



Indicatorenverzameling Inzicht in Revalidatie 2020

2 september 2019

Inhoud

Voorwoord.....	3
Definitielijst.....	5
Algemene gegevens	6
Productindicatoren.....	7
Veiligheid.....	8
Doelmatigheid	12
Tijdigheid.....	14
Functioneren medisch specialisten.....	16
Ervaringsindicatoren	17
Toelichting ervaringsindicatoren.....	18
Tevredenheid	19
Toegankelijkheid.....	19
Regie over de zorg	19
Samenwerking	20
Verklaring en definities.....	21
Productindicatoren.....	22
Ervaringsindicatoren	38

Voorwoord

Achtergrond

De bijgaande indicatorenverzameling (Inzicht in Revalidatie 2020) is in landelijk verband ontwikkeld door het Landelijk Steunpunt (mede)zeggenschap, Zorgverzekeraars Nederland, Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen en Revalidatie Nederland. Ook de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen NVZ is betrokken bij de totstandkoming van deze indicatorenverzameling.

Over verslagjaar 2020 leggen revalidatie-instellingen - dat wil zeggen: revalidatiecentra, revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen en ZBC's die medisch specialistische revalidatie aanbieden - door middel van de kwaliteitsindicatoren in deze set verantwoording af over de kwaliteit van de geleverde zorg. Tevens voldoen instellingen door de betreffende gegevensaanleveringen hiermee aan de wettelijke transparantieplichtingen. Revalidatie-instellingen leveren de Kwaliteitsindicatoren in elk geval aan op concernniveau. Indien gewenst kunnen er ook afzonderlijke locaties aangeleverd worden.

Reikwijdte

De vragen gaan over het revalidatiecentrum, de afdeling revalidatie van het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum.

In geval van ziekenhuisrevalidatie heeft elke vraag uitsluitend betrekking op de patiënten van de afdeling revalidatie. Het gaat dus niet over patiënten op andere afdelingen van het ziekenhuis.

Thematische indeling

- 1. Regie over de zorg**
Indicatoren 14 (Behandelplan), en 15 (Informatievoorziening)
- 2. Veiligheid**
Indicatoren 2 (Complicatieregistratie), 3 (Medicatieveiligheid), 4 (Ondervoeding), 5 (Revalidatieprotocol peri-operatief beleid beenamputaties)
- 3. Doelmatigheid**
Indicator 6 (Doelmatigheid)
- 4. Tijdigheid**
Indicator 7 (Wachttijden)
- 5. Functioneren medisch specialisten**
Indicator 8 (IFMS)
- 6. Tevredenheid**
Indicatoren 9 (Algeheel rapportcijfer), 10 (Aanbeveling), 11 (Privacy) en 12 (Bejegening)
- 7. Toegankelijkheid**
Indicator 13 (Fysieke toegankelijkheid)
- 8. Samenwerking**
Indicator 16 (Samenwerking binnen behandelteam)

Exclusie consultaire revalidatie

De prestatie-indicatoren zijn van toepassing op poliklinische en/of klinische revalidatie (afhankelijk van de indicator). De prestatie-indicatoren zijn nooit van toepassing indien er sprake is van consultaire revalidatie. Hoofdbehandelaarschap wordt als uitgangspunt genomen: wanneer in het geval van ziekenhuisrevalidatie de revalidatiearts geen hoofdbehandelaar is, zijn de prestatie-indicatoren niet van toepassing.

Onderscheid revalidatiecentra en revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen

De indicatoren zijn zowel van toepassing op revalidatiecentra als op revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen, als op ZBC's die medisch specialistische revalidatie bieden. Exclusiecriteria kunnen ertoe leiden dat bepaalde indicatoren door individuele revalidatie-instellingen niet hoeven te worden geregistreerd en ingevuld.

De uitkomsten op de ervaringsindicatoren (nr. 9 t/m 16) 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. Ervaringsindicatoren zijn niet verplicht voor revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen. Indien revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen wel ervaringsindicatoren aan willen leveren, is dit mogelijk. Ze kunnen daarbij aangeven of ze deze gegevens wel of niet door willen leveren aan het Zorg Instituut. Een toelichting op de uitvraag van de ervaringsindicatoren is opgenomen in het document *Handboek uitvraag ervaringsindicatoren*.

Vanaf de volgende pagina staan de indicatorvragen die aangeleverd moeten worden in het OmniQ portaal.

Definitielijst

Consultair: behandeling/behandelvorm met directe patiëntgebonden tijd en/of (tele)consulten verricht door alleen de arts, verpleegkundig specialist en/of de physician assistant, zonder verpleegdag(en)

Poliklinisch: behandeling/behandelvorm met directe patiëntgebonden tijd verricht door minimaal één andere discipline dan de arts, zonder verpleegdag(en)

Klinisch: behandeling/behandelvorm met minimaal één verpleegdag

Volwassenen en kinderen

De leeftijd van de patiënten wordt bepaald aan de hand van het geboortjaar van de patiënt: leeftijd = registratiejaar minus geboortjaar. Een patiënt die op basis van deze berekening 18 jaar of ouder is, valt in de categorie "volwassene". Jonger dan 18 jaar valt in de categorie "kind".

Volwassenen: patiënten met een geboortedatum tot en met 31/12/(rapportagejaar – 18 jaar)

Kinderen: patiënten met een geboortedatum na 31/12/(rapportagejaar – 18 jaar)

Voor het rapportagejaar 2020 betekent dit dus:

- Geboortedata tot en met 31-12-2002: categorie "volwassene"
- Geboortedata vanaf 1-1-2003 tot en met 31-12-2020: categorie "kind"

Nieuwe patiënt: Patiënt met start initiële DBC in rapportagejaar

Klinische opname: Elke opname in de kliniek – binnen een zorgtraject - waarbij óf geen sprake is van een eerdere opname óf de vorige ontslagdatum minimaal 42 dagen geleden is. Voor de definitie van "zorgtraject" geldt die van de NZa.

Ontslag: ontslag uit de instelling (verplaatsing van de patiënt naar een andere afdeling wordt niet meegeteld).

Zorgtraject definitie NZa

Na verwijzing naar een zorginstelling voor medisch specialistische zorg zal er voor de patiënt een zorgtraject geopend worden, indien voldaan wordt aan de regels voor het openen van een zorgtraject (beschreven in de Nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg').

Bron: Handleiding dbc-systematiek RZ17b

Een zorgtraject (...) wordt door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert geopend indien de patiënt van buiten de instelling (extern) of vanuit de eigen instelling (intern) bij een specialisme (ook op de SEH) komt met een reguliere of spoedeisende zorgvraag waar nog geen zorgtraject voor is geopend, of waarvan de behandeling en diagnostiek niet passen binnen de context van een bestaande zorgvraag waar reeds een zorgtraject voor bestaat.

Bron: Regeling medisch specialistische zorg (NR/REG-1732)

Gewogen behandeluren: de inzet van de betreffende behandeldiscipline (in uren) vermenigvuldigd met de discipline specifieke weegfactoren. Alleen declarabele tijd (indirecte tijd artsen niet meenemen).

Algemene gegevens

Per instelling worden de volgende gegevens vastgelegd:

Wat is het KvK-nummer van de organisatie?

Indien meerdere locaties aangeleverd worden: Wat is het KvK-vestigingsnummer van deze locatie?
.....

Wat is de officiële naam van de (locatie van de) revalidatie-instelling?

Wat is de postcode van de (locatie van de) revalidatie-instelling?.....

Wat is het huisnummer van de (locatie van de) revalidatie-instelling?

In welke plaats is de (locatie van de) revalidatie-instelling gehuisvest?

Wat is de AGB code van de (locatie van de) revalidatie-instelling?

Kunt u aangeven onder welke categorie uw (locatie van de) revalidatie-instelling valt?

- een (locatie van een) revalidatiecentrum met zowel klinische als poliklinische revalidatie
- een (locatie van een) revalidatiecentrum/ZBC met uitsluitend poliklinische revalidatie
- een revalidatieafdeling van een ziekenhuis met uitsluitend poliklinische revalidatie

Importeer instellingen

Wilt u de ervaringsindicatoren van Ipsos over nemen?

- Ja
- Nee

Productindicatoren

Veiligheid

1. Algemene indicatorvragen

1.1 Hoeveel patiënten nam u klinisch op in het verslagjaar (totaal aantal klinische opnamen in verslagjaar)?

- Aantal =
- Niet bekend
- NVT

1.2 Voor hoeveel patiënten heeft u een poliklinische behandeling gestart in het verslagjaar?

- Aantal =
- Niet bekend
- NVT

1.3 Hoeveel klinische patiënten heeft u ontslagen in het verslagjaar?

- Aantal =
- Niet bekend
- NVT

2. Complicatieregistratie

Decubitus

2.1.1 Registreert uw instelling decubitus, ontstaan in de klinische fase (opgelopen in het centrum)?

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

Indien ja op vraag 2.1.1

2.1.2 Is er een systematische bespreking van decubitus (opgelopen in de klinische fase)

- Ja
- Nee

Diep veneuze trombose en longembolie

2.2.1 Registreert uw instelling diep veneuze trombose (DVT) en longembolie (LE) bij klinische patiënten?

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

Indien ja op vraag 2.2.1

2.2.2 Is er een systematische bespreking van diep veneuze trombose (DVT) en longembolie (LE) (opgelopen in de klinische fase)

- Ja
- Nee

Pneumonie

2.3.1 Registreert uw instelling pneumonie opgelopen in de klinische fase?

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

Indien ja op vraag 2.3.1

2.3.2 Is er een systematische bespreking van pneumonie (opgelopen in de klinische fase)

- Ja
- Nee

Urineweginfecties

2.4.1 Registreert uw instelling urineweginfecties (UWI) opgelopen in de klinische fase?

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

Indien ja op vraag 2.4.1

2.4.2 Is er een systematische bespreking van urineweginfecties (UWI) (opgelopen in de klinische fase)

- Ja
- Nee

Complicaties ten gevolge van invasieve verrichtingen

2.5.1 Registreert uw instelling complicaties ten gevolge van invasieve verrichtingen?

- Ja
- Nee

Indien ja op vraag 2.5.1

2.5.2 Is er een systematische bespreking van complicaties ten gevolge van invasieve verrichtingen

- Ja
- Nee

3. Medicatieveiligheid

3.1 Elektronisch voorschrijven

3.1.1 Wordt er op 31 december van het verslagjaar in de instelling poliklinisch voorgeschreven met een elektronisch voorschrijfsysteem dat voorzien is van de vijf genoemde functionaliteiten (in de toelichting)?

- Ja
- Deels
- Nee

3.1.2 Toelichting bij 3.1.1 (verplicht bij antwoord deels of nee op vraag 3.1.1, waarbij aangegeven dient te worden welke afdelingen niet elektronisch voorschrijven):

3.1.3 Zijn er op 31 december van het verslagjaar vastgestelde werkafspraken over het vragen naar allergieën en overgevoeligheden aan iedere patiënt bij behandeling in de instelling?

- Ja
- Nee

3.1.4 Toelichting bij 3.1.3 (verplichting indien Nee op vraag 3.1.3):

3.1.5 Behandelt u kinderen jonger dan 12 jaar?

- Ja
- Nee

Indien ja op vraag 3.1.5:

3.1.6 In welke mate vindt in het verslagjaar (handmatige) doseringscontrole plaats tijdens de receptverwerking bij voorschriften voor kinderen jonger dan 12 jaar?

- In meer dan 95% van de situaties
- In 75% tot en met 95% van de situaties

- In 50% tot 75% van de situaties
- In minder dan 50% van de situaties
- N.v.t

3.1.7 Toelichting bij 3.1.6:

3.2 Medicatieverificatie opname

3.2.1 Is het percentage patiënten bij wie bij opname de medicatie is geverifieerd bekend?

- Ja
- Nee
- N.v.t.

Indien Ja bij vraag 3.2.1:

3.2.2 Wat is het aantal opgenomen patiënten bij wie bij opname de medicatieverificatie heeft plaatsgevonden?

3.2.3 Bij welke percentage patiënten is bij opname de medicatie geverifieerd? < Berekend veld:
Teller 3.2.2 / Noemer 1.1 = ... %>

Indien Nee of N.v.t. bij vraag 3.2.1:

3.2.4 Toelichting bij 3.2.1 (verplichting indien Nee of N.v.t. op vraag 3.2.1):

3.3 Medicatieverificatie ontslag

3.3.1 Is het percentage patiënten bij wie bij ontslag de medicatie is geverifieerd bekend?

- Ja
- Nee
- N.v.t.

Indien Ja bij vraag 3.3.1:

3.3.2 Wat is het aantal ontslagen patiënten bij wie bij ontslag de medicatieverificatie heeft plaatsgevonden?

3.3.3 Bij welke percentage patiënten is bij ontslag de medicatie geverifieerd? < Berekend veld:
Teller 3.3.2 / Noemer 1.3 = ... %>

Indien Nee of N.v.t. bij vraag 3.3.1:

3.3.4 Toelichting bij 3.3.1 (verplichting indien Nee of N.v.t. op vraag 3.3.1):

4. Ondervoeding

4.1. Screent de revalidatie-instelling de voedingstoestand van klinische patiënten bij opname?

- Ja
- Nee

Indien Ja bij vraag 4.1:

4.2 Welk instrument gebruikt het revalidatiecentrum om de voedingstoestand te meten bij klinische patiënten?

- SNAQ 65+ (Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+)
- Een ander instrument, namelijk ...

4.3 Hoeveel klinische patiënten zijn bij opname gescreend op ondervoeding?

4.4 Bij hoeveel klinische patiënten gaf het instrument aan dat er sprake was van ondervoeding?

4.5 Bij welk percentage van de patiënten dat gescreend is op ondervoeding, was er sprake van ondervoeding bij opname? <Berekend veld: Teller 4.4/ Noemer 4.3 =%>

4.6 Heeft de screening op ondervoeding geleid tot een beleid om de ondervoeding terug te dringen?

- Ja
- Nee

5. Revalidatieprotocol peri-operatief beleid beenamputaties (deze vraag geldt alleen voor revalidatieafdelingen van ziekenhuizen)

5.1 Is er een revalidatieprotocol voor het peri-operatieve beleid rond een beenamputatie?

- Ja
- Nee
- N.v.t. want ons ziekenhuis doet geen beenamputaties

6. Doelmatigheid

6.1 Doelmatigheid CVA

- 6.1.1 Heeft u geregistreerd of de in het verslagjaar uit klinische revalidatie ontslagen volwassen CVA-patiënten weer zelfstandig wonen?
- Ja
 - Nee
 - N.v.t., omdat onze instelling geen klinische CVA-patiënten behandelt

Indien Ja op vraag 6.1.1:

- 6.1.2 Wat is het aantal uit klinische revalidatie ontslagen volwassen CVA-patiënten (van 1 januari tot en met 31 december) dat weer in een eigen, eventueel aangepast woonsituatie gaat functioneren?
- 6.1.3 Wat is het totaal aantal uit klinische revalidatie ontslagen volwassen CVA-patiënten van 1 januari tot en met 31 december?
- 6.1.4 Wat is het percentage van de in het verslagjaar ontslagen volwassen klinische CVA-patiënten dat weer in een eigen, eventueel aangepaste, woonsituatie gaat functioneren? < Berekend veld: Teller 6.1.2 / Noemer 6.1.3 = ... % > Indien 6.1.2 of 6.1.3 niet gevuld is: Niet bekend
- 6.1.5 Wat is de gemiddelde behandelinzet (gemiddeld aantal gewogen behandeluren) gedurende de hele klinische behandeling (ook indien die behandeling voor het verslagjaar startte) van deze klinisch behandelde volwassen CVA-patiënten?
- Aantal uren ...
 - Niet bekend

6.2 Doelmatigheid lage dwarslaesie

- 6.2.1 Heeft u geregistreerd of de in het verslagjaar 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

Indien Ja op vraag 6.2.1:

- 6.2.2 Wat is het aantal uit klinische revalidatie ontslagen volwassen patiënten met een lage dwarslaesie (van 1 januari tot en met 31 december) dat weer in een eigen, eventueel aangepast woonsituatie gaat functioneren?
- 6.2.3 Wat is het totaal aantal uit klinische revalidatie ontslagen volwassen patiënten met een lage dwarslaesie van 1 januari tot en met 31 december?
- 6.2.4 Wat is het percentage van de in het verslagjaar ontslagen volwassen klinische patiënten met een lage dwarslaesie dat weer in een eigen, eventueel aangepaste, woonsituatie gaat functioneren? < Berekend veld: Teller 6.2.2 / Noemer 6.2.3 = ... % > Indien 6.2.2 of 6.2.3 niet gevuld is: Niet bekend
- 6.2.5 Wat is de gemiddelde behandelinzet (gemiddeld aantal gewogen behandeluren) gedurende de hele klinische behandeling (ook indien die behandeling voor het verslagjaar startte) van deze klinisch behandelde volwassen patiënten met een lage dwarslaesie?
- Aantal uren ...
 - Niet bekend

6.3 Doelmatigheid hoge dwarslaesie

- 6.3.1 Heeft u geregistreerd of de in het verslagjaar 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

Indien Ja op vraag 6.3.1:

- 6.3.2 Wat is het aantal uit klinische revalidatie ontslagen volwassen patiënten met een hoge dwarslaesie (van 1 januari tot en met 31 december) dat weer in een eigen, eventueel aangepaste woonsituatie gaat functioneren?
- 6.3.3 Wat is het totaal aantal uit klinische revalidatie ontslagen volwassen patiënten met een hoge dwarslaesie van 1 januari tot en met 31 december?
- 6.3.4 Wat is het percentage van de in het verslagjaar ontslagen volwassen klinische patiënten met een hoge dwarslaesie dat weer in een eigen, eventueel aangepaste, woonsituatie gaat functioneren? < Berekend veld: Teller 6.3.2 / Noemer 6.3.3 = ... % > Indien 6.3.2 of 6.3.3 niet gevuld is: Niet bekend
- 6.3.5 Wat is de gemiddelde behandelinzet (gemiddeld aantal gewogen behandeluren) gedurende de hele klinische behandeling (ook indien die behandeling voor het verslagjaar startte) van deze klinisch behandelde volwassen patiënten met een hoge dwarslaesie?
- Aantal uren ...
 - Niet bekend

6.4 Doelmatigheid traumatisch hersenletsel

- 6.4.1 Heeft u geregistreerd of de in het verslagjaar 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

Indien Ja op vraag 6.4.1:

- 6.4.2 Wat is het aantal uit klinische revalidatie ontslagen volwassen patiënten met traumatisch hersenletsel (van 1 januari tot en met 31 december) dat weer in een eigen, eventueel aangepast woonsituatie gaat functioneren?
- 6.4.3 Wat is het totaal aantal uit klinische revalidatie ontslagen volwassen patiënten met traumatisch hersenletsel van 1 januari tot en met 31 december?
- 6.4.4 Wat is het percentage van de in het verslagjaar ontslagen volwassen klinische patiënten met traumatisch hersenletsel dat weer in een eigen, eventueel aangepaste, woonsituatie gaat functioneren? < Berekend veld: Teller 6.4.2 / Noemer 6.4.3 = ... % > Indien 6.4.2 of 6.4.3 niet gevuld is: Niet bekend
- 6.4.5 Wat is de gemiddelde behandelinzet (gemiddeld aantal gewogen behandeluren) gedurende de hele klinische behandeling (ook indien die behandeling voor het verslagjaar startte) van deze klinisch behandelde volwassen patiënten met traumatisch hersenletsel?
- Aantal uren ...
 - Niet bekend

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 polikliniekbezoek, de poliklinische revalidatiebehandeling en de klinische revalidatiebehandeling.

7 Wachttijden

7.1 Wachttijden eerste polikliniekbezoek – Exclusief patiënten met chronische pijn

- 7.1.1 Heeft u de wachttijd voor het eerste polikliniekbezoek in het verslagjaar geregistreerd?
- Ja
 - Nee
 - N.v.t., omdat onze instelling geen eerste polikliniekbezoeken uitvoert

Indien Ja op vraag 7.1.1:

- 7.1.2 Wat is het aantal patiënten, met een andere diagnose dan chronische pijn, dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december maximaal 4 weken hoefde te wachten tussen het moment van definitief aanmelden voor een poliklinisch consult en het eerste polikliniekbezoek bij de revalidatie arts?
- 7.1.3 Wat is het totaal aantal patiënten, met een andere diagnose dan chronische pijn, dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december een eerste poliklinisch consult gehad heeft?
- 7.1.4 Wat was het percentage van de patiënten, met een andere diagnose dan chronische pijn, dat in het verslagjaar maximaal 4 weken hoefde te wachten tussen het moment van definitief aanmelden voor een poliklinisch consult en het eerste polikliniekbezoek bij de revalidatiearts? < Berekend veld: $\text{Teller 7.1.2} / \text{Noemer 7.1.3} = \dots \% >$ Indien 7.1.2 of 7.1.3 niet gevuld is: Niet bekend

7.2 Wachttijden eerste polikliniekbezoek – Chronische pijn

- 7.2.1 Heeft u de wachttijd voor het eerste polikliniekbezoek in het verslagjaar geregistreerd bij patiënten met chronische pijn?
- Ja
 - Nee
 - N.v.t., omdat onze instelling geen eerste polikliniekbezoeken uitvoert bij patiënten met chronische pijn

Indien Ja op vraag 7.2.1:

- 7.2.2 Wat is het aantal patiënten met chronische pijn dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december maximaal 4 weken hoefde te wachten tussen het moment van definitief aanmelden voor een poliklinisch consult en het eerste polikliniekbezoek bij de revalidatiearts?
- 7.2.3 Wat is het totaal aantal patiënten met chronische pijn dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december een eerste poliklinisch consult gehad heeft?
- 7.2.4 Wat was het percentage van de patiënten met chronische pijn dat in het verslagjaar maximaal 4 weken hoefde te wachten tussen het moment van definitief aanmelden voor een poliklinisch consult en het eerste polikliniekbezoek bij de revalidatiearts? < Berekend veld: $\text{Teller 7.2.2} / \text{Noemer 7.2.3} = \dots \% >$ Indien 7.2.2 of 7.2.3 niet gevuld is: Niet bekend

7.3 Wachttijden poliklinische revalidatiebehandeling – Exclusief patiënten met chronische pijn

- 7.3.1 Heeft u de wachttijd voor een poliklinische revalidatiebehandeling in het verslagjaar geregistreerd?
- Ja
 - Nee
 - N.v.t., omdat onze instelling geen poliklinische revalidatiebehandeling uitvoert

Indien Ja op vraag 7.3.1:

- 7.3.2 Wat is het aantal patiënten, met een andere diagnose dan chronische pijn, dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december maximaal 6 weken hoefde te wachten op de start van een poliklinische revalidatiebehandeling?
- 7.3.3 Wat is het totaal aantal patiënten, met een andere diagnose dan chronische pijn, dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december is gestart met een poliklinische revalidatiebehandeling?
- 7.3.4 Wat was het percentage van de patiënten, met een andere diagnose dan chronische pijn, dat in het verslagjaar maximaal 6 weken hoefde te wachten op de start van een poliklinische revalidatiebehandeling? < Berekend veld: Teller 7.3.2 / Noemer 7.3.3 = ... % > Indien 7.3.2 of 7.3.3 niet gevuld is: Niet bekend

7.4 Wachttijden poliklinische revalidatiebehandeling – Chronische pijn

- 7.4.1 Heeft u de wachttijd voor een poliklinische revalidatiebehandeling bij patiënten met chronische pijn in het verslagjaar geregistreerd?
- Ja
 - Nee
 - N.v.t., omdat onze instelling geen poliklinische revalidatiebehandeling uitvoert bij patiënten met chronische pijn

Indien Ja op vraag 7.4.1:

- 7.4.2 Wat is het aantal patiënten met chronische pijn dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december maximaal 6 weken hoefde te wachten op de start van een poliklinische revalidatiebehandeling?
- 7.4.3 Wat is het totaal aantal patiënten met chronische pijn dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december is gestart met een poliklinische revalidatiebehandeling?
- 7.4.4 Wat was het percentage van de patiënten met chronische pijn dat in het verslagjaar maximaal 6 weken hoefde te wachten op de start van een poliklinische revalidatiebehandeling? < Berekend veld: Teller 7.4.2 / Noemer 7.4.3 = ... % > Indien 7.4.2 of 7.4.3 niet gevuld is: Niet bekend

7.5 Wachttijden klinische revalidatiebehandeling

- 7.5.1 Heeft u de wachttijd voor een klinische revalidatiebehandeling in het verslagjaar geregistreerd?
- Ja
 - Nee
 - N.v.t., omdat onze instelling geen klinische revalidatiebehandeling uitvoert

Indien Ja op vraag 7.5.1:

- 7.5.2 Wat is het aantal patiënten dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december maximaal 2 weken hoefde te wachten op de start van een klinische revalidatiebehandeling?
- 7.5.3 Wat is het totaal aantal patiënten dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december is gestart met een klinische revalidatiebehandeling?
- 7.5.4 Wat was het percentage van de patiënten dat in het verslagjaar maximaal 2 weken hoefde te wachten op de start van een klinische revalidatiebehandeling? < Berekend veld: Teller 7.5.2 / Noemer 7.5.3 = ... % > Indien 7.5.2 of 7.5.3 niet gevuld is: Niet bekend

Functioneren medisch specialisten

Op 21 april 2008 is het Rapport IFMS (Individueel Functioneren van Medisch Specialisten) van de Orde van Medisch Specialisten na een succesvolle pilot officieel gepresenteerd. IFMS heeft als motto: 'van medisch specialisten, voor medisch specialisten' en richt zich op het versterken van het individueel functioneren van de medisch specialist. De medisch specialist houdt daartoe onder andere een portfolio bij van gegevens over de mate waarin en de wijze waarop hij/zij voldoet aan de zeven in de CCMS genoemde kerncompetenties. Daarnaast wordt de omgeving geraadpleegd, afhankelijk van de lokale invulling, inclusief de patiënt. Aan de hand van deze gegevens wordt een evaluatiegesprek gevoerd met een collega medisch specialist.

8 IFMS

- 8.1 Wat is het aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar aan minimaal één gesprek heeft deelgenomen?
... <aantal>
- 8.2 Wat is het totaal aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar werkzaamheden verricht heeft in de instelling (ongeacht het soort dienstverband)?
... <aantal>
- 8.3 Wat is het percentage medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar aan minimaal één gesprek heeft deelgenomen? < Berekend veld: Teller 8.1 / Noemer 8.2 = ... % > Indien 8.1 of 8.2 niet gevuld is: Niet bekend

Ervaringsindikatoren

Toelichting ervaringsindicatoren

De ervaringsindicatoren worden uitgevraagd op patiëntniveau waarbij de volgende extra gegevens worden uitgevraagd/vastgelegd:

- Behandelvorm
 - Klinische Revalidatie Behandeling
 - Poliklinische Revalidatie Behandeling
- Locatie
- Diagnose
- Leeftijd start behandeling
- Datum van ontslag

Daarnaast wordt bijgehouden hoeveel patiënten de enquête hebben gehad.

Aangeleverd wordt een databestand waaruit de indicatoren op de achtergrond automatisch samengesteld worden.

Hierbij gaat het alleen om ingevulde vragen. Een gemiddelde is dus een optelsom van alle ingevulde cijfers gedeeld door het aantal ingevulde cijfers. Indien er geen antwoorden zijn, dan is het antwoord 'onbekend'.

Tevredenheid

9 Algeheel rapportcijfer

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

- (rapportcijfer)
- Onbekend

10 Aanbeveling

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

- (percentage)
- Onbekend

11 Privacy

Wat is het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven bij de vraag **“Werd er rekening gehouden met uw privacy tijdens de verzorging en/of behandeling (denk aan toiletgebruik, wassen en omkleedruimtes bij therapie)?”**

- (rapportcijfer)
- Onbekend

12 Bejegening

12.1 Wat is het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven bij de vraag **“Nam uw (revalidatie) arts u serieus?”**

- (rapportcijfer)
- Onbekend

12.2 Wat is het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven bij de vraag **“Namen de medewerkers, u serieus?”**

- (rapportcijfer)
- Onbekend

12.3 Wat is het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven bij de vraag **“Was de (revalidatie) arts begrijpelijk in zijn/haar uitleg?”**

- (rapportcijfer)
- Onbekend

12.4 Wat is het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven bij de vraag **“Waren de medewerkers begrijpelijk in hun uitleg?”**

- (rapportcijfer)
- Onbekend

Toegankelijkheid

13 Toegankelijkheid van het gebouw

Wat is het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven bij de vraag **“Is het gebouw goed toegankelijk (denk aan: liften, drempels, bewegwijzering, verlichting, toiletinrichting, etc.)?”**

- (rapportcijfer)
- Onbekend

Regie over de zorg

14 Behandelplan

Met welk percentage van de patiënten is gezamenlijk afspraken gemaakt over de te bereiken behandeldoelen/het behandelplan?

- (percentage)
- Onbekend

15 Informatievoorziening

- 15.1** Welk percentage van de patiënten werd tijdens zijn of haar behandeling door zijn/haar behandelaar gewezen op mogelijkheden tot lotgenotencontact/contact met medepatiënten, indien hier behoefte aan was?
- (percentage)
 - Onbekend

Samenwerking

16 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

Verklaring en definities

Productindicatoren

Algemene Indicatoren

1. Algemene vragen tbv indicatoren
Waarom kwaliteitsindicator Ten behoeve van berekeningen in de andere indicatoren.
Definities Zie definitielijst.

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.

2. 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.
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. Zij kunnen een 'normaal' risico van zorg zijn, maar kunnen ook het gevolg zijn van fouten. Niet van belang is het resultaat van het feitelijk medisch-specialistisch handelingen, de waarschijnlijkheid van de complicatie, en de eventuele aan- of afwezigheid van schuld.
Type indicator Structuurindicator
Exclusie <i>Algemeen</i> Consultaire revalidatie. In ziekenhuizen gaat het alleen om de patiënten die komen voor revalidatiegeneeskunde. Bij de verschillende complicaties zijn een aantal specifieke exclusies geformuleerd: <i>Decubitus</i> <ul style="list-style-type: none">• Decubitus categorie I.• Decubitus welke reeds bij opname aanwezig was (of de opname indicatie vormt). Deze wordt wel geregistreerd bij de jaarlijkse prevalentie meting.• Decubitus in de poliklinische fase. <i>Diep veneuze trombose (DVT) en longembolie (LE)</i> <ul style="list-style-type: none">• Tromboflebitis of oppervlakkige veneuze trombose: een trombotisch proces in een oppervlakkige vene met verschijnselen van ontsteking.

- DVT of LE in de poliklinische fase.

Pneumonie

- Pneumonie in de poliklinische fase.
- Bovenste luchtweginfectie.

Urinerweginfecties (UWI)

- Indien er sprake is van een patiënt met een asymptomatische bacteriurie, dus zonder klachten of ziekteverschijnselen, wordt deze in het kader van de complicatieregistratie, **niet** als UWI aangemerkt.
- UWI in de poliklinische fase.

Complicaties ten gevolge van invasieve verrichtingen

- Bekende, bij de verrichting passende en veel voorkomende verschijnselen, zoals lichte pijn na een schouderinjectie, lichte spierpijn of griepachtige verschijnselen na een botulinetoxinebehandeling, tijdelijke branderige pijn na een fenolinjectie, tijdelijke branderige pijn na een katheterisatie, e.d.
- Onderhoud van een intrathecale baclofenpomp (vullen en dosering) valt niet onder invasieve verrichting.

Inclusie

Decubitus

De arts stelt de diagnose decubitus indien zich bij een patiënt op een voorkeursplaats voor decubitus (stuit, hiel, malleolus, tuber ischiadicum en trochanter major, achterhoofd) een niet-wegdrukbaar roodheid, bulla, excoriatie, of ulcus bevindt. Indien bij palpatie onder de oppervlakkige verschijnselen een weke zwelling wordt waargenomen of indien de huid paarsblauw verkleurd is, is er waarschijnlijk sprake van een onderhuidse necrose die de voorbode vormt van een (soms groot) ulcus. In geval van een ulcus duidt zwart weefsel op necrose, geel weefsel op fibrineus beslag of necrose en rood weefsel op granulatiweefsel.

Decubitus, ontstaan in de klinische fase, wordt geregistreerd in het complicatieregister waarbij er een onderscheid wordt gemaakt in de categorie II, III of IV.

Diep veneuze trombose (DVT) en longembolie (LE)

DVT wordt door hulponderzoek vastgesteld, conform het protocol van desbetreffende instelling of ziekenhuis en bij voorkeur bevestigd door een longarts of internist.

LE wordt vastgesteld door hulponderzoek en/of longarts of internist.

DVT of LE, ontstaan in de klinische fase, wordt geregistreerd in het complicatieregister. De door hulponderzoek en/of genoemde specialist bevestigde DVT of LE geldt als te registreren complicatie.

Pneumonie

Een klinisch zieke patiënt¹ bij wie de volgende symptomen obligaat aanwezig moeten zijn (A):

- hoesten, al dan niet met opgeven sputum
- tachypnoe (> 25/min.)
- tachycardie (> 100/min.)
- verhoogde lichaamstemperatuur (> 38 graden), met zweten en (vaak) rillerigheid

Tevens vaak aanwezig en ondersteunend voor de diagnose pneumonie (B):

- bemoeilijkte ademhaling, benauwd gevoel
- pijnlijk gevoel op de borst bij ademen, in de flanken of in de rug
- koude rillingen
- verwardheid

Verder zijn ondersteunend voor de diagnose:

Bevindingen bij specifiek lichamelijk onderzoek:

- crepitaties bij auscultatie van de longen
- demping bij percussie over de thorax

Bevindingen bij hulponderzoek:

- Thoraxfoto waarop infiltraat
- Laboratoriumonderzoek: verhoogde infectieparameters
- Bloedgasen (zuurstofsaturatie)

Indien een patiënt verschijnselen van een bovenste luchtweginfectie heeft maar zonder de genoemde symptomen onder A en/of B is er geen sprake van een pneumonie die als complicatie geregistreerd zou moeten worden.

N.B. Een uitzondering hierop moet gemaakt worden voor patiënten met een (hoge) dwarslaesie: deze patiënten kunnen een andere symptomatologie vertonen en sommige verschijnselen kunnen ontbreken (bijv. hoesten) terwijl er wel degelijk een pneumonie is.

Pneumonie, ontstaan in de klinische fase, wordt geregistreerd in het complicatieregister. Er is sprake van pneumonie indien op basis van aanvullend onderzoek de diagnose pneumonie wordt gesteld

Urineweginfecties (UWI)

Het betreft een patiënt met klachten of ziekteverschijnselen³ zoals:

- Strangurie (pijnlijke, bemoeilijkte mictie)
- Dysurie (pijn bij de mictie)
- Pollakisurie (verhoogde frequentie van lozing van [vaak kleine] porties urine)
- verhoogde lichaamstemperatuur (> 37 graden)

Tevens vaak aanwezig en ondersteunend voor de diagnose UWI:

- foetor van de urine
- troebele urine
- buikpijn of pijn in de flank
- loze aandrang
- incontinentie

Verder zijn ondersteunend voor de diagnose UWI:

- afwezigheid van andere verklaringen voor de klachten zoals een lokale infectie (SOA, genitale mycose).

Indien op klinische gronden de indicatie voor het geven van antibiotica wordt gesteld is er sprake van een UWI in de zin zoals bedoeld wordt voor de complicatieregistratie.

NB bij patiënten met een (hoge) dwarslaesie kan de symptomatologie anders, minder uitgesproken zijn. Hier is herkenning op basis van de klinische verschijnselen vaak nog lastiger.

Hulponderzoek: urine onderzoek: bacteriurie: aangetoond bij positieve nitriettest, dipslide met ten minste 10 kolonievormende eenheden per milliliter (kve/ml) of kweek met ten minste 10 kve/ml.

Urineweginfectie, ontstaan in de klinische fase, wordt geregistreerd in het complicatieregister. Er is sprake van een UWI indien er op basis van het klinisch beeld en eventueel hulponderzoek de diagnose urineweginfectie wordt gesteld **én** deze wordt behandeld met antibiotica.

Complicaties ten gevolge van invasieve verrichtingen

Vaststelling van een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand die veroorzaakt wordt door of direct gerelateerd is aan de invasieve verrichting en die leidt tot wijziging van het beleid, aanvullende behandeling van de patiënt of tot schade aan de patiënt.

Complicaties ten gevolge van invasieve verrichtingen, ontstaan in de poliklinische of klinische fase, worden geregistreerd in het complicatieregister.

Toelichting

Complicaties kunnen geregistreerd worden in een complicatieregistratiesysteem. Doel hiervan is de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Niet iedere registratie is een complicatieregistratie. Pas als specifieke complicaties en kenmerken van de patiënt/aandoening, van de behandeling en van de gevolgen voor de patiënt geregistreerd worden, is sprake van een complicatieregistratie. Deze factoren geven inzicht in de mate waarin bepaalde complicaties voorkomen en de omstandigheden waaronder ze zich voordoen. Dit biedt een handvat voor bespreking van risico's en mogelijke verbeteringen en biedt de mogelijkheid patiënten te informeren of voor te lichten.

Uitgangspunten van complicatieregistratie

- Zo min mogelijk registratielast en zo veel mogelijk aansluiten bij bestaande systemen;
- alleen complicaties meten als er ook duidelijke en eenduidige definities voorhanden zijn waarmee eenduidig geregistreerd kan worden;
- uitsluitend complicaties die ontstaan tijdens revalidatiebehandeling worden geregistreerd; dus niet reeds aanwezige complicaties bij opname/start behandeling;
- er dient afgesproken te worden welke complicaties voor zowel de poliklinische als klinische

- fase en welke alleen voor de klinische fase geregistreerd worden.
- uitsluitend complicaties die noodzaken tot aanpassing van het medisch (be)handelen, worden geregistreerd.

Bespreking van complicaties

Ten minste één keer per jaar wordt in het vakgroepoverleg en in het opleidingsoverleg (indien van toepassing) aandacht geschonken aan alle voorgekomen complicaties.

Per vakgroep is een revalidatiearts verantwoordelijk voor de complicatieregistratie. Deze maakt op basis van alle complicatieregistratieformulieren jaarlijks een verslag. Dit wordt aan de vakgroep aangeboden ter bespreking. Daarop wordt een verbeterplan opgesteld als daar aanleiding voor is. Bij de kwaliteitsvisite wordt gevraagd of er complicaties worden geregistreerd, geanalyseerd en besproken en of dit zo nodig leidt tot aantoonbare beleidsaanpassingen.

Uitgebreidere informatie over de complicatieregistratie is te vinden in het document Complicatieregistratie van de VRA (<https://revalidatiegeneeskunde.nl/complicatieregistratie>).

3.1 Elektronisch voorschrijven
Waarom kwaliteitsindicator Elektronisch voorschrijven is essentieel voor een goede bewaking van interacties tussen geneesmiddelen en van contra-indicaties voor het gebruik van geneesmiddelen. Indien op het moment van voorschrijven geen medicatiebewaking kan worden uitgevoerd ontstaat een risico voor de patiënt.
Definities: De KNMG-richtlijn Elektronisch voorschrijven stelt dat voorschrijvers geneesmiddelen dienen voor te schrijven met gebruikmaking van een elektronisch voorschrijfsysteem dat is voorzien van mogelijkheden om onveilige situaties te bewaken. Door een elektronisch voorschrijfsysteem te gebruiken kunnen fouten worden voorkomen bij het lezen van recepten en kunnen onveilige situaties worden voorkomen, zoals dubbelmedicaties, contra-indicaties, interacties met andere geneesmiddelen en overgevoelighedsreacties. Een elektronisch voorschrijfsysteem moet ten minste de volgende functionaliteiten omvatten: a Bewaken op interacties met andere geneesmiddelen die de patiënt gebruikt; b Bewaken op individuele gevoeligheden, ongevoeligheden of overgevoeligheden van de patiënt voor het desbetreffende geneesmiddel; c Bewaken op onjuiste dosering; d Bewaken op (pseudo) dubbelmedicatie; e Bewaken op contra-indicaties en andere patiëntkenmerken.
Type indicator Structuurindicator
Inclusie - Het elektronisch voorschrijfsysteem dient de hierboven genoemde vijf functionaliteiten te omvatten. - De beoordeling en behandeling van het recept voor kinderen jonger dan 12 jaar, inclusief (handmatige) doseringscontrole, moet altijd plaatsvinden tijdens de receptverwerking. Dit kan door de apotheker of een apothekersassistent worden uitgevoerd.
Exclusie Het voorschrijven van cytostatica wordt in deze indicator buiten beschouwing gelaten.
Toelichting Het doel van deze indicator is om na te gaan of de instelling werkt met een elektronisch voorschrijfsysteem zoals bedoeld in de richtlijn Elektronisch voorschrijven. Omdat elektronische voorschrijfsystemen niet voorzien in bewaking van de dosering bij kinderen wordt daarnaast specifiek gevraagd naar (handmatige) doseringscontrole bij kinderen.
3.2/3.3 Medicatieverificatie
Waarom kwaliteitsindicator In tegenstelling tot de IGZ set voor de ziekenhuizen wordt in de revalidatie geen verbijzondering gemaakt voor de verschillende kwetsbare groepen wanneer het gaat om medicatie. Om de veiligheid en kwaliteit van zorg voor de patiënt te kunnen waarborgen is het van belang inzichtelijk te maken welke medicatie de patiënt bij moment van opname en bij ontslag gebruikt. Ook moet duidelijk zijn aangegeven welke medicatie ten opzichte van de thuissituatie is gewijzigd.
Definitie

Opname = zowel geplande als ongeplande meerdaagse (klinische) opname.

De medicatieverificatie bij **opname** is compleet uitgevoerd als:

- Een medicatieopnamegesprek heeft plaats gevonden door een geschoold medewerker.
- Nagegaan wordt welke recente medicatie door de patiënt is gebruikt, door een afleveroverzicht van de openbare apotheek/thuisapotheek op te vragen via bij voorkeur een beveiligde elektronische verbinding, aangevuld met informatie uit een eventuele huisartsenbrief of andere relevante informatie en informatie van de patiënt.
- De hoofdbehandelaar (medisch specialist) het medicatieoverzicht heeft ingezien.

Ontslag = ontslag uit de revalidatie instelling (verplaatsing van de patiënt naar een andere afdeling wordt niet meegerekend).

De medicatieverificatie bij **ontslag** is compleet als:

- Een medicatie overzicht is opgesteld aan de hand van gegevens van de ziekenhuisapotheek en het medisch- en verpleegkundig dossier zoals de patiënt deze in de thuissituatie moet gaan gebruiken. De arts meldt dit overzicht in de ontslagbrief.
- De ontslagreceptuur is uitgeschreven en geautoriseerd door de hoofdbehandelaar.
- Een medicatieontslaggesprek heeft plaats gevonden door een geschoold medewerker.
- De overdracht heeft plaatsgevonden van het actuele medicatieoverzicht, de ontslagreceptuur, evenals informatie over gestaakte en gewijzigde medicatie en de reden daarvoor, middels vermelding in de ontslagbrief.
- Patiënt op schrift heeft gekregen welke medicijnen genomen moeten worden, op welk moment van de dag. Op schrift dient tevens te staan welke medicijnen gestopt zijn ten opzichte van de medicatie bij opname.

Type indicator

Procesindicator

Inclusie

Meerdaagse (klinische) opnames, zowel gepland als ongepland.

Exclusie

Exclusiecriteria bij opname en bij ontslag:
– Dagopnames.

Toelichting

Bij iedere patiënt dient bij opname en bij ontslag medicatieverificatie plaats te vinden vanuit de gedachte dat dit leidt tot een optimaal medicatieoverzicht. Deze indicator levert hierdoor een belangrijke bijdrage aan een veilige inzet van medicatie en reduceert hiermee de risico's op onbedoelde schade door polyfarmacie bij opname en ontslag.

4. Ondervoeding

Waarom kwaliteitsindicator

Het probleem van ziekte gerelateerde ondervoeding in ziekenhuizen is al jaren bekend. De prevalentie is hoog (20-40 procent bij volwassenen en kinderen) en zonder systematische screening wordt slechts de helft van de ondervoede patiënten als zodanig herkend en hiervoor behandeld. De gevolgen van ondervoeding zijn in een veelheid van wetenschappelijk onderzoek beschreven: ondervoeding kan onder meer leiden tot vertraagde wondgenezing, verhoogde postoperatieve morbiditeit, verlengde ligduur en zelfs vroegtijdig overlijden. Deze factoren leiden tot een toename van de kosten van gezondheidszorg.

Sinds 2007 is screening op ondervoeding voor ziekenhuizen opgenomen in de Basisset Prestatie-

indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In 2008 is de prestatie-indicator uitgebreid met de behandeling van ondervoeding.
In aansluiting op deze ontwikkeling heeft de Kwaliteitscommissie van de VRA voorgesteld deze nieuwe indicator op te nemen.

Definitie

Deze indicator geldt alleen voor revalidatie-instellingen met een kliniek.

Ondervoeding

- Onbedoeld 4 kg of meer afgevallen in de laatste 6 maanden (screening m.b.v. SNAQ 65+)
- Bovenarmomtrek minder dan 25 cm (screening m.b.v. SNAQ 65+).

Type indicator

Proces- en structuurindicator

Exclusie

- Niet klinisch voor revalidatie opgenomen patiënten
- Consultaire revalidatie
- Kinderen

Toelichting

Hier wordt gevraagd of het revalidatiecentrum de ondervoeding bij de klinische patiënt meet en zo ja, met welk meetinstrument.

Voor de ziekenhuizen is eind 2005 besloten dat in Nederland de SNAQ 65+ (Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+) gebruikt wordt als screeningsinstrument in de ziekenhuizen. Het diëtistennetwerk adviseert ook om de SNAQ65+ als screeningsinstrument te gebruiken.

5. Revalidatieprotocol peri-operatief beleid beenamputaties**Waarom kwaliteitsindicator**

De beoordeling door een multidisciplinair team in de preoperatieve fase (chirurg, revalidatiearts, anaesthesioloog en fysiotherapeut) vormt de basis voor het te volgen beleid na de operatie en tijdens het revalidatieproces. Beoordeling door meerdere disciplines vermindert het risico op complicaties tijdens de operatie en gedurende het postoperatieve traject (VA/DOD 2007: Interdisciplinair overleg- en beoordelingsprocedure). Het verkrijgen van een interdisciplinaire nulmeting van de status van de patiënt is daarom noodzakelijk. Deze medische status moet worden geoptimaliseerd om de beste chirurgische en revalidatie resultaten te verkrijgen.
Het besluit tot amputatie dient te worden genomen door een ervaren operateur, die bekend is met de multipale behandelwijzen op de verschillende amputatieniveaus, spierbalans en wondsluiting. Ervaring met amputatietechnieken is hierbij van belang. De amputatie dient ook bij voorkeur door een ervaren operateur uitgevoerd te worden of gesuperviseerd te worden door een ervaren operateur.

Het strekt tot aanbeveling te werken binnen een multidisciplinair amputatieteam (bestaande uit chirurg, revalidatiearts, anaesthesioloog-pijnspecialist, fysiotherapeut en mogelijk gipsverbandmeester of orthopedisch instrumentmaker).

De Werkgroep Amputatie en Prothesiologie (WAP) vindt het belangrijk dat er een duidelijk revalidatieprotocol is voor het peri-operatieve beleid.

Definitie

Doelgroep: poliklinische patiënten op de revalidatieafdeling van het ziekenhuis.

Is er een revalidatieprotocol voor het peri-operatieve beleid rond een beenamputatie, waarin taken,

middelen en verantwoordelijke personen zijn beschreven?

Type indicator

Structuurindicator

Exclusie

- Consultaire revalidatie
- Teenamputaties

Toelichting

Deze vraag geldt alleen voor revalidatieafdelingen van ziekenhuizen, niet voor revalidatiecentra.

Doelmatigheid

6. Doelmatigheid
Waarom kwaliteitsindicator Een belangrijke voorwaarde voor klinische revalidatiebehandeling is de prognose dat de patiënt aan het eind van de revalidatiebehandeling weer zelfstandig gaat wonen. 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. 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. 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.
Definitie <i>Zelfstandig wonen/ontslag naar huis</i> Patiënten die in de thuissituatie (met of zonder AWBZ-zorg en WMO-voorzieningen) verblijven. <i>Percentage patiënten die zelfstandig gaan wonen = Teller / Noemer</i> - Teller = het aantal uit klinische revalidatiebehandeling ontslagen patiënten (van 1 januari tot en met 31 december van het verslagjaar) 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 van het verslagjaar. Indien teller of noemer niet gevuld is, resultaat: Niet bekend. <i>Gemiddelde behandelinzet</i> Aantal <u>gewogen</u> behandeluren (en/of gedeelten daarvan) dat voor de in het verslagjaar 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. Bij deze indicator gaat het om de behandelinzet van de hele gedefinieerde groep (bijv. bij 6.1 de klinisch behandelde CVA-patiënten) en welke percentage van de gedefinieerde groep zelfstandig gaat wonen. <i>Definitie hoge/lage dwarslaesiepatiënten</i> Dwarslaesie hoog: C1-C8, T1-T6 Dwarslaesie laag: T7-T12 en lager
Type indicator Uitkomstindicator
Inclusie Hoofddiagnoses in onderstaande diagnoseclassificatie
Exclusie Kinderen Consultaire revalidatie. Niet van toepassing voor patiënten die geen klinische revalidatie behandeling hebben ontvangen. In ziekenhuizen gaat het alleen om de patiënten die komen voor revalidatiegeneeskunde.

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.

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 geïncubiseerd. 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.

Inclusiecriteria CVA			
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
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

Inclusiecriteria CVA			
ICD 9		ICD 10	
433.9	afsluiting/stenose precer. arterie nno	I65.9	Oclusie 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 oclusie 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: multiële 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	Mojamoya-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

Inclusiecriteria traumatisch hersenletsel			
ICD 9		ICD 10	
ICD 9	omschrijving	ICD 10	omschrijving
851	Contusio cerebri	S02.1	Schedelbasisfractuur
852	CVA bloeding subarachnoidaal: traumatisch	S06.2	Diffuus hersenletsel
853	CVA bloeding intracraniaal: traumatisch	S06.3	Focaal hersenletsel
854	Intracraniaal letsel : nno	S06.4	Epidurale bloeding
310.20	postcontusie syndroom	S06.5	Traumatische subdurale bloeding
907.0	intracraniaal letsel: laat gevolg	S06.6	Traumatische subarachnoïdale bloeding
		S06.7	Intracraniaal letsel met aanhoudend coma
		S06.8	Overige gespecificeerde intracraniale letsels
		S06.9	Intracraniaal letsel, niet gespecificeerd
		T90.5	Late gevolgen van intracraniaal letsel

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 met het eerste polikliniekbezoek, de poliklinische revalidatiebehandeling en de klinische revalidatiebehandeling.

7. Wachttijden
<p>Waarom kwaliteitsindicator</p> <p>Voor het bepalen van de tijdigheid van eerste polikliniekbezoek en poliklinische behandeling wordt op hoofdlijnen aangesloten bij de landelijke afspraken over wachttijden zoals vastgelegd in de zogenaamde "Treeknormen". Voor klinische behandeling wordt een kortere wachttijd nagestreefd. Daarom wordt gekozen voor het starten van klinische revalidatiebehandeling binnen 2 weken na definitieve aanmelding in plaats van de 7 weken die de treeknorm voorschrijft.</p>
<p>Definities</p> <p><i>Tijdig starten eerste polikliniekbezoek – exclusie patiënten met chronische pijn</i> Patiënt, met andere diagnose dan chronische pijn, heeft maximaal 4 weken hoeven te wachten tussen het moment van definitieve aanmelding voor een poliklinisch consult en het eerste polikliniekbezoek bij de revalidatiearts.</p> <p><i>Tijdig starten eerste polikliniekbezoek voor patiënten met chronische pijn</i> Patiënt met chronische pijn heeft maximaal 4 weken hoeven te wachten tussen het moment van definitieve aanmelding voor een poliklinisch consult en het eerste polikliniekbezoek bij de revalidatiearts.</p> <p><i>Tijdig starten poliklinische revalidatiebehandeling – exclusie patiënten met chronische pijn</i> Patiënt, met andere diagnose dan chronische pijn, heeft maximaal 6 weken hoeven te wachten op de start van een poliklinische revalidatiebehandeling.</p> <p><i>Tijdig starten poliklinische revalidatiebehandeling voor patiënten met chronische pijn</i> Patiënt met chronische pijn heeft maximaal 6 weken hoeven te wachten op de start van een poliklinische revalidatiebehandeling.</p> <p><i>Tijdig starten klinische revalidatiebehandeling</i> Patiënt heeft maximaal 2 weken hoeven te wachten op de start van een klinische revalidatiebehandeling.</p> <p><i>Wachttijd eerste polikliniekbezoek</i> Het aantal kalenderdagen tussen het moment van definitieve aanmelding 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.</p> <p><i>Wachttijd poliklinische revalidatiebehandeling</i> Het aantal kalenderdagen tussen de dag waarop de patiënt na de indicatiestelling, definitief aangemeld 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.</p> <p><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, definitief aangemeld is (patiënt moet overplaatsbaar zijn) 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.</p> <p><i>Percentage patiënten dat tijdig kon starten = Teller / Noemer</i> - Teller = Aantal patiënten dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december van het</p>

<p>verslagjaar <u>tijdig</u> kon starten volgens de norm van de betreffende behandelvorm.</p> <p>- Noemer = Totaal aantal patiënten dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december van het verslagjaar is gestart binnen de betreffende behandelvorm.</p>
<p>Inclusie</p> <p>- Wachtijd patiënten met chronische pijn: ICD codes in onderstaande tabel.</p> <p>- Wachtijd exclusief patiënten met chronische pijn: alle andere ICD codes binnen de revalidatiegeneeskunde.</p>
<p>Type indicator Uitkomstindicator</p>
<p>Exclusie Consultaire revalidatie. Vraag 7.5: Niet van toepassing voor patiënten die geen klinische revalidatie behandeling hebben ontvangen. In ziekenhuizen gaat het alleen om de patiënten die komen voor revalidatiegeneeskunde.</p>
<p>Toelichting Wachttijden kunnen van belang zijn bij de keuze van een patiënt voor een zorgaanbieder. Gevraagd wordt om aan te geven welk percentage van de patiënten tijdig kon starten. Het gaat in het geval van wachtijd voor klinische opname om de tijd vanaf het moment dat de patiënt definitief wordt aangemeld. Hiermee wordt bedoeld dat de patiënt overplaatsbaar is. Of een patiënt overplaatsbaar is hangt af van de voorwaarden die een centrum stelt voor opname. Die voorwaarden verschillen omdat bijvoorbeeld sommige centra wel patiënten beademen, en andere centra niet. Het gaat er hierbij om dat de datum van start behandeling of eerste polikliniekbezoek in het verslagjaar valt. De datum van definitieve aanmelding kan wel in het voorafgaande jaar zijn.</p>

Inclusiecriteria Pain Disability Index			
ICD 9		ICD 10	
718.85	bekkenklachten post partum	M25.35	Overige instabiliteit van gewricht van bekkengebied en bovenbeen
719.40	gewrichtspijn: nno	M25.59	Gewrichtspijn van lokalisatie niet gespecificeerd
723.3	cervicobrachiaal syndroom (incl CANS)	M53.12	Cervicobrachiaal syndroom van cervicaal gebied
724.1	rugpijn: thoracale wervelkolom	M54.64	Pijn in thoracale wervelkolom van thoracaal gebied
724.2	rugpijn: lumbago (specifiek, aspecifiek)	M54.56	Lage rugpijn van lumbaal gebied
724.5	rugpijn: nno	M54.99	Dorsalgie, niet gespecificeerd van lokalisatie niet gespecificeerd
729.1	fibromyalgie/myalgie niet gespec.	M79.7	Fibromyalgie
729.5	pijnsyndroom: extremiteit nno	M79.69	Pijn in extremiteit van lokalisatie niet gespecificeerd
733.7	crps type 1 pijnsyndroom chronisch	M89.09	Algoneurodystrofie van lokalisatie niet gespecificeerd
780.7	vermoeidheidssyndroom	R53	Malaise en vermoeidheid
780.9	gegeneraliseerde pijn	R52.9	Pijn, niet gespecificeerd
847.0	whiplash (distorsie hals)	S13.6	Distorsie van gewrichten en ligamenten van overige en niet gespecificeerde delen van hals

Functioneren medisch specialisten

Op 21 april 2008 is het Rapport IFMS (Individueel Functioneren van Medisch Specialisten) van de Orde van Medisch Specialisten na een succesvolle pilot officieel gepresenteerd. IFMS heeft als motto: 'van medisch specialisten, voor medisch specialisten' en richt zich op het versterken van het individueel functioneren van de medisch specialist. De medisch specialist houdt daartoe onder andere een portfolio bij van gegevens over de mate waarin en de wijze waarop hij/zij voldoet aan de zeven in de CCMS genoemde kerncompetenties. Daarnaast wordt de omgeving geraadpleegd, afhankelijk van de lokale invulling, inclusief de patiënt. Aan de hand van deze gegevens wordt een evaluatiegesprek gevoerd met een collega medisch specialist.

8. IFMS en regeling disfunctioneren medisch specialisten
Waarom kwaliteitsindicator De kerntaak van de IGZ is het waarborgen van het gerechtvaardigd vertrouwen van patiënten in de zorg die zij ontvangen. Patiënten moeten het vertrouwen kunnen hebben dat zij niet behandeld worden door medisch specialisten die zo disfunctioneren dat onverantwoorde zorg wordt verleend. Het IFMS-rapport stelt dat er een goede procedure in het ziekenhuis aanwezig moet zijn voor het oplossen van problemen met disfunctionerende medisch specialisten. De IGZ treft regelmatig situaties aan waarbij disfunctioneren aanwezig is zonder dat de aanwezige procedure is gebruikt. Daarom wordt gevraagd of deze procedure ook daadwerkelijk elke keer is gebruikt op het moment dat disfunctioneren wordt vermoed. De IGZ gaat er vanuit dat disfunctioneren natuurlijk ongewenst is, maar het ontkennen van disfunctioneren is onverantwoord. De IGZ kan het gebruik van de procedure disfunctioneren toetsen aan de hand van meldingen uit de instelling.
Definities <i>Percentage medisch specialisten dat aan minimaal 1 gesprek heeft deelgenomen = Teller / Noemer</i> - Teller = het aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar aan minimaal één gesprek heeft deelgenomen - Noemer = het totaal aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaande aan 31 december van het verslagjaar werkzaamheden verricht heeft in de instelling (ongeacht het soort dienstverband)? Indien teller of noemer niet gevuld is, resultaat: Niet bekend.
Type Indicator Uitkomstindicator
Inclusie Alleen medisch specialisten die minimaal een jaar werkzaamheden verrichten in de instelling.
Exclusie Consultaire revalidatie. In ziekenhuizen gaat het alleen om de patiënten die komen voor revalidatiegeneeskunde.
Toelichting Individueel functioneren medisch specialisten (IFMS) is een evaluatief systeem dat gericht is op het (verder) verbeteren van de kwaliteit van het individuele professionele handelen van medisch specialisten. Nadat dit systeem in 2008 door Orde van Medisch Specialisten (OMS – nu Federatie Medisch Specialisten) werd gepresenteerd, is het uitgerold in de Nederlandse instellingen. Dat IFMS een onveranderd belangrijke rol speelt in het bevorderen van het optimaal functioneren van de medisch specialist, werd ook beschreven in het visiedocument 'Optimaal Functioneren van medisch specialisten' van de OMS uit 2013. De ervaringen met IFMS en veelvoud aan verschijningsvormen die IFMS inmiddels kende was aanleiding voor de OMS om aanbevelingen ten aanzien van IFMS te herijken. In 2014 heeft de Federatie Medisch Specialisten de leidraad IFMS uitgebracht. Deze leidraad biedt handvatten om het individueel functioneren van een medisch specialist te evalueren en verder te ontwikkelen. In de uitvoering houdt de medisch specialist daartoe onder andere een portfolio bij over de mate waarin en de wijze waarop hij/zij voldoet aan de zogenaamde Can-MEDS-competenties. Daarnaast wordt de omgeving geraadpleegd, inclusief de patiënt, afhankelijk van de lokale invulling. Aan de hand van deze gegevens wordt een evaluatiegesprek gevoerd, bij voorkeur met een collega

medisch specialist.

(<http://www.demedischspecialist.nl/nieuws/leidraad-helpt-medisch-specialist-bij-verder-verbeterenfunctioneren>).

Ervaringsindikatorer

Algemene toelichting

9. 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 Ik vind de instelling heel erg slecht <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 Ik vind de instelling heel erg goed <i>Algeheel rapportcijfer</i> Het gemiddelde rapportcijfer dat alle patiënten tezamen toekennen = Teller / Noemer - Teller = Het totaal van de toegekende rapportcijfers door alle patiënten - Noemer = Het totaal aantal patiënten dat een rapportcijfer heeft toegekend
Type indicator Uitkomstindicator
Exclusie Consultaire revalidatie
Toelichting Gevraagd wordt naar het algehele oordeel van de revalidant.

10. 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

Aanbeveling

Het percentage van de patiënten dat de revalidatie-instelling bij andere revalidatiepatiënten zou aanbevelen = Teller / Noemer

- 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

Consultaire revalidatie.

Toelichting

Gevraagd wordt of de revalidant de revalidatie-instelling zou aanbevelen bij andere revalidatiepatiënten.

11. 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:

Werd er rekening gehouden met uw privacy tijdens de verzorging en/of behandeling (denk aan toiletgebruik, wassen en omkleedruimtes bij therapie)?

- 1 Er werd bij de verzorging en/of behandeling helemaal geen rekening gehouden met de privacy
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Er werd bij de verzorging en/of behandeling volledige rekening gehouden met de privacy

Privacy

Het gemiddelde rapportcijfer dat alle patiënten tezamen toekennen aan de privacy bij de lichamelijke verzorging = Teller / Noemer

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

Type indicator

Uitkomstindicator

Exclusie

Consultaire revalidatie.

Toelichting

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

12. 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 (revalidatie) arts u serieus?

- 1 Mijn (revalidatie)arts nam mij helemaal niet serieus
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Mijn (revalidatie)arts nam mij volledig serieus

Namen de medewerkers u serieus?.

- 1 De medewerkers namen mij helemaal niet serieus
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 De medewerkers namen mij volledig serieus

Was de (revalidatie)arts begrijpelijk in zijn/haar uitleg?

- 1 De (revalidatie)arts was helemaal niet begrijpelijk in zijn/haar uitleg

- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 De (revalidatie)arts was volledig begrijpelijk in zijn/haar uitleg

Waren de medewerkers begrijpelijk in hun uitleg?

- 1 De medewerkers waren helemaal niet begrijpelijk in hun uitleg
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 De medewerkers waren volledig begrijpelijk in hun uitleg

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 / Noemer

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

Type indicator

Uitkomstindicator

Exclusie

Consultaire revalidatie.

Toelichting

Serius nemen

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.

Begrijpelijke uitleg

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.

13. Toegankelijkheid van het gebouw

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:

Is het gebouw goed toegankelijk (denk aan: liften, drempels, bewegwijzering, verlichting, toiletinrichting, etc.)? Welk rapportcijfer geeft u?

- 1 Het gebouw was helemaal niet goed toegankelijk
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Het gebouw was volledig toegankelijk

Fysieke toegankelijkheid

Het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven aan de fysieke toegankelijkheid = Teller / Noemer

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

Type indicator

Uitkomstindicator

Exclusie

Consultaire revalidatie.

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.

14. 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 de revalidatiearts of therapeut met u gepraat over de doelen en het plan van uw behandeling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <i>Behandeldoelen</i> Het percentage van de patiënten waarmee afspraken zijn gemaakt over de te bereiken behandeldoelen = Teller / Noemer - 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 Consultaire revalidatie.
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.

15. 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 en is een randvoorwaarde daarvoor.
Definitie De patiënt wordt gevraagd om de volgende vraag te beantwoorden: Werd u tijdens uw behandeling door uw behandelaar gewezen op mogelijkheden tot lotgenotencontact/contact met medepatiënten? <input type="checkbox"/> Ja, maar daar had ik <u>geen</u> behoefte aan <input type="checkbox"/> Ja, en daar had ik <u>wel</u> behoefte aan <input type="checkbox"/> Nee, daar had ik ook <u>geen</u> behoefte aan <input type="checkbox"/> Nee, maar daar had ik eigenlijk <u>wel</u> behoefte aan

Type indicator Procesindicator
Exclusie Consultaire revalidatie.
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.

16. 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? <input type="checkbox"/> 1 Het behandelteam is <u>helemaal niet</u> op elkaar ingespeeld <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 Het behandelteam is <u>volledig</u> op elkaar ingespeeld <i>Samenwerking binnen behandelteam</i> Het gemiddelde rapportcijfer dat alle patiënten tezamen toekennen aan de samenwerking binnen het behandelteam = Teller / Noemer - Teller = Het totaal van de gegeven rapportcijfers door alle patiënten - Noemer = Het totaal aantal patiënten dat een rapportcijfer heeft gegeven
Type indicator Procesindicator
Exclusie Consultaire revalidatie.
Toelichting <i>Samenwerking binnen behandelteam</i> Gevraagd wordt of de revalidant het gevoel had dat het behandelteam goed op elkaar is ingespeeld.

