



Indicatorenverzameling Inzicht in Revalidatie 2016

29 september 2016

Ten behoeve van het kwaliteitsinstituut

Inhoud

Voorwoord.....	3
Algemene gegevens	5
Productindicatoren.....	6
Regie over de zorg	7
Veiligheid.....	7
Resultaatmeting & doelmatigheid	9
Tijdigheid.....	13
Functioneren medisch specialisten.....	14
Ervaringsindicatoren	16
Toelichting ervaringsindicatoren.....	17
Tevredenheid	18
Toegankelijkheid.....	18
Regie over de zorg	18
Samenwerking	19
Verklaring en definities.....	20
Productindicatoren.....	21
Ervaringsindicatoren	45

Voorwoord

Achtergrond

De bijgaande indicatorenverzameling (Inzicht in Revalidatie 2016) 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 2016 leggen revalidatie-instellingen - dat wil zeggen: revalidatiecentra en revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen – (en enkele ZBC's voor zover die lid zijn van Revalidatie Nederland) door middel van de kwaliteitsindicatoren in deze set verantwoording af over de kwaliteit van de geleverde zorg. Tevens voldoen instellingen – leden van Revalidatie Nederland en leden van de NVZ - door de betreffende gegevensaanleveringen hiermee aan de wettelijke transparantieplichtingen.

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 1 (Informatievoorziening), 19 (Behandelplan), en 20 (Informatievoorziening)

2. Veiligheid

Indicatoren 2 (Complicatieregistratie), 3 (Decubitusprevalentie), 4 (Decubitusincidentie bij patiënten met een dwarslaesie), 5 (Incidentie valincidenten), 6 (Medicatieveiligheid)

3. 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)

4. Tijdigheid

Indicator 12 (Wachttijden)

5. Functioneren medisch specialisten

Indicator 13 (IFMS)

6. Tevredenheid

14 (Algeheel rapportcijfer), 15 (Aanbeveling), 16 (Privacy) en 17 (Bejegening)

7. Toegankelijkheid

Indicator 18 (Fysieke toegankelijkheid)

8. Samenwerking

Indicator 21 (Samenwerking binnen behandelteam)

Verschil tussen poliklinische en 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 product- en ervaringsindicatoren

Binnen de indicatorenverzameling wordt onderscheid gemaakt naar product- en ervaringsindicatoren. De uitkomsten op productindicatoren (nr. 1 t/m 13) worden aangeleverd door de revalidatie-instellingen, tenzij anders aangegeven. De uitkomsten op de ervaringsindicatoren (nr. 14 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:

14. Algeheel rapportcijfer, 15. Aanbeveling, 16. Privacy, 17. Bejegening, 18. Fysieke toegankelijkheid, 19. Behandelplan en behandeldoelen, 20. Informatievoorziening (m.u.v. onderdeel informatieaanbod, valt onder indicator 1), 21. 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

De 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 (revalidatiecentra of ziekenhuisafdelingen) niet hoeven te worden geregistreerd en ingevuld.

Ervaringsindicatoren zijn in 2016 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.

Vanaf de volgende pagina staan de vragen zoals ze verwerkt moeten worden in het formulier dat in OmniQ door instellingen ingevoerd kan worden. In de set van 2016 zullen de vragen precies geformuleerd worden zoals ze in het formulier komen te staan.

Als toelichting bij de vragen zullen definities, criteria en extra toelichting op de indicator in een tabel worden toegevoegd. Deze informatie zou bijvoorbeeld kunnen worden getoond als er op een 'info' knop button geklikt wordt.

Definitie nieuwe patiënt

In de vraagstelling van een aantal indicatoren wordt gevraagd naar 'nieuwe patiënten'.

Een nieuwe patiënt is elke patiënt waarvoor we een nieuwe verwijzing hebben gekregen (of zouden moeten krijgen).

Algemene gegevens

Per instelling worden de volgende gegevens vastgelegd:

Wat is het KvK-nummer van de organisatie?

Wat is het KvK-vestigingsnummer van de locatie?

Wat is de officiële naam van de locatie?

Wat is de postcode van de locatie?

Cijfers:

Letters:

Wat is het huisnummer van de locatie?

In welke plaats is de locatie gehuisvest?

Wat is de AGB code van de locatie?

Kunt u aangeven of de locatie een revalidatie centrum is of een revalidatieafdeling van een ziekenhuis?

- een (locatie van een) revalidatie centrum met zowel klinische als poliklinische revalidatie
- een (locatie van een) revalidatiecentrum met uitsluitend poliklinische revalidatie
- een zelfstandig behandelcentrum met poliklinische revalidatie
- een locatie van een revalidatie centrum zijnde een mytylschool of tytylschool
- een revalidatieafdeling van een ziekenhuis met uitsluitend poliklinische revalidatie

Indien Klinisch:

Hoeveel patiënten nam u klinisch op in 2015 (totaal aantal klinische opnamen in 2015)?

- Aantal =
- Niet bekend
- NVT

Rapportagejaar:.....

Status:

- In bewerking
- Concept
- Definitief

Productindicatoren

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.

1. Informatievoorziening

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

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

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

2.1 **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 ...

2.2 **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 ...

3. Decubitusprevalentie

3.1 **Heeft** u deelgenomen aan de meest recente landelijke branchebrede puntprevalentiemeting decubitus voor klinische patiënten?

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

Indien Ja bij vraag 3.1:

3.2 Wat was bij de meest recente landelijke puntprevalentiemeting [het aantal klinische patiënten met decubitus (graad 2 - 4)] – [het aantal klinische patiënten die bij opname al verschijnselen van decubitus hadden]?

3.3 Wat was het aantal [klinisch opgenomen patiënten in de revalidatie-instelling op hetzelfde tijdstip]?

3.4 Wat is de puntprevalentie? <Berekend veld: Teller 3.2 / Noemer 3.3 = ... %>

4. Decubitusincidentie bij patiënten met een dwarslaesie

- 4.1 Beschikte de revalidatie-instelling/revalidatieafdeling van het ziekenhuis in het verslagjaar over een systeem voor het registreren van het vóórkomen van decubitus bij klinisch opgenomen dwarslaesiepatiënten?
- Ja
 - Nee
 - N.v.t., omdat onze instelling/ revalidatieafdeling van het ziekenhuis geen revalidatie behandeling biedt aan klinisch opgenomen dwarslaesiepatiënten

Indien Ja bij vraag 4.1:

- 4.2 Wat is [het aantal nieuwe klinische dwarslaesiepatiënten in het verslagjaar dat decubitus graad 2 of hoger opliep tijdens de klinische revalidatie]?
- 4.3 Wat is [het totaal aantal klinische dwarslaesiepatiënten in het verslagjaar dat voor klinische revalidatiebehandeling in de revalidatie-instelling verbleef]?
- 4.4 Wat is de decubitusincidentie? <Berekend veld: Teller 4.2 / Noemer 4.3 = ... %>

5. Incidentie Valincidenten

- 5.1 Beschikt de revalidatie-instelling/ revalidatieafdeling van het ziekenhuis in het verslagjaar over een systeem voor het registreren van valincidenten?
- Ja
 - Nee

Indien Ja bij vraag 5.1:

- 5.2 Wat is het totale aantal valincidenten in het verslagjaar?
- 5.3 Wat is het totale aantal volwassen patiënten dat behandeld is in het verslagjaar?
- 5.4 Wat is de valincidentie? <Berekend veld: Teller 5.2 / Noemer 5.3 = ... %>

6. Medicatieveiligheid

6.1 Elektronisch voorschrijven

- 6.1.1 Vindt in de revalidatie instelling/revalidatieafdeling van het ziekenhuis elektronisch voorschrijven van medicatie plaats in de kliniek?
- Ja
 - Gedeeltelijk
 - Nee
- 6.1.2 Vindt in de revalidatie instelling/revalidatieafdeling van het ziekenhuis elektronisch voorschrijven van medicatie plaats op de polikliniek?
- Ja
 - Gedeeltelijk
 - Nee

6.2 Medicatieverificatie

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

- Ja
- Nee
- N.v.t.

Indien Ja bij vraag 6.2.1:

- 6.2.2 Wat is het aantal opgenomen patiënten bij wie bij opname de medicatieverificatie heeft plaatsgevonden?
- 6.2.3 Wat is het totaal aantal opgenomen patiënten?
- 6.2.4 Bij welke percentage patiënten is bij opname de medicatie geverifieerd? < Berekend veld: Teller 6.2.2 / Noemer 6.2.3 = ... %>

Resultaatmeting & 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 naar een teller (het aantal in het verslagjaar ontslagen patiënten waarbij een bepaald meetinstrument is geregistreerd) en noemer gevraagd (totaal aantal in het verslagjaar ontslagen patiënten). Patiënten kunnen dus al wel voor 1 januari van het verslagjaar zijn opgenomen. Door naar het aantal ontslagen patiënten te kijken is de teller een duidelijke 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 het verslagjaar 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 gevolge 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).

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. Bij de vragen naar resultaatmeting en doelmatigheid kan daarom de antwoordoptie "*n (aantal waarnemingen) is te laag*" als resultaat getoond worden.

7. Resultaatmeting kinderen

- 7.1 Maakte u in het verslagjaar bij uw resultaatmeting bij kinderen (leeftijd 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 (leeftijd 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

Indien Ja bij vraag 7.1:

- 7.2 Wat is het aantal in het verslagjaar nieuw in behandeling genomen kinderen (klinisch en poliklinisch) waarbij de schaalscores Zelfverzorging van de PEDI-NL zijn geregistreerd (leeftijd minimaal 6 maanden en maximaal 7,5 jaar op het moment van afname van de PEDI-NL)?
- 7.3 Wat is het totaal aantal in het verslagjaar nieuw in behandeling genomen kinderen, klinisch en poliklinisch, (leeftijd van 6 maanden tot 7,5 jaar op enig moment in 2016)?
- 7.4 Wat was het percentage waarbij de PEDI-NL is afgenomen voor Zelfverzorging? < Berekend veld: Teller 7.2 / Noemer 7.3 = ... % voor schaalscore Zelfverzorging> Indien 7.2 of 7.3 niet gevuld is: Niet bekend
- 7.5 Wat is het aantal in het verslagjaar nieuw in behandeling genomen kinderen (klinisch en poliklinisch) waarbij de schaalscores Ambulantie van de PEDI-NL zijn geregistreerd (leeftijd minimaal 6 maanden en maximaal 7,5 jaar op het moment van afname van de PEDI-NL)?
- 7.6 Wat was het percentage waarbij de PEDI-NL is afgenomen voor Ambulantie? < Berekend veld: Teller 7.5 / Noemer 7.3 = ... % voor schaalscore Ambulantie> Indien 7.5 of 7.3 niet gevuld is: Niet bekend

8. Resultaatmeting bij patiënten met een beenamputatie

- 8.1 Maakte u in het verslagjaar 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

Indien Ja bij vraag 8.1:

- 8.2 Wat is het aantal in het verslagjaar ontslagen patiënten met een eerste of nieuwe beenamputatie waarbij de SIGAM/WAP is geregistreerd?
- 8.3 Wat is het totaal aantal in het verslagjaar ontslagen patiënten met een eerste of nieuwe beenamputatie?
- 8.4 Wat was het percentage waarbij de SIGAM/WAP is afgenomen? < Berekend veld: Teller 8.2 / Noemer 8.3 = ... % > Indien 8.2 of 8.3 niet gevuld is: Niet bekend

9. Resultaatmeting bij patiënten met chronische pijn

- 9.1 Maakte u in het verslagjaar 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

Indien Ja bij vraag 9.1:

- 9.2 Wat is het aantal in het verslagjaar ontslagen patiënten met chronische pijnklachten waarbij de Pain Disability Index is geregistreerd?
- 9.3 Wat is het totaal aantal in het verslagjaar ontslagen patiënten met chronische pijnklachten?
- 9.4 Wat was het percentage waarbij de Pain Disability Index is afgenomen? < Berekend veld: Teller 9.2 / Noemer 9.3 = ... % > Indien 9.2 of 9.3 niet gevuld is: Niet bekend

10. Resultaatmeting bij CVA-patiënten

- 10.1 Maakte u in het verslagjaar bij uw resultaatmeting bij klinische CVA-patiënten gebruik van de USER?
- Ja
 - Nee
 - N.v.t., omdat onze instelling geen klinische CVA-patiënten behandelt

Indien Ja bij vraag 10.1:

- 10.2 Wat is het aantal in het verslagjaar ontslagen klinische CVA-patiënten waarbij de score voor zelfstandigheid (mobiliteit + zelfverzorging) op de USER is geregistreerd?
- 10.3 Wat is het totaal aantal in het verslagjaar ontslagen klinische CVA-patiënten?
- 10.4 Wat was het percentage waarbij de USER is afgenomen? < Berekend veld: Teller 10.2 / Noemer 10.3 = ... % > Indien 10.2 of 10.3 niet gevuld is: Niet bekend

11. Doelmatigheid

11.1 Doelmatigheid CVA

- 11.1.1 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 11.1.1:

- 11.1.2 Wat is het aantal uit klinische revalidatiebehandeling ontslagen volwassen CVA-patiënten (van 1 januari tot en met 31 december) dat weer in een eigen, eventueel aangepast woonsituatie gaat functioneren?
- 11.1.3 Wat is het totaal aantal uit klinische revalidatiebehandeling ontslagen volwassen CVA-patiënten van 1 januari tot en met 31 december?
- 11.1.4 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 11.1.2 / Noemer 11.1.3 = ... % > Indien 11.1.2 of 11.1.3 niet gevuld is: Niet bekend
- 11.1.5 Wat is de gemiddelde behandelinzet (gemiddeld aantal gewogen behandeluren) gedurende de hele behandeling (ook indien die behandeling voor het verslagjaar startte) van deze klinisch behandelde volwassen CVA-patiënten?
- Aantal uren ...
 - Niet bekend

11.2 Doelmatigheid lage dwarslaesie

- 11.2.1 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 11.2.1:

- 11.2.2 Wat is het aantal uit klinische revalidatiebehandeling 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?
- 11.2.3 Wat is het totaal aantal uit klinische revalidatiebehandeling ontslagen volwassen patiënten met een lage dwarslaesie van 1 januari tot en met 31 december?
- 11.2.4 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 11.2.2 / Noemer 11.2.3 = ... % > Indien 11.2.2 of 11.2.3 niet gevuld is: Niet bekend
- 11.2.5 Wat is de gemiddelde behandelinzet (gemiddeld aantal gewogen behandeluren) gedurende de hele behandeling (ook indien die behandeling voor het verslagjaar startte) van deze klinisch behandelde volwassen patiënten met een lage dwarslaesie?
- Aantal uren ...
 - Niet bekend

11.3 Doelmatigheid hoge dwarslaesie

- 11.3.1 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 11.3.1:

- 11.3.2 Wat is het aantal uit klinische revalidatiebehandeling ontslagen volwassen patiënten met een hoge dwarslaesie (van 1 januari tot en met 31 december) dat weer in een eigen, eventueel aangepast woonsituatie gaat functioneren?
- 11.3.3 Wat is het totaal aantal uit klinische revalidatiebehandeling ontslagen volwassen patiënten met een hoge dwarslaesie van 1 januari tot en met 31 december?
- 11.3.4 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 11.3.2 / Noemer 11.3.3 = ... % > Indien 11.3.2 of 11.3.3 niet gevuld is: Niet bekend
- 11.3.5 Wat is de gemiddelde behandelinzet (gemiddeld aantal gewogen behandeluren) gedurende de hele behandeling (ook indien die behandeling voor het verslagjaar startte) van deze klinisch behandelde volwassen patiënten met een hoge dwarslaesie?
- Aantal uren ...
 - Niet bekend

11.4 Doelmatigheid traumatisch hersenletsel

- 11.4.1 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 11.4.1:

- 11.4.2 Wat is het aantal uit klinische revalidatiebehandeling ontslagen volwassen patiënten met traumatisch hersenletsel (van 1 januari tot en met 31 december) dat weer in een eigen, eventueel aangepast woonsituatie gaat functioneren?

- 11.4.3 Wat is het totaal aantal uit klinische revalidatiebehandeling ontslagen volwassen patiënten met traumatisch hersenletsel van 1 januari tot en met 31 december?
- 11.4.4 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 11.4.2 / Noemer 11.4.3 = ... % > Indien 11.4.2 of 11.4.3 niet gevuld is: Niet bekend
- 11.4.5 Wat is de gemiddelde behandelinzet (gemiddeld aantal gewogen behandeluren) gedurende de hele 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.

12. Wachttijden

12.1 Wachttijden eerste polikliniekbezoek

- 12.1.1 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 12.1.1:

- 12.1.2 Wat is het aantal patiënten 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?
- 12.1.3 Wat is het totaal aantal patiënten dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december een eerste poliklinisch consult gehad heeft?
- 12.1.4 Wat was het percentage van de patiënten 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: Teller 12.1.2 / Noemer 12.1.3 = ... % > Indien 12.1.2 of 12.1.3 niet gevuld is: Niet bekend

12.2 Wachttijden poliklinische revalidatiebehandeling

- 12.2.1 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 12.2.1:

- 12.2.2 Wat is het aantal patiënten 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?

12.2.3 Wat is het totaal aantal patiënten dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december is gestart met een poliklinische revalidatiebehandeling?

12.2.4 Wat was het percentage van de patiënten dat in het verslagjaar maximaal 6 weken hoefde te wachten op de start van een poliklinische revalidatiebehandeling? < Berekend veld: Teller 12.2.2 / Noemer 12.2.3 = ... % > Indien 12.2.2 of 12.2.3 niet gevuld is: Niet bekend

12.3 Wachttijden klinische revalidatiebehandeling

12.3.1 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 12.3.1:

12.3.2 Wat is het aantal patiënten dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december maximaal 7 weken hoefde te wachten op de start van een klinische revalidatiebehandeling?

12.3.3 Wat is het totaal aantal patiënten dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december is gestart met een klinische revalidatiebehandeling?

12.3.4 Wat was het percentage van de patiënten dat in het verslagjaar maximaal 7 weken hoefde te wachten op de start van een klinische revalidatiebehandeling? < Berekend veld: Teller 12.3.2 / Noemer 12.3.3 = ... % > Indien 12.3.2 of 12.3.3 niet gevuld is: Niet bekend

12.4 Wachttijden acuut CVA

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

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

Indien Ja op vraag 12.4.1:

12.4.2 Wat is het aantal patiënten met acuut CVA dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december binnen 2 weken na definitieve aanmelding door de revalidatiearts in het ziekenhuis door het revalidatiecentrum is overgenomen?

12.4.3 Wat is het totaal aantal patiënten met acuut CVA dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december klinisch is opgenomen?

12.4.4 Wat was het percentage van de patiënten met een acuut CVA dat in het verslagjaar binnen 2 weken na definitieve aanmelding door de revalidatiearts in het ziekenhuis door het revalidatiecentrum is overgenomen? < Berekend veld: Teller 12.4.2 / Noemer 12.4.3 = ... % > Indien 12.4.2 of 12.4.3 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.

13. IFMS

- 13.1 Is IFMS, zoals beschreven in het Orderrapport d.d. 21 april 2008, in volle omvang ingevoerd?
- Ja
 - Nee
 - N.v.t.

Indien Ja op vraag 13.1 (vraag 13.2 t/m 13.5):

- 13.2 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>
- 13.3 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>
- 13.4 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 13.2 / Noemer 13.3 = ... % > Indien 13.2 of 13.3 niet gevuld is: Niet bekend
- 13.5 Ontvangt de Raad van Bestuur informatie over het aantal aan IFMS deelnemende medisch specialisten in de eigen revalidatieinstelling of revalidatieafdeling van het ziekenhuis?
- Ja
 - Nee
 - N.v.t.
- 13.6 Heeft de revalidatie instelling of revalidatieafdeling van het ziekenhuis een regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist?
- Ja
 - Nee
 - N.v.t.
- 13.7 Wordt deze regeling disfunctioneren gebruikt, elke keer dat disfunctioneren van een medisch specialist wordt vermoed?
- Ja
 - Nee
 - N.v.t.

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

14. Algeheel rapportcijfer

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

- (cijfer)
- Onbekend

15. Aanbeveling

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

- (percentage)
- Onbekend

16. 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

17. Bejegening

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

- (rapportcijfer)
- Onbekend

17.2 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

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

- (rapportcijfer)
- Onbekend

17.4 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

Toegankelijkheid

18. Fysieke toegankelijkheid

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

- (rapportcijfer)
- Onbekend

Regie over de zorg

19. Behandelplan

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

- (percentage)
- Onbekend

20. Informatievoorziening

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

- (percentage)
- Onbekend

20.2. Welk percentage van de patiënten werd tijdens zijn of haar behandeling gewezen op de aanwezigheid van een klachtenregeling?

- (percentage)
- Onbekend

Samenwerking

21. 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

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.

1. 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 Consultaire revalidatie. In ziekenhuizen gaat het alleen om de patiënten die komen voor revalidatiegeneeskunde.
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.

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. 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 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. Vraag 2.1: 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. In dat geval mag deze vraag wel positief beantwoord worden.
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 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 3. Decubitusprevalentie. Van registratie van infecties is sprake indien <u>tenminste</u> de volgende categorieën van infecties worden geregistreerd: <ul style="list-style-type: none">- 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 (2.1) wordt nog gevraagd of complicaties systematisch worden besproken (2.2).

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

3. 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 heeft deelgenomen aan de meest recente branchebrede puntprevalentiemeting decubitus die elke twee jaar plaatsvindt.</p>
<p>Definities</p> <p><i>Classificatie decubitus</i></p> <p>De European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP 2009) classificeert decubitus als volgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Categorie 1: niet-wegdrukbaar roodheid bij een intacte huid. Intacte huid met niet-wegdrukbaar roodheid in een gelokaliseerd gebied meestal ter hoogte van een botuitsteeksel. Er kan sprake zijn van een verkleuring van de huid, warmte, oedeem, verharding en pijn. Een donker gekleurde huid vertoont mogelijk geen zichtbare verkleuring. - Categorie 2: verlies van een deel van de huidlaag of blaar. Gedeeltelijk verlies van een laag van de lederhuid (dermis), waardoor een oppervlakkige open wond zichtbaar wordt met een rood, roze wondbodem, zonder wondbeslag. Kan er ook uitzien als een intacte of open/gescheurde, met vocht gevulde of met serum en bloed gevulde blaar. - Categorie 3: verlies van een volledige huidlaag (vet zichtbaar). Verlies van een volledige huidlaag waarbij subcutaan vet zichtbaar kan zijn, maar bot, pezen en spieren liggen niet bloot. Wondbeslag kan aanwezig zijn. Ondermijning of tunneling kunnen aanwezig zijn. - Categorie 4: verlies van een volledige weefsellaag (spier/bot zichtbaar). Verlies van een volledige weefsellaag met blootliggend bot, pezen of spieren. Een vervloeid wondbeslag of necrotische korst kan aanwezig zijn. Meestal is er sprake van ondermijning of tunneling. <p><i>Puntprevalentie = Teller/Noemer</i></p> <p>Teller (vraag 3.2): Wat is [het aantal klinische patiënten met decubitus (graad 2 - 4) op een vast tijdstip in 2015/2016] – [het aantal die bij opname al verschijnselen van decubitus hadden]?</p> <p>Noemer (vraag 3.3): Wat zijn [alle klinisch opgenomen patiënten in de revalidatie-instelling op hetzelfde tijdstip]?</p> <p>Toelichting 3.2-3.4: Hier moet de uitkomst worden ingevuld van de meest recente landelijke branchebrede decubitusprevalentiemeting die in de eerste week van november is uitgevoerd. Bij de berekening van de puntprevalentie gaat het om decubitus categorie 2 of hoger. Ook moet de decubitus opgelopen zijn in de instelling/revalidatieafdeling van ziekenhuis. Decubitus opgelopen tijdens weekendverlof gedurende klinische opname valt ook onder “opgelopen in de instelling/revalidatieafdeling van ziekenhuis”.</p> <p>Bij de berekening van de puntprevalentie wordt decubitus categorie 1 (niet wegdrukbaar roodheid) uitgesloten omdat dan moeilijk is vast te stellen dat het daadwerkelijk om decubitus gaat. Ook in de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) wordt om deze reden graad 1 geëxcludeerd.</p> <p>De LPZ-methodiek, 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.</p> <p>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>Consultaire revalidatie.</p> <p>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>

Toelichting

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.

4. Decubitusincidentie bij patiënten met een dwarslaesie**Waarom kwaliteitsindicator**

De prevalentie van decubitus in de gehele revalidatie-instelling is een specifieke 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.

Definitie*Classificatie decubitus*

De European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP 2009) classificeert decubitus als volgt:

- Categorie 1: niet-wegdrukbaar roodheid bij een intacte huid. Intacte huid met niet-wegdrukbaar roodheid in een gelokaliseerd gebied meestal ter hoogte van een botuitsteeksel. Er kan sprake zijn van een verkleuring van de huid, warmte, oedeem, verharding en pijn. Een donker gekleurde huid vertoont mogelijk geen zichtbare verkleuring.
- Categorie 2: verlies van een deel van de huidlaag of blaar. Gedeeltelijk verlies van een laag van de lederhuid (dermis), waardoor een oppervlakkige open wond zichtbaar wordt met een rood, roze wondbodem, zonder wondbeslag. Kan er ook uitzien als een intacte of open/gescheurde, met vocht gevulde of met serum en bloed gevulde blaar.
- Categorie 3: verlies van een volledige huidlaag (vet zichtbaar). Verlies van een volledige huidlaag waarbij subcutaan vet zichtbaar kan zijn, maar bot, pezen en spieren liggen niet bloot. Wondbeslag kan aanwezig zijn. Ondermijning of tunneling kunnen aanwezig zijn.
- Categorie 4: verlies van een volledige weefsellaag (spier/bot zichtbaar). Verlies van een volledige weefsellaag met blootliggend bot, pezen of spieren. Een vervloeid wondbeslag of necrotische korst kan aanwezig zijn. Meestal is er sprake van ondermijning of tunneling.

Nieuwe patiënt

Een nieuwe patiënt is elke patiënt waarvoor we een nieuwe verwijzing hebben gekregen (of zouden moeten krijgen).

Decubitusincidentie = Teller/Noemer

Teller (vraag 4.2): Wat is [het aantal nieuwe klinische dwarslaesiepatiënten in het verslagjaar dat decubitus graad 2 of hoger opliep tijdens de klinische revalidatie]?

Noemer (vraag 4.3): Wat is [het totaal aantal nieuwe klinische dwarslaesiepatiënten in het verslagjaar dat voor klinische revalidatiebehandeling in de revalidatie-instelling verbleef]?

Type indicator

Uitkomstindicator

Exclusie

Consultaire revalidatie.

Niet van toepassing voor patiënten die geen klinische revalidatie behandeling hebben ontvangen (inclusief consulten).

In ziekenhuizen gaat het alleen om de patiënten die komen voor revalidatiegeneeskunde.

Toelichting

Bij deze vraag gaat het om 2 vragen:

- 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.

Bij de berekening van de decubitusincidentie gaat het om decubitus categorie 2 of hoger. Ook moet de decubitus opgelopen zijn in de instelling/revalidatieafdeling van ziekenhuis. Decubitus opgelopen tijdens weekendverlof gedurende klinische opname valt ook onder “opgelopen in de instelling/revalidatieafdeling van ziekenhuis”.

Decubitus categorie 1 (niet wegdrubbare roodheid) wordt uitgesloten omdat dan moeilijk is vast te stellen dat het daadwerkelijk om decubitus gaat.

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

5. 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 revalidatieinstellingen niet van de verplichting om vallen indien mogelijk 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 meer aandacht besteed moeten worden aan vermindering van de gevolgen van een valpartij.

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 van revalidatie patiënten in het verslagjaar
- Noemer = Het totale aantal volwassen patiënten in het verslagjaar op de revalidatieafdeling*

* Het aantal patiënten in het verslagjaar bestaat uit de groep patiënten die op 1 januari van het verslagjaar al in behandeling was + alle nieuw in behandeling genomen patiënten in het verslagjaar.

Het gaat om zowel klinische als poliklinische patiënten.
Type indicator Uitkomstindicator
Exclusie Consultaire revalidatie. Mensen jonger dan 18 jaar ten tijde van de val, vanwege de beperkte scheidbaarheid van vallen ten gevolge van spelactiviteiten. In ziekenhuizen gaat het alleen om de patiënten die komen voor revalidatiegeneeskunde.
Toelichting Het gaat hier om twee vragen: <ul style="list-style-type: none"> - Beschikt de instelling (locatie) over een registratiesysteem voor valincidenten? - Wat is de valincidentie? Bij deze tweede vraag wordt niet gecorrigeerd voor revalidatie patiënten met een verhoogde kans op vallen. Het gaat om het totaal aantal valincidenten bij klinische of poliklinische revalidatie patiënten. Immers, ook voor revalidatie 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 revalidatie patiënten meetellen die ten tijde van de val 18 jaar of ouder waren. <p>Bij de berekening van het totaal aantal revalidatie patiënten gaat het om zowel poliklinische als klinische revalidatie patiënten die tijdens de behandeling in het verslagjaar 18 jaar of ouder waren. Iemand die op 1 januari in behandeling was en gedurende het verslagjaar 18 jaar werd telt bijvoorbeeld niet mee. Iemand die in februari van het verslagjaar 18 jaar werd maar pas in maart van het verslagjaar in behandeling kwam telt bijvoorbeeld wel mee.</p> <p>In ziekenhuizen gaat het alleen om de patiënten onder het specialisme revalidatiegeneeskunde. Patiënten die vallen bijvoorbeeld ten gevolge van paramedische dienstverlening of onder behandeling van andere medisch specialismen tellen niet mee.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

6.1 Elektronisch voorschrijven
<p>Waarom kwaliteitsindicator</p> <p>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.</p> <p>De KNMG-richtlijn Elektronisch voorschrijven beschrijft dat voorschrijvers geneesmiddelen dienen voor te schrijven met gebruikmaking van een elektronisch voorschrijfsysteem dat is voorzien van mogelijkheden om onveilige situaties te bewaken.</p>
<p>Definities:</p> <p><i>Elektronisch voorschrijven</i></p> <p>Het voorschrijven van geneesmiddelen door middel van een elektronisch voorschrijfsysteem. Een elektronisch voorschrijfsysteem is een geautomatiseerd systeem waarmee langs elektronische weg recepten kunnen worden uitgeschreven en waarmee tegelijkertijd onveilige situaties kunnen worden gesignaleerd tijdens het voorschrijven van geneesmiddelen. 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.</p> <p>Het proces rond elektronisch voorschrijven kan worden onderverdeeld in verschillende deelprocessen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Opvragen van een medicatieoverzicht bij de vorige schakel in de zorg. 2. Vaststellen van het actuele medicatiegebruik met de patiënt. 3. Elektronisch voorschrijven. 4. Medicatieoverdracht naar huisarts en/of andere zorgaanbieders (indien van toepassing). <p>Voor de klinische situatie is een koppeling met het apotheeksysteem zeer gewenst.</p> <p>Het elektronisch voorschrijfsysteem moet ten minste de volgende functionaliteiten omvatten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bewaken op interacties met andere geneesmiddelen die de patiënt gebruikt; 2. Bewaken op individuele gevoeligheden, ongevoeligheden of overgevoeligheden van de patiënt voor het desbetreffende geneesmiddel; 3. Bewaken op onjuiste dosering; 4. Bewaken op (pseudo) dubbelmedicatie; 5. Bewaken op contra-indicaties en andere patiëntkenmerken.
<p>Type indicator</p> <p>Structuurindicator</p>
<p>Inclusie</p> <p>Het elektronisch voorschrijfsysteem dient de hierboven genoemde vijf functionaliteiten te omvatten.</p>
<p>Exclusie</p> <p>Indien wel elektronisch wordt voorgeschreven, maar er geen medicatiebewaking plaatsvindt op het moment van voorschrijven is er geen sprake van elektronisch voorschrijven</p>
<p>Toelichting</p> <p>Het doel van deze indicator is om na te gaan of de revalidatie instelling of revalidatieafdeling van het ziekenhuis werkt met een elektronisch voorschrijfsysteem zoals bedoeld in de richtlijn Elektronisch voorschrijven. Tevens wordt de mate van implementatie in de revalidatie instelling of revalidatieafdeling van het ziekenhuis bevroegd.</p> <p>De optie 'gedeeltelijk' kan worden aangekruist indien bijvoorbeeld een deel van de vakgroep wel via een elektronisch voorschrijfsysteem voorschrijft, maar de overige leden dit niet doen. De verschillende deelprocessen dienen doorlopen te worden. Er kan pas "ja" worden ingevuld als de genoemde deelprocessen doorlopen worden.</p>

6.2 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 <i>Opname</i> = zowel geplande als ongeplande meerdaagse (klinische) opname. De medicatieverificatie bij opname is compleet uitgevoerd als: <ul style="list-style-type: none"> - 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. <i>Ontslag</i> = ontslag uit de revalidatie instelling. De medicatieverificatie bij ontslag is compleet als: <ul style="list-style-type: none"> - 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. Exclusiecriteria patiënten jonger dan 18 jaar: – Patiënten die naar een hoger echelon verwezen zijn.
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.

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 naar een teller (het aantal in het verslagjaar ontslagen patiënten waarbij een bepaald meetinstrument is geregistreerd) en noemer gevraagd (totaal aantal in het verslagjaar ontslagen patiënten). Patiënten kunnen dus al wel voor 1 januari van het verslagjaar 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 het verslagjaar 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 gevolge van behandeling van verschillende diagnoses, moeten meerdere keren worden meegeteld (geldt voor zowel teller als noemer).
- Poliklinische revalidatiepatiënten die worden ontslagen in het kalenderjaar die daarvoor aansluitend voor klinische revalidatie opgenomen waren dienen eenmaal te worden meegeteld (geldt voor zowel teller als noemer).
- 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. Bij de vragen naar resultaatmeting en doelmatigheid kan daarom de antwoordoptie "*n (aantal waarnemingen) is te laag*" als resultaat getoond worden.

7. Resultaatmeting kinderen
Waarom kwaliteitsindicator Om de effectiviteit van een revalidatie behandeling te kunnen bepalen, zal eerst inzicht moeten worden verkregen in de resultaten die de revalidatie behandeling heeft gehad. Om de resultaten van de revalidatie 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 het verslagjaar is gestart met een revalidatie behandeling. <i>Percentage waarbij PEDI-NL is afgenomen voor Zelfverzorging</i> = Teller / Noemer - Teller = het aantal in het verslagjaar nieuw in behandeling genomen kinderen (klinisch en poliklinisch) waarbij de schaalscores Zelfverzorging van de PEDI-NL zijn geregistreerd (leeftijd minimaal 6 maanden en maximaal 7,5 jaar op het moment van afname van de PEDI-NL) - Noemer = het totaal aantal in het verslagjaar nieuw in behandeling genomen kinderen, klinisch en poliklinisch, (leeftijd van 6 maanden tot 7,5 jaar op enig moment in het verslagjaar) Indien teller of noemer niet gevuld is, resultaat: Niet bekend. <i>Percentage waarbij PEDI-NL is afgenomen voor Ambulantie</i> = Teller / Noemer - Teller = het aantal in het verslagjaar nieuw in behandeling genomen kinderen (klinisch en

<p>poliklinisch) waarbij de schaalscores Ambulantie van de PEDI-NL zijn geregistreerd (leeftijd minimaal 6 maanden en maximaal 7,5 jaar op het moment van afname van de PEDI-NL)</p> <p>- Noemer = het totaal aantal in het verslagjaar nieuw in behandeling genomen kinderen, klinisch en poliklinisch, (leeftijd van 6 maanden tot 7,5 jaar op enig moment in het verslagjaar)</p> <p>Indien teller of noemer niet gevuld is, resultaat: Niet bekend.</p>
<p>Type indicator Procesindicator</p>
<p>Exclusie Kinderen met een leeftijd onder de 6 maanden en boven de 7,5 jaar. De ontwikkelleeftijd maakt dat de PEDI-NL soms niet afgenomen kan worden bij patiënten in deze leeftijdsgroep. Consultaire revalidatie. In ziekenhuizen gaat het alleen om de patiënten die komen voor revalidatiegeneeskunde. Niet stationaire ziektebeelden (o.a. neuromusculaire aandoeningen) Korte behandeltrajecten (<half jaar) Niet revalidatiebehandelingen.</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. De PEDI-NL is voor verslagjaar 2016 door de kindersectie van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) als procesmaat vastgesteld.</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>

8. Resultaatmeting bij patiënten met een beenamputatie
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.
Definitie <i>Percentage SIGAM/WAP registratie mobiliteitsclassificatie = Teller / Noemer</i> - Teller = het aantal in het verslagjaar ontslagen patiënten met een eerste of nieuwe beenamputatie waarbij de SIGAM/WAP is geregistreerd - Noemer = het totaal aantal in het verslagjaar ontslagen patiënten met een eerste of nieuwe beenamputatie Indien teller of noemer niet gevuld is, resultaat: Niet bekend.
Type indicator Procesindicator
Inclusie Zie onderstaande diagnoseclassificatie
Exclusie Enkel-, voet- en teenamputaties. Consultaire revalidatie. In ziekenhuizen gaat het alleen om de patiënten die komen voor revalidatiegeneeskunde. Niet revalidatiebehandelingen.
Toelichting In 2016 is de SIGAM/WAP op voordracht van de WAP als procesmaat opgenomen in de set prestatie-indicatoren.

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
Waarom kwaliteitsindicator Pijnrevalidatie heeft voornamelijk als doel het verminderen van de ervaren beperkingen. Aangezien de Pain Disability Index (PDI) 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.
Definitie <i>Percentage waarbij de PDI afgenomen is = Teller / Noemer</i> - Teller = het aantal in het verslagjaar ontslagen patiënten met chronische pijnklachten waarbij de Pain Disability Index is geregistreerd. - Noemer = het totaal aantal in het verslagjaar ontslagen patiënten met chronische pijnklachten. Indien teller of noemer niet gevuld is, resultaat: Niet bekend.
Type indicator Procesindicator
Inclusie Zie onderstaande diagnoseclassificatie.
Exclusie Patiënten die niet in staat zijn om de Pain Disability Index in te vullen. Consultaire revalidatie. In ziekenhuizen gaat het alleen om de patiënten die komen voor revalidatiegeneeskunde.
Toelichting 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. 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.

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: Een belangrijke voorwaarde voor klinische revalidatiebehandeling is de verbetering van het functioneren van de CVA-patiënt aan het eind van de revalidatiebehandeling. 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.
Definitie Functioneren op gebied van zelfstandigheid (mobiliteit en zelfverzorging). <i>Percentage waarbij de USER afgenomen is = Teller / Noemer</i> - Teller = het aantal in het verslagjaar ontslagen klinische CVA-patiënten waarbij de score voor zelfstandigheid (mobiliteit + zelfverzorging) op de USER is geregistreerd. - Noemer = het totaal aantal in het verslagjaar ontslagen klinische CVA-patiënten. Indien teller of noemer niet gevuld is, resultaat: Niet bekend.
Type indicator Procesindicator
Inclusie Zie onderstaande diagnoseclassificatie
Exclusie 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. Overleden patiënten.
Toelichting 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. 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. Functioneren op gebied van zelfstandigheid (mobiliteit en zelfverzorging) is op dit moment het beste meetbaar. Mogelijk dat bij consequent gebruik van de USER in de toekomst nog andere indicatoren uit de USER voortkomen. 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	Subarachnoidale 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
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 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 <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 = Teller / Noemer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Indien teller of noemer niet gevuld is, resultaat: Niet bekend.</p> <p><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.</p> <p>Bij deze indicator gaat het om de behandelinzet van de hele gedefinieerde groep (bijv. bij 11.1 de klinisch behandelde CVA-patiënten) en welke percentage van de gedefinieerde groep zelfstandig gaat wonen.</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>Inclusie Voor traumatisch hersenletsel: zie onderstaande diagnoseclassificatie</p>
<p>Exclusie Mensen jonger dan 18 jaar. 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.</p>

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 geïnventariseerd. 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 traumatisch hersenletsel			
ICD 9		ICD 10	
ICD 9	omschrijving	ICD 10	omschrijving
310.2	postcontusie syndroom	F07.2	Postcommotioneel syndroom
801.10	fractuur: schedelbasis + contusio	S02.10A	"Schedelbasisfractuur; gesloten"
851	contusio cerebri		
851.8	contusio cerebri		
851.80	contusio cerebri: nno	S06.20	"Diffuus hersenletsel; zonder open intracraniale wond"
851.80A	contusio cerebri: linker hemisfeer	S06.30	"Focaal hersenletsel; zonder open intracraniale wond"
851.80B	contusio cerebri: rechter hemisfeer	S06.30A	"Focaal hersenletsel; zonder open intracraniale wond"
851.80C	contusio cerebri: stam	S06.30B	"Focaal hersenletsel; zonder open intracraniale wond"
851.80D	contusio cerebri: diffuus	S06.20A	"Diffuus hersenletsel; zonder open intracraniale wond"
851.81	contusio cerebri: zonder coma	S06.20B	"Diffuus hersenletsel; zonder open intracraniale wond"
851.82	contusio cerebri: coma < 1 uur	S06.20C	"Diffuus hersenletsel; zonder open intracraniale wond"
851.83	contusio cerebri: coma 1-24 uur	S06.70	"Intracraniaal letsel met aanhoudend coma; zonder open intracraniale wond"
851.84	contusio cerebri: coma >24 uur + herstel	S06.70A	"Intracraniaal letsel met aanhoudend coma; zonder open intracraniale wond"
851.85	contusio cerebri: coma >24 uur zndr herstel	S06.70B	"Intracraniaal letsel met aanhoudend coma; zonder open intracraniale wond"
851.86	contusio cerebri: > 1 week	S06.70C	"Intracraniaal letsel met aanhoudend coma; zonder open intracraniale wond"
851.86A	contusio cerebri: > 1 week + herstel	S06.70D	"Intracraniaal letsel met aanhoudend coma; zonder open intracraniale wond"
851.86B	contusio cerebri: > 1 week zndr herstel	S06.70E	"Intracraniaal letsel met aanhoudend coma; zonder open intracraniale wond"
851.89	contusio cerebri: coma nno	S06.20D	"Diffuus hersenletsel; zonder open intracraniale wond"
854.00	intracraniaal letsel: nno	S06.90	"Niet gespecificeerd intracraniaal letsel; zonder open intracraniale wond"
854.00B	intracraniaal letsel: licht (gsc 13-15)	S06.90A	"Niet gespecificeerd intracraniaal letsel; zonder open intracraniale wond"
854.00C	intracraniaal letsel: matig (gsc 9-12)	S06.90B	"Niet gespecificeerd intracraniaal letsel; zonder open intracraniale wond"
854.00D	intracraniaal letsel: ernstig (gsc opname <9)	S06.90C	"Niet gespecificeerd intracraniaal letsel; zonder open intracraniale wond"
906.3	contusie cerebri: laat gevolg nno	T90.5A	Late gevolgen van intracraniaal letsel
906.3A	contusie cerebri: cogn.stoornis laat gevolg	T90.5B	Late gevolgen van intracraniaal letsel
907.0	intracraniaal letsel: laat gevolg	T90.5	Late gevolgen van intracraniaal letsel
V57.9F	Revalidatie na operatie contusio cerebri	Z50.9F	Zorg met gebruikmaking van revalidatiebehandeling, niet gespecificeerd

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.

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 1 onderdeel hiervan afgeweken:

- Voor de overname van patiënten met een acuut CVA wordt een andere norm gehanteerd (maximaal 2 weken).

Definities

Tijdig starten eerste polikliniekbezoek

Patiënt heeft maximaal 4 weken hoeven te wachten tussen het moment van definitieve aanmelding voor een poliklinisch consult en het eerste polikliniekbezoek bij de revalidatiearts.

Tijdig starten poliklinische revalidatiebehandeling

Patiënt heeft maximaal 6 weken hoeven te wachten op de start van een poliklinische revalidatiebehandeling.

Tijdig starten klinische revalidatiebehandeling

Patiënt heeft maximaal 7 weken hoeven te wachten op de start van een klinische revalidatiebehandeling.

Wachttijd eerste polikliniekbezoek

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.

Wachttijd poliklinische revalidatiebehandeling

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.

Wachttijd klinische revalidatiebehandeling

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.

Wachttijd klinische opname, diagnosegroep acuut CVA

Het gaat hier om patiënten met een acuut CVA. Overname door het revalidatiecentrum binnen twee weken na definitieve aanmelding door de revalidatiearts in het ziekenhuis.

Percentage patiënten dat tijdig kon starten = Teller / Noemer

- Teller = Aantal patiënten dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december van het verslagjaar tijdig 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 van het verslagjaar is gestart binnen de betreffende behandelvorm.

Type indicator Uitkomstindicator
Exclusie Consultaire revalidatie. Vraag 12.3 en 12.4: 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 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. Het gaat in het geval van wachttijd 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. 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. 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.

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.

13 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

Vraag 13.1 t/m 13.3: 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

In november 2014 heeft de Orde van Medisch Specialisten (inmiddels 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 (<http://www.demedischspecialist.nl/nieuws/leidraad-helpt-medisch-specialist-bij-verder-verbeterenfunctioneren>).

Ervaringsindikatorer

Algemene toelichting

Ervaringsindicatoren zijn in 2016 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.

14. 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. - 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. Deze indicator is niet verplicht voor revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen.
Toelichting Gevraagd wordt naar het algehele oordeel van de revalidant.

15. 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 Consultaire revalidatie Deze indicator is niet verplicht voor revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen.
Toelichting Gevraagd wordt of de revalidant de revalidatie-instelling zou aanbevelen bij andere revalidatiepatiënten.

16. 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 Bij de lichamelijke verzorging had ik <u>helemaal geen</u> privacy <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Bij de lichamelijke verzorging had ik volledige privacy

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 revalidatie behandeling hebben ontvangen.

Consultaire revalidatie.

Deze indicator is niet verplicht voor revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen.

Toelichting

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

17. 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

Consultaire revalidatie.

Deze indicator is niet verplicht voor revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen.

Toelichting

Serieus 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.

18. Fysieke toegankelijkheid

Waarom kwaliteitsindicator

Fysieke toegankelijkheid van revalidatie-instellingen/afdelingen 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?

- 1 De instelling was helemaal niet fysiek toegankelijk
- 2
- 3
- 4
- 5

- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 De instelling was volledig fysiek toegankelijk

Fysieke toegankelijkheid

Het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven aan de fysieke toegankelijkheid.

- 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.
Deze indicator is niet verplicht voor revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen.

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.

19. 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

<p>Consultaire revalidatie Deze indicator is niet verplicht voor revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen.</p>
<p>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.</p> <p><i>Aanbieding behandelplan</i> 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.</p>

<p>20. Informatievoorziening</p>
<p>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.</p>
<p>Definitie</p> <p>De patiënt wordt de volgende vragen gesteld:</p> <p>Werd u tijdens uw behandeling door uw behandelaar gewezen op mogelijkheden tot lotgenotencontact?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> <p>Werd u tijdens uw behandeling gewezen op de aanwezigheid van een klachtenregeling?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> <p><i>Informatievoorziening</i> Voor elk van de gepresenteerde twee onderdelen van informatievoorziening geldt:</p> <p>- Teller = Het totaal aantal keren waarmee bovenstaande vraag met “Ja” is beantwoord - Noemer = Het totaal aantal keren dat bovenstaande vraag beantwoord is</p>
<p>Type indicator Procesindicator</p>
<p>Exclusie Consultaire revalidatie. Deze indicator is niet verplicht voor revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen.</p>

Toelichting*Lotgenotencontact*

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.

Klachtenregeling

Wijzen op de aanwezigheid van een klachtenregeling tijdens de behandeling draagt bij aan een goed geïnformeerde revalidant.

21. 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

Consultaire revalidatie.

Deze indicator is niet verplicht voor revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen.

Toelichting

Samenwerking binnen behandelteam

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