



Indicatorenverzameling Inzicht in Revalidatie 2015

26 oktober 2015

Ten behoeve van het kwaliteitsinstituut

Voorwoord

Achtergrond

De bijgaande indicatorenverzameling (Inzicht in Revalidatie 2015) is in landelijk verband ontwikkeld door het Landelijk Steunpunt (mede)zeggenschap*, Zorgverzekeraars Nederland, Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen en Revalidatie Nederland. De voornaamste twee doelstellingen daarbij waren:

- Ontwikkeling van keuze-informatie voor patiënten en consumenten
- Ontwikkeling van inkoopinformatie voor zorgverzekeraars

Over verslagjaar 2015 leggen revalidatie-instellingen (dat wil zeggen: revalidatiecentra en revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen) door middel van de navolgende kwaliteitsindicatoren verantwoording af over de kwaliteit van de geleverde zorg. Tevens voldoen instellingen door de betreffende gegevensaanleveringen hiermee aan de wettelijke transparantieplichtingen.

Thematische indeling

In 2011 zijn afspraken tussen het LSR, ZN, VRA en RN gemaakt over de thematische ontwikkeling van indicatoren (conform de indeling uit het *Visiedocument Zicht op kwaliteit in de revalidatie*). Hieronder wordt de verdeling over deze thema's weergegeven:

- 1. Tevredenheid**
Indicatoren 1 (Tevredenheid), 15 (Algeheel rapportcijfer), 16 (Aanbeveling), 17 (Privacy) en 18 (Bejegening)
- 2. Regie over de zorg**
Indicatoren 2 (Informatievoorziening), 20 (Behandelplan), en 21 (Informatievoorziening)
- 3. Veiligheid**
Indicatoren 3 (Complicatieregistratie), 4 (Decubitusprevalentie), 5 (Decubitusincidentie bij patiënten met een dwarslaesie), 6 (Incidentie valincidenten)
- 4. Resultaten & doelmatigheid**
Indicatoren 7 (Resultaatmeting kinderen), 8 (Resultaatmeting bij patiënten met een beenamputatie), 9 (Resultaatmeting bij patiënten met chronische pijn), 10 (Resultaatmeting bij CVA-patiënten) en 11 (Doelmatigheid)
- 5. Tijdigheid**
Indicator 12. Wachttijden
- 6. Transparantie**
Indicator 13. Keurmerken
- 7. Samenwerking**
Indicator 14. Samenwerking met patiëntenvertegenwoordigers
- 8. Toegankelijkheid**
Indicator 19. Fysieke toegankelijkheid

*De volgende patiëntenorganisaties zijn betrokken bij de totstandkoming van deze indicatorenverzameling:
Het landelijk steunpunt (mede)zeggenschap (afgekort: LSR)
BOSK Vereniging van Motorisch Gehandicapten en hun ouders (afgekort: BOSK)
Vereniging Spierziekten Nederland (afgekort: VSN) (mede namens de Nederlandse Patiënten- en Consumentenfederatie, afgekort: NPCF)
Nederlandse CVA-Vereniging Samen Verder (afgekort: Samen Verder)
Dwarslaesie Organisatie Nederland
Stichting Pijn-Hoop
Vereniging Cerebraal

Onderscheid product- en ervaringsindicatoren

Binnen de indicatorenverzameling wordt onderscheid gemaakt naar product- en ervaringsindicatoren. De uitkomsten op productindicatoren (nr. 1 t/m 14) worden aangeleverd door de revalidatie-instellingen, tenzij anders aangegeven. De uitkomsten op de ervaringsindicatoren (nr. 15 t/m 21) worden verzameld via vragen die worden afgenomen door revalidatie-instellingen bij haar revalidanten. Dit dient gedurende het jaar plaats te vinden bij alle patiënten binnen 10 werkdagen na een laatste directe contact met een behandelaar. Het betreft hier de volgende indicatoren:

15. Algeheel rapportcijfer, 16. Aanbeveling, 17. Privacy, 18. Bejegening, 19. Fysieke toegankelijkheid, 20. Behandelplan en behandeldoelen, 21. Informatievoorziening (m.u.v. onderdeel informatieaanbod, valt onder indicator 2), 22. Samenwerking binnen behandelteam.

Een toelichting op de uitvraag van de ervaringsindicatoren is opgenomen in het document *Handboek uitvraag ervaringsindicatoren*.

Onderscheid revalidatiecentra en revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen

Tenslotte wordt opgemerkt dat indicator 1. (Patiënttevredenheid) uitsluitend bestemd is voor ziekenhuisafdelingen (deze hoeft door revalidatiecentra niet te worden geregistreerd en ingevuld). Alle overige indicatoren zijn zowel van toepassing op revalidatiecentra als op revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen. Eventuele exclusiecriteria kunnen er toe leiden dat bepaalde indicatoren alsnog door individuele revalidatie-instellingen (zowel revalidatiecentra als ziekenhuisafdelingen) niet hoeven te worden geregistreerd en ingevuld.

Tenslotte bevat het tweede gedeelte van dit document (vanaf pagina 19. Verklaring en definities) nadere toelichtingen op de navolgende te registreren kwaliteitsindicatoren.

Productindicatoren

Tevredenheid

Uitsluitend bestemd voor ziekenhuisafdelingen

Patiëntervaring binnen ziekenhuisafdelingen

1.1.1 Wordt patiëntervaring gemeten?

- Ja
- Nee

1.1.2 Zo ja, met welke frequentie?

- Jaarlijks of vaker
- Eens per twee jaar
- Eens per drie jaar
- Minder dan eens per drie jaar

1.1.3 Zo ja, welk systeem voor patiëntervaring wordt gebruikt?

-
- Onbekend

1.1.4 Indien patiëntervaring is gemeten, gaven de resultaten daarvan aanleiding tot verbeterpunten?

- Ja
- Nee

1.1.5 Zo ja, heeft dit geleid tot verbeterbeleid?

- Ja
- Nee

1.1.6. Indien patiëntervaring is gemeten, wat was dan het rapportcijfer van het eigen patiënttevredenheidsonderzoek of CQ-meting gespecificeerd naar het niveau van de afdeling revalidatie?

- ... (Algemene rapportcijfer dat patiënten geven aan de afdeling revalidatie. Dit is een getal tussen de 1 en 10)
- Niet bekend
- Nvt

Type indicator	Structuurindicator
Thema/voorwaarde	Patiëntgerichtheid
Doelgroep	Algemeen geldend
Exclusiecriteria	Revalidatiecentra

Regie over de zorg

2. Informatievoorziening

2.1 Welke vorm van informatieaanbod is binnen de instelling aanwezig?:

- een vestiging van MEE
- informatiemateriaal vanuit patiëntenorganisaties
- informatiemateriaal vanuit revalidatie-instellingen
- overige, namelijk ...

Veiligheid

3. Complicatieregistratie

3.1. Registreert uw instelling complicaties?

- Nee
- N.v.t., omdat onze instelling geen klinische patiënten behandelt
- Ja, decubitus (opgelopen in de instelling)
- Ja, infecties (opgelopen in de instelling)
- Ja, andere complicaties, namelijk ...

3.2 Is er een systematische bespreking van complicaties?

- Nee
- N.v.t., omdat onze instelling geen klinische patiënten behandelt
- Ja, van decubitus (opgelopen in de instelling)
- Ja, van infecties (opgelopen in de instelling)
- Ja, van andere complicaties, namelijk ...

Type indicator	Structuurindicator
Thema/voorwaarde	Veiligheid
Doelgroep	Algemeen geldend
Exclusiecriteria	3.1: - Niet klinisch opgenomen patiënten (incl. consulten) - Wanneer een instelling een VIM/MIP/MIR-registratie of FONA/FOBA-registratie heeft is dit onvoldoende om deze vraag positief te beantwoorden. Tenzij in deze VIM/MIP/MIR- of FONA/FOBA registraties de genoemde complicaties nadrukkelijk als complicatie staan geregistreerd, dan mag deze vraag wel positief beantwoord worden. 3.2: Consulten

4. Decubitusprevalentie

4.1 Heeft u recentelijk (2014 of 2015) deelgenomen aan de branchebrede puntprevalentiemeting decubitus voor klinische patiënten?

- Ja
- Nee
- N.v.t. omdat onze instelling geen klinische patiënten behandelt

4.2 Zo ja, wat is de puntprevalentie?

... %

Type indicator	Uitkomstindicator
Thema/voorwaarde	Veiligheid
Doelgroep	Algemeen geldend
Exclusiecriteria/toelichting	Niet klinisch opgenomen patiënten, (incl. consulten) Toelichting 4.2: Hier moet de uitkomst worden ingevuld van de landelijke branchebrede decubitusprevalentiemeting die in de eerste week van november 2015 wordt uitgevoerd.

5. Decubitusincidentie bij patiënten met een dwarslaesie

5.1 Beschikt de revalidatie-instelling in 2015 over een systeem voor het registreren van het vóórkomen van decubitus bij klinisch opgenomen dwarslaesiepatiënten?

- Ja
 Nee
 N.v.t., omdat onze instelling geen klinisch opgenomen dwarslaesiepatiënten behandelt

5.2 Zo ja, wat is de decubitusincidentie?

... %

Type indicator	Uitkomstindicator
Thema/voorwaarde	Veiligheid
Doelgroep	Dwarslaesiepatiënten
Exclusiecriteria/toelichting	Niet klinisch opgenomen patiënten, (incl. consulten) Toelichting 5.2: Het gaat om het percentage klinische dwarslaesiepatiënten dat decubitus (graad 2 of hoger) opliep in de revalidatieinstelling.

6. Incidentie Valincidenten

6.1 Beschikt de revalidatie-instelling in 2015 over een systeem voor het registreren van valincidenten?

- Ja
 Nee

6.2 Zo ja, wat is de valincidentie?

... %

Type indicator	Uitkomstindicator
Thema/voorwaarde	Veiligheid
Doelgroep	Algemeen geldend
Exclusiecriteria	Mensen jonger dan 18 jaar ten tijde van de val, Consulten

Resultaatmeting & doelmatigheid

7. Resultaatmeting kinderen

7.1 Maakte u in 2015 bij uw resultaatmeting bij kinderen (ontwikkelingsleeftijd van 6 maanden tot 7,5 jaar) gebruik van de PEDI-NL (schaalscores Zelfverzorging en Ambulantie):

- Ja
- Nee
- N.v.t., omdat onze instelling geen kinderen (ontwikkelingsleeftijd van 6 maanden tot 7,5 jaar) behandelt
- N.v.t., omdat onze instelling slechts zeer korte behandeltrajecten aanbiedt waardoor geen herhaling van de PEDI-NL werd verricht

7.2 Zo ja, wat was het percentage waarbij de PEDI-NL is afgenomen?

- ... % voor schaalscore Zelfverzorging
- ... % voor schaalscore Zelfverzorging
- n (aantal waarnemingen) is te laag
- Niet bekend

Type indicator	Procesindicator
Thema/voorwaarde	Effectiviteit
Doelgroep	Kinderen
Exclusiecriteria	Patiënten met ontwikkelingsleeftijd onder 6 maanden of boven 7,5 jaar, Niet stationaire ziektebeelden Consulten; korte behandeltrajecten (<half jaar)

8. Resultaatmeting bij patiënten met een beenamputatie

8.1 Maakte u in 2015 bij uw resultaatmeting bij patiënten met een beenamputatie gebruik van de SIGAM/WAP?

- Ja
- Nee
- N.v.t., omdat onze instelling geen patiënten met een beenamputatie behandelt

8.2 Zo ja, wat was het percentage waarbij de SIGAM/WAP is afgenomen?

- ... %
- n (aantal waarnemingen) is te laag

Type indicator	Procesindicator
Thema/voorwaarde	Effectiviteit
Doelgroep	Patiënten met een beenamputatie
Inclusiecriteria	Zie diagnoseclassificatie op pagina 31.
Exclusiecriteria	Enkel-, voet- en teenamputaties, Consulten

9. Resultaatmeting bij patiënten met chronische pijn

9.1 Maakte u in 2015 bij uw resultaatmeting bij patiënten met chronische pijn gebruik van de Pain Disability Index?

- Ja
- Nee
- N.v.t., omdat onze instelling geen patiënten met chronische pijn behandelt

9.2 Zo ja, wat was het percentage waarbij de Pain Disability Index is afgenomen?

- ... %
- n (aantal waarnemingen) is te laag

Type indicator	Procesindicator
Thema/voorwaarde	Effectiviteit
Doelgroep	Patiënten met chronische pijn
Inclusiecriteria	Zie diagnoseclassificatie op pagina 32.
Exclusiecriteria	Patiënten die niet in staat zijn om de Pain Disability Index in te vullen, Consulten

10. Resultaatmeting bij CVA-patiënten

10.1 Maakte u in 2015 bij uw resultaatmeting bij klinische CVA-patiënten gebruik van de USER?

- Ja
- Nee
- N.v.t., omdat onze instelling geen klinische CVA-patiënten behandelt

10.2 Zo ja, wat was het percentage van de in 2015 ontslagen klinische CVA-patiënten waarbij de score voor Zelfstandigheid (optelsom van mobiliteit en zelfverzorging) op de USER tussen opname en ontslag minimaal 1 punt vooruit ging?

- ... %
- n (aantal waarnemingen) is te laag

Type indicator	Uitkomstindicator
Thema/voorwaarde	Effectiviteit
Doelgroep	CVA-patiënten
Inclusiecriteria	Zie diagnoseclassificatie op pagina 34.
Exclusiecriteria	Overleden patiënten, Niet klinisch opgenomen patiënten, (incl. consulten)

11. Doelmatigheid

a. Doelmatigheid CVA

11a.1 Heeft u geregistreerd of de in 2015 uit klinische revalidatie ontslagen volwassen CVA-patiënten weer zelfstandig wonen?

- Ja
- Nee
- N.v.t., omdat onze instelling geen klinische CVA-patiënten behandelt

11a.2 Zo ja, wat is het percentage van de in 2015 ontslagen volwassen klinische CVA-patiënten dat weer in een eigen, eventueel aangepaste, woonsituatie gaat functioneren?

- ... %
- n (aantal waarnemingen) is te laag

11a.3 Wat is de gemiddelde behandelinzet (gemiddeld aantal gewogen behandeluren) gedurende de hele behandeling (ook indien die behandeling voor 2015 startte) van alle klinisch behandelde volwassen CVA-patiënten?

- Aantal uren ...
- Niet bekend

b. Doelmatigheid lage dwarslaesie

11b.1 Heeft u geregistreerd of de in 2015 uit klinische revalidatie ontslagen volwassen patiënten met een lage dwarslaesie weer zelfstandig wonen?

- Ja
- Nee
- N.v.t., omdat onze instelling geen klinische patiënten met een lage dwarslaesie behandelt

11b.2 Zo ja, wat is het percentage van de in 2015 ontslagen volwassen klinische patiënten met een lage dwarslaesie dat weer in een eigen, eventueel aangepaste, woonsituatie gaat functioneren?

- ... %
- n (aantal waarnemingen) is te laag

11b.3 Wat is de gemiddelde behandelinzet (gemiddeld aantal gewogen behandeluren) gedurende de hele behandeling (ook indien die behandeling voor 2015 startte) van alle klinisch behandelde volwassen patiënten met een lage dwarslaesie?

- Aantal uren ...
- Niet bekend

c. Doelmatigheid hoge dwarslaesie

11c.1 Heeft u geregistreerd of de in 2015 uit klinische revalidatie ontslagen volwassen patiënten met een hoge dwarslaesie weer zelfstandig wonen?

- Ja
- Nee
- N.v.t., omdat onze instelling geen klinische patiënten met een hoge dwarslaesie behandelt

11c.2 Zo ja, wat is het percentage van de in 2015 ontslagen volwassen klinische patiënten met een hoge dwarslaesie dat weer in een eigen, eventueel aangepaste, woonsituatie gaat functioneren?

- ... %
- n (aantal waarnemingen) is te laag

11c.3 Wat is de gemiddelde behandelinzet (gemiddeld aantal gewogen behandeluren) gedurende de hele behandeling (ook indien die behandeling voor 2015 startte) van alle klinisch behandelde volwassen patiënten met een hoge dwarslaesie?

- Aantal uren ...
- Niet bekend

d. Doelmatigheid traumatisch hersenletsel

11d.1 Heeft u geregistreerd of de in 2015 uit klinische revalidatie ontslagen volwassen patiënten met traumatisch hersenletsel weer zelfstandig wonen?

- Ja
- Nee
- N.v.t., omdat onze instelling geen klinische patiënten met traumatisch hersenletsel behandelt

11d.2 Zo ja, wat is het percentage van de in 2015 ontslagen volwassen klinische patiënten met traumatisch hersenletsel dat weer in een eigen, eventueel aangepaste, woonsituatie gaat functioneren?

- ... %

n (aantal waarnemingen) is te laag

11d.3 Wat is de gemiddelde behandelinzet (gemiddeld aantal gewogen behandeluren) gedurende de hele behandeling (ook indien die behandeling voor 2015 startte) van alle klinisch behandelde volwassen patiënten met traumatisch hersenletsel?

Aantal uren ...

Niet bekend

Type indicator	Uitkomstindicator
Thema/voorwaarde	Doelmatigheid
Doelgroep	CVA-patiënten, lage dwarslaesiepatiënten, hoge dwarslaesiepatiënten, patiënten met niet-aangeboren hersenletsel
Exclusiecriteria	- Mensen jonger dan 18 jaar - Niet klinisch opgenomen patiënten (incl. consulten)

Tijdigheid

12. Wachttijden

12.1 Wachttijden eerste onderzoek

12.1.1 Heeft u de wachttijd voor het eerste onderzoek in 2015 geregistreerd?

- Ja
- Nee
- N.v.t., omdat onze instelling geen eerste onderzoeken uitvoert

12.1.2 Zo ja, wat was het percentage van de patiënten dat in 2015 maximaal 4 weken hoefde te wachten tussen het moment van aanmelden voor een poliklinisch consult (eerste onderzoek) en het eerste consultaire contact met de revalidatiearts?

- ... %
- n (aantal waarnemingen) is te laag

12.2 Wachttijden poliklinische revalidatiebehandeling

12.2.1 Heeft u de wachttijd voor een poliklinische revalidatiebehandeling in 2015 geregistreerd?

- Ja
- Nee
- N.v.t., omdat onze instelling geen poliklinische revalidatiebehandeling uitvoert

12.2.2 Zo ja, wat was het percentage van de patiënten dat in 2015 maximaal 4 weken hoefde te wachten op de start van een poliklinische revalidatiebehandeling?

- ... %
- n (aantal waarnemingen) is te laag

12.3 Wachttijden klinische revalidatiebehandeling

12.3.1 Heeft u de wachttijd voor een klinische revalidatiebehandeling in 2015 geregistreerd?

- Ja
- Nee
- N.v.t., omdat onze instelling geen klinische revalidatiebehandeling uitvoert

12.3.2 Zo ja, wat was het percentage van de patiënten dat in 2015 maximaal 4 weken hoefde te wachten op de start van een klinische revalidatiebehandeling?

- ... %
- n (aantal waarnemingen) is te laag

12.4 Wachttijden acuut CVA

12.4.1 Heeft u de wachttijd voor een klinische opname bij de diagnosegroep acuut CVA in 2015 geregistreerd?

- Ja
- Nee
- N.v.t., omdat onze instelling geen acute klinische CVA-patiënten behandelt

12.4.2 Zo ja, wat was het percentage van de patiënten met een acuut CVA dat in 2015 binnen 2 weken na aanmelding door de revalidatiearts in het ziekenhuis door het revalidatiecentrum is overgenomen?

- ... %
- n (aantal waarnemingen) is te laag

Type indicator	Uitkomstindicator
Thema/voorwaarde	Tijdigheid
Doelgroep	Algemeen geldend/CVA-patiënten
Exclusiecriteria	12.2 t/m 12.4: Consulten

Transparantie

13. Keurmerken

13.1 Over welke keurmerken beschikt uw instelling?

Algemene keurmerken		
Behaald		Keurmerk naam
		HACCP-certificaat voeding
		Milieuthermometer zorg - brons
		Milieuthermometer zorg - zilver
		Milieuthermometer zorg - goud
Keurmerken van patiëntenverenigingen		
		Seniorvriendelijk ziekenhuis
		Smiley voor kinderafdeling - brons
		Smiley voor dagbehandeling kinderen - zilver
		Smiley voor dagbehandeling kinderen - goud
		Planetree label
		Certificering sportgezondheidszorg
		Gastvrijheidszorg met sterren - 1 ster
		Gastvrijheidszorg met sterren - 2 sterren
		Gastvrijheidszorg met sterren - 3 sterren
		Gastvrijheidszorg met sterren - 4 sterren
		Gastvrijheidszorg met sterren - 5 sterren
Keurmerken van zorgverzekeraars		
		Achmea pluscertificaat Patiëntervaringen
		Achmea pluscertificaat Ouderenzorg

Type indicator	Structuurindicator
Thema/voorwaarde	Transparantie
Doelgroep	Algemeen geldend

Samenwerking

14. Samenwerking met patiëntenvertegenwoordigingen

14.1 Welke patiëntengroepen zijn voor uw instelling van belang?

- NAH-patiënten (w.o. CVA)
- Dwarslaesiepatiënten
- Amputatiepatiënten
- Patiënten met spierziekte
- Pijnpatiënten
- Kinderen
- Hartpatiënten
- Longpatiënten
- Reumapatiënten
- Parkinsonpatiënten
- Anders, namelijk ...

14.2 Voeren vertegenwoordigers van uw instelling systematisch overleg met vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties van deze doelgroepen?

- Ja
- Nee

14.3 Zo ja, met welke van onderstaande patiëntenorganisaties?

- Hersenletsel.nl
- Dwarslaesie Organisatie Nederland
- Korter maar Krachtig
- Vereniging Spierziekten Nederland
- Stichting PijnHoop
- Reuma Patiënten Vereniging
- BOSK
- Longfonds
- Hartzorg
- Bechterewpatiëntenvereniging(en)
- Diabetesvereniging Nederland
- Hart & Vaatgroep
- MS Vereniging Nederland
- Sarcoïdose Belangenvereniging Nederland
- Whiplash Stichting Nederland
- Parkinson Vereniging
- Anders, namelijk...

Type indicator	Structuurindicator
Thema/voorwaarde	Samenwerking
Doelgroep	Algemeen geldend

Ervaringsindikatoren

Tevredenheid

15. Algeheel rapportcijfer

Wat is rapportcijfer dat patiënten geven aan de revalidatie-instelling?

- (cijfer)
- Onbekend

Type indicator	Uitkomstindicator
Thema/voorwaarde	Patiënttevredenheid
Doelgroep	Algemeen geldend

16. Aanbeveling

Welk percentage van de patiënten zou de revalidatie-instelling aanbevelen aan andere revalidatiepatiënten?

- (percentage)
- Onbekend

Type indicator	Uitkomstindicator
Thema/voorwaarde	Patiënttevredenheid
Doelgroep	Algemeen geldend

17. Privacy

Wat is het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven aan de privacy bij de lichamelijke verzorging (zoals bij toiletgebruik, wassen en kleden) ?

- (rapportcijfer)
- Onbekend
- N.v.t., omdat onze instelling geen klinische patiënten behandelt

Type indicator	Uitkomstindicator
Thema/voorwaarde	Patiëntgerichtheid
Doelgroep	Algemeen geldend
Exclusiecriteria	Niet klinisch opgenomen patiënten, (incl. consulten)

18. Bejegening

Wat is het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven bij de vraag **“Nam uw revalidatiearts u serieus?”**

- (rapportcijfer)
- Onbekend

Wat is het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven bij de vraag **“Namen de medewerkers, bij de ontvangst in de revalidatie-instelling, u serieus?”**

- (rapportcijfer)
- Onbekend

Wat is het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven bij de vraag “**Legde uw revalidatiearts u dingen op een begrijpelijke manier uit?**”

- (rapportcijfer)
- Onbekend

Wat is het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven bij de vraag “**Legden de medewerkers, bij de ontvangst in de revalidatie-instelling, u dingen op een begrijpelijke manier uit?**”

- (rapportcijfer)
- Onbekend

Type indicator	Uitkomstindicator
Thema/voorwaarde	Patiëntgerichtheid
Doelgroep	Algemeen geldend

Toegankelijkheid

19. Fysieke toegankelijkheid

Wat is het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven aan de fysieke toegankelijkheid van de instelling?

- (rapportcijfer)
- Onbekend

Type indicator	Uitkomstindicator
Thema/voorwaarde	Toegankelijkheid
Doelgroep	Algemeen geldend

Regie over de zorg

20. Behandelpunten

Welk percentage van de patiënten heeft van zijn of haar behandelaar bij aanvang van de behandeling zijn/haar behandelplan aangeboden gekregen?

- (percentage)
- Onbekend

Type indicator	Procesindicator
Thema/voorwaarde	Regie over de zorg
Doelgroep	Algemeen geldend
Exclusiecriteria	Consulten

21. Informatievoorziening

Welk percentage van de patiënten werd tijdens zijn of haar behandeling door zijn/haar behandelaar gewezen op mogelijkheden tot lotgenotencontact?

- (percentage)
- Onbekend

Samenwerking

22. Samenwerking binnen behandelteam

Wat is het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven bij de vraag “**Heeft u het gevoel dat uw behandelteam goed op elkaar is ingespeeld?**”

- (rapportcijfer)
- Onbekend

Type indicator	Procesindicator
Thema/voorwaarde	Samenwerking
Doelgroep	Algemeen geldend

Verklaring en definities

Productindicatoren

Tevredenheid

Algemene toelichting

Tevredenheid wordt hier gedefinieerd als 'dienstverlening die overeenkomt met de verwachtingen van patiënten'. Om te kunnen voldoen aan de verwachtingen is het van belang deze te kennen. Dan kan de zorg zodanig worden ingericht dat aan verwachtingen kan worden voldaan waarna de ervaring van klanten weer informatie geeft over het succes van de organisatie t.a.v. dit kwaliteitsaspect. Deze informatie kan gebruikt worden om de organisatie te verbeteren.

1. Patiëntervaring binnen ziekenhuisafdelingen
Waarom kwaliteitsindicator Met diverse patiënttevredenheidsinstrumenten kan onderzocht worden of de zorg en de dienstverlening aan de verwachtingen van de eigen klanten voldoet en hoe deze verwachtingen zijn in vergelijking met de klanten van andere ziekenhuisafdelingen.
Definitie <i>Tevredenheid</i> Dienstverlening die overeenkomt met de verwachtingen van patiënten.
Type indicator Structuurindicator
Exclusie Niet van toepassing voor revalidatiecentra
Toelichting Om te kunnen voldoen aan de verwachtingen van patiënten is het van belang deze te kennen. Pas dan is de zorg zo in te richten dat het aan verwachtingen kan voldoen. Vervolgens geeft de ervaring van klanten weer informatie over het succes van de organisatie t.a.v. dit kwaliteitsaspect. Deze informatie kan worden gebruikt om de organisatie te verbeteren. Het gaat hier om de vraag of de ziekenhuisafdeling systematisch patiëntervaringen meet, en zo ja, met welk instrument/systeem. Daarbij wordt gevraagd of de uitkomsten tot verbeterbeleid hebben geleid. Tenslotte wordt het rapportcijfer dat patiënten geven aan de afdeling revalidatie uitgevraagd.

Regie over de zorg

Algemene toelichting

Onder regie over de zorg wordt verstaan: 'Zorg die zich kenmerkt door een cliëntgericht besluitvormingsproces dat optimaal tegemoet komt aan de zorgbehoefte van die cliënt en diens systeem' (Visiedocument "Zicht op kwaliteit in de revalidatie", oktober 2011). Aangezien het versterken van de autonomie van de revalidant een van de einddoelen vormt van revalidatiezorg, vormt het invulling geven aan regie over de zorg hierin een belangrijke opmaat. Beleidsmatig dient hiervoor binnen revalidatie-instellingen aandacht te bestaan. Om praktisch invulling te geven aan regie over de zorg zijn verscheidene instrumenten voorhanden.

2. Informatievoorziening
Waarom kwaliteitsindicator Regie over de zorg door de revalidant (voor zover gewenst en mogelijk) sluit aan bij de doelstellingen van revalidatiebehandeling. Bovendien kan het een bijdrage leveren aan de ervaren kwaliteit van dienstverlening. Informatievoorziening aan de revalidant biedt ondersteuning aan revalidanten bij het nemen van de regie over de zorg.
Definitie De instelling wordt gevraagd welke vorm van informatievoorziening binnen de instelling aanwezig is.
Type indicator Procesindicator
Exclusie Geen
Toelichting <i>Informatieaanbod binnen de instelling</i> Deskundigheidsbevordering van de patiënt bevordert (voor zover gewenst en mogelijk) de regievoering over diens zorgproces. Het aanbieden van specifieke informatie kan hieraan bijdragen. Informatieaanbod binnen de instelling vergroot de waarschijnlijkheid dat revalidanten daadwerkelijk informatie tot zich nemen. Gevraagd wordt daarom welke vormen van informatieaanbod binnen de instelling aanwezig zijn.

Veiligheid

Algemene toelichting

Veiligheid wordt hier gedefinieerd als 'het vermijden van veiligheidsrisico's en fouten die schade kunnen toebrengen aan patiënten'. De organisatie dient beleid te voeren ten aanzien van preventie van fouten en missers en dient daarnaast te leren van fouten die ondanks een goede bedrijfsvoering toch voorkomen. Daarvoor dienen een aantal instrumenten voorhanden te zijn waaronder met name een aantal registratiesystemen.

3. Complicatieregistratie
Waarom kwaliteitsindicator Complicatieregistratie is in de revalidatiegeneeskunde niet gebruikelijk. Bij steeds zelfstandiger wordende patiënten kan de vraag rijzen of optredende complicaties het gevolg zijn van medisch handelen of van niet handelen. Het nog ontbreken van eenduidigheid binnen de beroepsgroep over het beleid rond complicatieregistratie ontslaat revalidatie-instellingen echter niet van de eigen verantwoordelijkheid om beleid te ontwikkelen en uit te voeren.
Definitie <i>Complicatie</i> Een complicatie is een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand tijdens of volgend op medisch specialistisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade.
Type indicator Structuurindicator
Exclusie 3.1: - Niet klinisch opgenomen patiënten (incl. consulten); - Wanneer een instelling een VIM/MIP/MIR-registratie of FONA/FOBA-registratie heeft is dit onvoldoende om deze vraag positief te beantwoorden. Tenzij in deze VIM/MIP/MIR- of FONA/FOBA registraties de genoemde complicaties nadrukkelijk als complicatie staan geregistreerd, dan mag deze vraag wel positief beantwoord worden. 3.2: Niet van toepassing voor patiënten die uitsluitend consulten hebben ontvangen
Toelichting Een complicatie wordt geconstateerd gedurende de behandeling of bij de direct daarop volgende poliklinische controle, dan wel binnen een door de wetenschappelijke vereniging bepaalde periode vanaf het begin van de behandeling. Complicaties zijn ongewenste uitkomsten van zorg waardoor gezondheidsschade ontstaat. Zij kunnen een 'normaal' risico van zorg zijn, maar kunnen ook het gevolg zijn van fouten. Complicaties kunnen geregistreerd worden in een complicatieregistratiesysteem. Doel hiervan is de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Een registratiesysteem biedt informatie over hoe vaak complicaties voorkomen en welke factoren mogelijk een rol daarbij spelen. Deze informatie biedt een handvat voor patiëntenvoorlichting over risico's. Ook kan gezocht worden naar mogelijkheden om de omvang en ernst van complicaties in de toekomst zo veel mogelijk te beperken. Gevraagd wordt (3.1) of complicatieregistratie voor decubitus (opgelopen in de instelling), infecties (opgelopen in de instelling) of andere complicaties plaatsvindt. Voor de definitie en classificatie van decubitus wordt verwezen naar de definities bij indicator 4. Decubitusprevalentie. Van registratie van infecties is sprake indien <u>tenminste</u> de volgende categorieën van infecties worden geregistreerd:

- Sepsis/bacteriëmie
- Infectie van de onderste luchtwegen, inclusief pneumonie
- Urineweginfectie
- Gastro-intestinale infectie
- Bacteriële conjunctivitis

Voor een toelichting op deze classificatie wordt verwezen naar het document “Definities zorginfecties Prevalentie Onderzoek Verpleeghuizen”.¹

Door openbaar te maken of men betreffende complicaties registreert kan (in de toekomst) meer inzicht verkregen worden in verschillen tussen instellingen.

Naast de complicatieregistratie bij decubitus, infecties en andere complicaties (3.1) wordt nog gevraagd of complicaties systematisch worden besproken (3.2).

1. PREZIES-netwerk, onderdeel van Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). *Definities zorginfecties Prevalentie Onderzoek Verpleeghuizen*
<http://www.prezies.nl/zkh/puntinfo/puntinfo6.html>

4. Decubitusprevalentie
<p>Waarom kwaliteitsindicator</p> <p>Decubitus kan veel pijn en ongemak veroorzaken en leidt in sommige gevallen tot levensbedreigende situaties. Door goede zorg kan het ontstaan van decubitus in de revalidatie-instelling voorkomen worden.</p> <p>Het gaat hier om de vraag of uw instelling in 2014 of 2015 heeft deelgenomen aan de branchebrede puntprevalentiemeting decubitus.</p>
<p>Definities</p> <p><i>Decubitus</i></p> <p>Decubitus is iedere vorm van weefselversterf, veroorzaakt door inwerking op het lichaam van druk-, schuif- of wrijfkrachten of een combinatie van deze factoren (bron: CBO-consensus).</p> <p><i>Classificatie decubitus</i></p> <p>De European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) classificeert decubitus als volgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Graad 1 Niet-wegdrukbaar roodheid van de intacte huid. Verkleuring van de huid, warmte, oedeem en verharding (induratie) zijn andere mogelijke kenmerken.</i> - <i>Graad 2 Oppervlakkig huiddefect van de opperhuid (epidermis), al dan niet met aantasting van de huidlaag daaronder (lederhuid of dermis). Het defect manifesteert zich als een blaas of een oppervlakkige ontvelling.</i> - <i>Graad 3 Huiddefect met schade of necrose van huid en onderhuids weefsel (subcutis). De schade kan zich uitstrekken tot aan het onderliggende bindweefselvlies (fascie).</i> - <i>Graad 4 Uitgebreide weefselschade of weefselversterf (necrose) aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsels, met of zonder schade aan opperhuid (epidermis) en lederhuid (dermis).</i> <p><i>Puntprevalentie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teller = [het aantal klinische patiënten met decubitus (graad 2 - 4) op een vast tijdstip in 2014/2015] – [het aantal die bij opname al verschijnselen van decubitus hadden] <p>Noemer = [alle klinisch opgenomen patiënten in de revalidatie-instelling op hetzelfde tijdstip].</p> <p>Hier moet de uitkomst worden ingevuld van de landelijke branchebrede decubitusprevalentiemeting die in de eerste week van november 2015 wordt uitgevoerd.</p> <p>De LPZ-methodiek (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen), die in de ziekenhuizen wordt gebruikt, maakt in haar beschrijving een onderscheid tussen huidlaesies ten gevolge van incontinentie of zweten en decubitus door wrijf- en schuifkracht. In de meeste gevallen waarbij vocht een rol speelt, gaat het om een combinatie van vocht en wrijf- en schuifkrachten. Laesies uitsluitend ten gevolge van vocht komen bij hooguit 2 procent van de patiënten met huidlaesies voor. Het al dan niet maken van dit onderscheid heeft daarom vrijwel geen gevolgen voor de geregistreerde prevalentie. In de meting van Revalidatie Nederland wordt dit onderscheid dan ook niet gemaakt, de beide vormen van decubitus worden zonder onderscheid geregistreerd als decubitus. De decubitus dient te worden gemeten conform de decubitus cursus die in oktober 2011 gegeven is.</p>
<p>Type indicator</p> <p>Uitkomstindicator</p>
<p>Exclusie</p> <p>Niet van toepassing voor patiënten die geen klinische behandeling hebben ontvangen</p>
<p>Toelichting</p> <p>Inzicht in de prevalentie van decubitus (het aantal gevallen van decubitus in de totale klinische populatie op een bepaald moment) geeft informatie over risicogroepen in de revalidatie-instelling en geeft informatie over het succes van het anti-decubitusbeleid. Omdat het zeer regelmatig voorkomt dat patiënten met elders verworven decubitus in de revalidatie-instelling worden opgenomen is het van belang deze groep te onderscheiden.</p>

5. Decubitusincidentie bij patiënten met een dwarslaesie
<p>Waarom kwaliteitsindicator</p> <p>De prevalentie van decubitus in de gehele revalidatie-instelling is een aspecifieke factor omdat het sterk afhankelijk is van de patiëntenpopulatie van de instelling. Concentratie op één specifieke patiëntengroep geeft meer inzicht in de zorg die aan die groep gegeven wordt en biedt de mogelijkheid om revalidatie-instellingen onderling te vergelijken.</p>
<p>Definitie</p> <p><i>Decubitus</i> Decubitus is iedere vorm van weefselversterf, veroorzaakt door inwerking op het lichaam van druk-, schuif- of wrijfkrachten of een combinatie van deze factoren (bron: CBO-consensus).</p> <p><i>Classificatie decubitus</i> De European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) classificeert decubitus als volgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Graad 1 Niet-wegdrukbaar roodheid van de intacte huid. Verkleuring van de huid, warmte, oedeem en verharding (induratie) zijn andere mogelijke kenmerken.</i> - <i>Graad 2 Oppervlakkig huiddefect van de opperhuid (epidermis), al dan niet met aantasting van de huidlaag daaronder (lederhuid of dermis). Het defect manifesteert zich als een blaas of een oppervlakkige ontvelling.</i> - <i>Graad 3 Huiddefect met schade of necrose van huid en onderhuids weefsel (subcutis). De schade kan zich uitstrekken tot aan het onderliggende bindweefselvlies (fascie).</i> - <i>Graad 4 Uitgebreide weefselschade of weefselversterf (necrose) aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsels, met of zonder schade aan opperhuid (epidermis) en lederhuid (dermis).</i> <p><i>Decubitusincidentie</i> Het aantal nieuwe gevallen van decubitus (graad 2 of hoger) bij klinisch opgenomen dwarslaesiepatiënten in het verslagjaar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teller = [het aantal nieuwe klinische dwarslaesiepatiënten in 2015 dat decubitus graad 2 of hoger opliep in het centrum] - Noemer = [het totaal aantal klinische dwarslaesiepatiënten in 2015 dat voor klinische revalidatiebehandeling in de revalidatie-instelling verbleef**] <p>* “Nieuwe gevallen” betreft in de verband ook nieuwe patiënten die met decubitus worden opgenomen. ** Het aantal patiënten in 2015 bestaat uit de groep patiënten die op 1 januari 2015 al was opgenomen + alle nieuwe opnamen in 2015.</p>
<p>Type indicator Uitkomstindicator</p>
<p>Exclusie Niet van toepassing voor patiënten die geen klinische behandeling hebben ontvangen (inclusief consulten).</p>
<p>Toelichting Bij deze vraag gaat het om 2 vragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beschikt de instelling (locatie) over een registratiesysteem voor decubitus bij mensen met een dwarslaesie? - Wat is de decubitusincidentie (decubitus opgelopen in de locatie) bij patiënten met een dwarslaesie? Het gaat om het aantal klinische patiënten met een dwarslaesie dat tussen 1 januari en 31 december van het verslagjaar was opgenomen. Een patiënt die voor 1 januari van het verslagjaar was opgenomen maar er na 1 januari nog lag telt dus mee. Een patiënt die in het verslagjaar werd opgenomen en er na 31 december nog lag telt dus ook mee. Deze manier om het aantal patiënten in het verslagjaar te berekenen geldt zowel voor het totaal aantal klinische dwarslaesiepatiënten in het verslagjaar als voor het aantal nieuwe klinische dwarslaesiepatiënten dat decubitus opliep in het centrum.

Aan de revalidatie-instellingen met klinische revalidatiebehandeling wordt gevraagd om een patiëntengroep met een verhoogd risico voor decubitus (dwarslaesiepatiënten) eruit te lichten voor het bepalen van de incidentie van decubitus (= het aantal nieuwe gevallen van decubitus bij klinisch opgenomen dwarslaesiepatiënten in het afgelopen jaar).

De decubitus dient te worden gemeten conform de decubituscursus die in oktober 2011 gegeven is.

6. Incidentie Valincidenten

Waarom kwaliteitsindicator

Valincidenten kunnen (aanzienlijke) fysieke gevolgen hebben zoals een bloedingstorting, een wond, een (heup)fractuur, een hoofdtrauma en andere ernstige letsels. Naast fysieke gevolgen kunnen er ook psychische en sociale gevolgen van vallen optreden, bijvoorbeeld angst om opnieuw te vallen en het vermijden van activiteiten (sociaal isolement) (Bron: Landelijke prevalentie meting zorgproblemen 2011). Onzekerheid bij bewegen kan leiden tot een toename van immobiliteit, waardoor een neerwaartse spiraal in gang wordt gezet (Bron: Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen, CBO 2002). Bovendien bedragen de directe medische kosten van de gevolgen van een valincident gemiddeld 3.400 euro (Bron: Consument en Veiligheid).

Hoewel vallen niet altijd kan worden voorkomen bij revalidatiebehandeling, ontslaat dit revalidatie-instellingen niet van de verplichting om vallen te voorkomen en daarom het aantal valincidenten te registreren.

Voor de ontwikkeling van valpreventief beleid kan de meting van valincidenten belangrijke input bieden. Registratie en analyse van valincidenten kan bij de ontwikkeling van een dergelijk beleid een belangrijke (eerste) stap zijn. Vervolgens zou er wellicht meer aandacht besteed moeten worden aan vermindering van de gevolgen van een valpartij.

Het gaat hier om twee vragen:

- Beschikt de instelling (locatie) over een registratiesysteem voor valincidenten?
- Wat is de valincidentie? Bij deze tweede vraag wordt niet gecorrigeerd voor patiënten met een verhoogde kans op vallen. Het gaat om het totaal aantal valincidenten bij klinische of poliklinische patiënten. Immers, ook voor patiënten met een verhoogde kans op vallen geldt dat getracht moet worden het aantal vallen terug te dringen. Het gaat om het vallen bij volwassen patiënten omdat bij kinderen vallen een onderdeel vormt van opgroeien (inclusief spelen). Dit betekent dat alleen patiënten meetellen die ten tijde van de val 18 jaar of ouder waren. Het gaat zowel om klinische als poliklinische patiënten.
- Bij de berekening van het totaal aantal patiënten gaat het om zowel poliklinische als klinische patiënten die tijdens de behandeling in 2015 18 jaar of ouder waren. Iemand die op 1 januari in behandeling was en gedurende 2015 18 jaar werd telt bijvoorbeeld niet mee. Iemand die in februari 2015 18 jaar werd maar pas in maart 2015 in behandeling kwam telt bijvoorbeeld wel mee.
In ziekenhuizen gaat het alleen om de patiënten onder het specialisme revalidatiegeneeskunde. Patiënten die vallen bijvoorbeeld ten gevolge van paramedische dienstverlening aan andere medisch specialismen tellen niet mee.

Definitie

Val

Een val kan worden gedefinieerd als een onbedoelde verandering van de lichaamspositie, die resulteert in het neerkomen op de grond of een ander lager niveau (Bron: Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen, CBO 2002)

Valincidentie = Teller / Noemer

- Teller = Het totale aantal valincidenten in 2015
- Noemer = Het totale aantal volwassen patiënten in 2015*

* Het aantal patiënten in 2015 bestaat uit de groep patiënten die op 1 januari van 2015 al in behandeling was + alle nieuwe in behandeling genomen patiënten in 2015. Het gaat om zowel klinische als poliklinische patiënten.

Type indicator

Uitkomstindicator

Exclusie

Mensen jonger dan 18 jaar ten tijde van de val, vanwege de beperkte scheidbaarheid van vallen ten gevolge van spelactiviteiten.

Niet van toepassing voor patiënten die uitsluitend consulten hebben ontvangen

Toelichting

Een valincident wordt (conform definitie) geconstateerd gedurende de consultaire, klinische of poliklinische behandeling.

Valincidenten zijn ongewenste uitkomsten van zorg waardoor gezondheidsschade kan ontstaan. Valincidenten kunnen geregistreerd worden in een registratiesysteem. Doel hiervan is de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Een registratiesysteem biedt informatie over hoe vaak valincidenten voorkomen en welke factoren mogelijk een rol daarbij spelen. Deze informatie biedt een handvat voor patiëntenvoorlichting over risico's. Ook kan gezocht worden naar mogelijkheden om de omvang en ernst van valincidenten in de toekomst zo veel mogelijk te beperken.

Gevraagd wordt of valincidenten worden geregistreerd. Door openbaar te maken of men valincidenten registreert met eventuele bijbehorende incidentie wordt inzicht verkregen in verschillen tussen revalidatie-instellingen.

Resultaten & doelmatigheid

Algemene toelichting

Effectiviteit is het leveren van nauwkeurige (specifiek voor de betrokken patiënt), juiste (gebaseerd op wetenschappelijke kennis) en met de patiënt overeengekomen zorg (bron: CBO). Om effectiviteit te kunnen bepalen, is het noodzakelijk om inzicht te hebben in de resultaten van de geleverde zorg. Het thema *Doelmatigheid* betreft een afgeleide van het thema *Effectiviteit* en wordt als volgt gedefinieerd: *Zorg die efficiënt georganiseerd is en verspilling vermijdt*. Inzicht in het behandelresultaat ten opzichte van de bijbehorende behandelinzet biedt aanwijzingen over de doelmatigheid van de revalidatiebehandeling.

Bij alle vragen over resultaatmeting wordt gevraagd naar een teller (het aantal in 2015 ontslagen patiënten waarbij een bepaald meetinstrument is geregistreerd) en noemer gevraagd (totaal aantal in 2015 ontslagen patiënten). Patiënten kunnen dus al wel voor 1 januari 2015 zijn opgenomen. Door naar het aantal ontslagen patiënten te kijken is de teller een duidelijkere deelpopulatie van de noemer. Het gaat er dus om inzichtelijk te maken bij hoeveel patiënten een bepaald meetinstrument is afgenomen en bij hoeveel patiënten in totaal het instrument afgenomen had kunnen worden. Ook patiënten waarbij niet het volledige instrument is afgenomen of waarbij alleen de eindmeting is uitgevoerd moeten worden meegeteld.

Bij de vraag over kinderen wordt vanwege de langdurende behandeling niet gevraagd naar het aantal ontslagen kinderen maar naar het aantal kinderen dat in 2015 in behandeling was.

- Het gaat er om dat het meetinstrument in het verslagjaar is afgenomen. Consultaire patiënten moeten altijd geëxcludeerd worden. Voor verdere exclusiecriteria zie het kader bij de betreffende vraag.
- Patiënten die meerdere keren in het verslagjaar zijn ontslagen, bijvoorbeeld ten gevolgen van behandeling van verschillende diagnoses, moeten meerdere keren worden meegeteld (geldt voor zowel teller als noemer).
- Poliklinische patiënten die worden ontslagen in het kalenderjaar die daarvoor aansluitend klinisch opgenomen waren dienen eenmaal te worden meegeteld (geldt voor zowel teller als noemer).
- Bij de vragen naar resultaatmeting en doelmatigheid is een antwoordoptie toegevoegd: *n (aantal waarnemingen) is te laag*. Vanwege de mogelijke herleidbaarheid tot individuele patiënten wordt de uitkomst niet gepubliceerd op de website van het kwaliteitsinstituut indien de teller en/of noemer waarmee het percentage wordt berekend lager is dan 5.

7. Resultaatmeting kinderen
Waarom kwaliteitsindicator Om de effectiviteit van behandeling te kunnen bepalen, zal eerst inzicht moeten worden verkregen in de resultaten die de behandeling heeft gehad. Om resultaten van behandeling te kunnen meten, zullen passende meetinstrumenten moeten worden toegepast. In diverse revalidatie-instellingen wordt geëxperimenteerd met de toepassing van meetinstrumenten om de resultaten van de behandeling te kunnen bepalen.
Definitie Bij de vraag over kinderen wordt vanwege de langdurende behandeling niet gevraagd naar het aantal ontslagen kinderen maar naar het aantal kinderen dat in 2015 nieuw in behandeling werd genomen. <i>Teller</i> Het aantal in 2015 nieuw in behandeling genomen kinderen (klinisch en poliklinisch) waarbij de schaalscores Zelfverzorging en/of Ambulantie van de PEDI-NL zijn geregistreerd (ontwikkelingsleeftijd minimaal 6 maanden en maximaal 7,5 jaar op het moment van afname van de PEDI-NL) <i>Noemer</i> Totaal aantal in 2015 nieuw in behandeling genomen kinderen, klinisch en poliklinisch, (ontwikkelingsleeftijd van 6 maanden tot 7,5 jaar op enig moment in 2015)
Type indicator Procesindicator

<p>Exclusie Kinderen met een ontwikkelingsleeftijd onder de 6 maanden en boven de 7,5 jaar. Niet van toepassing voor patiënten die uitsluitend consulten hebben ontvangen</p>
<p>Toelichting Er zijn diverse meetinstrumenten in omloop in de revalidatie-instellingen, die mogelijk een beeld kunnen geven van de resultaten van behandeling. In het verleden gebeurde dit vaak op projectbasis, inmiddels hebben meerdere instellingen klinimetrie op systematische wijze ingebouwd in de behandeling. Daarbij is de PEDI-NL specifiek voor kinderen uitgekozen door de sector om landelijke metingen mee te verrichten.</p> <p>Door weer te geven of men het meetinstrument PEDI-NL in de instelling toepast en op welk percentage van het aantal in behandeling genomen patiënten het wordt toegepast, wordt een indruk gegeven van de mate waarin een instelling met resultaatmeting bezig is. Het betreft dus nadrukkelijk een procesindicator, geen uitkomstindicator.</p>

<p>8. Resultaatmeting bij patiënten met een beenamputatie</p>
<p>Waarom kwaliteitsindicator Voor het vastleggen van het functionele niveau van prothesegebruikers wordt momenteel in veel revalidatiecentra en op veel revalidatieafdelingen de SIGAM / WAP schaal gebruikt. Deze schaal is een vertaling en bewerking van een Engelse schaal, ontwikkeld door de SIGAM (Special Interest Group Amputation Medicine) van de BSRM. In de WAP is afgesproken dat ieder behandelcentrum (revalidatiecentrum of ziekenhuisafdeling) deze schaal gebruikt. Het is een maat voor voortgang van de behandeling, maar ook voor het eindresultaat.</p>
<p>Definitie Percentage SIGAM/WAP registratie mobiliteitsclassificatie</p> <p><i>Teller</i> Het aantal in 2015 ontslagen patiënten met een eerste of nieuwe beenamputatie waarbij de SIGAM/WAP is geregistreerd</p> <p><i>Noemer</i> Totaal aantal in 2015 ontslagen patiënten met een eerste of nieuwe beenamputatie</p>
<p>Type indicator Procesindicator</p>
<p>Inclusie Zie onderstaande diagnoseclassificatie</p>
<p>Exclusie Enkel-, voet- en teenamputaties. Niet van toepassing voor patiënten die uitsluitend consulten hebben ontvangen</p>
<p>Toelichting</p>

Inclusiecriteria SIGAM/WAP			
ICD 9		ICD 10	
icd9	icd_omsch	ICD 10	omschrijving
897.0	amputatie onderbeen: traumatisch (rev. na)	S88.1	Traumatische amputatie tussen knie en enkel
897.2	amputatie bovenbeen: traumatisch (rev. na)	S78.1	Traumatische amputatie tussen heup en knie
897.6	amputatie o.e.: beide zijden traumatisch (rev. na)	T05.5	Traumatische amputatie van beide benen [elk niveau]
V57.8M1	amputatie bovenbeen: overig of nno (rev. na)	Z50.8M1	Zorg met gebruikmaking van revalidatiebehandeling, niet gespecificeerd
V57.8M2	amputatie bovenbeen: tgv maligniteit (rev. na)	Z50.8M2	Zorg met gebruikmaking van revalidatiebehandeling, niet gespecificeerd
V57.8M3	amputatie bovenbeen: tgv vaatlijden (rev. na)	Z50.8M3	Zorg met gebruikmaking van revalidatiebehandeling, niet gespecificeerd
V57.8M4	amputatie bovenbeen: tgv diab.mellitus (rev. na)	Z50.8M4	Zorg met gebruikmaking van revalidatiebehandeling, niet gespecificeerd
V57.8M5	amputatie bovenbeen: tgv infectie (rev. na)	Z50.8M5	Zorg met gebruikmaking van revalidatiebehandeling, niet gespecificeerd
V57.8O1	amputatie onderbeen: overig of nno (rev. na)	Z50.8O1	Zorg met gebruikmaking van revalidatiebehandeling, niet gespecificeerd
V57.8O2	amputatie onderbeen: tgv maligniteit (rev. na)	Z50.8O2	Zorg met gebruikmaking van revalidatiebehandeling, niet gespecificeerd
V57.8O3	amputatie onderbeen: tgv vaatlijden (rev. na)	Z50.8O3	Zorg met gebruikmaking van revalidatiebehandeling, niet gespecificeerd
V57.8O4	amputatie onderbeen: tgv diab.mellitus (rev. na)	Z50.8O4	Zorg met gebruikmaking van revalidatiebehandeling, niet gespecificeerd
V57.8O5	amputatie onderbeen: tgv infectie (rev. na)	Z50.8O5	Zorg met gebruikmaking van revalidatiebehandeling, niet gespecificeerd
V57.8S1	amputatie o.e.: overig of nno (rev. na)	Z50.8S1	Zorg met gebruikmaking van revalidatiebehandeling, niet gespecificeerd
V57.8S2	amputatie o.e.: tgv maligniteit (rev. na)	Z50.8S2	Zorg met gebruikmaking van revalidatiebehandeling, niet gespecificeerd
V57.8S3	amputatie o.e.: tgv vaatlijden (rev. na)	Z50.8S3	Zorg met gebruikmaking van revalidatiebehandeling, niet gespecificeerd
V57.8S4	amputatie o.e.: tgv diabetes mellitus (rev. na)	Z50.8S4	Zorg met gebruikmaking van revalidatiebehandeling, niet gespecificeerd
V57.8S5	amputatie o.e.: tgv infectie (rev. na)	Z50.8S5	Zorg met gebruikmaking van revalidatiebehandeling, niet gespecificeerd

9. Resultaatmeting bij patiënten met chronische pijn
<p>Waarom kwaliteitsindicator</p> <p>Pijnrevalidatie heeft voornamelijk als doel het verminderen van de ervaren beperkingen. Aangezien de Pain Disability Index op de meeste relevante levensgebieden beperkingen meet, internationaal veel gebruikt wordt, onderdeel uitmaakt van de Nederlandse dataset chronische pijn, is dit meetinstrument een zeer goede indicator voor het effect van multidisciplinaire pijnrevalidatie.</p>
<p>Definitie</p> <p><i>Pain Disability Index</i></p> <p><i>Teller</i> Aantal in 2015 ontslagen patiënten met chronische pijnklachten waarbij de Pain Disability Index is geregistreerd</p> <p><i>Noemer</i> Totaal aantal in 2015 ontslagen patiënten met chronische pijnklachten</p>
<p>Type indicator Procesindicator</p>
<p>Inclusie Zie onderstaande diagnoseclassificatie</p>
<p>Exclusie Niet van toepassing voor patiënten die uitsluitend consulten hebben ontvangen</p>
<p>Toelichting</p> <p>Deze korte vragenlijst, ontwikkeld door Pollard 1, meet de invloed van pijnklachten op het algemeen functioneren binnen 7 gebieden: gezin/huishouden, recreatie, sociale activiteiten, beroep, seksueel gedrag, zelfverzorging en levensnoodzakelijke functies.</p> <p>Per vraag moet antwoord gegeven worden op een numerieke 11 puntsschaal. De score 0 betekent 'niet beperkt' en de score 11 betekent 'onmogelijk'. De totaalscore is de som van de individuele scores. Deze kan variëren van 0-70.</p>

Inclusiecriteria Pain Disability Index			
ICD 9		ICD 10	
711-715		#N/B	#N/B
718.80	hypermobiliteit	#N/B	#N/B
718.85	chronisch bekken(instabiliteits)klachten	#N/B	#N/B
719.40	gewrichtspijn	#N/B	#N/B
719.41	gewrichtspijn schouderstreek	#N/B	#N/B
719.43	gewrichtspijn pols	#N/B	#N/B
719.45	gewrichtspijn bekken/heup	#N/B	#N/B
719.46	gewrichtspijn onderbeen/knie	#N/B	#N/B
722.80	status na rug ok	#N/B	#N/B
723.1	pijn cwk	#N/B	#N/B
723.3	cervicobrachialgie	#N/B	#N/B
724.1	pijn twk	#N/B	#N/B

724.5	chronische rugklachten	#N/B	#N/B
726.90	cans	#N/B	#N/B
729.1	fibromyalgie	#N/B	#N/B
729.2	crps 2	#N/B	#N/B
729.5	pijnsyndroom in een extremiteit	#N/B	#N/B
733.7	CRPS als pijnsyndroom	#N/B	#N/B
742.2	pijn lwk	#N/B	#N/B
780.7	Chronisch vermoeidheidssyndroom/ CVS	#N/B	#N/B
780.9	chronisch pijnsyndroom	#N/B	#N/B
784.0	Hoofdpijn/aangezichtspijn	#N/B	#N/B
847.0	postwhiplash-syndroom	#N/B	#N/B

10. Resultaatmeting bij CVA-patiënten	
Waarom kwaliteitsindicator:	
<p>Een belangrijke voorwaarde voor klinische revalidatiebehandeling is de verbetering van het functioneren van de CVA-patiënt aan het eind van de revalidatiebehandeling.</p> <p>CVA leidt in vele gevallen tot beperkingen op het niveau van mobiliteit, zelfverzorging, cognitie, vermoeidheid en stemming. Deze beperkingen zijn van invloed op het welbevinden van de revalidant. Daarom is het van belang om deze beperkingen bij opname in de revalidatie-instelling uitgebreid in kaart te brengen en op basis daarvan samen met de revalidant individuele doelen te stellen, en deze tussentijds, en aan het eind van de klinische revalidatie te evalueren.</p>	
Definitie	
Functioneren op gebied van zelfstandigheid (mobiliteit en zelfverzorging).	
Percentage CVA-patiënten waarbij de USER is afgenomen dat gedurende opname minimaal 1 punt verbetert op Zelfstandigheid score (optelsom van mobiliteit en zelfverzorging) van de USER.	
<i>Teller</i>	
Aantal in 2015 ontslagen klinische CVA-patiënten waarbij de score voor zelfstandigheid (mobiliteit + zelfverzorging) op de USER tussen opname en ontslag minimaal 1 punt vooruit ging (verschilscore ontslag minus opname).	
<i>Noemer</i>	
Totaal aantal in 2015 ontslagen klinische CVA-patiënten waarbij de USER is afgenomen	
Type indicator	
Uitkomstindicator	
Inclusie	
Zie onderstaande diagnoseclassificatie	
Exclusie	
Niet van toepassing voor patiënten die geen klinische CVA-behandeling hebben ontvangen	
Toelichting	
<p>USER staat voor Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie. Dit meetinstrument is ontwikkeld en getest door het Kenniscentrum van De Hoogstraat.1 Het instrument wordt gebruikt om het resultaat van de klinische revalidatie zichtbaar te maken voor de revalidant en het team.</p> <p>De USER meet het functioneren van revalidanten op zes domeinen: mobiliteit, zelfverzorging, cognitie, pijn, vermoeidheid en stemming. De revalidant en het team krijgen snel en overzichtelijk te zien of de revalidatie naar wens verloopt.</p> <p>Functioneren op gebied van zelfstandigheid (mobiliteit en zelfverzorging) is op dit moment het beste meetbaar.</p> <p>Mogelijk dat bij consequent gebruik van de USER in de toekomst nog andere indicatoren uit de USER voortkomen.</p>	
1. Post MW, van de Port IG, Kap B, Berdenis van Berlekom SH. Development and validation of the Utrecht Scale for Evaluation of Clinical Rehabilitation (USER). Clin Rehabil. 2009 Oct;23(10):909-17.	

Inclusiecriteria USER			
ICD 9		ICD 10	
430	cva bloeding subarachnoidaal: nno	I60.9	Subarachnoïdale bloeding niet gespecificeerd
431	cva bloeding intraduraal: nno	I61.9	Intracerebrale bloeding niet gespecificeerd

Inclusiecriteria USER			
ICD 9		ICD 10	
436	cva onbloedig: nno	I63.9	Cerebraal infarct niet gespecificeerd
438	cva laat gevolg nno	I64	Beroerte niet gespecificeerd als bloeding of infarct
431A	cva bloeding intraduraal: linker hemisfeer	I61.2	Intracerebrale bloeding in hemisfeer, niet gespecificeerd
431B	cva bloeding intraduraal: rechter hemisfeer	I61.2A	Intracerebrale bloeding in hemisfeer, niet gespecificeerd
431D	cva bloeding intraduraal: multiple lok.	I61.6	Intracerebrale bloeding met multiple lokalisaties
432.0	cva bloeding extraduraal: nno	I62.1	Niet-traumatische extradurale bloeding
432.0A	cva bloeding extraduraal: linker hemisfeer	I62.1A	Niet-traumatische extradurale bloeding
432.0B	cva bloeding extraduraal: rechter hemisfeer	I62.1B	Niet-traumatische extradurale bloeding
432.0D	cva bloeding extraduraal: multiple lok.	I62.1C	Niet-traumatische extradurale bloeding
432.1	cva bloeding subduraal: nno	I62.0	Subdurale bloeding (acuut)(niet-traumatisch)
432.9	cva bloeding intracraniale: nno	I62.9	Intracraniale bloeding (niet-traumatisch), niet gespecificeerd
433.0	afsluiting/stenose precer. arterie basilaris	I65.1	Occlusie en stenose van arteria basilaris
433.1	afsluiting/stenose precer. arterie carotis	I65.2	Occlusie en stenose van arteria carotis
433.3	afsluiting/stenose precer. arterie multi+bilat.	I65.3	Occlusie en stenose van multiple en bilaterale precerebrale arteriën
433.9	afsluiting/stenose precer. arterie nno	I65.9	Occlusie en stenose van niet gespecificeerde precerebrale arterie
434.0	cva afsluiting cerebrale trombose	I63.3	Cerebraal infarct door trombose van cerebrale arteriën
434.9	cva afsluiting cerebrale arterie nno	I63.5	Cerebraal infarct door niet gespecificeerde occlusie of stenose van cerebrale
435.1	arteria vertebralis syndroom	G45.0	Vertebrobasilarissyndroom
435.9	passagere cerebrale ischemie nno	G45.9	'Transient (cerebral) ischaemic attack' [TIA], niet gespecificeerd
436A	cva onbloedig: linker hemisfeer	I64.A	Beroerte, niet gespecificeerd als bloeding of infarct
436B	cva onbloedig: rechter hemisfeer	I64.B	Beroerte, niet gespecificeerd als bloeding of infarct
436C	cva onbloedig: hersenstam	I64.C	Beroerte, niet gespecificeerd als bloeding of infarct
436D	cva onbloedig: multiple lok.	I64.D	Beroerte, niet gespecificeerd als bloeding of infarct
437.0	cerebrale atherosclerose	I67.2	Cerebrale atherosclerose
437.1	cva door (gegeneraliseerd) ischemie nno	I67.8	Overige gespecificeerde cerebrovasculaire ziekten
437.2	hypertensieve encephalopathie	I67.4	Hypertensieve encefalopathie
437.5	moyamoya ziekte	I67.5	Mojamoja-ziekte
437.9	cva nno	I67.9	Cerebrovasculaire ziekte, niet gespecificeerd
438A	cva cognitieve stoornis laat gevolg	I69.4A	Late gevolgen van beroerte, niet gespecificeerd als bloeding of infarct
438B	cva hemiplegie laat gevolg, excl. cogn.	I69.4B	Late gevolgen van beroerte, niet gespecificeerd als bloeding of infarct

11. Doelmatigheid
<p>Waarom kwaliteitsindicator</p> <p>Een belangrijke voorwaarde voor klinische revalidatiebehandeling is de prognose dat de patiënt aan het eind van de revalidatiebehandeling weer zelfstandig gaat wonen.</p> <p>Naast individuele doelen en ontslag naar huis uit klinische revalidatie is er voor gezondheid en welbevinden van mensen met blijvende beperkingen een andere belangrijke maar meer generieke uitkomst van de revalidatiebehandeling. Dit is de mate van zelfstandigheid.</p> <p>In deze vragen gaat het om de doelmatigheid bij ontslag naar huis. Het percentage van de patiënten dat (weer) zelfstandig gaat wonen na ontslag per gewogen behandeluur.</p> <p>Bij de berekening van de gemiddelde gewogen behandelinzet gaat het om de gemiddelde volledige behandel inzet gedurende het behandeltraject, niet alleen de behandelinzet in het verslagjaar.</p>
<p>Definitie</p> <p><i>Zelfstandig wonen/ontslag naar huis</i> Patiënten die in de thuissituatie (met of zonder AWBZ-zorg en WMO-voorzieningen) verblijven.</p> <p><i>Percentage patiënten die zelfstandig gaan wonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teller = Het aantal uit klinische revalidatiebehandeling ontslagen patiënten (van 1 januari tot en met 31 december 2015) dat weer in een eigen, eventueel aangepast woonsituatie gaat functioneren. - Noemer = Het totaal aantal uit klinische revalidatiebehandeling ontslagen patiënten van 1 januari tot en met 31 december 2015. <p><i>Gemiddelde behandelinzet</i> Aantal <u>gewogen</u> behandeluren (en/of gedeelten daarvan) dat voor de in 2014 ontslagen klinische patiënt werd besteed aan klinische revalidatiebehandeling (Bij de berekening van de gemiddelde gewogen behandelinzet gaat het om de gemiddelde volledige behandel inzet gedurende het behandeltraject, niet alleen de behandelinzet in het verslagjaar). Behandelingen besteed aan poliklinische (vervolg)behandeling worden hierin <u>niet</u> meegenomen. Om het aantal gewogen behandeluren te bepalen dient de inzet van de betreffende behandeldiscipline (in uren) te worden vermenigvuldigd met de disciplinespecifieke weegfactoren. Hiermee wordt aangesloten bij de bekostigingssystematiek die vanaf 1 januari 2013 voor de medisch specialistische revalidatie geldend is.</p> <p><i>Definitie hoge/lage dwarslaesiepatiënten</i> Dwarslaesie hoog: C1-C8, T1-T6 Dwarslaesie laag: T7-T12 en lager</p>
<p>Type indicator Uitkomstindicator</p>
<p>Exclusie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinderen jonger dan 18 jaar - Niet klinisch opgenomen patiënten (inclusief patiënten die uitsluitend consulten hebben ontvangen).

Toelichting

'Zelfstandig gaan wonen' ("teller") wordt weliswaar vertaald in "ontslag naar eigen woning" (ontslagcode: EW) maar in de praktijk is dat niet altijd het huis waar in de periode voorafgaand aan de klinische revalidatie werd gewoond. De indicatiestelling revalidatiezorg beschrijft het als 'de mogelijkheid dat de patiënt weer op termijn in een eigen, eventueel aangepaste, woonsituatie kan functioneren'. Omdat het over het algemeen zo is dat het patiënten met complexe problematiek zijn, die geïndiceerd zijn voor klinische zorg, is de uitkomst niet altijd in overeenstemming met de prognose, de revalidatiegeneeskunde begeeft zich immers vaak op de grens van het mogelijke en onmogelijke. Een revalidatiecentrum dat scherp indiceert zal geen 100% score op zelfstandigheid ("teller") halen.

Het kan voorkomen dat patiënten niet direct naar huis gaan maar tijdelijk naar het verpleeghuis, met het doel om op de kortst mogelijke termijn wel naar huis te gaan. Dit is soms niet mogelijk omdat door de gemeente de verplichting om voor geschikte woonruimte te zorgen niet kan worden nagekomen. Wanneer dit het geval is en deze groep patiënten maakt een substantieel onderdeel uit van het totale aantal ontslagen patiënten, dan wordt gevraagd dit aantal mee te nemen in de teller.

In 2004 en 2005 is geconstateerd dat de ontslagpercentages variëren tussen 60% en 99%. Het vermoeden bestaat dat bij een ontslagpercentage lager dan circa 85% in de gegevens ook patiënten zijn meegenomen die feitelijk naar huis zijn gegaan, maar waarvan in de ontslagomschrijving staat dat zij zijn doorverwezen naar het ziekenhuis voor verdere (poliklinische) revalidatiebehandeling of andere (poliklinische) ziekenhuisbehandeling. Denkt u ook aan een correctie voor patiënten die tijdelijk terug gaan naar het ziekenhuis voor klinische behandeling daar?

Uit de evaluatie over 2006 komt naar voren dat een onderscheid gewenst is tussen ontslag bij volwassenen en kinderen. Vanaf 2007 worden de ontslagpercentages daarom voor beide groepen apart geïventariseerd. Het beperkte aantal kinderbedden en de variatie van jaar tot jaar kunnen de vergelijkbaarheid bemoeilijken. Daarom is ervoor gekozen om betreffende patiëntencategorie met ingang van 1 januari 2013 te excluseren.

Vanaf 2013 is op verzoek van verzekeraars een nader onderscheid naar de doelgroepen CVA-patiënten, dwarslaesiepatiënten (uitgesplitst naar lage en hoge dwarslaesiepatiënten) en patiënten met traumatisch hersenletsel aangebracht, gerelateerd aan de behandelinzet.

Er is geen standaard beschikbaar voor het meten van de uitkomsten bij patiëntendoelgroepen in de revalidatie. Door openbaar te maken wat de resultaten zijn, kunnen buitenstaanders (zoals zorgverzekeraars, patiënten en patiëntenorganisaties) beoordelen op welk niveau de revalidatie-instelling presteert volgens de eigen systematiek.

Interpretatie

De uitkomst van deze indicator betreft de verhouding van ontslagrealisatie (% ontslag naar huis) naar behandelinzet (gewogen behandeluren). Hiermee is de uitkomst een aanduiding (indicatie) voor doelmatigheid, maar kan niet worden uitgelegd als procentuele doelmatigheidsrealisatie. Immers, de uitkomst van deze verhouding betreft een schaal van 0 tot oneindig, waarbij instellingen in werkelijkheid enkele (fracties van) procenten ontslagrealisatie per gewogen behandeluur zullen realiseren.

Tijdigheid

Algemene toelichting

Tijdigheid wordt hier gedefinieerd als 'het leveren van zorg op de juiste tijd'. Deze indicatorenverzameling beperkt zich tot de tijdige start van een behandeling. Er wordt gevraagd naar het percentage patiënten dat tijdig kon starten bij het eerste onderzoek, de poliklinische revalidatiebehandeling en de klinische revalidatiebehandeling.

12. Wachttijden
Waarom kwaliteitsindicator Voor het bepalen van de tijdigheid van behandeling wordt op hoofdlijnen aangesloten bij de landelijke afspraken over wachttijden zoals vastgelegd in de zogenaamde "Treeknormen". In overleg met de wetenschappelijke vereniging wordt op 2 onderdelen hiervan afgeweken: - Een periode van 4 weken wordt gehanteerd als maximale wachttijd tot klinische revalidatiebehandeling. - Voor de overname van patiënten met een acuut CVA wordt een andere norm gehanteerd (maximaal 2 weken).
Definities <i>Tijdig starten bij eerste onderzoek</i> Patiënt heeft maximaal 4 weken hoeven te wachten tussen het moment van aanmelden voor een poliklinisch consult (eerste onderzoek) en het eerste consultair contact met de revalidatiearts. <i>Tijdig starten poliklinische revalidatiebehandeling</i> Patiënt heeft maximaal 4 weken hoeven te wachten op de start van een poliklinische revalidatiebehandeling. <i>Tijdig starten klinische revalidatiebehandeling</i> Patiënt heeft maximaal 4 weken hoeven te wachten op de start van een klinische revalidatiebehandeling. <i>Wachttijd poliklinisch consult (eerste onderzoek)</i> Het aantal kalenderdagen tussen het moment van beschikbaarheid van de patiënt tot aan de eerste declarabele verrichting (daadwerkelijke startdatum) binnen behandelvorm – C – als dit de eerste behandelvorm binnen een zorgtraject is. Bij annulering of verzetten van een afspraak door patiënt moet de datum van beschikbaarheid gewijzigd worden in de nieuwe beschikbaarheidsdatum. <i>Wachttijd poliklinische revalidatiebehandeling</i> Het aantal kalenderdagen tussen de dag waarop de patiënt na de indicatiestelling, beschikbaar is en de eerste declarabele verrichting (daadwerkelijke startdatum) binnen de (soort) behandelvorm – D - . Dit geldt alleen voor de eerste geopende behandelvorm – D – binnen één zorgtraject die niet direct aansluit op een klinische periode. <i>Wachttijd klinische revalidatiebehandeling</i> Het gaat hier om alle diagnosegroepen, inclusief CVA. Het aantal kalenderdagen tussen de dag waarop de patiënt, na de indicatiestelling, beschikbaar is en de eerste declarabele verrichting (daadwerkelijke startdatum) binnen de (soort) behandelvorm – K - . Dit geldt alleen voor de eerste geopende behandelvorm – K – binnen één zorgtraject mits deze niet direct aansluit aan een voorafgaande poliklinische periode. <i>Wachttijd klinische opname, diagnosegroep acuut CVA</i> Het gaat hier om patiënten met een acuut CVA. Overname door het revalidatiecentrum binnen twee weken na aanmelding door de revalidatiearts in het ziekenhuis. <i>Percentage patiënten dat tijdig kon starten.</i> - Teller = Aantal patiënten dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december 2015 <u>tijdig</u> kon starten volgens de norm van de betreffende behandelvorm.

- Noemer = Totaal aantal patiënten dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december 2015 is gestart binnen de betreffende behandelvorm

Type indicator
Uitkomstindicator

Exclusie
12.2 t/m 12.4:
Niet van toepassing voor patiënten die uitsluitend consulten hebben ontvangen

Toelichting
Wachttijden kunnen van belang zijn bij de keuze van een patiënt voor een zorgaanbieder. Gevraagd wordt voor de drie behandelvormen aan te geven welk percentage van de patiënten tijdig kon starten.
Gebaseerd op de CVA beroerte richtlijn 2009 wordt voor patiënten met een acuut CVA een wachttijd norm voor overname door de revalidatie-instelling gehanteerd van twee weken.

Transparantie

Algemene toelichting

Transparantie wordt hier gedefinieerd als inzicht verschaffen in werkwijze en de te leveren/geleverde kwaliteit.

13. Keurmerken
Waarom kwaliteitsindicator In 2008/2009 is door de Stichting HKZ het certificatieschema medisch specialistische revalidatiezorg ontwikkeld. Uit het behalen van een dergelijk certificaat blijkt dat een instelling voldoet aan de gestelde normen in het certificatieschema. Daarnaast bestaan andere revalidatiegeneeskunde-overstijgende certificatieschema's, waaronder NIAZ. Inmiddels beschikken echter (vrijwel) alle revalidatiecentra over HKZ-certificatie. Vanuit de belangstelling voor onderscheidend vermogen volstaat de vraag naar HKZ en NIAZ daarom niet langer. Juist andere keurmerken worden verondersteld potentieel onderscheidend te zijn tussen revalidatie-instellingen. Daarom wordt vanaf verslagjaar 2015 geïnformeerd naar keurmerken zoals deze binnen het Kwaliteitsvenster Revalidatie worden gehanteerd.
Definitie
Type indicator Structuurindicator
Exclusie Geen
Toelichting Deze indicator in de set van 2015 is er voor bedoeld om transparantie te krijgen over het % instellingen dat over geselecteerde keurmerken beschikt.

Samenwerking

Algemene toelichting

Door betrokkenheid van meerdere disciplines bij het revalidatiebehandelteam is de revalidant verzekerd van beschikbaarheid van verschillende vormen van expertise. Gezien de multidisciplinaire aard van de medisch specialistische revalidatiezorg, is samenwerking binnen en tussen instellingen medebepalend voor de kwaliteit van de dienstverlening.

14. Samenwerking met patiëntenvertegenwoordigers
Waarom kwaliteitsindicator Samenwerking met vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen brengt het patiëntenperspectief in de organisatie. Inhoud en organisatie van de zorg kan sterk worden beïnvloed door dit soort contacten. Professionele opvattingen van kwaliteit kunnen immers verschillen van kwaliteit zoals de patiënt die ervaart. Daar staat tegenover dat professionals een belangrijke adviserende rol kunnen hebben bij patiëntenverenigingen, wat de kwaliteit van de patiëntenvertegenwoordiging weer kan beïnvloeden.
Definitie <i>Systematisch overleg</i> Een overleg dat met een vooraf afgesproken frequentie plaatsvindt, aan de hand van een overeengekomen agenda en met een gezamenlijk doel voor ogen.
Type indicator Structuurindicator
Exclusie Geen
Toelichting Gevraagd wordt aan te geven welke de belangrijkste patiëntencategorieën binnen de instelling zijn en of en zo ja met welke belangrijkste patiëntenvertegenwoordigers door de instelling systematisch overleg wordt gevoerd.

Ervaringsindikatoren

15. Algeheel rapportcijfer
Waarom kwaliteitsindicator Het algehele rapportcijfer wordt als eindoordeel van de patiënt opgevat en vormt daarmee belangrijke informatie over de patiënt-tevredenheid.
Definitie De patiënt wordt gevraagd om de volgende vraag te beantwoorden: Welk rapportcijfer geeft u de revalidatie-instelling? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <i>Algeheel rapportcijfer</i> Het gemiddelde rapportcijfer dat alle patiënten tezamen toekennen aan de privacy bij de lichamelijke verzorging. - Teller = Het totaal van de toegekende rapportcijfers door alle patiënten - Noemer = Het totaal aantal patiënten dat een rapportcijfer heeft toegekend
Type indicator Uitkomstindicator
Exclusie Geen
Toelichting Gevraagd wordt naar het algehele oordeel van de revalidant.

16. Aanbeveling
Waarom kwaliteitsindicator De vraag of een individu een dienst of service zou aanbevelen aan anderen wordt in consumentenonderzoek beschouwd als de ultieme vraag om tevredenheid mee in kaart te brengen.
Definitie De patiënt wordt gevraagd om de volgende vraag te beantwoorden: Zou u deze revalidatie-instelling bij andere revalidatiepatiënten aanbevelen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <i>Aanbeveling</i> Het percentage van de patiënten dat de revalidatie-instelling bij andere revalidatiepatiënten zou aanbevelen. - Teller = Het totaal aantal keren waarmee bovenstaande vraag met “Ja” is beantwoord - Noemer = Het totaal aantal keren dat bovenstaande vraag beantwoord is
Type indicator Uitkomstindicator
Exclusie Geen
Toelichting Gevraagd wordt of de revalidant de revalidatie-instelling zou aanbevelen bij andere revalidatiepatiënten.

17. Privacy
Waarom kwaliteitsindicator Voor revalidanten bestaat veilige zorg onder andere uit het hebben van vertrouwen in de zorgverleners. Het respecteren van privacy, bijvoorbeeld door hier bij de inrichting van het gebouw en de kamers rekening mee te houden, draagt hieraan bij.
Definitie De patiënt wordt gevraagd om de volgende vraag te beantwoorden: Welk rapportcijfer geeft u de privacy bij de lichamelijke verzorging? (zoals bij toiletgebruik, wassen en kleden) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

- 7
- 8
- 9
- 10

Privacy

Het gemiddelde rapportcijfer dat alle patiënten tezamen toekennen aan de privacy bij de lichamelijke verzorging.

- Teller = Het totaal van de toegekende rapportcijfers door alle patiënten
- Noemer = Het totaal aantal patiënten dat een rapportcijfer heeft toegekend

Type indicator

Uitkomstindicator

Exclusie

Niet van toepassing voor patiënten die geen klinische behandeling hebben ontvangen

Toelichting

Gevraagd wordt of de revalidant privacy ervaren heeft tijdens de lichamelijke verzorging (zoals bij toiletgebruik, wassen en kleden).

18. Bejegening

Waarom kwaliteitsindicator

De wijze waarop zorgverleners omgaan met revalidanten (bejegening) is van invloed op de ervaren veiligheid en op het vertrouwen in zorgverleners. Daarmee draagt het bij aan de algehele tevredenheid van de revalidant.

Definitie

De patiënt wordt gevraagd om de volgende vragen te beantwoorden:

Nam uw revalidatiearts u serieus? Een 1 betekent: mijn revalidatiearts nam mij helemaal niet serieus. Een 10 betekent: mijn revalidatiearts nam mij volledig serieus.

- 1 Revalidatiearts nam mij helemaal niet serieus
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Revalidatiearts nam mij volledig serieus

Namen de medewerkers, bij de ontvangst in de revalidatie-instelling, u serieus? Een 1 betekent: de medewerkers namen mij, bij de ontvangst in de revalidatie-instelling, helemaal niet serieus. Een 10 betekent: de medewerkers namen mij, bij de ontvangst in de revalidatie-instelling, volledig serieus.

- 1 Medewerkers namen mij bij ontvangst helemaal niet serieus

- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Medewerkers namen mij bij ontvangst volledig serieus

Legde uw revalidatiearts u dingen op een begrijpelijke manier uit? Een 1 betekent: mijn revalidatiearts legde mij dingen helemaal niet begrijpelijk uit. Een 10 betekent: mijn revalidatiearts legde mij dingen volledig begrijpelijk uit.

- 1 Revalidatiearts legde dingen helemaal niet begrijpelijk uit
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Revalidatiearts legde dingen volledig begrijpelijk uit

Legden de medewerkers, bij de ontvangst in de revalidatie-instelling, u dingen op een begrijpelijke manier uit? Een 1 betekent: de medewerkers legden, bij de ontvangst in de revalidatie-instelling, mij dingen helemaal niet begrijpelijk uit. Een 10 betekent: de medewerkers legden, bij de ontvangst in de revalidatie-instelling, mij dingen volledig begrijpelijk uit.

- 1 Medewerkers legden, bij ontvangst, dingen helemaal niet begrijpelijk uit
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Medewerkers legden, bij ontvangst, dingen volledig begrijpelijk uit

Bejegening

Voor elk van de gepresenteerde vier onderdelen van bejegening geldt:

Het gemiddelde rapportcijfer dat alle patiënten tezamen toekennen aan het onderdeel van bejegening.

- Teller = Het totaal van de gegeven rapportcijfers door alle patiënten
- Noemer = Het totaal aantal patiënten dat een rapportcijfer heeft gegeven

Type indicator
Uitkomstindicator

Exclusie

Geen
Toelichting
<p><i>Serius nemen</i> Uitgangspunt is dat er sprake is van een gelijkwaardige relatie tussen zorgverlener en revalidant. Dit draagt ertoe bij dat suggesties van revalidanten worden gerespecteerd en meegenomen. Revalidanten ervaren aandacht voor hun welbevinden op het moment dat zij respectvol en met empathie bejegend worden. Het gaat daarbij om persoonlijke aandacht, de tijd nemen, een open en luisterende houding aannemen. Gevraagd wordt of de revalidant zich serieus genomen voelt door enerzijds zijn/haar revalidatiearts en anderzijds de medewerkers bij de ontvangst in de revalidatie-instelling.</p> <p><i>Begrijpelijke uitleg</i> Voor revalidanten is van belang dat revalidatie-instellingen aansluiten bij hun belevingswereld en wensen. Patiënttevredenheid wordt dan ook mede bepaald door de mate waarin informatie, voorlichting en educatie als begrijpelijk wordt ervaren.</p>

19. Fysieke toegankelijkheid
Waarom kwaliteitsindicator
Fysieke toegankelijkheid van revalidatie-instellingen is van invloed op de ervaren kwaliteit van de dienstverlening.
Definitie
De patiënt wordt gevraagd om de volgende vraag te beantwoorden: Welk rapportcijfer geeft u de fysieke toegankelijkheid van de instelling? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<p><i>Fysieke toegankelijkheid</i> Het gemiddelde rapportcijfer dat alle patiënten tezamen geven aan de privacy bij de lichamelijke verzorging.</p> <p>- Teller = Het totaal van de gegeven rapportcijfers door alle patiënten - Noemer = Het totaal aantal patiënten dat een rapportcijfer heeft gegeven</p>
Type indicator
Uitkomstindicator
Exclusie
Geen

Toelichting

Fysieke toegankelijkheid

Naast communicatieve bereikbaarheid, wordt de fysieke toegankelijkheid van belang geacht. Afwezigheid van liften, drempels, bewegwijzering, verlichting, toiletinrichting, etc. zijn voorbeelden van zaken die de ervaren fysieke toegankelijkheid kunnen beïnvloeden.

20. Behandelplan

Waarom kwaliteitsindicator

Regie over de zorg door de revalidant (voor zover gewenst en mogelijk) sluit aan bij de doelstellingen van revalidatiebehandeling. Bovendien kan het een bijdrage leveren aan de ervaren kwaliteit van dienstverlening. Overleg tussen behandelaar en revalidant over het behandelplan en de (evaluatie van) behandeldoelen bieden ondersteuning aan revalidanten bij het nemen van de regie over de zorg.

Definitie

De patiënt wordt gevraagd om de volgende vraag te beantwoorden:

Heeft u van uw behandelaar bij aanvang van de behandeling uw behandelplan aangeboden gekregen?

- Ja
 Nee

Behandelplan

Het percentage van de patiënten dat van zijn of haar behandelaar bij aanvang van de behandeling zijn/haar behandelplan aangeboden heeft gekregen

- Teller = Het totaal aantal keren waarmee bovenstaande vraag met "Ja" is beantwoord
- Noemer = Het totaal aantal keren dat bovenstaande vraag beantwoord is

Type indicator

Procesindicator

Exclusie

Niet van toepassing voor patiënten die uitsluitend consulten hebben ontvangen

Toelichting

De revalidant maakt desgewenst en indien mogelijk zelf keuzes ten aanzien van behandeling en zorg, voert de zorg zelf uit ("zelfzorg"), maakt en bewaakt afspraken met zorgverleners, beheert het (volledige) zorgplan, evalueert en stuurt bij. Waar nodig of gewenst vraagt de revalidant anderen om delen van de zorg over te nemen. Dit betekent dat de revalidant de mogelijkheid heeft om mee te beslissen over de zorg en behandeling gedurende de uitvoering van het gehele behandeltraject. Verder worden samen met de revalidant de taken van de revalidatiearts en zijn team besproken en vastgelegd.

Aanbieding behandelplan

De revalidant is samenwerkingspartner bij het opstellen en uitvoeren van zijn behandelplan. Om vervolgens zijn/haar rol te vervullen in de revalidatiebehandeling is van belang dat de revalidant over diens behandelplan kan beschikken. Gevraagd wordt of de revalidant bij aanvang van de behandeling diens behandelplan aangeboden heeft gekregen.

21. Informatievoorziening
Waarom kwaliteitsindicator Regie over de zorg door de revalidant (voor zover gewenst en mogelijk) sluit aan bij de doelstellingen van revalidatiebehandeling. Bovendien kan het een bijdrage leveren aan de ervaren kwaliteit van dienstverlening. Informatievoorziening aan de revalidant biedt ondersteuning aan revalidanten bij het nemen van de regie over de zorg.
Definitie De patiënt wordt de volgende vragen gesteld: Werd u tijdens uw behandeling door uw behandelaar gewezen op mogelijkheden tot lotgenotencontact? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Werd u tijdens uw behandeling gewezen op de aanwezigheid van een klachtenregeling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <i>Informatievoorziening</i> Voor elk van de gepresenteerde twee onderdelen van informatievoorziening geldt: - Teller = Het totaal aantal keren waarmee bovenstaande vraag met "Ja" is beantwoord - Noemer = Het totaal aantal keren dat bovenstaande vraag beantwoord is
Type indicator Procesindicator
Exclusie Geen
Toelichting <i>Lotgenotencontact</i> Naast informatievoorziening kan lotgenotencontact bijdragen aan de regievoering van de revalidant over diens zorgproces. De bekendheid onder revalidanten van de mogelijkheden tot lotgenotencontact wordt vergroot indien de behandelaar revalidanten hierop wijst. <i>Klachtenregeling</i> Wijzen op de aanwezigheid van een klachtenregeling tijdens de behandeling draagt bij aan een goed geïnformeerde revalidant.

22. Samenwerking binnen behandelteam
Waarom kwaliteitsindicator Afstemming tussen de werkzaamheden van de leden van het behandelteam draagt bij aan de voortgang van de revalidatiebehandeling en de realisatie van de behandeldoelen. Daarnaast is voor de ervaren kwaliteit van belang dat bekend is wie (eind)verantwoordelijk is voor de zorg en wie als aanspreekpunt fungeert.

Definitie

De patiënt wordt gevraagd om de volgende vraag te beantwoorden:

Heeft u het gevoel dat uw behandelteam goed op elkaar is ingespeeld? Een 1 betekent: mijn behandelteam is helemaal niet op elkaar ingespeeld. Een 10 betekent: mijn behandelteam is volledig op elkaar ingespeeld.

- 1 Behandelteam is helemaal niet op elkaar ingespeeld
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Behandelteam is volledig op elkaar ingespeeld

Samenwerking binnen behandelteam

Het gemiddelde rapportcijfer dat alle patiënten tezamen toekennen aan de samenwerking binnen het behandelteam

- Teller = Het totaal van de gegeven rapportcijfers door alle patiënten
- Noemer = Het totaal aantal patiënten dat een rapportcijfer heeft gegeven

Type indicator

Procesindicator

Exclusie

Geen

Toelichting*Samenwerking binnen behandelteam*

Gevraagd wordt of de revalidant het gevoel had dat het behandelteam goed op elkaar is ingespeeld.