

Prestatie indicatoren geriatrie revalidatiezorg

In 2013 formuleerde een werkgroep van specialisten ouderengeneeskunde en de NPCF (patiëntenorganisatie) een set prestatie indicatoren voor de geriatrie revalidatiezorg. Een volledige lijst van betrokkenen vindt u aan het eind.

In 2014 is de set aangeboden aan VWS, de opdrachtgever. De intentie is dat het veld van de geriatrie revalidatiezorg de toetsing van de indicatoren op zich neemt. Voor een ieder die ermee aan het werk zou willen gaan, is het raadzaam de indicatoren eerst in de praktijk te toetsen.

Hieronder treft u de prestatie indicatoren aan die de werkgroep Prestatie Indicatoren GRZ (specialisten ouderengeneeskunde en vertegenwoordiger NPCF) heeft ontwikkeld, op basis van literatuuronderzoek en met de input van de klankbordleden die ieder een bepaalde deskundigheid en soms ook een koepelorganisatie vertegenwoordigden.

Advies 1 – In een pilotsetting toetsen

Het niveau van het 'level of evidence' van de indicatoren is die van de 'expert opinion'. Daarom adviseert de werkgroep de indicatorenset eerst in een pilotsetting te toetsen. Op basis van de uitkomsten kan besloten worden of iedere instelling eraan moet voldoen.

Advies 2 – Barthel Index of USER

Het meten van het functioneren bij opname en bij ontslag is bij een aantal indicatoren noodzakelijk. Hiervoor wordt over het algemeen door afdelingen geriatrie revalidatie de Barthel Index gebruikt. Er is echter een uitgebreider instrument dat hiervoor gebruikt kan worden: de USER. De Barthel Index kan hieruit worden afgeleid. Instellingen die een voorkeur hebben voor de USER hoeven daarom niet per se de Barthel Index te gebruiken.

Overzicht prestatie indicatoren

Thema doelmatigheid	Soort indicator
1. Ontslagbestemming na geriatrie revalidatie	uitkomst
2. Revalidatie efficiëntie	uitkomst
Thema patiëntenervaringen	
3. Kwaliteit van leven na geriatrie revalidatie	uitkomst
4. Regie over de zorg	uitkomst
5. Tevredenheid over zorg en zorgovergangen	proces
Thema expertise	
6. Deskundigheid	structuur
Thema ketenafspraken	
7. Convenant	structuur

4.1 Thema doelmatigheid

Onder het thema doelmatigheid zijn twee indicatoren ontwikkeld:

1. Ontslagbestemming na geriatrie revalidatie, en
2. Revalidatie efficiëntie

Beiden zijn uitkomstindicatoren. Ze zijn ontwikkeld om het resultaat van de geriatrie revalidatiezorg te meten, er vanuit gaande dat de resultaten mede bepaald worden door de kwaliteit van zorg. Ook wordt rekening gehouden met een aantal factoren dat medebepalend kan zijn.

Indicator 1 - Ontslagbestemming na geriatrische revalidatie	
Relatie tot kwaliteit	Het hoofddoel van patiënt/ mantelzorger en behandelaars in de geriatrische revalidatie is ontslag naar de oorspronkelijke woonomgeving.
Operationalisering	Bij opname op de revalidatie afdeling voor geriatrische revalidatiezorg vastleggen wat de woonsituatie was vóór ziekenhuisopname. Bij ontslag vastleggen van de ontslagbestemming na de geriatrische revalidatie.
Teller	<u>Per instelling:</u> Aantal patiënten dat in het lopende jaar van de geriatrische revalidatie afdeling ontslagen is naar de oorspronkelijke woonomgeving.
Noemer	<u>Per instelling:</u> Totaal aantal patiënten dat in het lopende jaar is ontslagen van de geriatrische revalidatie afdeling.
Definities	<u>Oorspronkelijke woonomgeving:</u> de woonsituatie vóór de ziekenhuisopname. Dit kan een zelfstandige woonvorm zijn of een andere woonvorm. <u>Ontslag:</u> einde verblijf in het kader van de DBC GRZ.
In-/exclusiecriteria	Geen
Beschrijving Populatieverschillen	Er zijn belangrijke verschillen te verwachten tussen de hoofdgroepen in diagnose: trauma, CVA, electieve orthopedische chirurgie en overige. Het is dus nodig hierover gescheiden te rapporteren. Om ongewenste selectie bij opname te voorkomen is het van belang te corrigeren voor functioneren bij opname door in drie groepen te verdelen op basis van de Barthel Index. Deze indeling in drie groepen kan pas tot stand komen als deze indicator één meetjaar lang is vastgelegd en getoetst. Dan dienen de tertielen van de functionele scores bij opname van alle instellingen berekend te worden.
Literatuur	Peerenboom PGB, Spek J, Zekveld G, Cools HJM, Balen R van, Hoogenboom MJ. Revalidatie in de AWBZ. Omvang, aard en intensiteit. Leusden 2008. www.etc-tangram.nl . Consortium Geriatrische revalidatie. Samenwerking en Innovatie in de geriatrische revalidatie zorg . Resultaten SINGER. singer@lumc.nl 2013. Consortium geriatrische revalidatie. Leidraad geriatrisch revalidatie zorg. singer@lumc.nl 2013.
Gegevensverzameling	
Bron	Patiëntdossier, bij opname en bij ontslag
Verslagjaar	Pilotjaar
Rapportage frequentie	Eens per jaar
Meetniveau	Organisatie
Orderingskader	
Type indicator	Uitkomst
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, efficiëntie
Fase in zorgproces	Bij ontslag naar oorspronkelijke woonomgeving volgens definitie

Indicator 2 - Revalidatie efficiëntie	
Relatie tot kwaliteit	De combinatie van vooruitgang in functioneren in relatie tot de duur van opname geeft een indicatie van de kwaliteit van de geriatrische revalidatiezorg.
Operationalisatie	Verhouding van verandering van functioneren - op patiëntniveau gemeten met de Barthel Index, per instelling - en de opnameduur in weken.
Teller	<u>Per instelling voor geriatrische revalidatie zorg:</u> Som van de verschillen in scores tussen opname en ontslag van alle ontslagen geriatrische revalidanten in het rapportage jaar.
Noemer	Som van de opnameduur in weken van alle geriatrische revalidatiepatiënten per jaar.
Definities	<u>Ontslag:</u> <ul style="list-style-type: none"> • ontslag van de geriatrische revalidatie afdeling naar huis of een andere woon-/ zorgomgeving, of • de start van chronische zorg op basis van een Zorgzwaartepakket.
In-/exclusiecriteria	Inclusie van patiënten waarvoor een DBC GRZ geopend is, die zijn ontslagen van een geriatrische revalidatie afdeling. Exclusie van patiënten die zijn ontslagen naar het ziekenhuis (inclusief revalidatiecentrum) en overlijden.
Beschrijving Populatieverschillen	Er zijn belangrijke verschillen in niveau van functioneren bij opname en potentie tot verandering. Er zijn verschillen in triage en ketenafspraken die de resultaten vertekenen. Om die reden is het van belang te corrigeren voor functioneren bij opname door in drie groepen te verdelen op basis van de Barthel Index. Deze indeling in drie groepen kan pas tot stand komen als deze indicator één meetjaar lang is vastgelegd en getoetst. Dan dienen de tertielen van de functionele scores bij opname van alle instellingen berekend te worden.
Literatuur	Thiesen, drs. Jetty et al, Gebruik USER in het verpleeghuis. Bruikbaarheid van de USER versus de Barthel Index. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, april 2013. Shah, S. et al, Efficiency, effectiveness, and duration of stroke rehabilitation. Stroke, American Heart Association, 1990.
Gegevensverzameling	
Bron	Patiëntendossiers
Verslagjaar	Pilotjaar
Rapportage frequentie	Eens in het jaar
Meetniveau	Patiënt
Orderingskader	
Type indicator	Uitkomst
Kwaliteitsdomein	Efficiëntie
Fase in zorgproces	Bij opname en bij ontslag aanbieder geriatrische revalidatiezorg

4.2 Thema patiënten en ervaringen

Hoe patiënten de zorg ervaren is naast het feitelijk resultaat een belangrijke resultante van de kwaliteit van zorg. Er zijn daarom drie indicatoren ontwikkeld onder het thema 'patiënten ervaringen':

3. kwaliteit van leven na geriatrische revalidatie,
4. regie over de zorg en
5. tevredenheid over zorg en zorgovergangen.

Indicator 3 - Kwaliteit van leven na geriatrische revalidatie	
Relatie tot kwaliteit	Hoe de uitkomst van de geriatrische revalidatie zorg door de patiënt ervaren wordt, is een deel van kwaliteit van zorg.
Operationalisering	<p>a. Gemiddelde van het verschil score EQ-5D-5L aan begin en aan het eind van de revalidatie. De patiënt wordt gevraagd naar ervaren kwaliteit van leven middels de laatste versie van de EQ-5D.</p> <p>b. Gemiddelde score van de beoordeling van de eigen gezondheidstoestand, door de patiënt op een schaal van 0-100.</p> <p>Twee dagen na opname ziekenhuis en drie maanden na ontslag instelling voor geriatrische revalidatie zorg.</p>
Teller	<p>a. Som verschil scores EQ-5D begin en eind geriatrische revalidatie</p> <p>b. Som van alle gezondheidstoestand scores (schaal 0 – 100)</p>
Noemer	<p>a. Aantal gescoorde patiënten</p> <p>b. Aantal gescoorde patiënten</p>
Definitie	<p><u>EQ-5D-5L</u> De EQ-5D is een meetinstrument dat op vijf niveaus meet. Namelijk mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie. De EQ-5D-5L is de laatste versie ervan. Het is een korte vragenlijst met vijf antwoordcategorieën.</p>
In-/exclusiecriteria	Geen
Beschrijving Populatieverschillen	Er zal een categorie patiënten zijn die dit niet kan. In dat geval wordt de mantelzorg gevraagd dit te doen. Wel wordt in dat geval vastgelegd dat de antwoorden door de mantelzorg zijn gegeven. Uit onderzoek binnen SINGER is namelijk gebleken dat mantelzorgers anders oordelen dan patiënten.
Literatuur	<p>Jonathan J Evans. Goal setting during rehabilitation early and late after acquired brain injury. www.co-neurology 25-6, December 2012</p> <p>Paul Stolee, Marlene Awad. A multi-site study of the feasibility and clinical utility of Goal Attainment Scaling in geriatric day hospitals. Disability & Rehabilitation 2012; 34(20): 1716-1726</p>
Gegevensverzameling	
Bron	Patiëntdossier
Verslagjaar	Pilotjaar
Rapportagefrequentie	Eens per jaar
Meetniveau	Patiënt
Ordeningskader	
Type indicator	Uitkomst
Kwaliteitsdomein	Patiëntgerichtheid
Fase in zorgproces	Begin en eind van het traject van geriatrische revalidatiezorg

Indicator 4 - Regie over de zorg	
Relatie tot kwaliteit	Voor de patiënt is een belangrijk onderdeel van kwaliteit van zorg invloed te hebben op de match tussen de door hem of haar gewenste doelen en dat wat haalbaar is. Om voldoende invloed te kunnen hebben, is het voor patiënten/ mantelzorgers essentieel dat zij voldoende informatie hebben om keuzes te kunnen maken. Daarnaast dienen patiënten/mantelzorgers zodanig bejegend te worden dat zij zich niet geremd voelen bij het nemen van regie.
Operationalisering	Per patiënt/mantelzorger uitvragen van de betrokkenheid van de patiënt bij het opstellen en evalueren van het zorgplan, ontvangen informatie en bejegening. <ol style="list-style-type: none"> 1. Heeft u het gevoel dat u voldoende informatie heeft gekregen? (antwoordcategorieën: ja, nee, een beetje, weet niet) 2. Heeft u het gevoel dat er voldoende naar u is geluisterd? (antwoordcategorieën: ja, nee, een beetje, weet niet) 3. Heeft u zich over het algemeen gehoord gevoeld? (antwoordcategorieën: ja, nee, een beetje, weet niet)
Teller	<u>Per vraag, per instelling</u> Aantal positieve antwoorden ('ja')
Noemer	<u>Per vraag, per instelling</u> Totaal aantal patiënten die de vraag hebben beantwoord
Definitie	<u>Regie over de zorg</u> Regie over de zorg is de mate waarin de patiënt /de mantelzorger invloed heeft op beslissingen en controle ervaart over de uitvoering van de zorg. <u>Zorgplan</u> Het zorgplan is hiervoor een belangrijk middel. In een gesprek tussen (hoofd)behandelaars(s) en patiënt/mantelzorger worden afspraken gemaakt over einddoel, tussendoelen en hoe deze te behalen (interventies). Deze afspraken komen in het zorgplan. Gedurende de revalidatie wordt het zorgplan geëvalueerd door behandelaars en patiënt/mantelzorger. Indien nodig wordt dit plan bijgesteld.
In-/exclusiecriteria	Geen
Beschrijving Populatieverschillen	Wanneer patiënten niet zelf de vragenlijst kunnen invullen doen zij dit samen met de mantelzorger. Is dit het geval dan wordt genoteerd dat de patiënt samen met de mantelzorger heeft ingevuld.
Literatuur	Totdat er een goede lijst bestaat voor het betrouwbaar meten van ervaren regie bij patiënten in de geriatrische revalidatiezorg, worden bovenstaande vragen geadviseerd.
Gegevensverzameling	
Bron	Bij ontslag wordt de patiënt gevraagd
Verslagjaar	Pilotjaar
Rapportagefrequentie	Eens per jaar
Meetniveau	Patiënt
Orderingskader	
Type indicator	Proces
Kwaliteitsdomein	Patiëntgerichtheid
Fase in zorgproces	Bij ontslag

Indicator 5 - Tevredenheid zorg en zorgovergangen	
Relatie tot kwaliteit	Deze indicator beschrijft de ervaring van patiënten over de geleverde zorg door de gehele GRZ keten. De ervaring van de patiënt is een belangrijk criterium voor kwaliteit. Het tijdig en naadloos aansluiten van zorg is essentieel voor patiënten (Geriatrische revalidatiezorg: wat vinden patiënten belangrijk. Input voor prestatie-indicatoren geriatrische revalidatiezorg, NPCF Oktober 2012)
Operationalisatie	<ul style="list-style-type: none"> a. Net Promotor Score voor de zorg per instelling waar de patiënt verblijft voor GRZ b. Rapportcijfer per overgang (ziekenhuis – verpleeghuis – thuis) c. Rapportcijfer voor de gehele keten
Teller	<ul style="list-style-type: none"> a. aantal tevredenen (Net Promotor Scores boven 0) b. en c. aantal mensen dat 8 of hoger scoort
Noemer	totaal aantal respondenten (voor a: ingevulde Net Promotor Scores per zorginstelling. In staafdiagram ook aantallen scores 0-6 /7-8 /9-10 weergeven.)
Definities	<p><u>GRZ Keten</u>: ziekenhuis – verpleeghuis (of andere instellingen die een DBC GRZ kunnen openen) – thuis. De plaatsen van verblijf volgen elkaar niet altijd in die volgorde op. Zo kunnen patiënten soms opnieuw van verpleeghuis naar ziekenhuis worden opgenomen.</p> <p><u>Net Promotor Score</u>: specifieke methodiek voor het uitvragen van klanttevredenheid en het daarna verwerken en interpreteren van scores. http://www.netpromoter.nl/Net-Promoter-Score.html http://nl.checkmarket.com/2011/06/net-promoter-score-nps/</p>
In-/exclusiecriteria	Geen
Beschrijving Populatieverschillen	Mogelijk zijn er verschillen in ervaren kwaliteit tussen de verschillende hoofdgroepen. Bijvoorbeeld door specialisatie van ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatie thuis. Daarom onderscheid in de hoofdgroepen CVA, electieve heup en knie chirurgie, traumatologie en overigen (inclusief amputaties)
Literatuur	Pilligrimiene, Z. & Buciuniene, I (2008). Different Perspectives on Health Care Quality: Is the Consensus Possible? ISSN 1392-2785 Engineering Economics. 2008. No 1 (56) Economics of Engineering Decisions. http://glossarium.regieraad.nl
Gegevensverzameling	
Bron	Patiënt of mantelzorger wanneer de patiënt niet in staat is. Er wordt vastgelegd wie de vragen heeft beantwoord.
Verslagjaar	Pilotjaar
Rapportage frequentie	Eens per jaar
Meetniveau	Patiënt
Ordeningskader	
Type indicator	Procesindicator
Kwaliteitsdomein	Patiëntgerichtheid, tijdigheid
Fase in zorgproces	Na iedere zorgovergang

4.3 Randvoorwaardelijke indicatoren

De werkgroep is van mening dat een aantal randvoorwaarden minimaal aanwezig moet zijn om kwaliteit van zorg en goede resultaten te waarborgen. Om die reden is besloten twee indicatoren onder de thema's deskundigheid personeel en convenant op te nemen.

Indicator 6 - Deskundigheid personeel	
Relatie tot kwaliteit	Specifieke kennis op het terrein van geriatrische revalidatie is noodzakelijke voorwaarde voor kwaliteit van zorg.
Operationalisering	<ol style="list-style-type: none"> 1. Een verpleeghuis dat geriatrische revalidatiezorg levert, heeft een gespecialiseerde afdeling voor GRZ. 2. Een specialist ouderengeneeskunde met expertise op het gebied van geriatrische revalidatie zorg (bij voorkeur een afgeronde kaderopleiding) maakt onderdeel uit van het behandelteam van een GRZ afdeling in een verpleeghuis. 3. Op een locatie met een afdeling GRZ is er een 24-uurs aanwezigheid van verpleegkundig niveau 4 of 5.
Teller	<ol style="list-style-type: none"> 4. Dit verpleeghuis dat geriatrische revalidatiezorg levert, heeft een gespecialiseerde afdeling voor GRZ. Ja/nee 5. Op deze locatie maakt een specialist ouderengeneeskunde met expertise op het gebied van geriatrische revalidatie zorg (bij voorkeur een afgeronde kaderopleiding) onderdeel uit van het behandelteam van een GRZ afdeling in een verpleeghuis. Ja/nee. 6. Op deze locatie met een afdeling GRZ is er een 24-uurs aanwezigheid van verpleegkundig niveau 4 of 5. Ja/nee
Noemer	n.v.t.
Definitie	-
In-/exclusiecriteria	Geen
Beschrijving Populatieverschillen	n.v.t.
Literatuur	Leidraad GRZ, http://glossarium.regieraad.nl/Kwaliteitsdomeinen_gezondheidszorg
Gegevensverzameling	
Bron	Instelling
Verslagjaar	Pilotjaar
Rapportagefrequentie	Eens per jaar
Meetniveau	Organisatie
Ordeningskader	
Type indicator	Structuur
Kwaliteitsdomein	Veiligheid, toegankelijkheid, gelijkheid
Fase in zorgproces	Voorafgaand aan de zorg, randvoorwaarde

Indicator 7 - Convenant	
Relatie tot kwaliteit	Er kan alleen sprake zijn van kwaliteit van zorg wanneer er minimaal afspraken zijn gemaakt in de keten over bepaalde onderwerpen en de verschillende deelnemende partijen zich daar aan gecommitteerd hebben.
Operationalisering	Een afvinklijst met de onderwerpen waarover minimaal overeenstemming moet zijn tussen deelnemende partijen. Alle hokjes dienen aangevinkt te zijn om een 'ja' op te leveren. <ul style="list-style-type: none"> o Deelnemende partijen (op stichtingsniveau) zijn minimaal: ziekenhuis, verpleeghuis, revalidatiecentrum, huisartsen en thuiszorg, o Doelstelling/ uitgangspunten keten/ netwerk (per doelgroep) o Organisatie en regie van het netwerk met beschrijving taken en verantwoordelijkheden van de betrokken netwerkleden o Afspraken over wachttijden o Afspraken over triage o Afspraken over informatievoorziening tussen de betrokken ketenpartners o Afspraken over inhoud en borging zorgpaden per doelgroep
Teller	Aantal instellingen met een convenant dat aan de minimum eisen voldoet
Noemer	n.v.t.
Definitie	<u>Convenant</u> In een convenant legt men afspraken vast tussen verschillende zorgpartijen. Die zorgpartijen onderschrijven deze afspraken door ze te ondertekenen. Niet voor iedere diagnosegroep bestaan ketens (of zorgpaden). Deze indicator kan een stimulerend effect hebben op het vastleggen van afspraken.
In-/exclusiecriteria	n.v.t.
Beschrijving Populatieverschillen	n.v.t.
Literatuur	Leidraad GRZ
Gegevensverzameling	
Bron	Organisatie
Verslagjaar	Pilotjaar
Rapportagefrequentie	Eens per verslagjaar
Meetniveau	Organisatie
Orderingskader	
Type indicator	Structuur
Kwaliteitsdomein	Veiligheid, gelijkheid
Fase in zorgproces	Randvoorwaarde voor soepele zorgovergangen; voorafgaand aan zorg

Leden Werkgroep

- Dhr. dr. R. (Romke) van Balen, specialist ouderengeneeskunde, Laurens locatie Antonius Binnenweg te Rotterdam
- Mw. A.J. (Aafke) de Groot, specialist ouderengeneeskunde, stafdocent geriatrische revalidatie GERION VUmc
- Mw. M.M. (Marian) van Gaasbeek, specialist ouderengeneeskunde/kaderarts GRZ, Azora te Terborg
- Mw. C. (Corrien) van Haastert, Msc, beleidsmedewerker patiëntenfederatie NPCF
- Mw. drs. C.F. (Carry) Stroosnijder, beleidsmedewerker Verenso

Leden Klankbordgroep

- Prof.dr. W.P. (Wilco) Achterberg, hoogleraar institutionele zorg en ouderengeneeskunde, LUMC
- Dhr. A.J. (Arend) Arends, klinisch geriater, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- Mw. drs. P.J.H. (Patricia) Geerts, beleidsadviseur, ActiZ (Branchebelang & Ondernemerschap)
- Mw. dr. I.M.E. (Ivette) Heesbeen, senior beleidsmedewerker, ActiZ (team Cliënt Kwaliteit en Innovatie)
- Mw. dr. L. (Lily) Heijnen, revalidatiearts, UMCU te Utrecht, vertegenwoordiger VRA
- Dhr. dr. J.S.M. (Hans) Hobbelen, fysiotherapeut en bewegingswetenschapper, lector Healthy Lifestyle, Ageing and Healthcare, Hanzehogeschool Groningen, bestuurslid NVFG
- Dhr. drs. (Cor) Keuning, senior beleidsmedewerker Tweedelijns somatische zorg, Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Dhr. J. (Jasper) van Kuik, Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Mw. dr. C.D. (Dorine) van Ravensberg, Programmaleider 'Kwaliteit en Doelmatigheid Paramedische Zorg', Nederlands Paramedisch Instituut (NPi)
- Dhr. G. (Gerrit) Salemink, arts M&G, medisch adviseur, Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Dhr. drs. J.W.B. (Jeroen) Smale, beleidsmedewerker, Revalidatie Nederland
- Dhr. dr. C. (Carrol) Terleth, Medisch Directeur Roessingh Centrum voor Revalidatie, lid BOIK (RN), voorzitter commissie prestatie indicatoren (VRA/RN)
- Dhr. drs. W. (Wimjan) Vink, ActiZ (team Cliënt Kwaliteit en Innovatie)
- Mw. E.M. (Ellen) Zijp, arts MBA-h, coördinerend/specialistisch senior inspecteur, Inspectie voor de Gezondheidszorg

Ondersteuning en advies

- Mw. drs. M.L.M. Th. (Monique) Bogaerts, beleidsmedewerker Verenso
- Mw. drs. L.P.M. (Lauri) Faas, communicatieadviseur Verenso
- Mw. J. (Judith) Heidstra, beleidsondersteuner Verenso
- Mw. B. (Boudewien) Mulder, CvZ/Kwaliteitsinstituut
- Dhr. F.J. (Franz) Roos, directeur verenso
- Dhr. P.E. (Pieter) le Rütte, beleidsmedewerker Verenso
- Dhr. ir. J.S.H. (Jeroen) Schols, projectleider Inzicht in Revalidatie, Revalidatie Nederland
- Dhr. dr. J. (Joan) Vlayen, arts-methodoloog en informatiespecialist, ME-TA instituut te Brussel België