



Indicatorenverzameling Inzicht in Revalidatie 2018

1 september 2017

Inhoud

Voorwoord.....	3
Algemene gegevens	5
Productindicatoren.....	6
Regie over de zorg	7
Veiligheid.....	7
Resultaatmeting & doelmatigheid	12
Tijdigheid.....	16
Functioneren medisch specialisten.....	17
Ervaringsindicatoren	19
Toelichting ervaringsindicatoren.....	20
Tevredenheid	21
Toegankelijkheid.....	21
Regie over de zorg	21
Samenwerking	22
Verklaring en definities.....	23
Productindicatoren.....	24
Ervaringsindicatoren	49

Voorwoord

Achtergrond

De bijgaande indicatorenverzameling (Inzicht in Revalidatie 2018) 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 2018 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), 20 (Behandelplan), en 21 (Informatievoorziening)

2. Veiligheid

Indicatoren 2 (Complicatieregistratie), 3 (Decubitusprevalentie), 4 (Decubitusincidentie bij patiënten met een dwarslaesie), 5 (Incidentie valincidenten), 6 (Medicatieveiligheid), 7 (Ondervoeding), 8 (Revalidatieprotocol peri-operatief beleid beenamputaties)

3. Resultaten & doelmatigheid

Indicatoren 9 (Resultaatmeting kinderen), 10 (Resultaatmeting bij patiënten met chronische pijn), 11 (Resultaatmeting bij CVA-patiënten) en 12 (Doelmatigheid)

4. Tijdigheid

Indicator 13 (Wachttijden)

5. Functioneren medisch specialisten

Indicator 14 (IFMS)

6. Tevredenheid

15 (Algeheel rapportcijfer), 16 (Aanbeveling), 17 (Privacy) en 18 (Bejegening)

7. Toegankelijkheid

Indicator 19 (Fysieke toegankelijkheid)

8. Samenwerking

Indicator 22 (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 14) worden aangeleverd door de revalidatie-instellingen, tenzij anders aangegeven. De uitkomsten op de ervaringsindicatoren (nr. 15 t/m 22) worden verzameld via vragen die worden afgenomen door revalidatie-instellingen bij haar revalidanten. Dit dient gedurende het jaar plaats te vinden bij alle patiënten binnen 10 werkdagen na een laatste directe contact met een behandelaar. Het betreft hier de volgende indicatoren:

15. Algeheel rapportcijfer, 16. Aanbeveling, 17. Privacy, 18. Bejegening, 19. Fysieke toegankelijkheid, 20. Behandelplan en behandeldoelen, 21. Informatievoorziening (m.u.v. onderdeel informatieaanbod, valt onder indicator 1), 22. Samenwerking binnen behandelteam.

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

Onderscheid revalidatiecentra en revalidatie-afdelingen van ziekenhuizen

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. In 2018 is dit ook zo.

Vanaf de volgende pagina staan de vragen zoals ze verwerkt moeten worden in het formulier dat in OmniQ door instellingen ingevoerd kan worden.

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?.....

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 2018 (totaal aantal klinische opnamen in 2018)?

- Aantal =
- Niet bekend
- NVT

Importeer instellingen

Wilt u de ervaringsindicatoren van GfK over nemen?

- Ja
- Nee

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

- Ja
- Nee

informatiemateriaal vanuit patiëntenorganisaties

- Ja
- Nee

informatiemateriaal vanuit revalidatie-instellingen

- Ja
- Nee

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?

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

Indien Ja, welke complicaties?

decubitus (opgelopen in de instelling)

- Ja
- Nee

infecties (opgelopen in de instelling)

- Ja
- Nee

andere complicaties, namelijk ...

2.2 Is er een systematische bespreking van complicaties?

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

Indien ja, welke complicaties?

decubitus (opgelopen in de instelling)

- Ja
- Nee

infecties (opgelopen in de instelling)

- Ja
- Nee

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

Klinisch (exclusief IC)

- Ja
- Deels
- Nee

Poliklinisch

- Ja
- Deels
- Nee

6.1.2 Toelichting bij 6.1.1 (verplicht bij antwoord deels of nee op vraag 6.1.1, waarbij aangegeven dient te worden welke afdelingen niet elektronisch voorschrijven):

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

- Ja
- Nee

6.1.4 Toelichting bij 6.1.3 (verplichting indien Nee op vraag 6.1.3):

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

- In meer dan 95% van de situaties
- In 75% tot en met 95% van de situaties
- In 50% tot 75% van de situaties
- In minder dan 50% van de situaties
- N.v.t

6.1.6 Toelichting bij 6.1.5:

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 = ... %>

7. Ondervoeding

7.1. Meet de revalidatie-instelling de voedingstoestand van klinische patiënten?

- Ja
- Nee

Indien Ja bij vraag 7.1:

7.2 Op welk moment meet u de voedingstoestand van de patiënt?

Aan het begin van de opname

- Ja
- Nee

Aan het eind van de opname

- Ja
- Nee

Tussentijds

- Ja
- Nee

7.3 Indien u tussentijds de voedingstoestand meet, met welke frequentie doet u dat dan?

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

SNAQ 65+ (Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+)

- Ja
- Nee

MUST

- Ja
- Nee

BMI (Body Mass Index)

- Ja
- Nee

Een ander instrument, namelijk ...

Indien u de SNAQ 65+, de MUST gebruikte of BMI mat:

7.5 Hoeveel patiënten nam u klinisch op in het verslagjaar waarbij de SNAQ 65+, de MUST of BMI bij opname is gebruikt?

- Totaal aantal patiënten gemeten met SNAQ 65+ bij opname ...
- Totaal aantal patiënten gemeten met MUST bij opname ...
- Totaal aantal patiënten gemeten met BMI bij opname ...
- Totaal aantal patiënten gemeten met ander instrument bij opname
- Niet bekend

7.6 Hoeveel patiënten nam u klinisch op in het verslagjaar waarbij de SNAQ 65+, de MUST of BMI bij ontslag is gebruikt?

- Totaal aantal patiënten gemeten met SNAQ 65+ bij ontslag ...
- Totaal aantal patiënten gemeten met MUST bij ontslag ...
- Totaal aantal patiënten gemeten met BMI bij ontslag ...
- Totaal aantal patiënten gemeten met ander instrument bij ontslag
- Niet bekend

7.7 Hoeveel patiënten waarbij de SNAQ 65+, MUST of BMI bij opname is afgenomen gaf het instrument aan dat er sprake zou kunnen zijn van ondervoeding?

- Aantal patiënten gemeten met SNAQ 65+ bij opname die ondervoed zouden kunnen zijn...
- Aantal patiënten gemeten met MUST bij opname die ondervoed zouden kunnen zijn ...
- Aantal patiënten gemeten met BMI bij opname die ondervoed zouden kunnen zijn ...

- Aantal patiënten gemeten met ander instrument bij opname die ondervoed zouden kunnen zijn....
 - Niet bekend
- 7.8 Hoeveel patiënten waarbij de SNAQ 65+, MUST of BMI bij ontslag is afgenomen gaf het instrument aan dat er sprake zou kunnen zijn van ondervoeding?
- Aantal patiënten gemeten met SNAQ 65+ bij ontslag die ondervoed zouden kunnen zijn ...
 - Aantal patiënten gemeten met MUST bij ontslag die ondervoed zouden kunnen zijn ...
 - Aantal patiënten gemeten met BMI bij ontslag die ondervoed zouden kunnen zijn ...
 - Aantal patiënten gemeten met ander instrument bij ontslag die ondervoed zouden kunnen zijn....
 - Niet bekend
- 7.9 Bij welk percentage van de patiënten zou er sprake kunnen zijn van ondervoeding bij opname?
<Berekend veld: Teller 7.7 / Noemer 7.5 =%>
- 7.10 Bij welk percentage van de patiënten zou er sprake kunnen zijn van ondervoeding bij ontslag?
<Berekend veld: Teller 7.8 / Noemer 7.6 =%>
- 7.11 Heeft de screening op ondervoeding geleid tot een beleid om de ondervoeding terug te dringen?
- Ja
 - Nee

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

- 8.1 Is er een revalidatieprotocol voor het peri-operatieve beleid rond een beenamputatie?
- Ja
 - Nee
 - N.v.t. want ons ziekenhuis doet geen beenamputaties

Vastleggen uitkomsten & doelmatigheid

Algemene toelichting

Bij de vragen over vastleggen uitkomsten (9, 10 en 11) wordt gevraagd naar de mate van gebruik van een bepaald meetinstrument. Hiertoe wordt gevraagd naar een teller (het aantal in het verslagjaar ontslagen patiënten waarbij een bepaald meetinstrument is geregistreerd) en noemer (totaal aantal in het verslagjaar ontslagen patiënten). Patiënten kunnen dus al wel voor 1 januari van het verslagjaar zijn opgenomen.

- Het gaat er om dat het meetinstrument in het verslagjaar is afgenomen. Consultaire patiënten moeten altijd geëxcludeerd worden. Voor verdere exclusiecriteria zie het kader bij de betreffende vraag.
- Patiënten die meerdere keren in het verslagjaar zijn ontslagen, bijvoorbeeld ten gevolgen van behandeling van verschillende diagnoses, moeten meerdere keren worden meegeteld (geldt voor zowel teller als noemer).
- Poliklinische patiënten die worden ontslagen in het kalenderjaar die daarvoor aansluitend klinisch opgenomen waren dienen eenmaal te worden meegeteld (geldt voor zowel teller als noemer).

Bij de doelmatigheidsvragen (12) wordt de relatie tussen de effecten van de behandeling en de behandelinzet in kaart gebracht. Hiertoe wordt eerst de effectiviteit in kaart gebracht door het percentage van de patiënten dat weer zelfstandig kan wonen na klinische behandeling te berekenen. Dit wordt vervolgens afgezet tegen de behandelinzet bij deze groep

9. Vastleggen uitkomsten kinderen

- 9.1 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):
- o Ja
 - o Nee
 - o N.v.t., omdat onze instelling geen kinderen (leeftijd van 6 maanden tot 7,5 jaar) behandelt
 - o N.v.t., omdat onze instelling slechts zeer korte behandeltrajecten aanbiedt waardoor geen herhaling van de PEDI-NL werd verricht

Indien Ja bij vraag 9.1:

- 9.2 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)?
- 9.3 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 het verslagjaar)?
- 9.4 Wat was het percentage waarbij de PEDI-NL is afgenomen voor Zelfverzorging? < Berekend veld: $Teller\ 9.2 / Noemer\ 9.3 = \dots\ %$ voor schaalscore Zelfverzorging> Indien 9.2 of 9.3 niet gevuld is: Niet bekend
- 9.5 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)?
- 9.6 Wat was het percentage waarbij de PEDI-NL is afgenomen voor Ambulantie? < Berekend veld: $Teller\ 9.5 / Noemer\ 9.3 = \dots\ %$ voor schaalscore Ambulantie> Indien 9.5 of 9.3 niet gevuld is: Niet bekend

10. Vastleggen uitkomsten bij patiënten met chronische pijn

- 10.1. Maakte u in het verslagjaar bij uw resultaatmeting bij patiënten met chronische pijn gebruik van de Pain Disability Index?
- o Ja
 - o Nee
 - o N.v.t., omdat onze instelling geen patiënten met chronische pijn behandelt

Indien Ja bij vraag 10.1:

- 10.2. Wat is het aantal in het verslagjaar ontslagen patiënten met chronische pijnklachten waarbij de Pain Disability Index is geregistreerd?
- 10.3. Wat is het totaal aantal in het verslagjaar ontslagen patiënten met chronische pijnklachten?
- 10.4. Wat was het percentage waarbij de Pain Disability Index is afgenomen? < Berekend veld: Teller 10.2 / Noemer 10.3 = ... % > Indien 10.2 of 10.3 niet gevuld is: Niet bekend

11. Vastleggen uitkomsten bij CVA-patiënten

11.1. Klinische CVA-patiënten

- 11.1.1 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 11.1.1:

- 11.1.2 Wat is het aantal in het verslagjaar ontslagen klinische CVA-patiënten waarbij de score voor zelfstandigheid (mobiliteit + zelfverzorging) op de USER is geregistreerd?
- 11.1.3 Wat is het totaal aantal in het verslagjaar ontslagen klinische CVA-patiënten?
- 11.1.4 Wat was het percentage waarbij de USER is afgenomen? < Berekend veld: Teller 11.1.2 / Noemer 11.1.3 = ... % > Indien 11.1.2 of 11.1.3 niet gevuld is: Niet bekend

11.2 Poliklinische CVA-patiënten

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

Indien Ja bij vraag 11.2.1:

- 11.2.2 Wat is het aantal in het verslagjaar ontslagen poliklinische CVA-patiënten waarbij de USER-Participatie bij aanvang van de behandeling is geregistreerd?
- Aantal ...
 - Niet bekend
- 11.2.3 Wat is het totaal aantal poliklinische CVA-patiënten waarvan de poliklinische behandeling in 2018 stopte?
- Aantal ...
 - Niet bekend
- 11.2.4 Wat was het percentage waarbij de USER-P is afgenomen? < Berekend veld: Teller 11.2.2 / Noemer 11.2.3 = ... % > Indien 11.2.2 of 11.2.3 niet gevuld is: Niet bekend

12 Doelmatigheid

12.1 Doelmatigheid CVA

12.1.1 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 12.1.1:

12.1.2 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?

12.1.3 Wat is het totaal aantal uit klinische revalidatiebehandeling ontslagen volwassen CVA-patiënten van 1 januari tot en met 31 december?

12.1.4 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 12.1.2 / Noemer 12.1.3 = ... % > Indien 12.1.2 of 12.1.3 niet gevuld is: Niet bekend

12.1.5 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

12.1.6 Wat is het percentage van de klinisch behandelde volwassenen CVA-patiënten dat (weer) zelfstandig gaat wonen na ontslag per gewogen behandeluur? <Berekend veld: Teller 12.1.4 / Noemer 12.1.5> Indien 12.1.4 of 12.1.5 niet gevuld is: Niet bekend

12.2 Doelmatigheid lage dwarslaesie

12.2.1 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 12.2.1:

12.2.2 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?

12.2.3 Wat is het totaal aantal uit klinische revalidatiebehandeling ontslagen volwassen patiënten met een lage dwarslaesie van 1 januari tot en met 31 december?

12.2.4 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 12.2.2 / Noemer 12.2.3 = ... % > Indien 12.2.2 of 12.2.3 niet gevuld is: Niet bekend

12.2.5 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

- 12.2.6 Wat is het percentage van de patiënten met een lage dwarslaesie dat (weer) zelfstandig gaat wonen na ontslag per gewogen behandeluur? <Berekend veld: Teller 12.2.4 / Noemer 12.2.5>
Indien 12.2.4 of 12.2.5 niet gevuld is: Niet bekend

12.3 Doelmatigheid hoge dwarslaesie

- 12.3.1 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 12.3.1:

- 12.3.2 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?
- 12.3.3 Wat is het totaal aantal uit klinische revalidatiebehandeling ontslagen volwassen patiënten met een hoge dwarslaesie van 1 januari tot en met 31 december?
- 12.3.4 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 12.3.2 / Noemer 12.3.3 = ... % > Indien 12.3.2 of 12.3.3 niet gevuld is: Niet bekend
- 12.3.5 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
- 12.3.6 Wat is het percentage van de patiënten met een hoge dwarslaesie dat (weer) zelfstandig gaat wonen na ontslag per gewogen behandeluur? <Berekend veld: Teller 12.3.4 / Noemer 12.3.5>
Indien 12.3.4 of 12.3.5 niet gevuld is: Niet bekend

12.4 Doelmatigheid traumatisch hersenletsel

- 12.4.1 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 12.4.1:

- 12.4.2 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?
- 12.4.3 Wat is het totaal aantal uit klinische revalidatiebehandeling ontslagen volwassen patiënten met traumatisch hersenletsel van 1 januari tot en met 31 december?
- 12.4.4 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 12.4.2 / Noemer 12.4.3 = ... % > Indien 12.4.2 of 12.4.3 niet gevuld is: Niet bekend

- 12.4.5 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
- 12.4.6 Wat is het percentage van de patiënten met traumatisch hersenletsel dat (weer) zelfstandig gaat wonen na ontslag per gewogen behandeluur? <Berekend veld: Teller 12.4.4 / Noemer 12.4.5> Indien 12.4.4 of 12.4.5 niet gevuld is: 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.

13 Wachttijden

13.1 Wachttijden eerste polikliniekbezoek

- 13.1.1 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 13.1.1:

- 13.1.2 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?
- 13.1.3 Wat is het totaal aantal patiënten dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december een eerste poliklinisch consult gehad heeft?
- 13.1.4 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 13.1.2 / Noemer 13.1.3 = ... % > Indien 13.1.2 of 13.1.3 niet gevuld is: Niet bekend

13.2 Wachttijden poliklinische revalidatiebehandeling

- 13.2.1 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 13.2.1:

- 13.2.2 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?
- 13.2.3 Wat is het totaal aantal patiënten dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december is gestart met een poliklinische revalidatiebehandeling?

- 13.2.4 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 13.2.2 / Noemer 13.2.3 = ... % > Indien 13.2.2 of 13.2.3 niet gevuld is: Niet bekend

13.3 Wachttijden klinische revalidatiebehandeling

- 13.3.1 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 13.3.1:

- 13.3.2 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?
- 13.3.3 Wat is het totaal aantal patiënten dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december is gestart met een klinische revalidatiebehandeling?
- 13.3.4 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 13.3.2 / Noemer 13.3.3 = ... % > Indien 13.3.2 of 13.3.3 niet gevuld is: Niet bekend

13.4 Wachttijden acuut CVA

- 13.4.1 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 13.4.1:

- 13.4.2 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?
- 13.4.3 Wat is het totaal aantal patiënten met acuut CVA dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december klinisch is opgenomen?
- 13.4.4 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 13.4.2 / Noemer 13.4.3 = ... % > Indien 13.4.2 of 13.4.3 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.

14 IFMS en Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten

- 14.1 Is in de instelling een IFMS systematiek, zoals beschreven in de Leidraad IFMS (2014) en te checken middels de in de Leidraad opgenomen checklists, in volle omvang ingevoerd?
- Ja
 - Nee
 - N.v.t.
- 14.2 Zo nee: gaarne toelichting op welke aspecten het in de instelling gehanteerde systeem afwijkt van de eisen die in de Leidraad IFMS aan een IFMS systeem worden gesteld.
- 14.3 Sinds welk kalenderjaar voldoet de in uw instelling gehanteerde systematiek aan bovengenoemde eisen?
- 14.4 Indien uw systematiek (nog) niet voldoet, wanneer denkt u te voldoen aan de systematiek?
- 14.5 Zijn er afspraken tussen de Raad van Bestuur en medisch specialisten over de manier waarop deelgenomen wordt aan IFMS in de eigen instelling?
- Ja
 - Nee
 - N.v.t.
- 14.6 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>
- 14.7 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>
- 14.8 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 14.6 / Noemer 14.7 = ... % > Indien 14.6 of 14.7 niet gevuld is: Niet bekend
- 14.9 Heeft de revalidatie instelling of revalidatieafdeling van het ziekenhuis een regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist?
- Ja
 - Nee
 - N.v.t.
- 14.10 Wordt deze regeling disfunctioneren gebruikt, elke keer dat disfunctioneren van een medisch specialist wordt vermoed?
- Ja
 - Nee
 - N.v.t.
- 14.11 Toelichting bij 14.9 en 14.10:

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

- 15 **Algeheel rapportcijfer**
Wat is het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven aan de revalidatie-instelling?
- (rapportcijfer)
 - Onbekend
- 16 **Aanbeveling**
Welk percentage van de patiënten zou de revalidatie-instelling aanbevelen aan andere revalidatiepatiënten?
- (percentage)
 - Onbekend
- 17 **Privacy**
Wat is het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven bij de vraag “**Werd er rekening gehouden met uw privacy tijdens de verzorging en/of behandeling (denk aan toiletgebruik, wassen en omkleedruimtes bij therapie)?**”
- (rapportcijfer)
 - Onbekend
- 18 **Bejegening**
- 18.1 Wat is het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven bij de vraag “**Nam uw (revalidatie) arts u serieus?**”
- (rapportcijfer)
 - Onbekend
- 18.2 Wat is het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven bij de vraag “**Namen de medewerkers, u serieus?**”
- (rapportcijfer)
 - Onbekend
- 18.3 Wat is het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven bij de vraag “**Was de (revalidatie) arts begrijpelijk in zijn/haar uitleg?**”
- (rapportcijfer)
 - Onbekend
- 18.4 Wat is het gemiddelde rapportcijfer dat patiënten geven bij de vraag “**Waren de medewerkers begrijpelijk in hun uitleg?**”
- (rapportcijfer)
 - Onbekend

Toegankelijkheid

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

Regie over de zorg

- 20 **Behandelplan**
Met welk percentage van de patiënten is gezamenlijk afspraken gemaakt over de te bereiken behandeldoelen?
- (percentage)
 - Onbekend

21 Informatievoorziening

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

- (percentage)
- Onbekend

21.2 Welk percentage van de patiënten wist waar hij/zij naar toe kon als hij/zij klachten had?

- (percentage)
- Onbekend

Samenwerking

22 Samenwerking binnen behandelteam

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

- (rapportcijfer)
- Onbekend

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 2017] – [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 wegdrukbaar roodheid) wordt uitgesloten omdat dan moeilijk is vast te stellen dat het daadwerkelijk om decubitus gaat.

De decubitus dient te worden gemeten conform de decubitus cursus 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)

$Valincidentie = \text{Teller} / \text{Noemer}$

- 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.

<p>Type indicator Uitkomstindicator</p>
<p>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.</p>
<p>Toelichting Het gaat hier om twee vragen:</p> <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
Waarom kwaliteitsindicator Elektronisch voorschrijven is essentieel voor een goede bewaking van interacties tussen geneesmiddelen en van contra-indicaties voor het gebruik van geneesmiddelen. Indien op het moment van voorschrijven geen medicatiebewaking kan worden uitgevoerd ontstaat een risico voor de patiënt.
Definities: De KNMG-richtlijn Elektronisch voorschrijven stelt dat voorschrijvers geneesmiddelen dienen voor te schrijven met gebruikmaking van een elektronisch voorschrijfsysteem dat is voorzien van mogelijkheden om onveilige situaties te bewaken. Door een elektronisch voorschrijfsysteem te gebruiken kunnen fouten worden voorkomen bij het lezen van recepten en kunnen onveilige situaties worden voorkomen, zoals dubbelmedicaties, contra-indicaties, interacties met andere geneesmiddelen en overgevoelighedsreacties. Een elektronisch voorschrijfsysteem moet ten minste de volgende functionaliteiten omvatten: a Bewaken op interacties met andere geneesmiddelen die de patiënt gebruikt; b Bewaken op individuele gevoeligheden, ongevoeligheden of overgevoeligheden van de patiënt voor het desbetreffende geneesmiddel; c Bewaken op onjuiste dosering; d Bewaken op (pseudo) dubbelmedicatie; e Bewaken op contra-indicaties en andere patiëntkenmerken. Het proces rond elektronisch voorschrijven kan worden onderverdeeld in verschillende deelprocessen: 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). Voor de klinische situatie is een koppeling met het apotheeksysteem zeer gewenst.
Type indicator Structuurindicator
Inclusie - Het elektronisch voorschrijfsysteem dient de hierboven genoemde vijf functionaliteiten te omvatten. - De beoordeling en behandeling van het recept voor kinderen jonger dan 12 jaar, inclusief (handmatige) doseringscontrole, moet altijd plaatsvinden tijdens de receptverwerking. Dit kan door de apotheker of een apothekersassistent worden uitgevoerd.
Exclusie Het voorschrijven van cytostatica wordt in deze indicator buiten beschouwing gelaten.
Toelichting Het doel van deze indicator is om na te gaan of de instelling werkt met een elektronisch voorschrijfsysteem zoals bedoeld in de richtlijn Elektronisch voorschrijven. Omdat elektronische voorschrijfsystemen niet voorzien in bewaking van de dosering bij kinderen wordt daarnaast specifiek gevraagd naar (handmatige) doseringscontrole bij kinderen. De optie 'deels' 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.

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.

7. Ondervoeding
<p>Waarom kwaliteitsindicator</p> <p>Het probleem van ziekte gerelateerde ondervoeding in ziekenhuizen is al jaren bekend. De prevalentie is hoog (20-40 procent bij volwassenen en kinderen) en zonder systematische screening wordt slechts de helft van de ondervoede patiënten als zodanig herkend en hiervoor behandeld. De gevolgen van ondervoeding zijn in een veelheid van wetenschappelijk onderzoek beschreven: ondervoeding kan onder meer leiden tot vertraagde wondgenezing, verhoogde postoperatieve morbiditeit, verlengde ligduur en zelfs vroegtijdig overlijden. Deze factoren leiden tot een toename van de kosten van gezondheidszorg.</p> <p>Sinds 2007 is screening op ondervoeding voor ziekenhuizen opgenomen in de Basisset Prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In 2008 is de prestatie-indicator uitgebreid met de behandeling van ondervoeding.</p> <p>In aansluiting op deze ontwikkeling heeft de Kwaliteitscommissie van de VRA voorgesteld deze nieuwe indicator op te nemen.</p>
<p>Definitie</p> <p>Deze indicator geldt alleen voor revalidatie-instellingen met een kliniek.</p> <p><i>Ondervoeding</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Onbedoeld 4 kg of meer afgevallen in de laatste 6 maanden (screening m.b.v. SNAQ 65+) - Bovenarmomtrek minder dan 25 cm (screening m.b.v. SNAQ 65+).
<p>Type indicator</p> <p>Proces- en structuurindicator</p>
<p>Exclusie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niet klinisch voor revalidatie opgenomen patiënten - Consultaire revalidatie - Kinderen
<p>Toelichting</p> <p>Hier wordt gevraagd of het revalidatiecentrum de ondervoeding bij de klinische patiënt meet en zo ja, met welk meetinstrument.</p> <p>Voor de ziekenhuizen is eind 2005 besloten dat in Nederland de SNAQ 65+ (Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+) gebruikt wordt als screeningsinstrument in de ziekenhuizen. Het diëtistennetwerk adviseert ook om de SNAQ65+ als screeningsinstrument te gebruiken.</p>

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

operateur.
Het strekt tot aanbeveling te werken binnen een multidisciplinair amputatieteam (bestaande uit chirurg, revalidatiearts, anaesthesioloog-pijnspecialist, fysiotherapeut en mogelijk gipsverbandmeester of orthopedisch instrumentmaker).
De WAP vindt het belangrijk dat er een duidelijk revalidatieprotocol is voor het peri-operatieve beleid.

Definitie

Doelgroep: poliklinische patiënten op de revalidatieafdeling van het ziekenhuis.

Is er een revalidatieprotocol voor het peri-operatieve beleid rond een beenamputatie, waarin taken, middelen en verantwoordelijke personen zijn beschreven?

Type indicator

Structuurindicator

Exclusie

- Consultaire revalidatie
- Teenamputaties

Toelichting

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

Resultaten & doelmatigheid

Algemene toelichting

Bij de vragen over resultaatmeting (7, 8, en 9.) wordt gevraagd naar de mate van gebruik van een bepaald meetinstrument. Hiertoe wordt gevraagd naar een teller (het aantal in het verslagjaar ontslagen patiënten waarbij een bepaald meetinstrument is geregistreerd) en noemer (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 gevolgen van behandeling van verschillende diagnoses, moeten meerdere keren worden meegeteld (geldt voor zowel teller als noemer).
- Poliklinische patiënten die worden ontslagen in het kalenderjaar die daarvoor aansluitend klinisch opgenomen waren dienen eenmaal te worden meegeteld (geldt voor zowel teller als noemer).
- 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.

Bij de doelmatigheidsvragen (10.) wordt het percentage van de patiënten dat weer zelfstandig kan wonen na klinische behandeling afgezet tegen de behandelinzet.

9. 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 = Teller / Noemer</i> <ul style="list-style-type: none">- 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 = Teller / Noemer</i> <ul style="list-style-type: none">- Teller = 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)- 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.

Type indicator Procesindicator
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. Korte behandeltrajecten (<half jaar). In ziekenhuizen gaat het alleen om de patiënten die komen voor revalidatiegeneeskunde. Niet stationaire ziektebeelden. "Niet-stationaire ziektebeelden" zijn ziektebeelden waarbij de aandoening zodanig progressief is dat het functioneren van het kind daardoor verslechtert wat de uitkomst van de PEDI negatief beïnvloedt. Reden om deze beelden uit te sluiten is dat de gemeten prestatie-uitkomst (de winst in functioneren) hierdoor vertroebeld wordt. Het betreft progressieve, m.n. metabole ziekten, spierziekten, leucodystrofische beelden.
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. 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.

10. Resultaatmeting bij patiënten met chronische pijn
<p>Waarom kwaliteitsindicator</p> <p>Pijnrevalidatie heeft voornamelijk als doel het verminderen van de ervaren beperkingen. Aangezien de Pain Disability Index (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.</p>
<p>Definitie</p> <p><i>Percentage waarbij de PDI afgenomen is = Teller / Noemer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Indien teller of noemer niet gevuld is, resultaat: Niet bekend.</p>
<p>Type indicator</p> <p>Procesindicator</p>
<p>Inclusie</p> <p>Zie onderstaande diagnoseclassificatie.</p>
<p>Exclusie</p> <p>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.</p>
<p>Toelichting</p> <p>Deze korte vragenlijst, ontwikkeld door Pollard, 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.</p>

Inclusiecriteria Pain Disability Index				
DBC	ICD 9		ICD 10	
711	718.85	bekkenklachten post partum	M25.35	Overige instabiliteit van gewricht van bekkengebied en bovenbeen
0711	719.40	gewrichtspijn: nno	M25.59	Gewrichtspijn van lokalisatie niet gespecificeerd
0711	723.3	cervicobrachiaal syndroom (incl CANS)	M53.12	Cervicobrachiaal syndroom van cervicaal gebied
0711	724.1	rugpijn: thoracale wervelkolom	M54.64	Pijn in thoracale wervelkolom van thoracaal gebied
0711	724.2	rugpijn: lumbago (specifiek, aspecifiek)	M54.56	Lage rugpijn van lumbaal gebied
0711	724.5	rugpijn: nno	M54.99	Dorsalgie, niet gespecificeerd van lokalisatie niet gespecificeerd
0711	729.1	fibromyalgie/myalgie niet gespec.	M79.7	Fibromyalgie
0711	729.5	pijnsyndroom: extremiteit nno	M79.69	Pijn in extremiteit van lokalisatie niet gespecificeerd
0711	733.7	crps type 1 pijnsyndroom	M89.09	Algoneurodystrofie van lokalisatie niet gespecificeerd
0711	780.7	chronisch vermoeidheidssyndroom	R53	Malaise en vermoeidheid
0711	780.9	gegeneraliseerde pijn	R52.9	Pijn, niet gespecificeerd
0711	847.0	whiplash (distorsie hals)	S13.6	Distorsie van gewrichten en ligamenten van overige en niet gespecificeerde delen van hals

11.1 Resultaatmeting bij klinische 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. - In ziekenhuizen gaat het alleen om de patiënten die komen voor revalidatiegeneeskunde. - Overleden patiënten. - Niet van toepassing voor patiënten die geen klinische revalidatie behandeling hebben
Toelichting USER staat voor Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie. Dit meetinstrument is ontwikkeld en getest door het Kenniscentrum van De Hoogstraat. 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.

11.2 Resultaatmeting bij poliklinische CVA-patiënten

Waarom kwaliteitsindicator

Een belangrijke voorwaarde voor poliklinische revalidatiebehandeling is de verbetering van de CVA-patiënt aan het eind van de revalidatiebehandeling op participatieniveau.

CVA leidt in vele gevallen tot beperkingen op het niveau van mobiliteit, zelfverzorging, cognitie, vermoeidheid en stemming. Deze beperkingen kunnen van invloed zijn op het participatieniveau van de patiënt. Daarom is het van belang om het participatieniveau uitgebreid in kaart te brengen bij start van de behandeling, en op basis daarvan samen met de patiënt individuele doelen te stellen, en deze aan het eind van de poliklinische revalidatie te evalueren.

Definitie

Functioneren op gebied van participatie, gemeten met de USER-Participatie (USER-P)

Doelgroep: CVA-patiënten

Inclusie: Zie onderstaande diagnoseclassificatie

Type indicator

Procesindicator

Exclusie

- Consultaire revalidatie
- Klinische CVA patiënten
- patiënten die Nederlandse taal onvoldoende beheersen om vragenlijst te kunnen invullen.
- patiënten die door hun afasie niet in staat zijn om vragenlijst te kunnen invullen

Exclusie obv laatste twee onderdelen is niet van toepassing indien deze patiënten bij het invullen geholpen kunnen worden door belangrijke derden (vrienden / familie).

Toelichting

USER-P staat voor Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Revalidatie - Participatie. Dit meetinstrument is ontwikkeld en getest door het Kenniscentrum van De Hoogstraat.¹

Het wordt gebruikt om het resultaat van de poliklinische revalidatie zichtbaar te maken voor de revalidant en het team, en is vooral gericht op het participatieniveau.

De USER-P meet het functioneren en tevredenheid van revalidanten op de volgende domeinen: betaald werk, onbetaald werk, opleiding, huishoudelijke taken, sporten, uitgaan, dagtochtjes en andere activiteiten buitenshuis, vrijetijdsbesteding thuis, relatie met partner, op bezoek gaan, bezoek krijgen, contact hebben via telefoon of computer.

1. Post MW, van der Zee CH, Hennink J, Schafrat CG, Visser-Meily JM, van Berlekom SB. Validity of the utrecht scale for evaluation of rehabilitation-participation. Disabil Rehabil. 2012;34(6):478-85

Inclusiecriteria USER/USER-P			
ICD 9		ICD 10	
430	cva bloeding subarachnoidaal: nno	I60.9	Subarachnoïdale bloeding niet gespecificeerd
431	cva bloeding intraduraal: nno	I61.9	Intracerebrale bloeding niet gespecificeerd
436	cva onbloedig: nno	I63.9	Cerebraal infarct niet gespecificeerd
438	cva laat gevolg nno	I64	Beroerte niet gespecificeerd als bloeding of infarct
431A	cva bloeding intraduraal: linker hemisfeer	I61.2	Intracerebrale bloeding in hemisfeer, niet gespecificeerd
431B	cva bloeding intraduraal: rechter hemisfeer	I61.2A	Intracerebrale bloeding in hemisfeer, niet gespecificeerd
431D	cva bloeding intraduraal: multiple lok.	I61.6	Intracerebrale bloeding met multiple lokalisaties
432.0	cva bloeding extraduraal: nno	I62.1	Niet-traumatische extradurale bloeding
432.0A	cva bloeding extraduraal: linker hemisfeer	I62.1A	Niet-traumatische extradurale bloeding
432.0B	cva bloeding extraduraal: rechter hemisfeer	I62.1B	Niet-traumatische extradurale bloeding
432.0D	cva bloeding extraduraal: multiple lok.	I62.1C	Niet-traumatische extradurale bloeding
432.1	cva bloeding subduraal: nno	I62.0	Subdurale bloeding (acuut)(niet-traumatisch)
432.9	cva bloeding intracraniale: nno	I62.9	Intracraniale bloeding (niet-traumatisch), niet gespecificeerd
433.0	afsluiting/stenose precer. arterie basilaris	I65.1	Occlusie en stenose van arteria basilaris
433.1	afsluiting/stenose precer. arterie carotis	I65.2	Occlusie en stenose van arteria carotis
433.3	afsluiting/stenose precer. arterie multi+bilat.	I65.3	Occlusie en stenose van multiple en bilaterale precerebrale arteriën
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

Inclusiecriteria USER/USER-P			
ICD 9		ICD 10	
438B	cva hemiplegie laat gevolg, excl. cogn.	I69.4B	Late gevolgen van beroerte, niet gespecificeerd als bloeding of infarct

12. Doelmatigheid
<p>Waarom kwaliteitsindicator</p> <p>Een belangrijke voorwaarde voor klinische revalidatiebehandeling is de prognose dat de patiënt aan het eind van de revalidatiebehandeling weer zelfstandig gaat wonen.</p> <p>Naast individuele doelen en ontslag naar huis uit klinische revalidatie is er voor gezondheid en welbevinden van mensen met blijvende beperkingen een andere belangrijke maar meer generieke uitkomst van de revalidatiebehandeling. Dit is de mate van zelfstandigheid.</p> <p>In deze vragen gaat het om de doelmatigheid bij ontslag naar huis. Het percentage van de patiënten dat (weer) zelfstandig gaat wonen na ontslag per gewogen behandeluur.</p> <p>Bij de berekening van de gemiddelde gewogen behandelinzet gaat het om de gemiddelde volledige behandel inzet gedurende het behandeltraject, niet alleen de behandelinzet in het verslagjaar.</p>
<p>Definitie</p> <p><i>Zelfstandig wonen/ontslag naar huis</i> Patiënten die in de thuissituatie (met of zonder AWBZ-zorg en WMO-voorzieningen) verblijven.</p> <p><i>Percentage patiënten die zelfstandig gaan wonen = 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. Behandeluren 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 12.1 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</p>

Voor traumatisch hersenletsel: zie onderstaande diagnoseclassificatie

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.

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

Tijdigheid

Algemene toelichting

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

13. 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.

<p>Type indicator Uitkomstindicator</p>
<p>Exclusie Consultaire revalidatie. Vraag 13.3 en 13.4: Niet van toepassing voor patiënten die geen klinische revalidatie behandeling hebben ontvangen. In ziekenhuizen gaat het alleen om de patiënten die komen voor revalidatiegeneeskunde.</p>
<p>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.</p>

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 locale invulling, inclusief de patiënt. Aan de hand van deze gegevens wordt een evaluatiegesprek gevoerd met een collega medisch specialist.

<p>14 IFMS en regeling disfunctioneren medisch specialisten</p>
<p>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.</p>
<p>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.</p>
<p>Type Indicator Uitkomstindicator</p>

Inclusie

Alleen medisch specialisten die minimaal een jaar werkzaamheden verrichten in de instelling.

Exclusie

Consultaire revalidatie.

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

Toelichting

Individueel functioneren medisch specialisten (IFMS) is een evaluatief systeem dat gericht is op het (verder) verbeteren van de kwaliteit van het individuele professionele handelen van medisch specialisten. Nadat dit systeem in 2008 door Orde van Medisch Specialisten (OMS – nu Federatie Medisch Specialisten) werd gepresenteerd, is het uitgerold in de Nederlandse instellingen. Dat IFMS een onveranderd belangrijke rol speelt in het bevorderen van het optimaal functioneren van de medisch specialist, werd ook beschreven in het visiedocument 'Optimaal Functioneren van medisch specialisten' van de OMS uit 2013. De ervaringen met IFMS en veelvoud aan verschijningsvormen die IFMS inmiddels kende was aanleiding voor de OMS om aanbevelingen ten aanzien van IFMS te herijken.

In 2014 heeft de Federatie Medisch Specialisten de leidraad IFMS uitgebracht. Deze leidraad biedt handvatten om het individueel functioneren van een medisch specialist te evalueren en verder te ontwikkelen. In de uitvoering houdt de medisch specialist daartoe onder andere een portfolio bij over de mate waarin en de wijze waarop hij/zij voldoet aan de zogenaamde Can-MEDS-competenties. Daarnaast wordt de omgeving geraadpleegd, inclusief de patiënt, afhankelijk van de lokale invulling. Aan de hand van deze gegevens wordt een evaluatiegesprek gevoerd, bij voorkeur met een collega medisch specialist.

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

Ervaringsindikatorer

Algemene toelichting

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

16. Aanbeveling
Waarom kwaliteitsindicator De vraag of een individu een dienst of service zou aanbevelen aan anderen wordt in consumentenonderzoek beschouwd als de ultieme vraag om tevredenheid mee in kaart te brengen.
Definitie De patiënt wordt gevraagd om de volgende vraag te beantwoorden: Zou u deze revalidatie-instelling bij andere revalidatiepatiënten aanbevelen?

- Ja
- Nee

Aanbeveling

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

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

Type indicator
Uitkomstindicator

Exclusie
Consultaire revalidatie.

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

17. Privacy

Waarom kwaliteitsindicator

Voor revalidanten bestaat veilige zorg onder andere uit het hebben van vertrouwen in de zorgverleners. Het respecteren van privacy, bijvoorbeeld door hier bij de inrichting van het gebouw en de kamers rekening mee te houden, draagt hieraan bij.

Definitie

De patiënt wordt gevraagd om de volgende vraag te beantwoorden:
Werd er rekening gehouden met uw privacy tijdens de verzorging en/of behandeling (denk aan toiletgebruik, wassen en omkleedruimtes bij therapie)?

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

Privacy

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

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

Type indicator Uitkomstindicator
Exclusie Consultaire revalidatie.
Toelichting Gevraagd wordt of de revalidant privacy ervaren heeft tijdens de lichamelijke verzorging (zoals bij toiletgebruik, wassen en kleden).

18. Bejegening
Waarom kwaliteitsindicator De wijze waarop zorgverleners omgaan met revalidanten (bejegening) is van invloed op de ervaren veiligheid en op het vertrouwen in zorgverleners. Daarmee draagt het bij aan de algehele tevredenheid van de revalidant.
Definitie De patiënt wordt gevraagd om de volgende vragen te beantwoorden: Nam uw (revalidatie) arts u serieus?
<input type="checkbox"/> 1 Mijn (revalidatie)arts nam mij <u>helemaal niet</u> serieus <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 Mijn (revalidatie)arts nam mij <u>volledig</u> serieus
Namen de medewerkers u serieus?.
<input type="checkbox"/> 1 De medewerkers namen mij <u>helemaal niet</u> serieus <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 De medewerkers namen mij <u>volledig</u> serieus

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

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

Waren de medewerkers begrijpelijk in hun uitleg?

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

Bejegening

Voor elk van de gepresenteerde vier onderdelen van bejegening geldt:

Het gemiddelde rapportcijfer dat alle patiënten tezamen toekennen aan het onderdeel van bejegening = Teller / Noemer

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

Type indicator

Uitkomstindicator

Exclusie

Consultaire revalidatie.

Toelichting*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.

19. Toegankelijkheid van het gebouw

Waarom kwaliteitsindicator

Fysieke toegankelijkheid van revalidatie-instellingen is van invloed op de ervaren kwaliteit van de dienstverlening.

Definitie

De patiënt wordt gevraagd om de volgende vraag te beantwoorden:

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

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

Fysieke toegankelijkheid

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

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

Type indicator

Uitkomstindicator

Exclusie

Consultaire revalidatie.

Toelichting

Fysieke toegankelijkheid

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

20. Behandelplan
Waarom kwaliteitsindicator Regie over de zorg door de revalidant (voor zover gewenst en mogelijk) sluit aan bij de doelstellingen van revalidatiebehandeling. Bovendien kan het een bijdrage leveren aan de ervaren kwaliteit van dienstverlening. Overleg tussen behandelaar en revalidant over het behandelplan en de (evaluatie van) behandeldoelen bieden ondersteuning aan revalidanten bij het nemen van de regie over de zorg.
Definitie De patiënt wordt gevraagd om de volgende vraag te beantwoorden: Is het behandelplan met u besproken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <i>Behandeldoelen</i> Het percentage van de patiënten waarmee afspraken zijn gemaakt over de te bereiken behandeldoelen = Teller / Noemer - Teller = Het totaal aantal keren waarmee bovenstaande vraag met "Ja" is beantwoord - Noemer = Het totaal aantal keren dat bovenstaande vraag beantwoord is
Type indicator Procesindicator
Exclusie Consultaire revalidatie.
Toelichting De revalidant maakt desgewenst en indien mogelijk zelf keuzes ten aanzien van behandeling en zorg, voert de zorg zelf uit ("zelfzorg"), maakt en bewaakt afspraken met zorgverleners, beheert het (volledige) zorgplan, evalueert en stuurt bij. Waar nodig of gewenst vraagt de revalidant anderen om delen van de zorg over te nemen. Dit betekent dat de revalidant de mogelijkheid heeft om mee te beslissen over de zorg en behandeling gedurende de uitvoering van het gehele behandeltraject. Verder worden samen met de revalidant de taken van de revalidatiearts en zijn team besproken en vastgelegd.

21. Informatievoorziening
Waarom kwaliteitsindicator Regie over de zorg door de revalidant (voor zover gewenst en mogelijk) sluit aan bij de doelstellingen van revalidatiebehandeling. Bovendien kan het een bijdrage leveren aan de ervaren kwaliteit van dienstverlening. Informatievoorziening aan de revalidant biedt ondersteuning aan revalidanten bij het nemen van de regie over de zorg en is een randvoorwaarde daarvoor.
Definitie De patiënt wordt de volgende vragen gesteld: Werd u tijdens uw behandeling door uw behandelaar gewezen op mogelijkheden tot lotgenotencontact of het bestaan van patiëntenverenigingen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Wist u waar u naar toe kon als u een klacht zou hebben?

- Ja
- Nee
- N.v.t.

Informatievoorziening

Voor elk van de gepresenteerde twee onderdelen van informatievoorziening geldt:

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

Type indicator

Procesindicator

Exclusie

Consultaire revalidatie.

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.

22. Samenwerking binnen behandelteam

Waarom kwaliteitsindicator

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

Definitie

De patiënt wordt gevraagd om de volgende vraag te beantwoorden:

Heeft u het gevoel dat uw behandelteam goed op elkaar is ingespeeld?

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

Samenwerking binnen behandelteam

Het gemiddelde rapportcijfer dat alle patiënten tezamen toekennen aan de samenwerking binnen het behandelteam = Teller / Noemer

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

Type indicator
Procesindicator

Exclusie
Consultaire revalidatie.

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