



## **Productindicatorenverzameling Inzicht in Revalidatie 2014**

*31 oktober 2014*

*Ten behoeve van het kwaliteitsinstituut*



## Tevredenheid

### Variant revalidatiecentra

1.1.1 Heeft uw instelling eind 2012/begin 2013 geparticipeerd in het branchebrede patiënttevredenheidsonderzoek voor volwassenen m.b.v. de CQ-Index Revalidatie?

- Ja
- Nee
- N.v.t. omdat de instelling (locatie) geen volwassenen behandelt.

1.1.2 Zo ja, wat was de respons?

... %

1.1.3 Zo ja, wat zijn de scores van de tevredenheidsenquête met de CQ-Index geclassificeerd naar thema?

	Thema	Score*
1.1.3.1	Bejegening bij ontvangst	
1.1.3.2	Informatie van het revalidatiecentrum	
1.1.3.3	Afspraken maken en veranderen	
1.1.3.4	Behandelplan en behandeling	
1.1.3.5	Hulp/steun	
1.1.3.6	Bejegening revalidatiearts	
1.1.3.7	Bejegening behandelaars	
1.1.3.8	Veiligheid	
1.1.3.9	Continuïteit en afstemming	
1.1.3.10	Klinische revalidatiezorg	
1.1.3.11	Rapportcijfer revalidatiecentrum	

\* De tevredenheidsscores van volwassenen zijn gebaseerd op een vierpuntsschaal (1 t/m 4). Thema 11 betreft een rapportcijfer.

1.2.1 Heeft uw instelling eind 2012/begin 2013 geparticipeerd in het branchebrede patiënttevredenheidsonderzoek voor (ouders van) kinderen m.b.v. de CQ-Index Revalidatie?

- Ja
- Nee
- N.v.t. omdat de instelling (locatie) geen kinderen behandelt.

1.2.2 Zo ja, wat was de respons?

... %

1.2.3 Zo ja, wat zijn de scores van de tevredenheidsenquête met de CQ-Index geclassificeerd naar thema?

	Thema	Score*
1.2.3.1	Ontvangst op revalidatiecentrum	
1.2.3.2	Informatie van het revalidatiecentrum	
1.2.3.3	Afspraken maken en veranderen	
1.2.3.4	Behandelplan en behandeling	
1.2.3.5	Hulp/steun	
1.2.3.6	Bejegening behandelaars	
1.2.3.7	Veiligheid	
1.2.3.8	Continuïteit en afstemming	
1.2.3.9	Bejegening behandelaars (door kind)	

1.2.3.10	Behandeling (door kind)	
1.2.3.11	Rapportcijfer behandellocatie	

\* De tevredenheidsscores van volwassenen zijn gebaseerd op een vierpuntsschaal (1 t/m 4). Thema 11 betreft een rapportcijfer.

<b>Type indicator</b>	Uitkomstindicator
<b>Thema/voorwaarde</b>	Patiëntgerichtheid
<b>Doelgroep</b>	Algemeen geldend
<b>Exclusiecriteria</b>	Revalidatieafdelingen in ziekenhuizen, Consulten

## Variant ziekenhuisafdelingen

### Patiëntervaring

1.3.1 Wordt patiëntervaring gemeten?

- Ja  
 Nee

1.3.2 Zo ja, met welke frequentie?

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

1.3.3 Zo ja, welk systeem voor patiëntervaring wordt gebruikt?

- .....  
 Onbekend

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

- Ja  
 Nee

1.3.5 Zo ja, heeft dit geleid tot verbeterbeleid?

- Ja  
 Nee

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

## Regie over de zorg

### 2. Informatievoorziening

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

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

## Veiligheid

### 3. Complicatieregistratie

3.1 Registreert uw instelling complicaties?

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

3.2 Is er een systematische bespreking van complicaties?

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

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

### 4. Decubitusprevalentie

4.1 Heeft u recentelijk (2013 of 2014) deelgenomen aan de branchebrede puntprevalentiemeting decubitus voor klinische patiënten?

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

4.2 Zo ja, wat is de puntprevalentie?

... %

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

## 5. Decubitusincidentie bij patiënten met een dwarslaesie

5.1 Beschikt de revalidatie-instelling in 2014 over een systeem voor het registreren van het vóórkomen van decubitus bij klinisch opgenomen dwarslaesiepatiënten?

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

5.2 Zo ja, wat is de decubitusincidentie?

... %

<b>Type indicator</b>	Uitkomstindicator
<b>Thema/voorwaarde</b>	Veiligheid
<b>Doelgroep</b>	Dwarslaesiepatiënten
<b>Exclusiecriteria</b>	Niet klinisch opgenomen patiënten, (incl. consulten)

## 6. Incidentie Valincidenten

6.1 Beschikt de revalidatie-instelling in 2014 over een systeem voor het registreren van valincidenten?

- Ja  
 Nee

6.2 Zo ja, wat is de valincidentie?

... %

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

## Resultaatmeting & doelmatigheid

### 7. Resultaatmeting kinderen

7.1 Maakte u in 2014 bij uw resultaatmeting bij kinderen (ontwikkelingsleeftijd tot 7,5 jaar) gebruik van de PEDI-NL:

- Ja
- Nee
- N.v.t., omdat onze instelling geen kinderen (ontwikkelingsleeftijd tot 7,5 jaar) behandelt

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

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

Type indicator	Procesindicator
Thema/voorwaarde	Effectiviteit
Doelgroep	Kinderen
Exclusiecriteria	Patiënten met ontwikkelingsleeftijd boven 7,5 jaar, Consulten

### 8. Resultaatmeting bij patiënten met een beenamputatie

8.1 Maakte u in 2014 bij uw resultaatmeting bij patiënten met een beenamputatie gebruik van de SIGAM/WAP?

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

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

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

Type indicator	Procesindicator
Thema/voorwaarde	Effectiviteit
Doelgroep	Patiënten met een beenamputatie
Exclusiecriteria	Enkel-, voet- en teenamputaties, Consulten

### 9. Resultaatmeting bij Parkinsonpatiënten

9.1 Maakte u in 2014 bij uw resultaatmeting bij Parkinsonpatiënten gebruik van de Parkinson Activiteiten Schaal?

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

9.2 Zo ja, wat was het percentage waarbij de Parkinson Activiteiten Schaal is afgenomen?

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

Type indicator	Procesindicator
Thema/voorwaarde	Effectiviteit
Doelgroep	Patiënten met de ziekte van Parkinson
Exclusiecriteria	Patiënten die rolstoel gebonden zijn, Consulten

## 10. Resultaatmeting bij patiënten met chronische pijn

10.1 Maakte u in 2014 bij uw resultaatmeting bij patiënten met chronische pijn gebruik van de Pain Disability Index?

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

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

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

Type indicator	Procesindicator
Thema/voorwaarde	Effectiviteit
Doelgroep	Patiënten met chronische pijn
Exclusiecriteria	Patiënten die niet in staat zijn om de Pain Disability Index in te vullen, Consulten

## 11. Resultaatmeting bij CVA-patiënten

11.1 Maakte u in 2014 bij uw resultaatmeting bij klinische CVA-patiënten gebruik van de USER?

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

11.2 Zo ja, wat was het percentage van de in 2014 ontslagen klinische CVA-patiënten waarbij de score voor Zelfstandigheid (optelsom van mobiliteit en zelfverzorging) op de USER tussen opname en ontslag minimaal 1 punt vooruit ging?

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

Type indicator	Uitkomstindicator
Thema/voorwaarde	Effectiviteit
Doelgroep	CVA-patiënten
Exclusiecriteria	Overleden patiënten, Niet klinisch opgenomen patiënten, (incl. consulten)

## 12. Doelmatigheid

### 12.1 Doelmatigheid CVA

12.1.1 Heeft u geregistreerd of de in 2014 uit klinische revalidatie ontslagen volwassen CVA-patiënten weer zelfstandig wonen?

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

12.1.2 Zo ja, wat is het percentage van de in 2014 ontslagen volwassen klinische CVA-patiënten dat weer in een eigen, eventueel aangepaste, woonsituatie gaat functioneren?

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

12.1.3 Wat is de gemiddelde behandelinzet (gemiddeld aantal gewogen behandeluren) gedurende de hele behandeling (ook indien die behandeling voor 2014 startte) van deze klinisch behandelde volwassen CVA-patiënten?

- Aantal uren ...
- Niet bekend



## 12.2 Doelmatigheid lage dwarslaesie

12.2.1 Heeft u geregistreerd of de in 2014 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

12.2.2 Zo ja, wat is het percentage van de in 2014 ontslagen volwassen klinische patiënten met een lage dwarslaesie dat weer in een eigen, eventueel aangepaste, woonsituatie gaat functioneren?

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

12.2.3 Wat is de gemiddelde behandelinzet (gemiddeld aantal gewogen behandeluren) gedurende de hele behandeling (ook indien die behandeling voor 2014 startte) van deze klinisch behandelde volwassen patiënten met een lage dwarslaesie?

- Aantal uren ...
- Niet bekend

## 12.3 Doelmatigheid hoge dwarslaesie

12.3.1 Heeft u geregistreerd of de in 2014 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

12.3.2 Zo ja, wat is het percentage van de in 2014 ontslagen volwassen klinische patiënten met een hoge dwarslaesie dat weer in een eigen, eventueel aangepaste, woonsituatie gaat functioneren?

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

12.3.3 Wat is de gemiddelde behandelinzet (gemiddeld aantal gewogen behandeluren) gedurende de hele behandeling (ook indien die behandeling voor 2014 startte) van deze klinisch behandelde volwassen patiënten met een hoge dwarslaesie?

- Aantal uren ...
- Niet bekend

## 12.4 Doelmatigheid traumatisch hersenletsel

12.4.1 Heeft u geregistreerd of de in 2014 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

12.4.2 Zo ja, wat is het percentage van de in 2014 ontslagen volwassen klinische patiënten met traumatisch hersenletsel dat weer in een eigen, eventueel aangepaste, woonsituatie gaat functioneren?

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

12.4.3 Wat is de gemiddelde behandelinzet (gemiddeld aantal gewogen behandeluren) gedurende de hele behandeling (ook indien die behandeling voor 2014 startte) van deze klinisch behandelde volwassen patiënten met traumatisch hersenletsel?

- Aantal uren ...
- Niet bekend

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

## Tijdigheid

### 13. Wachttijden

#### 13.1 Wachttijden eerste onderzoek

13.1.1 Heeft u de wachttijd voor het eerste onderzoek in 2014 geregistreerd?

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

13.1.2 Zo ja, wat was het percentage van de patiënten dat in 2014 maximaal 4 weken hoefde te wachten tussen het moment van aanmelden voor een poliklinisch consult (eerste onderzoek) en het eerste consultaire contact met de revalidatiearts?

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

#### 13.2 Wachttijden poliklinische revalidatiebehandeling

13.2.1 Heeft u de wachttijd voor een poliklinische revalidatiebehandeling in 2014 geregistreerd?

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

13.2.2 Zo ja, wat was het percentage van de patiënten dat in 2014 maximaal 4 weken hoefde te wachten op de start van een poliklinische revalidatiebehandeling?

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

#### 13.3 Wachttijden klinische revalidatiebehandeling

13.3.1 Heeft u de wachttijd voor een klinische revalidatiebehandeling in 2014 geregistreerd?

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

13.3.2 Zo ja, wat was het percentage van de patiënten dat in 2014 maximaal 4 weken hoefde te wachten op de start van een klinische revalidatiebehandeling?

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

#### 13.4 Wachttijden acuut CVA

5.4.1 Heeft u de wachttijd voor een klinische opname bij de diagnosegroep acuut CVA in 2014 geregistreerd?

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

5.4.2 Zo ja, wat was het percentage van de patiënten met een acuut CVA dat in 2014 binnen 2 weken na aanmelding door de revalidatiearts in het ziekenhuis door het revalidatiecentrum is overgenomen?

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

Type indicator	Uitkomstindicator
Thema/voorwaarde	Tijdigheid
Doelgroep	Algemeen geldend/CVA-patiënten
Exclusiecriteria	5.2 t/m 5.4: Consulten

## Transparantie

### 14. Certificatie/accreditatie

6.1 Is deze instelling gecertificeerd of geaccrediteerd?

- Ja, HKZ Medisch Specialistische Revalidatiezorg
- Ja, NIAZ
- Ja, anders namelijk ...
- Nee

6.2 Indien uw organisatie over een ander certificaat dan HKZ Medisch Specialistische Revalidatiezorg beschikt, betreft het de hele organisatie of de afdeling revalidatie?

- Hele organisatie
- Afdeling revalidatie

Type indicator	Structuurindicator
Thema/voorwaarde	Transparantie
Doelgroep	Algemeen geldend

## Samenwerking

### 15. Samenwerking met patiëntenvertegenwoordigingen

15.1 Welke patiëntengroepen zijn voor uw instelling van belang?

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

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

- Ja
- Nee

15.3 Zo ja, met welke van onderstaande patiëntenorganisaties?

- Cerebraal
- Nederlandse CVA-Vereniging Samen Verder
- Dwarslaesie Organisatie Nederland
- Vereniging van Geamputeerden
- Vereniging Spierziekten Nederland
- Stichting PijnHoop
- Reuma Patiënten Vereniging
- BOSK
- Astmafonds
- Hartzorg
- Anders, namelijk...

Type indicator	Structuurindicator
Thema/voorwaarde	Samenwerking
Doelgroep	Algemeen geldend

## **Verklaring en definities**

## Tevredenheid

### Algemene toelichting

Tevredenheid wordt hier gedefinieerd als 'dienstverlening die overeenkomt met de verwachtingen van patiënten'. Om te kunnen voldoen aan de verwachtingen is het van belang deze te kennen. Dan kan de zorg zodanig worden ingericht dat aan verwachtingen kan worden voldaan waarna de ervaring van klanten weer informatie geeft over het succes van de organisatie t.a.v. dit kwaliteitsaspect. Deze informatie kan gebruikt worden om de organisatie te verbeteren. Bij deze vraag gaat het om de deelname van de instelling (locatie) aan de branchebrede uitvraag met de CQ-Index Revalidatie die eind 2012/begin 2013 is uitgevoerd door MediQuest.

<b>1. Patiënttevredenheid – variant revalidatiecentra</b>
<b>Waarom kwaliteitsindicator</b> In 2009 kwam de concept CQ-index beschikbaar. Met de CQ-Index kan onderzocht worden of de zorg en de dienstverlening aan de verwachtingen van de eigen klanten voldoet en hoe deze verwachtingen zijn in vergelijking met de klanten van andere centra. De tweede branchebrede uitvraag vond plaats eind 2012/begin 2013. Hier wordt gevraagd of de instelling deelnam aan de branchebrede uitvraag eind 2012/begin 2013
<b>Definitie</b> <i>Tevredenheid</i> Dienstverlening die overeenkomt met de verwachtingen van patiënten.  <i>Responspercentage</i> Het aantal ingevulde lijsten retour/totaal aantal aangeschreven patiënten x 100%=...%
<b>Type indicator</b> Uitkomstindicator
<b>Exclusie</b> Niet van toepassing voor revalidatieafdelingen in ziekenhuizen Niet van toepassing voor patiënten die uitsluitend consulten hebben ontvangen
<b>Toelichting</b> Om te kunnen voldoen aan de verwachtingen van patiënten is het van belang deze te kennen. Pas dan is de zorg zo in te richten dat het aan verwachtingen kan voldoen. Vervolgens geeft de ervaring van klanten weer informatie over het succes van de organisatie t.a.v. dit kwaliteitsaspect. Deze informatie kan worden gebruikt om de organisatie te verbeteren.  Door openbaar te maken op welke wijze dat gebeurt, kunnen zorgaanbieders leren van elkaars ervaringen. Door openbaar te maken wat de resultaten zijn, kunnen buitenstaanders (zoals zorgverzekeraars, patiënten, patiëntenorganisaties, etc.) beoordelen op welk niveau het revalidatiecentrum presteert volgens het eigen tevredenheidonderzoek.

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

## 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.

<b>2. Informatievoorziening</b>
<b>Waarom kwaliteitsindicator</b> 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.
<b>Definitie</b>  De instelling wordt gevraagd welke vorm van informatievoorziening binnen de instelling aanwezig is.
<b>Type indicator</b> Procesindicator
<b>Exclusie</b> Geen
<b>Toelichting</b>  <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.

<b>3. Complicatieregistratie</b>
<b>Waarom kwaliteitsindicator</b> 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.
<b>Definitie</b>  <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.
<b>Type indicator</b> Structuurindicator
<b>Exclusie</b> 3.1: - Niet klinisch opgenomen patiënten (incl. consulten); - Wanneer een instelling een VIM/MIP/MIR-registratie of FONA/FOBA-registratie heeft is dit onvoldoende om deze vraag positief te beantwoorden. Tenzij in deze VIM/MIP/MIR- of FONA/FOBA registraties de genoemde complicaties nadrukkelijk als complicatie staan geregistreerd, dan mag deze vraag wel positief beantwoord worden.  3.2: Niet van toepassing voor patiënten die uitsluitend consulten hebben ontvangen
<b>Toelichting</b> Een complicatie wordt geconstateerd gedurende de behandeling of bij de direct daarop volgende poliklinische controle, dan wel binnen een door de wetenschappelijke vereniging bepaalde periode vanaf het begin van de behandeling.  Complicaties zijn ongewenste uitkomsten van zorg waardoor gezondheidsschade ontstaat. Zij kunnen een 'normaal' risico van zorg zijn, maar kunnen ook het gevolg zijn van fouten. Complicaties kunnen geregistreerd worden in een complicatieregistratiesysteem. Doel hiervan is de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Een registratiesysteem biedt informatie over hoe vaak complicaties voorkomen en welke factoren mogelijk een rol daarbij spelen. Deze informatie biedt een handvat voor patiëntenvoorlichting over risico's. Ook kan gezocht worden naar mogelijkheden om de omvang en ernst van complicaties in de toekomst zo veel mogelijk te beperken.  Gevraagd wordt (3.1) of complicatieregistratie voor decubitus (opgelopen in de instelling), infecties (opgelopen in de instelling) of andere complicaties plaatsvindt. Voor de definitie en classificatie van decubitus wordt verwezen naar de definities bij indicator 4. Decubitusprevalentie. Van registratie van infecties is sprake indien <u>tenminste</u> de volgende categorieën van infecties worden geregistreerd:

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

Voor een toelichting op deze classificatie wordt verwezen naar het document "Definities zorginfecties Prevalentie Onderzoek Verpleeghuizen".<sup>1</sup>

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

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

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

<b>4. Decubitusprevalentie</b>
<b>Waarom kwaliteitsindicator</b> 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. Het gaat hier om de vraag of uw instelling in 2013 of 2014 heeft deelgenomen aan de branchebrede puntprevalentiemeting decubitus.
<b>Definities</b>  <i>Decubitus</i> Decubitus is iedere vorm van weefselversterf, veroorzaakt door inwerking op het lichaam van druk-, schuif- of wrijfkrachten of een combinatie van deze factoren (bron: CBO-consensus).  <i>Classificatie decubitus</i> De European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) classificeert decubitus als volgt: - <i>Graad 1 Niet-wegdrukbaar roodheid van de intacte huid. Verkleuring van de huid, warmte, oedeem en verharding (induratie) zijn andere mogelijke kenmerken.</i> - <i>Graad 2 Oppervlakkig huiddefect van de opperhuid (epidermis), al dan niet met aantasting van de huidlaag daaronder (lederhuid of dermis). Het defect manifesteert zich als een blaas of een oppervlakkige ontvelling.</i> - <i>Graad 3 Huiddefect met schade of necrose van huid en onderhuids weefsel (subcutis). De schade kan zich uitstrekken tot aan het onderliggende bindweefselvlies (fascie).</i> - <i>Graad 4 Uitgebreide weefselschade of weefselversterf (necrose) aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsels, met of zonder schade aan opperhuid (epidermis) en lederhuid (dermis).</i>  <i>Puntprevalentie</i> - Teller = [het aantal klinische patiënten met decubitus (graad 2 - 4) op een vast tijdstip in 2013] – [het aantal die bij opname al verschijnselen van decubitus hadden] Noemer = [alle klinisch opgenomen patiënten in de revalidatie-instelling op hetzelfde tijdstip]  De LPZ-methodiek (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen), die in de ziekenhuizen wordt gebruikt, maakt in haar beschrijving een onderscheid tussen huidlaesies ten gevolge van incontinentie of zweten en decubitus door wrijf- en schuifkracht. In de meeste gevallen waarbij vocht een rol speelt, gaat het om een combinatie van vocht en wrijf- en schuifkrachten. Laesies uitsluitend ten gevolge van vocht komen bij hooguit 2 procent van de patiënten met huidlaesies voor. Het al dan niet maken van dit onderscheid heeft daarom vrijwel geen gevolgen voor de geregistreerde prevalentie. In de meting van Revalidatie Nederland wordt dit onderscheid dan ook niet gemaakt, de beide vormen van decubitus worden zonder onderscheid geregistreerd als decubitus. De decubitus dient te worden gemeten conform de decubitus cursus die in oktober 2011 gegeven is.
<b>Type indicator</b> Uitkomstindicator
<b>Exclusie</b> Niet van toepassing voor patiënten die geen klinische behandeling hebben ontvangen
<b>Toelichting</b> 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.

## 5. 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

#### *Decubitus*

Decubitus is iedere vorm van weefselversterf, veroorzaakt door inwerking op het lichaam van druk-, schuif- of wrijfkrachten of een combinatie van deze factoren (bron: CBO-consensus).

#### *Decubitusincidentie*

Het aantal nieuwe gevallen van decubitus bij klinisch opgenomen dwarslaesiepatiënten in het verslagjaar.

- Teller = [het aantal nieuwe klinische dwarslaesiepatiënten in 2014 dat decubitus opliep in het centrum]
- Noemer = [het totaal aantal klinische dwarslaesiepatiënten in 2014 dat voor klinische revalidatiebehandeling in de revalidatie-instelling verbleef\*\*]

\* “Nieuwe gevallen” betreft in de verband ook nieuwe patiënten die met decubitus worden opgenomen.

\*\* Het aantal patiënten in 2014 bestaat uit de groep patiënten die op 1 januari 2014 al was opgenomen + alle nieuwe opnamen in 2014.

### Type indicator

Uitkomstindicator

### Exclusie

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

### 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.

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

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

## 6. Incidentie Valincidenten

### Waarom kwaliteitsindicator

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

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

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

Het gaat hier om twee vragen:

- Beschikt de instelling (locatie) over een registratiesysteem voor valincidenten?
- Wat is de valincidentie? Bij deze tweede vraag wordt niet gecorrigeerd voor patiënten met een verhoogde kans op vallen. Het gaat om het totaal aantal valincidenten bij klinische of poliklinische patiënten. Immers, ook voor patiënten met een verhoogde kans op vallen geldt dat getracht moet worden het aantal vallen terug te dringen. Het gaat om het vallen bij volwassen patiënten omdat bij kinderen vallen een onderdeel vormt van opgroeien (inclusief spelen). Dit betekent dat alleen patiënten meetellen die ten tijde van de val 18 jaar of ouder waren. Het gaat zowel om klinische als poliklinische patiënten.
- Bij de berekening van het totaal aantal patiënten gaat het om zowel poliklinische als klinische patiënten die tijdens de behandeling in 2014 18 jaar of ouder waren. Iemand die op 1 januari in behandeling was en gedurende 2014 18 jaar werd telt bijvoorbeeld niet mee. Iemand die in februari 2014 18 jaar werd maar pas in maart 2014 in behandeling kwam telt bijvoorbeeld wel mee. In ziekenhuizen gaat het alleen om de patiënten onder het specialisme revalidatiegeneeskunde. Patiënten die vallen bijvoorbeeld ten gevolge van paramedische dienstverlening aan andere medisch specialismen tellen niet mee.

### Definitie

#### Val

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

*Valincidentie* = Teller / Noemer

- Teller = Het totale aantal valincidenten in 2014
- Noemer = Het totale aantal volwassen patiënten in 2014\*

\* Het aantal patiënten in 2014 bestaat uit de groep patiënten die op 1 januari van 2014 al in behandeling was + alle nieuwe in behandeling genomen patiënten in 2014. Het gaat om zowel klinische als poliklinische patiënten.

### Type indicator

Uitkomstindicator

### Exclusie

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

Niet van toepassing voor patiënten die uitsluitend consulten hebben ontvangen

**Toelichting**

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

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

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

## Resultaten & doelmatigheid

### Algemene toelichting

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

Bij alle vragen over resultaatmeting wordt gevraagd naar een teller (het aantal in 2014 ontslagen patiënten waarbij een bepaald meetinstrument is geregistreerd) en noemer gevraagd (totaal aantal in 2014 ontslagen patiënten). Patiënten kunnen dus al wel voor 1 januari 2014 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 2014 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).

<b>7. Resultaatmeting kinderen</b>
<b>Waarom kwaliteitsindicator</b> Om de effectiviteit van behandeling te kunnen bepalen, zal eerst inzicht moeten worden verkregen in de resultaten die de behandeling heeft gehad. Om resultaten van behandeling te kunnen meten, zullen passende meetinstrumenten moeten worden toegepast. In diverse revalidatie-instellingen wordt geëxperimenteerd met de toepassing van meetinstrumenten om de resultaten van de behandeling te kunnen bepalen.
<b>Definitie</b> Bij de vraag over kinderen wordt vanwege de langdurende behandeling niet gevraagd naar het aantal ontslagen kinderen maar naar het aantal kinderen dat in 2014 nieuw in behandeling werd genomen.  <i>Teller</i> Het aantal in 2014 nieuw in behandeling genomen kinderen (klinisch en poliklinisch) waarbij de PEDI-NL is geregistreerd (ontwikkelingsleeftijd jonger dan 7,5 jaar op het moment van afname van de PEDI-NL)  <i>Noemer</i> Totaal aantal in 2014 nieuw in behandeling genomen kinderen, klinisch en poliklinisch, (ontwikkelingsleeftijd tot 7,5 jaar op enig moment in 2014)
<b>Type indicator</b> Procesindicator
<b>Exclusie</b> Kinderen met een ontwikkelingsleeftijd boven de 7,5 jaar. Niet van toepassing voor patiënten die uitsluitend consulten hebben ontvangen

**Toelichting**

Er zijn diverse meetinstrumenten in omloop in de revalidatie-instellingen, die mogelijk een beeld kunnen geven van de resultaten van behandeling. In het verleden gebeurde dit vaak op projectbasis, inmiddels hebben meerdere instellingen klinimetrie op systematische wijze ingebouwd in de behandeling. Daarbij is de PEDI-NL specifiek voor kinderen uitgekozen door de sector om landelijke metingen mee te verrichten.

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.



<b>8. Resultaatmeting bij patiënten met een beenamputatie</b>
<p><b>Waarom kwaliteitsindicator</b></p> <p>Voor het vastleggen van het functionele niveau van prothesegebruikers wordt momenteel in veel revalidatiecentra en op veel revalidatieafdelingen de SIGAM / WAP schaal gebruikt. Deze schaal is een vertaling en bewerking van een Engelse schaal, ontwikkeld door de SIGAM (Special Interest Group Amputation Medicine) van de BSRM. In de WAP is afgesproken dat ieder behandelcentrum (revalidatiecentrum of ziekenhuisafdeling) deze schaal gebruikt. Het is een maat voor voortgang van de behandeling, maar ook voor het eindresultaat.</p>
<p><b>Definitie</b>  <b>Percentage SIGAM/WAP registratie mobiliteitsclassificatie</b></p> <p><i>Teller</i>  Het aantal in 2014 ontslagen patiënten met een eerste of nieuwe beenamputatie waarbij de SIGAM/WAP is geregistreerd</p> <p><i>Noemer</i>  Totaal aantal in 2014 ontslagen patiënten met een eerste of nieuwe beenamputatie</p>
<p><b>Type indicator</b>  Procesindicator</p>
<p><b>Exclusie</b>  Enkel-, voet- en teenamputaties.  Niet van toepassing voor patiënten die uitsluitend consulten hebben ontvangen</p>
<p><b>Toelichting</b></p>

<b>9. Resultaatmeting bij Parkinsonpatiënten</b>
<p><b>Waarom kwaliteitsindicator</b></p> <p>Bewegen en de kwaliteit van bewegen is een belangrijk onderdeel bij de ziekte van Parkinson (ZvP). Deze kwaliteit van bewegen is van groot belang bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Verbeteren van deze kwaliteit is (of kan zijn) een belangrijk doel tijdens de poliklinische en/of klinische revalidatiebehandeling. Het is dus relevant om deze kwaliteit zowel vóór als ná de revalidatiebehandeling te meten.</p>
<p><b>Definitie</b>  Kwaliteit van bewegen tijdens het uitvoeren van dagelijkse handelingen.  Hiervoor wordt het volgende meetinstrument gebruikt:</p> <p>De <b>gemodificeerde P.A.S.</b> (Parkinson Activiteiten Schaal).</p> <p><i>Teller</i>  Aantal in 2014 ontslagen Parkinsonpatiënten waarbij de P.A.S. is geregistreerd</p> <p><i>Noemer</i>  Totaal aantal in 2014 ontslagen Parkinsonpatiënten</p>
<p><b>Type indicator</b>  Procesindicator</p>

<p><b>Exclusie</b>  Patiënten die rolstoel gebonden zijn  De P.A.S. is een mobiliteitsschaal; het beoordeelt de mobiliteit in 3 facetten: (1) transfers stoel ; (2) gang-akinesie ; (3) bedmobiliteit. De items 1 en 2 zijn alleen voor de lopers. Enkel item 3 zou eventueel afgenomen kunnen worden bij rolstoelpatiënten met de Ziekte van Parkinson. Echter, dan zouden alle patiënten in een rolstoel uitermate laag score. Hierdoor is de P.A.S. niet geschikt voor rolstoelpatiënten.  Niet van toepassing voor patiënten die uitsluitend consulten hebben ontvangen</p>
<p><b>Toelichting</b>  Veel patiënten met de Ziekte van Parkinson komen in behandeling met een slechte tot matige mobiliteit. Er is gekozen voor dit specialistische instrument omdat veel generieke instrumenten niet specifiek genoeg zijn voor betreffende doelgroep.  De gemodificeerde P.A.S. kan tijdens de behandeling gebruikt worden en als evaluatief instrument. (Het wordt meestal afgenomen door de fysiotherapeut.)</p>

<p><b>10. Resultaatmeting bij patiënten met chronische pijn</b></p>
<p><b>Waarom kwaliteitsindicator</b>  Pijnrevalidatie heeft voornamelijk als doel het verminderen van de ervaren beperkingen. Aangezien de Pain Disability Index op de meeste relevante levensgebieden beperkingen meet, internationaal veel gebruikt wordt, onderdeel uitmaakt van de Nederlandse dataset chronische pijn, is dit meetinstrument een zeer goede indicator voor het effect van multidisciplinaire pijnrevalidatie.</p>
<p><b>Definitie</b></p> <p><i>Pain Disability Index</i></p> <p><i>Teller</i>  Aantal in 2014 ontslagen patiënten met chronische pijnklachten waarbij de Pain Disability Index is geregistreerd</p> <p><i>Noemer</i>  Totaal aantal in 2014 ontslagen patiënten met chronische pijnklachten</p>
<p><b>Type indicator</b>  Procesindicator</p>
<p><b>Exclusie</b>  Niet van toepassing voor patiënten die uitsluitend consulten hebben ontvangen</p>
<p><b>Toelichting</b>  Deze korte vragenlijst, ontwikkeld door Pollard 1, meet de invloed van pijnklachten op het algemeen functioneren binnen 7 gebieden: gezin/huishouden, recreatie, sociale activiteiten, beroep, sexueel gedrag, zelfverzorging en levensnoodzakelijke functies.</p> <p>Per vraag moet antwoord gegeven worden op een numerieke 11 puntsschaal. De score 0 betekent 'niet beperkt' en de score 11 betekent 'onmogelijk' De totaalscore is de som van de individuele scores. Deze kan variëren van 0-70.</p>

<b>11. Resultaatmeting bij CVA-patiënten</b>
<p><b>Waarom kwaliteitsindicator:</b>  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.</p>
<p><b>Definitie</b>  Functioneren op gebied van zelfstandigheid (mobiliteit en zelfverzorging).</p> <p>Percentage CVA-patiënten waarbij de USER is afgenomen dat gedurende opname minimaal 1 punt verbetert op Zelfstandigheid score (optelsom van mobiliteit en zelfverzorging) van de USER.</p> <p><i>Teller</i>  Aantal in 2014 ontslagen klinische CVA-patiënten waarbij de score voor zelfstandigheid (mobiliteit + zelfverzorging) op de USER tussen opname en ontslag minimaal 1 punt vooruit ging (verschilscore ontslag minus opname).</p> <p><i>Noemer</i>  Totaal aantal in 2014 ontslagen klinische CVA-patiënten waarbij de USER is afgenomen</p>
<p><b>Type indicator</b>  Uitkomstindicator</p>
<p><b>Exclusie</b>  Niet van toepassing voor patiënten die geen klinische CVA-behandeling hebben ontvangen</p>
<p><b>Toelichting</b>  USER staat voor Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie. Dit meetinstrument is ontwikkeld en getest door het Kenniscentrum van De Hoogstraat.<sup>1</sup> 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.</p> <p>1. Post MW, van de Port IG, Kap B, Berdenis van Berlekom SH. Development and validation of the Utrecht Scale for Evaluation of Clinical Rehabilitation (USER). Clin Rehabil. 2009 Oct;23(10):909-17.</p>

<b>12. Doelmatigheid</b>
<p><b>Waarom kwaliteitsindicator</b></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><b>Definitie</b></p> <p><i>Zelfstandig wonen/ontslag naar huis</i> Patiënten die in de thuissituatie (met of zonder AWBZ-zorg en WMO-voorzieningen) verblijven.</p> <p><i>Percentage patiënten die zelfstandig gaan wonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teller = Het aantal uit klinische revalidatiebehandeling ontslagen patiënten (van 1 januari tot en met 31 december 2014) dat weer in een eigen, eventueel aangepast woonsituatie gaat functioneren.</li> <li>- Noemer = Het totaal aantal uit klinische revalidatiebehandeling ontslagen patiënten van 1 januari tot en met 31 december 2014.</li> </ul> <p><i>Gemiddelde behandelinzet</i> Aantal <u>gewogen</u> behandeluren (en/of gedeelten daarvan) dat voor de in 2014 ontslagen klinische patiënt werd besteed aan klinische revalidatiebehandeling (Bij de berekening van de gemiddelde gewogen behandelinzet gaat het om de gemiddelde volledige behandel inzet gedurende het behandeltraject, niet alleen de behandelinzet in het verslagjaar). Behandelingen besteed aan poliklinische (vervolg)behandeling worden hierin <u>niet</u> meegenomen. Om het aantal gewogen behandeluren te bepalen dient de inzet van de betreffende behandeldiscipline (in uren) te worden vermenigvuldigd met de disciplinespecifieke weegfactoren. Hiermee wordt aangesloten bij de bekostigingssystematiek die vanaf 1 januari 2013 voor de medisch specialistische revalidatie geldend is.</p> <p><i>Definitie hoge/lage dwarslaesiepatiënten</i> Dwarslaesie hoog: C1-C8, T1-T6 Dwarslaesie laag: T7-T12 en lager</p>
<p><b>Type indicator</b> Uitkomstindicator</p>
<p><b>Exclusie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinderen jonger dan 18 jaar</li> <li>- Niet klinisch opgenomen patiënten (inclusief patiënten die uitsluitend consulten hebben ontvangen).</li> </ul>

### **Toelichting**

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

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

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

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

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

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

### *Interpretatie*

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

## Tijdigheid

### Algemene toelichting

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

<b>13. Wachttijden</b>
<b>Waarom kwaliteitsindicator</b> Voor het bepalen van de tijdigheid van behandeling wordt op hoofdlijnen aangesloten bij de landelijke afspraken over wachttijden zoals vastgelegd in de zogenaamde "Treeknormen". In overleg met de wetenschappelijke vereniging wordt op 2 onderdelen hiervan afgeweken:  - Een periode van 4 weken wordt gehanteerd als maximale wachttijd tot klinische revalidatiebehandeling. - Voor de overname van patiënten met een acuut CVA wordt een andere norm gehanteerd (maximaal 2 weken).
<b>Definities</b>  <i>Tijdig starten bij eerste onderzoek</i> Patiënt heeft maximaal 4 weken hoeven te wachten tussen het moment van aanmelden voor een poliklinisch consult (eerste onderzoek) en het eerste consultair contact met de revalidatiearts.  <i>Tijdig starten poliklinische revalidatiebehandeling</i> Patiënt heeft maximaal 4 weken hoeven te wachten op de start van een poliklinische revalidatiebehandeling.  <i>Tijdig starten klinische revalidatiebehandeling</i> Patiënt heeft maximaal 4 weken hoeven te wachten op de start van een klinische revalidatiebehandeling.  <i>Wachttijd poliklinisch consult (eerste onderzoek)</i> Het aantal kalenderdagen tussen het moment van beschikbaarheid van de patiënt tot aan de eerste declarabele verrichting (daadwerkelijke startdatum) binnen behandelvorm – C – als dit de eerste behandelvorm binnen een zorgtraject is. Bij annulering of verzetten van een afspraak door patiënt moet de datum van beschikbaarheid gewijzigd worden in de nieuwe beschikbaarheidsdatum.  <i>Wachttijd poliklinische revalidatiebehandeling</i> Het aantal kalenderdagen tussen de dag waarop de patiënt na de indicatiestelling, beschikbaar is en de eerste declarabele verrichting (daadwerkelijke startdatum) binnen de (soort) behandelvorm – D - . Dit geldt alleen voor de eerste geopende behandelvorm – D – binnen één zorgtraject die niet direct aansluit op een klinische periode.  <i>Wachttijd klinische revalidatiebehandeling</i> Het gaat hier om alle diagnosegroepen, inclusief CVA. Het aantal kalenderdagen tussen de dag waarop de patiënt, na de indicatiestelling, beschikbaar is en de eerste declarabele verrichting (daadwerkelijke startdatum) binnen de (soort) behandelvorm – K - . Dit geldt alleen voor de eerste geopende behandelvorm – K – binnen één zorgtraject mits deze niet direct aansluit aan een voorafgaande poliklinische periode.  <i>Wachttijd klinische opname, diagnosegroep acuut CVA</i> Het gaat hier om patiënten met een acuut CVA. Overname door het revalidatiecentrum binnen twee weken na aanmelding door de revalidatiearts in het ziekenhuis.  <i>Percentage patiënten dat tijdig kon starten.</i> - Teller = Aantal patiënten dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december 2014 <u>tijdig</u> kon starten volgens de norm van de betreffende behandelvorm.

- Noemer = Totaal aantal patiënten dat in de periode van 1 januari tot en met 31 december 2014 is gestart binnen de betreffende behandelvorm

**Type indicator**  
Uitkomstindicator

**Exclusie**  
13.2 t/m 13.4:  
Niet van toepassing voor patiënten die uitsluitend consulten hebben ontvangen

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

## Transparantie

### Algemene toelichting

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

<b>14. Certificatie/accreditatie</b>
<b>Waarom kwaliteitsindicator</b> In 2008/2009 is door de Stichting HKZ het certificatieschema medisch specialistische revalidatiezorg ontwikkeld. Uit het behalen van een dergelijk certificaat blijkt dat een instelling voldoet aan de gestelde normen in het certificatieschema. Daarnaast bestaan andere revalidatiegeneeskunde-overstijgende certificatieschema's, waaronder NIAZ.  De Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht instellingen om 'verantwoorde zorg' te leveren. Certificatie zorgt ervoor dat kwaliteit genormeerd en toetsbaar wordt. Tevens stelt het zorginstellingen daarmee in staat om hun aanbod voortdurend te verbeteren.
<b>Definitie</b>  <b>Certificering</b> is een procedure waarbij een onafhankelijke en onpartijdige organisatie een officiële verklaring geeft dat een product, dienst, proces, persoon of systeem aan specifieke eisen voldoet.
<b>Type indicator</b> Structuurindicator
<b>Exclusie</b> Geen
<b>Toelichting</b> Deze indicator in de set van 2014 is er voor bedoeld om transparantie te krijgen over het % instellingen dat al gecertificeerd is.  Certificatie is dé manier om zichtbaar te maken dat een revalidatie-instelling intern de zaken goed op orde heeft, dat de cliënt altijd centraal staat en dat de organisatie voortdurend en systematisch werkt aan verbetering van het aanbod.



## Samenwerking

### Algemene toelichting

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

<b>15. Samenwerking met patiëntenvertegenwoordigingen</b>
<b>Waarom kwaliteitsindicator</b> Samenwerking met vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen brengt het patiëntenperspectief in de organisatie. Inhoud en organisatie van de zorg kan sterk worden beïnvloed door dit soort contacten. Professionele opvattingen van kwaliteit kunnen immers verschillen van kwaliteit zoals de patiënt die ervaart. Daar staat tegenover dat professionals een belangrijke adviserende rol kunnen hebben bij patiëntenverenigingen, wat de kwaliteit van de patiëntenvertegenwoordiging weer kan beïnvloeden.
<b>Definitie</b> <i>Systematisch overleg</i> Een overleg dat met een vooraf afgesproken frequentie plaatsvindt, aan de hand van een overeengekomen agenda en met een gezamenlijk doel voor ogen.
<b>Type indicator</b> Structuurindicator
<b>Exclusie</b> Geen
<b>Toelichting</b> Gevraagd wordt aan te geven welke de belangrijkste patiëntencategorieën binnen de instelling zijn en of en zo ja met welke belangrijkste patiëntenvertegenwoordigers door de instelling systematisch overleg wordt gevoerd.