor de kortdurende herstelgerichte zorg (*figuur 3*). De inhoud van dit raamwerk is gebaseerd op de ontvangen beschrijvingen van goede zorg (fase 1), de knelpuntenanalyse en behoeftes van de professionals (fase 2) en de resultaten van de Delphi studie (fase 3) met betrekking tot de benodigde zorginhoudelijke en organisatorische modules. De indeling van het raamwerk is gebaseerd op het conceptmodel van kwaliteitsstandaarden van het Zorginstituut Nederland (*figuur 2*)². Het doel van het raamwerk is inzicht te verschaffen in de inhoud van de te ontwikkelen kwaliteitsstandaard en de onderlinge samenhang van de verschillende onderdelen, ook wel modules genoemd. Een overzicht van de indeling en (een deel van) de kwaliteitsbeoordeling van alle 275 ontvangen en beoordeelde beschrijvingen van goede zorg is te zien in *tabel 1*.





Figuur 3. Raamwerk overkoepelende kwaliteitsstandaard kortdurende herstelgerichte zorg

Doelgroep-specifieke beschrijvingen van goede zorg

| | | | | | | | | |
|------------------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---|
| CVA | 42 | 41 | 29 | 22 | 22 | 22 | 3 | Landelijke richtlijn 'Revalidatie na herseninfarct/-bloeding ³ is hier niet meegenomen. |
| Trauma | 14 | 14 | 10 | 10 | 10 | 10 | 2 | |
| Amputatie | 11 | 11 | 7 | 6 | 6 | 6 | 2 | Richtlijn amputatie en prothesiologie van de VRA4 valt hierbuiten beoordeeld als 'te algemeen', maar het betreft hier niet de recente update. |
| COPD | 18 | 18 | 15 | 15 | 14 | 8 | 3 | Eén van deze beschrijvingen is het recent uitgekomen landelijke Behandelprogramma GR_COPD (UNC-ZH). ⁵ |
| Cardio en/of Hartfalen | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 0 | Geen enkel document is beoordeeld als 'geheel bruikbaar'. Geen enkel document betreft algemene hartrevalidatie. |
| Oncologie | 7 | 7 | 4 | 3 | 3 | 3 | 1 | Het betreft het behandelprogramma geriatrische oncologische revalidatie van het IKNL. ⁶ |
| Parkinson | 9 | 8 | 4 | 4 | 4 | 4 | 0 | Geen enkel document is beoordeeld als 'geheel bruikbaar'. Veel kennislacunes in alle 4 de beschrijvingen. |
| Covid-19 | 15 | 15 | 12 | 12 | 12 | 12 | 1 | Het betreft de landelijke standaard van Verenso, waarvoor inmiddels ook een ambulante module beschikbaar is (destijds nog niet). ⁷ |
| Totaal | 120 | 117 | 84 | 75 | 74 | 68 | 12 | |

Basis beschrijvingen van goede zorg

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|--|
| Generieke revalidatie & herstel | 45 | 45 | 33 | 31 | 28 | 19 | 6 | Inhoudelijk zeer verschillende documenten, bijvoorbeeld: zorgpad overige; module algemene revalidatie, zorgpad ELV. |
| Cognitie** | 10 | 10 | 7 | 7 | 7 | 4 | 3 | Er zijn 3 documenten (waarvan er 2 bij elkaar horen) die goed als voorbeeld kunnen dienen. Met name 1 document is als geheel bruikbaar en mooi voorbeeld beoordeeld. Mogelijk zijn er nog wel kennislacunes, dit zou opnieuw door deskundigen beoordeeld moeten worden. |
| Totaal | 55 | 55 | 40 | 38 | 35 | 23 | 9 | |

*Draagt bij aan het verlenen van goede zorg en het inzichtelijke maken van wat goede zorg is.

**Het is nog de vraag of er overlap is tussen de modules Cognitie en Observatie/diagnostiek. Wellicht bedoelt men hier (deels) dezelfde doelgroep/ herstelgerichte hulpvraag

Tabel 1. Resultaten kwaliteitsbeoordelingen 'beschrijvingen van goede zorg' per doelgroep en module



Subdoelstelling 3

De derde subdoelstelling van deze programmeringsstudie was het opstellen van een geprioriteerd overzicht van onderwerpen voor de te ontwikkelen overkoepelende kwaliteitsstandaard voor kortdurende herstelgerichte zorg.

Om te kunnen komen tot een geprioriteerd overzicht (de ontwikkelagenda) is gebruik gemaakt van de resultaten van de drie fases. In fase 1 is geïnventariseerd welke beschrijvingen van goede zorg er zijn en wat de kwaliteit van deze beschrijvingen is. Hieruit, en op basis van de inventarisatie van knelpunten en behoeftes van professionals (fase 2), komt ook naar voren wat er ontbreekt; voor welke onderwerpen worden beschrijvingen van goede zorg gemist, waar is doorontwikkeling of herziening nodig en waar zijn kennis-hiaten die vragen om wetenschappelijk onderzoek? De behoeftes zijn vervolgens getoetst in de Delphi studie (fase 3) waarin ook gekeken is naar de prioritering.

Allereerst worden hieronder de resultaten per deelvraag beschreven. De antwoorden op deze deelvragen zijn gebaseerd op de resultaten uit fase 1, 2 en 3. De resultaten met betrekking tot de prioritering van onderwerpen voor de te ontwikkelen kwaliteitsstandaard (fase 3) worden daarna apart weergegeven.

Voor welke thema's worden beschrijvingen van goede zorg gemist? Waar is professionalisering en doorontwikkeling van de praktijk nodig?

- Men mist vooral standaard beschrijvingen van goede zorg voor veel voorkomende hoofddiagnoses van de geriatrische revalidatie, welke zijn: CVA, Trauma, Amputatie, COPD, Hartfalen, Oncologie en Parkinson. Bij het ontwikkelen hiervan zouden de volgende punten moeten worden meegenomen:
 1. In een aantal van deze behandelkaders (bijvoorbeeld: COPD-, CVA- en Amputatierevalidatie) zouden ook de benodigde specifieke competenties van het behandelteam omschreven moeten worden.
 2. Maak bij de ontwikkeling zoveel mogelijk gebruik van de reeds bestaande behandelkaders van de MSR. Maak daarvoor inzichtelijk wat de overeenkomsten en de verschillen zijn zodat bij triage duidelijk wordt waarvoor er wordt gekozen (inhoud van behandeling, expertise van het team);
 3. De beschrijvingen van goede zorg zouden setting-overschrijdend moeten zijn, gericht op het bereiken van participatiedoelen van de cliënt thuis, met als leidend principe "thuis en ambulante als het kan en klinisch als het moet". Hiermee wordt bedoeld dat er duidelijk meerwaarde moet zijn van een klinisch traject. Deze meerwaarde kan ook bestaan uit behandelintensiteit of benodigde klinische observaties, en dus niet alleen uit de mate van zorgafhankelijkheid.



4. Met betrekking tot de ambulante fase van de revalidatie en herstelzorg is het voor veel doelgroepen onduidelijk op welk moment een ambulant traject kan starten. Het is belangrijk om criteria te formuleren voor wat er wel en niet thuis kan; 5) Naast de generieke basis-set meetinstrumenten zou er voor veel voorkomende aandoeningen een aanbevolen set (doelgroep-specifieke) meetinstrumenten moeten worden vastgesteld. Het advies is om dit in afstemming en samenwerking met de MSR te doen.
- Er is behoefte aan een aantal basis behandelmodules waarin wordt omschreven wat er minimaal nodig is met betrekking tot de behandeling van een bepaalde herstelgerichte hulpvraag. Deze basis modules moeten ook bruikbaar zijn voor de diverse doelgroep specifieke-beschrijvingen van goede zorg. Basis behandelmodules waaraan behoefte is zijn: Generieke revalidatie en herstel, Cognitie en Observatie en diagnostiek.
 - Er is een grote behoefte aan een standaard basis-set van generieke meetinstrumenten voor de gehele kortdurende herstelgerichte zorg.
 - Er is behoefte aan een duidelijke omschrijving van wat revalidatie- en herstelklimaat precies is en waar het minimaal aan moet voldoen. Dat geldt ook voor standaard criteria die omschrijven waar interdisciplinair werken (minimaal) aan moet voldoen en een beschrijving van de benodigde basis-competenties voor alle relevante beroepen in de kortdurende herstelgerichte zorg.
 - Doorontwikkeling is nodig op het gebied van de ambulante geriatrische revalidatie. Dit komt zeer moeizaam op gang maar is van groot belang. Knelpunten zijn zowel inhoudelijk (onduidelijk wie wanneer baat heeft bij een ambulant traject) als organisatorisch en financieel van aard.
 - Er is behoefte aan een standaard format voor generieke regionale samenwerkingsafspraken voor de gehele kortdurende herstelgerichte zorg.
 - Er zou een format/blauwdruk voor cliëntinformatie over kortdurende herstelgerichte zorg moeten komen op grond waarvan aanbieders hun cliënten (en mantelzorgers) kunnen informeren over de geboden zorg en behandeling.

NB. Het wordt belangrijk gevonden dat de standaard beschrijvingen van goede zorg niet te gedetailleerd beschreven worden. Dit komt zowel uit de digitale werksessies (fase 2) als de Delphi studie (fase 3) naar voren. De beschrijvingen van goede zorg die verzameld zijn, zijn dat vaak wel. In feite zullen hier de grote lijnen uit gededuceerd moeten worden. Het gaat om het beschrijven van een landelijke minimale set van eisen met betrekking tot de behandeling van een bepaalde herstelgerichte hulpvraag en/of doelgroep. Er moet altijd voldoende ruimte zijn voor de couleur locale.



Welke bestaande beschrijvingen dienen te worden herzien?

- Er is een grote behoefte aan een herziening en een verbreding van het Triage Instrument Geriatrische Revalidatiezorg (Verenso; 2013)⁸. Hierbij zouden de volgende punten moeten worden meegenomen:
 1. Voor de triage van kortdurende herstelgerichte zorg en het vaststellen van het behandelplan zou altijd een (beperkt) geriatrisch assessment moeten plaatsvinden;
 2. Bij complexe casuïstiek zou het mogelijk moeten zijn om in het triage proces de beslissing uit te stellen (bijvoorbeeld omdat er meer informatie verzameld moet worden of omdat er een langer durende observatie nodig is);
 3. Er zouden criteria moeten worden opgesteld op grond waarvan het drempelloos mogelijk moet zijn te wisselen tussen het eerstelijnsverblijf, de geriatrische revalidatie en de medisch-specialistische revalidatie bij veranderde patiëntkenmerken gedurende het herstel/revalidatie proces;
 4. Geadviseerd wordt om een dergelijke herziening in samenwerking met MSR te ontwikkelen.

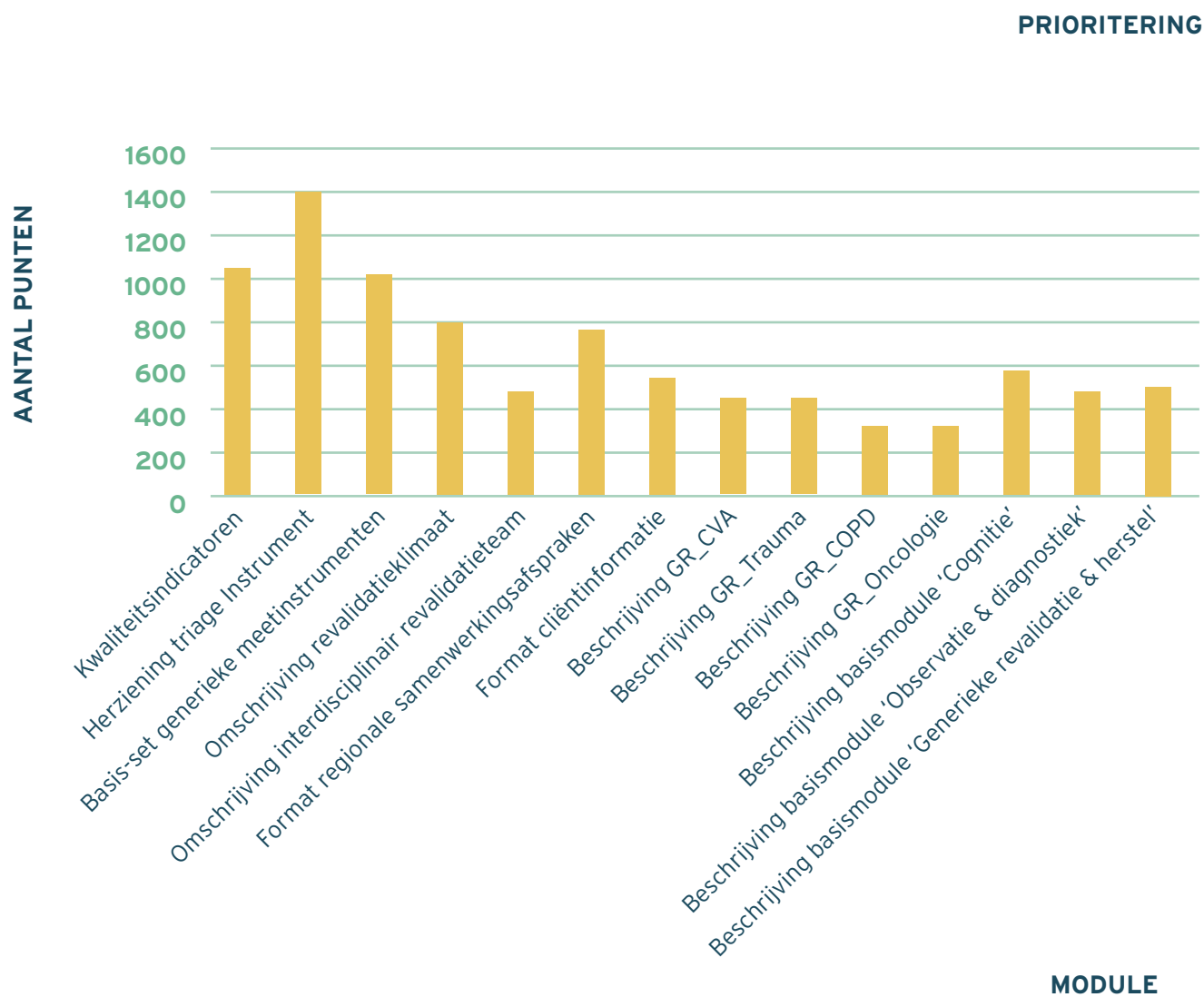
Op welke thema's zijn nu kennishiaten en is dus ontwikkeling van kennis nodig?

- Er zou een beperkte set van, zoveel mogelijk evidence based, kwaliteitsindicatoren moeten komen voor de kortdurende herstelgerichte zorg die primair gebruikt kan worden voor cyclische kwaliteitsverbetering en wetenschappelijk onderzoek en secundair voor benchmarking.
- Er is op dit moment nog weinig beschreven over kenmerken, herstelgerichte hulpvraag en beloop bij cliënten die in het eerstelijnsverblijf worden opgenomen.
- Met betrekking tot ambulante revalidatie en herstelzorg is het onduidelijk welke cliënten op welk moment in aanmerking kunnen komen voor een ambulant traject. Onduidelijk is wat de effecten zijn van ambulante revalidatie, ook in vergelijking met klinische revalidatie. Het is belangrijk om criteria helder te krijgen voor wat er wel en niet thuis kan.



Prioritering

In de Delphi-studie (fase 3) is gevraagd om bovenstaande behoeftes (beschrijvingen van goede zorg die worden gemist of waarvan een herziening gewenst is, thema's waarvoor doorontwikkeling en professionalisering nodig is en kennishiaten) te prioriteren. Hierbij kregen met name de organisatorische (herziening triage instrument) en generieke (basis-set generieke meetinstrumenten) modules een hoge prioriteit toegekend (figuur 4).



Figuur 4. Resultaten Delphi-studie prioritering modules

Discussie

Het primaire doel van deze programmeringsstudie is het opstellen van een breed gedragen ontwikkelagenda die richting kan geven aan vervolgprojecten waarin de kwaliteitsstandaard voor de kortdurende herstelgerichte zorg inhoudelijk ontwikkeld kan worden.

Het belangrijkste resultaat van deze studie is dat er veel draagvlak is voor een overkoepelende kwaliteitsstandaard. Dit draagvlak komt voor een belangrijk deel voort uit een grote behoefte aan meer eenduidigheid als het gaat om de inhoud van de geboden zorg en behandeling. Uit de landelijke verkenning blijken er al veel kwalitatief goede beschrijvingen van goede zorg aanwezig te zijn, maar de inhoudelijke verschillen zijn nog (te) groot. Dit schept nu onduidelijkheid over welke zorg (minimaal) geboden moet worden en daarmee ook wat zorgvragers, ketenpartners, zorgverzekeraars en beleidsmakers van de geleverde zorg kunnen en mogen verwachten. Bovendien heeft het een remmend effect op noodzakelijke (door)ontwikkelingen, innovaties en wetenschappelijk onderzoek. Naast meer eenduidigheid met betrekking tot de inhoud van de geboden zorg bestaat er ook een duidelijke behoefte aan meer organisatorische uniformiteit, bijvoorbeeld als het gaat om het triageproces en samenwerkingsafspraken in de keten. Als laatste komt de behoefte aan eenduidige uitkomstmaten en kwaliteitsindicatoren naar voren, welke gebruikt kunnen worden voor het evalueren en verbeteren van de kwaliteit van de kortdurende herstelgerichte zorg. De prioritering van de benoemde behoeftes vraagt echter om toelichting en vanuit daar interpretatie.

In de eerste fase van deze programmeringsstudie, de landelijke verkenning, zijn met name *inhoudelijke beschrijvingen van goede zorg* opgehaald. Dit kan geïnterpreteerd worden als een weerslag van de behoefte van het veld: organisaties hebben dat ontwikkeld waaraan ze het meeste behoefte hebben. Tijdens de digitale sessies kwam met name de behoefte aan meer *uniformiteit* ten aanzien van de inhoud van de geboden zorg en behandeling naar voren. Zo wil men, bijvoorbeeld bij het ontwikkelen van een nieuw zorgpad of behandelprogramma, graag gebruik kunnen maken van een landelijke standaard op basis waarvan men een eigen zorgpad of behandelprogramma kan gaan ontwikkelen dat past binnen de visie van de betreffende organisatie en dat goed aansluit op de lokale en regionale situatie. Men heeft dus enerzijds de behoefte aan heldere kaders, anderzijds hecht men sterk aan voldoende ruimte voor de *couleur locale*. In de laatste fase, de Delphi-studie, zijn met name de herziening van het Triage instrument geriatrie revalidatie (Verenso 2013)⁸ en een-



duidelijke uitkomstmaten en kwaliteitsindicatoren hoog geprioriteerd. Opvallend is dat hier de inhoudelijke (basis en doelgroep-specifieke) behandelkaders veel lager geprioriteerd worden. Echter, om uitkomstmaten en kwaliteitsindicatoren van goede zorg te kunnen ontwikkelen moet er eerst overeenstemming zijn over de inhoud van de geboden zorg en over wat kwaliteit in de kortdurende herstelzorg precies is. Bovendien is het van belang voor de sector om gebruik te maken van de kwalitatief goede *best practices* die in dit project verzameld zijn. Een verklaring voor dit verschil zou kunnen zijn dat de behoefte aan inhoudelijke (basis en doelgroep-specifieke) behandelkaders in de Delphi-studie niet duidelijk naar voren is gekomen omdat de urgentie op dit vlak in de praktijk minder gevoeld wordt, aangezien men inmiddels op organisatie- of regionaal niveau al zorgpaden en behandelprogramma's ontwikkeld heeft.

Op grond van bovenstaande is nagegaan of het, op basis van de resultaten, mogelijk is om een 'tweesporenbeleid' te gaan volgen in de ontwikkeling van een overkoepelende kwaliteitsstandaard. In het eerste spoor, de korte termijn, kan bekeken worden voor welke doelgroepen het mogelijk is om de verzamelde *best practices* in relatief korte tijd uit te werken tot een 'voorlopige standaard beschrijving van goede zorg' op basis waarvan gewerkt kan worden aan het verder optimaliseren en (wetenschappelijk) onderbouwen van de definitieve standaard. Hiermee wordt optimaal gebruik gemaakt van wat er in de praktijk al ontwikkeld is en de verwachting is dat dit relatief snel winst kan opleveren.

Voor de langere termijn lijkt doorontwikkeling op een aantal thema's gewenst. Ook hier is het van belang om met de inhoudelijke thema's te starten, om zo tot overeenstemming te komen over de inhoud van de geboden zorg en wat kwaliteit in de kortdurende herstelzorg precies is. Dit tweede spoor zal zeer waarschijnlijk meer tijd gaan vragen en mogelijk is op sommige thema's eerst aanvullend (wetenschappelijk) onderzoek nodig omdat er nog kennis ontbreekt.

Hieronder wordt het tweesporenbeleid verder uitgewerkt en toegelicht. Er wordt een inschatting gemaakt over wat haalbaar is op de korte termijn ten aanzien van het verder uitwerken van de *best practices* tot een 'voorlopige standaard beschrijving van goede zorg'. Ook worden de thema's waarop doorontwikkeling nodig is inhoudelijk toegelicht, met name op basis van de uitkomsten van de Delphi-studie.



Tweesporenbeleid

1. Het uitwerken van de *best practices* tot een 'voorlopige standaard beschrijving van goede zorg'

Op de korte termijn kunnen een aantal bestaande *best practices*, in samenwerking met aanpalende beroepsgroepen en gebruik makend van bestaande relevante multidisciplinaire richtlijnen, worden uitgewerkt tot een 'voorlopige standaard beschrijving van goede zorg'. Er zijn met name veel inhoudelijke beschrijvingen verzameld. Ruim driekwart van deze beschrijvingen van goede zorg betreffen inhoudelijke documenten voor de geriatrische revalidatie, namelijk basis behandelmodules en doelgroep-specifieke zorgpaden en behandelprogramma's. In het raamwerk (figuur 3) betreffen dit de inhoudelijke (donkergele) modules. Deze kunnen worden onderverdeeld in basis- en doelgroep-specifieke beschrijvingen van goede zorg.

Basis beschrijvingen van goede zorg

Uit de resultaten van alle drie de fases komt naar voren dat er behoefte is aan de ontwikkeling van de volgende basis beschrijvingen van goede zorg: 1) Generieke revalidatie en herstel; 2) Cognitie; 3) Observatie en diagnostiek. Om te beoordelen voor welke thema's (verder modules genoemd) het ontwikkelen van een voorlopige standaard haalbaar is, is naar de resultaten van de kwaliteitsbeoordelingen van de beschrijvingen van goede zorg gekeken (tabel 1). In totaal zijn er 55 basis beschrijvingen van goede zorg ontvangen, waarvan er negen als zeer mooie voorbeelden zijn beoordeeld. Voor wat betreft de module 'Generieke revalidatie en herstel' is het, ondanks het feit dat er zes mooie voorbeelden zijn, de vraag of het ontwikkelen van een voorlopige standaard haalbaar is, aangezien de inhoudelijke verschillen groot zijn. Het betreft hier beschrijvingen voor basis revalidatie en herstel voor de geriatrische revalidatie groep 'overige', voor cliënten opgenomen in het eerstelijnsverblijf (zorgpad ELV), maar ook basis modules die kunnen worden ingezet in verschillende doelgroep-specifieke zorgpaden, zoals bijvoorbeeld bij trauma revalidatie. Voor wat betreft de module 'Cognitie' is het de vraag wat er precies met deze module beoogd wordt. Betreft het cognitieve revalidatie, of betreft het cliënten met cognitieve stoornissen die voor observatie, (zorg)diagnostiek en prognostiek worden opgenomen? Mogelijk zijn hier ook nog kennislacunes, welke eerst door inhoudelijk deskundigen nader beoordeeld zullen moeten worden. Voor de module 'Observatie en diagnostiek' zijn geen beschrijvingen van goede zorg ontvangen, maar mogelijk wordt ook dat veroorzaakt door de overlap met de module 'Cognitie'.



Doelgroep specifieke beschrijvingen van goede zorg

Uit de resultaten komt naar voren dat er behoefte is aan de ontwikkeling van een standaard beschrijving van goede zorg voor de volgende doelgroepen: CVA; Trauma; Amputatie; COPD; Hartfalen; Oncologie; Parkinson en Covid-19. Om te beoordelen welke hiervan haalbaar zijn, is naar de resultaten van de kwaliteitsbeoordelingen van de beschrijvingen van goede zorg gekeken (*tabel 1*). Op basis hiervan kan beoordeeld worden of het verder uitwerken van de betreffende *best practices* tot een 'voorlopige standaard beschrijving van goede zorg' voor de betreffende doelgroep haalbaar lijkt. Daarnaast is het van belang om te kijken voor welke doelgroepen al een landelijke standaard beschikbaar is. In totaal zijn er 120 doelgroep-specifieke beschrijvingen van goede zorg ontvangen, waarvan er 12 als zeer mooie voorbeelden zijn beoordeeld. Op basis van deze beschrijvingen lijkt het voor de volgende doelgroepen haalbaar om tot een 'voorlopige standaard beschrijving van goede zorg' te kunnen komen: CVA, Trauma en Amputatie. Voor de doelgroepen COPD, COVID-19 en Oncologie is er een landelijke standaard beschikbaar⁵⁻⁷. Voor de doelgroep hartfalen en generieke geriatrische hartrevalidatie zijn geen documenten ontvangen die als geheel bruikbaar zijn beoordeeld. Hiervoor is een tweede verkenning te overwegen, aangezien er waarschijnlijk meer goede voorbeelden beschikbaar zijn (expert opinion).

2. Doorontwikkeling op een viertal thema's

Voor de wat langere termijn komen vier thema's naar voren waarop doorontwikkeling gewenst is, namelijk:

1. Definitieve standaard beschrijvingen van goede zorg (basis en doelgroep-specifiek)
2. Revalidatieklimaat en Interdisciplinair revalidatieteam;
3. Triage en regionale samenwerkingsafspraken;
4. Meetinstrumenten en kwaliteitsindicatoren.

Deze thema's betreffen enerzijds de doorontwikkeling op de inhoudelijke modules van de overkoepelende kwaliteitsstandaard (de donkergele modules van het raamwerk, zie *figuur 3*). Anderzijds betreffen ze ook de meer randvoorwaardelijke (groene) modules van het raamwerk, zoals het revalidatieklimaat, en de basis (rode) modules gericht op het meten en evalueren van de kwaliteit van de geboden zorg en behandeling. Ook hier lijkt het van belang om met de inhoudelijke thema's te starten omdat deze vaak medebepalend zijn voor de inhoud van de organisatorische (blauwe) en basis (rode) modules. Doorontwikkeling zal, in vergelijking met het eerste spoor, meer tijd gaan vragen en mogelijk is op sommige thema's eerst aanvullend (wetenschappelijk) onderzoek nodig omdat de benodigde kennis nog ontbreekt.



Thema 1. Definitieve standaard beschrijvingen van goede zorg (basis en doelgroep-specifiek)

Voor een aantal basis- en doelgroep-specifieke beschrijvingen van goede zorg is het op basis van de in dit project verzamelde *best practices* (zeer waarschijnlijk) niet mogelijk om op korte termijn tot een voorlopige standaard te kunnen komen, namelijk voor: Hartfalen, Parkinson, en 'Observatie en diagnostiek'. Deze beschrijvingen van goede zorg zijn wel gewenst en dienen daarom ontwikkeld te worden. Het is nog onzeker of het op basis van de *best practices* mogelijk is om een voorlopige standaard op te stellen voor de basis module 'Generieke revalidatie en herstel'.

Uiteindelijk zullen de 'voorlopige standaard beschrijvingen van goede zorg' die ontwikkeld zijn op basis van de *best practices* ook doorontwikkeld moeten worden tot 'definitieve standaard beschrijving van goede zorg', of als zodanig bekrachtigd moeten worden.

Thema 2. Revalidatieklimaat en Interdisciplinair revalidatieteam

In de landelijke verkenning (fase 1) zijn er geen beschrijvingen van goede zorg betreffende het revalidatieklimaat binnengekomen, behoudens (beperkte) wetenschappelijke literatuur. Wel is er een duidelijke behoefte aan criteria die omschrijven waar het revalidatieklimaat (minimaal) aan moet voldoen. Datzelfde geldt voor criteria die omschrijven waar een interdisciplinair revalidatieteam (minimaal) aan moet voldoen. Hierbij kan gedacht worden aan een beschrijving van interdisciplinair werken, het bepalen van de benodigde basiscompetenties van het behandelteam en eventueel specifieke deskundigheid voor bepaalde doelgroepen. Deze specifieke competenties zullen bij voorkeur ook onderdeel moeten worden van de doelgroep-specifieke beschrijvingen van goede zorg, of kunnen daaruit volgen, zie ook het raamwerk (*figuur 3*).

Thema 3. Triage & Regionale samenwerkingsafspraken

Uit deze programmeringsstudie komt een duidelijke behoefte naar voren aan een herziening en verbreding van het Triage instrument geriatrie revalidatiezorg (Verenso; 2013)⁸.

Tevens is het advies om deze herziening in samenwerking met MSR en andere aanpalende beroepsgroepen, te ontwikkelen. Verbreding van het instrument betreft achtereenvolgens:

1. Uitbreiding van het instrument naar de gehele kortdurende herstelgerichte zorg, dus inclusief het eerstelijnsverblijf en de medisch specialistische revalidatiegeneeskunde;
2. Omschrijving van het concept 'uitgestelde triage';
3. Criteria vaststellen op grond waarvan er gewisseld kan worden tussen het eerstelijnsverblijf, de geriatrie revalidatie en de medisch specialistische revalidatiegeneeskunde.



Daarnaast is er een behoefte aan de ontwikkeling van een format voor generieke regionale samenwerkingsafspraken. Een dergelijk format kan organisaties helpen deze afspraken in de keten in hun eigen regio beter vorm te geven. Dit format dient in afstemming met de ontwikkeling van doelgroep-specifieke beschrijvingen van goede zorg te worden ontwikkeld, of kan daar onderdeel van zijn.

Overwogen kan worden om een standaard format (blauwdruk) te ontwikkelen voor cliënt-informatie over kortdurende herstelgerichte zorg op grond waarvan aanbieders hun cliënten (en naasten) kunnen informeren over de geboden zorg en behandeling. Deze module kan echter pas ontwikkeld worden nadat de inhoud van de geboden zorg is vastgesteld.

Thema 4. Meetinstrumenten en Kwaliteitsindicatoren

Er is behoefte aan de ontwikkeling van een generieke basis-set van, zoveel mogelijk evidence based, meetinstrumenten voor de gehele kortdurende herstelgerichte zorg. Deze generieke basis-set zou als doel moeten hebben het meetbaar maken van het beloop en effect van kortdurende herstelzorg op alle niveaus, namelijk op het niveau van de cliënt, de organisatie, landelijk en waar mogelijk ook internationaal. Naast de generieke basis-set meetinstrumenten zou er voor veel voorkomende aandoeningen een aanbevolen set (doelgroep-specifieke) meetinstrumenten moeten worden vastgesteld. Het advies is om dit in afstemming en samenwerking met de MSR en andere belendende specialismen te ontwikkelen.

Daarnaast is er behoefte aan de ontwikkeling van een beperkte set, zoveel mogelijk evidence based, kwaliteitsindicatoren voor de kortdurende herstelgerichte zorg die primair gebruikt kan worden voor cyclische kwaliteitsverbetering en wetenschappelijk onderzoek en secundair voor benchmarking. Het is van belang dat er voldoende samenhang is tussen de generieke basis-set meetinstrumenten en de kwaliteitsindicatoren.



Conclusie

De belangrijkste conclusie van deze programmeringsstudie is dat er veel draagvlak is voor een overkoepelende kwaliteitsstandaard voor de kortdurende herstelgerichte zorg. Dit draagvlak komt voor een belangrijk deel voort uit een behoefte aan meer eenduidigheid als het gaat om de inhoud en organisatie van de geboden zorg en behandeling. Op basis hiervan is het advies om een tweesporenbeleid te gaan volgen waarbij er op de korte termijn een aantal 'voorlopige standaard beschrijvingen van goede zorg' ontwikkeld kunnen worden. Daarnaast zijn er, voor de wat langere termijn, een viertal thema's waarop doorontwikkeling gewenst is. De concrete uitwerking van dit tweesporenbeleid wordt hieronder in de vorm aan aanbevelingen benoemd in de ontwikkelagenda.



Aanbevelingen: De ontwikkelagenda

1. Het uitwerken van de *best practices* tot een 'voorlopige standaard beschrijving van goede zorg'

- a. Ontwikkel op basis van de best practices een voorlopige standaard beschrijving voor de basis module 'Generieke revalidatie en Herstel'. Indien dit niet haalbaar blijkt te zijn: verplaats naar het tweede spoor en prioriteer hoog.
- b. Werk de best practices uit tot een 'voorlopige standaard beschrijving van goede zorg voor geriatrische CVA revalidatie'.
- c. Werk de best practices uit tot een 'voorlopige standaard beschrijving van goede zorg voor geriatrische trauma revalidatie'.
- d. Werk de best practices uit tot een 'voorlopige standaard beschrijving van goede zorg voor geriatrische amputatie revalidatie'.
- e. Beoordeel met een groep inhoudelijk deskundigen of het mogelijk is om op basis van de best practices tot een 'voorlopige standaard beschrijving van goede zorg' voor de basis module 'Cognitie' te komen. Indien haalbaar: ontwikkel en stel vast; indien niet haalbaar: verplaats naar het tweede spoor en prioriteer hoog.

2. Doorontwikkeling voor de langere termijn

- a. Ontwikkel 'standaard beschrijvingen van goede zorg' voor de volgende specifieke doelgroepen: 1) Geriatrische hartrevalidatie en 2) Geriatrische Parkinson revalidatie.
- b. Ontwikkel 'standaard beschrijvingen van goede zorg' voor de basis modules 'Observatie en diagnostiek', 'Generieke revalidatie en herstel' en 'Cognitie' indien het niet haalbaar blijkt om op basis van de best practices te komen tot een 'voorlopige standaard'.
- c. Ontwikkel een standaard omschrijving van revalidatieklimaat waarin criteria worden benoemd waar het revalidatieklimaat (minimaal) aan moet voldoen.



- d. Ontwikkel criteria die omschrijven waar een interdisciplinair revalidatieteam en interdisciplinair werken (minimaal) aan moet voldoen.
- e. Ontwikkel een herziening en verbreding van het Triage Instrument Geriatrische Revalidatiezorg (Verenso; 2013)8.
- f. Ontwikkel een generieke basis-set van, zoveel mogelijk evidence based, meetinstrumenten voor de gehele kortdurende herstelgerichte zorg.
- g. Ontwikkel een beperkte set van, zoveel mogelijk evidence based, kwaliteits-indicatoren voor de gehele kortdurende herstelgerichte zorg die primair gebruikt kan worden voor cyclische kwaliteitsverbetering.

NB 1. Het uitwerken van bestaande best practices tot een voorlopige standaard dient bij voorkeur te gebeuren in samenwerking met aanpalende beroepsgroepen en gebruik makend van bestaande relevante multidisciplinaire richtlijnen.

NB 2. Het is belangrijk dat de standaard beschrijvingen van goede zorg niet te gedetailleerd beschreven worden. De beschrijvingen van goede zorg die verzameld zijn, zijn dat vaak wel. In feite zullen hier de grote lijnen uit gededuceerd moeten worden. Het gaat om het beschrijven van een landelijke minimale set van eisen met betrekking tot de behandeling van een bepaalde zorgvraag en/of doelgroep. Er moet altijd voldoende ruimte zijn voor de *couleur locale*.



Lijst met gebruikte afkortingen

| | |
|---------------|--|
| AWBZ | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten |
| AWO-ZL | Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid Limburg |
| COPD | Chronic obstructive pulmonary disease |
| CVA | Cerebro vasculair accident |
| ELV | Eerstelijnsverblijf |
| ELV-HC | Eerstelijnsverblijf hoog-complex |
| ELV-LC | Eerstelijnsverblijf laag-complex |
| GR | Geriatrische revalidatie |
| IKNL | Integraal Kankercentrum Nederland |
| IQR | Interquartile range; interkwartielafstand |
| MSR | Medisch specialistische revalidatie |
| SANO | Samenwerkende academische netwerken ouderenzorg |
| Tranzo | Wetenschappelijk netwerk voor zorg en welzijn Tilburg University |
| UKON | Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen |
| UNO-UMCG | Universitair Netwerk Ouderenzorg UMCG |
| UNC-ZH | Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland |
| UNO Amsterdam | Universitair Netwerk Ouderenzorg Amsterdam |
| V&V | Verpleeg- en verzorging organisaties |
| Zvw | Zorgverzekeringswet |
| ZZP9b | Zorgzwaarte pakket 9b |



Projectgroep

Organisatie

ActiZ

Verenso

Netwerk kaderartsen GRZ

Amsterdam UMC/UNO Amsterdam

UNO Amsterdam/Beter Thuis

LUMC/UNC-ZH

Universiteit van Maastricht/AWO-ZL

Universiteit van Tilburg/Tranzo

Naam

Drs. Anne Lee Edens

Drs. Yvonne Lensink

Drs. Anne-Marie Donselaar

Drs. Lizette Wattel

Dr. Leonoor van Dam van Isselt

Ir. Maartje Baede

Drs. Arno Doornebosch

Dr. Jolanda van Haastregt

Dr. Meriam Janssen

Consortium Geriatrische Revalidatie

Organisatie

ActiZ

Verenso

Netwerk kaderartsen GRZ

Amsterdam UMC/UNO Amsterdam

LUMC/UNC-ZH

Universiteit van Maastricht/ AWO-ZL

Universiteit van Tilburg/ Tranzo

Naam

Drs. Anne Lee Edens

Dr. Maryanne Schlosser

Drs. Ronald Schmidt

Drs. Mathieu Prevoo

Drs. Nanda Hauet

Drs. Yvonne Lensink

Drs. Anne-Marie Donselaar

Drs. Aafke de Groot

Prof.dr. Cees Hertogh

Drs. Lizette Wattel

Drs. Arno Doornebosch

Dr. Romke van Balen

Prof.dr. Wilco Achterberg

Dr. Jolanda van Haastregt

Prof.dr. Jos Schols

Dr. Meriam Janssen

Literatuurlijst

1. Wattel EM, Position Paper Geriatric Rehabilitation - a research agenda for geriatric rehabilitation in the Netherlands , Consortium Geriatric Rehabilitation, Utrecht, 2017.
2. Leidraad kwaliteitsstandaarden, Zorginstituut Nederland; 2014.
3. Landelijke richtlijn 'Revalidatie na herseninfarct/-bloeding. Nederlandse Vereniging voor Neurologie; 2017.
4. Richtlijn amputatie en prothesiologie onderste extremiteit. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen; November 2020.
5. Behandelprogramma geriatrische COPD revalidatie. UNC-ZH. 2020
6. Behandelprogramma geriatrische oncologische revalidatie. IKNL; 2018.
7. Behandeladvies post-COVID-19 geriatrische revalidatie. Verenso; 2020.
8. Triage instrument geriatrische revalidatiezorg; Verenso; Utrecht; Maart 2013.



Dit rapport is opgesteld door Leonoor van Dam van Isself, Maartje Baede en het Consortium Geriatrische Revalidatie. De onderstaande organisaties participeren in het Consortium Geriatrische Revalidatie.



