

**De waarde van indicatoren voor de
Geriatrische Revalidatie Zorg**

Een verkenning in de praktijk

Inhoud

Woord vooraf	3
Insteek van de pilot, conclusies en advies	4
1 Inleiding	10
1.1 Aanleiding voor de verkenning	10
1.2 Doel van de pilot	10
1.3 Werkwijze	11
1.4 Rol van ActiZ	11
1.5 Bronnen	12
2 Resultaten: Indicatoren voor verbeteren van zorg	13
2.1 Welke informatie is nodig om te werken aan verbeteringen?	13
2.2 Relevant voor de cliënt	13
2.3 Beleving van de cliënt	15
2.4 Concrete verbeterinformatie	17
2.5 Effect van revalidatie	21
2.6 Meetlast: de verhouding tussen inspanning en opbrengst	25
2.7 Wensen: hoe zou het verbeteren van zorg eruit moeten zien?	27
3 Resultaten: Indicatoren voor verantwoorden van zorg	30
3.1 Welke informatie is bruikbaar voor extern verantwoorden?	30
3.2 Objectieve en vergelijkbare informatie	30
3.3 Aanspreken op relevante prestaties	34
3.4 Tonen hoe wordt gestuurd op wat er voor de cliënt toe doet	36
3.5 Weinig meetlast	39
3.6 Wensen: Hoe zou verantwoording in de GRZ eruit moeten zien?	39
Bijlage 1: Werkwijze en keuzes in de pilot	43
Bijlage 2: Cliëntenvragenlijst van de werkgroep	47
Bijlage 3: Verenso indicatoren gebruikt in de pilot	50
Bijlage 4: Kenmerken pilotdeelnemers en respondenten	51

Woord vooraf

Gedurende de rit heeft de pilot Kwaliteitsindicatoren Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ) vaak te kampen gehad met tegenstrijdige verwachtingen.

We zouden zó graag beschikken over de ‘ideale indicatorenset’. Een set die met een aantal cijfers een valide en betrouwbaar beeld laat zien van de kwaliteit van de geboden Geriatrische revalidatiezorg. Die liefst ook voor alle denkbare doelen en doelgroepen inzetbaar is: voor de zorgorganisatie (kwaliteitsverbetering, profilering), voor de cliënt (keuze-informatie), voor de verzekeraar (zorginkoop), voor de inspecteur (toezicht).

We weten inmiddels echter uit ervaring dat kwaliteit zich niet zo gemakkelijk laat meten met cijfers; niet ‘los verkrijgbaar’ is. En dat zicht krijgen op kwaliteit om als bestuurder verbeteringen in te zetten andere informatie vraagt dan het vergelijken van de geboden kwaliteit van zorgorganisaties om te differentiëren in de zorginkoop. Dat metingen vaak maar weinig waarde hebben zonder een goede ‘duiding’. Dat - zonder ruimte voor individuele duiding - fouten, onrecht en calculerend gedrag op de loer liggen.

De verwachtingen waarmee we zowel in de werkgroep zelf als daarbuiten te maken hadden, werden nog eens gevoed doordat in de pilot wél een indicatorenset werd samengesteld. Om vervolgens deze indicatoren, hun eigenschappen, het gebruik en de waarde ervan te evalueren.

Nee, deze pilot levert geen ‘indicatorenset’ op, en al zeker niet een ‘ideale’. Dat is ook nooit het doel geweest. Maar wat het wél oplevert zijn adviezen, ‘wetmatigheden’ over goede indicatoren en goed gebruik van indicatoren in de GRZ. Adviezen voor zorgorganisaties die indicatoren willen benutten voor interne verbetering van hun geriatrische revalidatiezorg. Adviezen voor inkopers die indicatoren willen benutten om onderscheid te kunnen maken in de kwaliteit van de geriatrische revalidatiezorg die wordt geboden. Adviezen voor ActiZ in de belangenbehartiging en het doorontwikkelen van manieren van verbeteren en verantwoorden. Manieren die recht doen aan de aard en dynamiek van de geriatrische revalidatiezorg.

Wij hopen dat dit rapport hieraan een bijdrage kan leveren.

dr. Ivette Heesbeen, ActiZ

dr. Marie-Josée Smits, ZorgEssentie

Insteek van de pilot, conclusies en advies

Insteek pilot

De Bestuurlijke commissie Geriatrische Revalidatiezorg heeft het bureau van ActiZ gevraagd een pilot te begeleiden over het gebruik van prestatie-indicatoren in de praktijk; en daarvoor de set die Verenso in 2014 heeft gepubliceerd als uitgangspunt te nemen. De vraag was om een kwalitatieve verkenning uit te voeren naar het gebruik van indicatoren voor het verbeteren en verantwoorden van GRZ. De pilot is in de periode maart 2015 - maart 2016 uitgevoerd met tien leden van ActiZ. De pilotwerkgroep¹, geeft op basis van de conclusies uit de pilot advies aan de Bestuurlijke commissie en, via die route, aan de leden van ActiZ en aan inkoopers van GRZ. Ook aan diegenen die werken aan het doorontwikkelen van manieren van verbeteren en verantwoorden van zorg, om recht te kunnen doen aan de aard en dynamiek van de geriatrische revalidatiezorg.

In de praktijkverkenning naar de bruikbaarheid van kwaliteitsindicatoren in de GRZ stond de volgende vraag centraal:

Wat leren de ervaringen met het ontwikkelen, uitvragen, analyseren en bespreken van een indicatorenset ons over het gebruik van indicatoren voor het verbeteren en verantwoorden van zorg?

De GRZ-indicatorenset die Verenso heeft ontwikkeld in 2014 is als basis benut. Niet met als doel om de validiteit of betrouwbaar ervan vast te stellen. Daarvoor is immers grootschalig en langdurig onderzoek nodig. Doel van de verkenning was om zicht te krijgen op ervaringen uit de praktijk met het maken en gebruiken van een indicatorenset voor het verbeteren en verantwoorden van zorg. De set van Verenso is hiervoor als uitgangspunt genomen. Hieruit zijn indicatoren geselecteerd en er zijn nieuwe aan toegevoegd, om een set te krijgen die volgens de pilotwerkgroep bruikbaar is voor het verbeteren én verantwoorden van zorg.

Een uitgebreide verantwoording van de werkwijze en keuzes in de pilot is weergegeven in Bijlage1. Hierin is aangegeven hoe de pilotwerkgroep tot de keuze van de indicatoren voor de pilot is gekomen.

Vervolgens is de meetset in de praktijk uitgezet en zijn de volgende betrokkenen (met een open vragenlijst) bevraagd naar hun ervaringen: cliënten(vertegenwoordigers); degene die aan de slag zijn gegaan met de uitkomsten voor het verbeteren van zorg; én degene die de informatie willen benutten voor het verantwoorden van zorg. Hen is (ieder een andere) evaluatielijst voorgelegd. Informatie uit dit hele proces - van het vaststellen van een set door de pilotwerkgroep tot de uitkomsten van de evaluatielijsten en uitspraken van respondenten - is meegenomen in dit rapport.

¹ De werkgroep bestond uit de vertegenwoordigers van de tien pilot-GRZ-organisaties, een adviseur en twee ActiZ-beleidsmedewerkers

De Verenso-indicatoren zijn in de pilot ingedeeld in indicatoren op basis van *cliëntervaringen*, en indicatoren gericht op de *revalidatie-effecten*. Primair is gekeken naar leerpunten voor de inzet van indicatoren voor de verbetering van de GRZ. Aan de *verantwoording* wordt ook nog apart aandacht besteed, daar spelen ook *procesindicatoren* nog een rol. Vanuit deze ordening zijn de volgende conclusies en adviezen zijn uit de praktijkverkenning getrokken.

Conclusies Cliëntervaringen

CONCLUSIE EN ADVIES 1 - INHOUD

De indicatorenset die in de pilot is benut omvat de onderwerpen die relevant zijn om te werken aan het verbeteren van zorg. Dat zijn:

- Regie over de behandeling (betrokkenheid bij doelen en voortgang, afspraken nagekomen);
- Informatievoorziening (gang van zaken, behandeling, nazorg)
- Benadering (aandacht, privacy, bejegening, stimuleren zelfstandigheid);
- Verblijf (maaltijden, schoonmaak);
- Resultaat (aan verwachtingen voldaan, cijfer behandelaars, tevreden met resultaat, cijfer afdeling, aanbevelingsvraag).

Echter, daarnaast zijn ook andere onderwerpen relevant. Ook wordt in de pilot aangegeven dat het zinvol is om nog eens naar de definitie van goede GRZ te kijken. Wat houdt goede GRZ in? Wat wil men ermee bereiken? Is het streven bijvoorbeeld wel dat de cliënt weer naar huis gaat (of de plek waar hij of zij vandaan komt)? Of gaat het meer over functieherstel, leren omgaan met en accepteren van beperkingen?

Het advies is:

- Benut bovenstaande onderwerpen uit de vragenlijst van de pilotwerkgroep om zicht te krijgen op ervaringen van cliënten.
- Verzamel met een meetset informatie over thema's waarop de inspanningen van de organisatie daadwerkelijk invloed heeft.
- Verzamel informatie die ook daadwerkelijk aanknopingspunten biedt voor verbeteringen.
- Voeg altijd open ruimte toe aan de vragen, zodat cliënten kunnen aangeven wat nog meer belangrijk is voor hen.
- Leg een algemene vragenlijst altijd eerst naast de visie en ontwikkelpunten van de organisatie en voeg naar aanleiding daarvan op maat onderwerpen toe.
- Kijk nog eens naar de definitie van GRZ. Wat houdt goede GRZ in? Wat wordt daarmee beoogd?

CONCLUSIE EN ADVIES 2 - BELEVING

Een vragenlijst met voorgestructureerde vragen en vaste antwoordcategorieën, zoals de vragenlijst voor cliënten van de pilotwerkgroep, geeft zicht op ervaringen van cliënten. Echter, sommige ervaringen laten zich niet vangen in cijfers, zoals bijvoorbeeld rouwverwerking en de invloed die dit heeft op de ervaringen met het revalidatieproces.

Het advies is:

- Benut naast kwantitatieve meetlijsten ook kwalitatieve methoden (bijvoorbeeld open interviews met topics in plaats van voorgestructureerde vragenlijsten) om zicht te krijgen op de beleving en ervaringen van cliënten, zowel zicht op de beleving van de zorg, als de beleving van de beperking, als hoe die elkaar beïnvloeden.

CONCLUSIE EN ADVIES 3 - KWALITEIT VAN LEVEN

De ervaren *kwaliteit van leven* na de revalidatie is een belangrijk gegeven voor de GRZ. Echter, het is lastig om de vinger te leggen op de kwaliteit van leven, en zeker om de invloed van de zorgorganisatie daarop te monitoren en op basis daarvan te verbeteren.

Het advies is:

- Zicht krijgen op de Kwaliteit van leven na revalidatie is belangrijk om te weten hoe de zorg en behandeling deze kan ondersteunen. Kwalitatieve methoden zijn daarvoor wellicht meer geschikt dan kwantitatieve methoden.

CONCLUSIE EN ADVIES 4 - VERBETERINFORMATIE

Lukt het om met een indicatorenset verbeterinformatie boven tafel te krijgen? *Procesindicatoren* - zoals deskundig personeel of covenant in de keten - bieden geen verbeterinformatie, die zijn randvoorwaardelijk (zie advies 8). Vragen naar ervaringen van cliënten met een voorgestructureerde vragenlijst levert zeker verbeterinformatie op. Echter, de uitkomsten laten zien DAT er wat aan de hand is, maar je weet niet precies WAT dan. Daarvoor is verder onderzoek nodig.

Het advies is:

- Voeg aan de vragenlijst open ruimte toe, zodat cliënten hun antwoorden kunnen toelichten. Dat geeft informatie over WAT er aan de hand is en biedt mogelijke oplossingsrichtingen.
- Om die reden is het ook zinvol om de NPS-plus te benutten
- Uitkomsten van metingen met een indicatorenset vragen altijd om nader onderzoek in de context waaruit ze voortkomen. Een gesprek met betrokkenen is nodig om te begrijpen wat de uitkomsten betekenen, wat ze zeggen. Bespreek uitkomsten van metingen daarom altijd met betrokkenen.

Conclusies Revalidatie-effecten

CONCLUSIE EN ADVIES 5 - ONTSLAGBESTEMMING

De indicator 'ontslagbestemming' zegt weinig over de prestatie van de organisatie. Er zijn te veel andere variabelen die daarop van invloed zijn, zoals de diagnose, aanwezigheid van mantelzorg, of de beschikbaarheid van een geschikte woning of woningaanpassing. De indicator zegt wellicht meer iets over de kwaliteit van de keten.

Het advies is:

- De indicator 'ontslagbestemming' biedt maar weinig aanknopingspunten voor verbetering van de prestaties van de keten dan van de eigen organisatie.
- Benut de uitkomst van de meting met de indicator 'ontslagbestemming' in verbetergesprekken met samenwerkingspartners.

CONCLUSIE EN ADVIES 6 - REVALIDATIE-EFFICIËNTIE

De indicator 'revalidatie-efficiëntie' de vooruitgang in functioneren (Barthel-index) in relatie tot de opnameduur, geeft de zorgorganisaties weinig handvatten voor verbetering. Zowel de gemiddelde vooruitgang op deze maat, als de snelheid waarmee deze wordt bereikt zijn van veel andere factoren afhankelijk, zoals het aantal gezondheidsproblemen waarmee de cliënt bij aanvang kampt, of de belastbaarheid. Wel is er behoefte aan een dergelijke indicator in de praktijk.

Het monitoren van het functioneren wordt wel zinvol gevonden voor de behandeling aan *individuele* cliënten. In dat licht wordt de USER naast de Barthel benoemd als een beter, want gevoeliger, instrument voor dit doel.

Het advies is:

- Benut de indicator 'revalidatie-efficiëntie' vooralsnog niet voor het verbeteren van de zorg en behandeling in de organisatie, maar voor de zorg en behandeling in de individuele relatie. Overweeg in dit kader de gevoeliger USER als vervanger voor de Barthel-index.
- Stimuleer onderzoek naar het vaststellen van vooruitgang in functioneren en andere effecten van revalidatie. Er is een nadrukkelijke wens in het veld om professionelere instrumenten en evidence in te kunnen zetten om de zorg te verbeteren.

Conclusies Verantwoording

CONCLUSIE EN ADVIES 7 - INSPANNINGEN VS OPBRENGST

Bij het verzamelen van informatie over de kwaliteit van zorg en behandeling voor het verbeteren van zorg, zoeken organisaties zelf naar het goede evenwicht tussen inspanningen en opbrengst. Hoe meer opbrengst er is, hoe meer inspanning gerechtvaardigd is. Dat geldt

ook voor het verantwoorden van zorg. Metingen die alleen voor verantwoording benut moeten worden, zouden daarom niet verricht moeten worden.

Het advies is:

- Vraag organisaties geen inspanningen te verrichten voor het verantwoorden van zorg, wanneer die niet leiden tot resultaat voor de organisatie zelf op het vlak van het verbeteren van zorg.

CONCLUSIE EN ADVIES 8 - PROCESINDICATOREN

De procesindicatoren ‘deskundigheid personeel’ en Convenant keten zijn niet meegenomen in de pilot. Deze procesindicatoren zijn meer een statisch gegeven, en hebben niet zozeer verbetering tot doel, maar worden doorgaans als randvoorwaarden gesteld door de zorgverzekeraar. Procesindicatoren geven doorgaans dan ook geen informatie voor het verbeteren van zorg voor cliënten. En het is daarnaast de vraag of het de enige manier beschrijft waarmee het doel bereikt kan worden.

Het advies is:

Bekijk procesindicatoren kritisch:

- Zij hebben niet zoveel waarde voor de verbetering van de GRZ. Als de meetlast hoog is moet worden afgevraagd of de opbrengsten de inspanningen rechtvaardigen. (Zie ook advies 7)
- Bezie of de betreffende procesindicator (zeker als deze benut worden in de zorginkoop) écht een voorwaarde vormt voor goede GRZ. Mogelijk kan met een ander proces ook het revalidatiedoel (optimaal ondersteunen van de kwaliteit van leven) worden behaald. Het verder specificeren van het doel van GRZ kan hierbij heel behulpzaam zijn.

CONCLUSIE EN ADVIES 9 - ANDERS VERANTWOORDEN

Voor het verantwoorden van zorg is het van belang dat er zicht is op ervaringen van cliënten en effecten van revalidatiezorg. Organisaties verzamelen deze informatie ook en benutten die voor het verbeteren van zorg. Echter, er zijn (op dit moment) geen meetsets die een objectief, eenduidig en betrouwbaar beeld geven van de inspanningen van de organisatie. Het wordt pas duidelijk wat cijfers betekenen, als daarover wordt gesproken met betrokkenen. In de huidige verantwoordingsrelaties met bijvoorbeeld zorgverzekeraars is nauwelijks ruimte om gezamenlijk uitkomsten van metingen te interpreteren en te spreken over verbetermogelijkheden.

Het advies is dat het zinvoller is om organisaties in de verantwoording te vragen om te tonen:

- hoe ze zicht hebben op ervaringen van cliënten met zorg en behandeling ten aanzien van relevante onderwerpen (zoals in de vragenlijst voor cliënten staan die de pilotwerkgroep heeft gemaakt) hoe ze sturen op de juiste verbeterpunten

- hoe ze professioneel en methodisch (volgens beroepsstandaarden en richtlijnen) werken aan goede zorg

1 Inleiding

In deze inleiding staat de aanleiding en het doel van de pilot en wordt kort ingegaan op de werkwijze. Meer daarover in bijlage 1. Het resultaat van de pilot is een advies aan de Bestuurscommissie GRZ van ActiZ (zie “Insteek van de pilot, conclusies en advies”). De resultaten en het advies van de pilot worden door de pilotwerkgroep onderschreven.

1.1 Aanleiding voor de verkenning

In 2012 heeft ActiZ een koerswijziging ingezet op het vlak van kwaliteit. De nieuwe koers scheidde vooral de verschillende doelen die met kwaliteitsinformatie gediend werden. Want het bleek niet mogelijk om met één indicatorenset bruikbare informatie te verzamelen voor alle betrokken partijen. ActiZ richtte zich vanaf dat moment nadrukkelijk op interne verbetering en verkoopinformatie. Ten aanzien van externe verantwoordingspartijen (Inspectie voor de Gezondheidszorg, zorginkopers, Cliëntenorganisaties) werden andere rollen opgepakt: belangenbehartiging en advisering.

De opdracht die ActiZ eerder had aanvaard om indicatoren te ontwikkelen voor de GRZ is in die tijd teruggegeven aan het ministerie van VWS. Verenso heeft vervolgens deze opdracht opgepakt. ActiZ was hierbij betrokken in een adviserende rol. Het belangrijkste advies van ActiZ was: onderscheid het gebruik van de indicatoren in verschillende contexten; een goede indicator voor interne verbetering hoeft nog geen goede indicator voor verantwoording te zijn.

In januari 2014 verscheen de publicatie “Prestatie indicatoren Geriatrische Revalidatiezorg” waarin Verenso zeven prestatie-indicatoren voor de GRZ benoemde. In de aanbevelingen geeft Verenso aan dat de primaire doelen van deze indicatoren ‘keuze-informatie’ en ‘interne verbetering’ zijn. Desalniettemin zijn de indicatoren opgepakt door verschillende verzekeraars met zorginkoop als primair doel.

Onder de leden van ActiZ die GRZ bieden, ontstond daardoor behoefte aan informatie over de bruikbaarheid van indicatoren voor het vaststellen van goede GRZ voor het verbeteren en verantwoorden ervan, waaronder die van Verenso. Ook in de Bestuurlijke commissie GRZ werd deze behoefte gesignaleerd. Het Bestuur van ActiZ heeft de Bestuurlijke commissie GRZ daarom verzocht om in een pilot met leden de bruikbaarheid van indicatoren voor de praktijk van de GRZ te verkennen.

1.2 Doel van de pilot

De pilot is gestart om een antwoord te vinden op de vraag OF en WANNEER indicatoren bruikbaar zijn voor het verbeteren en/of verantwoorden van zorg.

Vraag die centraal staat in de pilot is:

Wat leren de ervaringen met het ontwikkelen, uitvragen, analyseren en bespreken van een indicatorenset ons over het gebruik van indicatoren voor het verbeteren en verantwoorden van zorg?

Doel van de verkenning is om zicht te krijgen op ervaringen uit de praktijk met het maken en gebruiken van een indicatorenset op twee onderdelen, te weten:

- Inzicht krijgen in de vraag OF en WANNEER een set indicatoren bruikbaar is voor het **VERBETEREN** van zorg.
- Inzicht krijgen in de vraag OF en WANNEER een set indicatoren bruikbaar is voor het **VERANTWOORDEN** van zorg. Met andere woorden of en wanneer ze benut kunnen worden om zorg te verantwoorden aan Zorgverzekeraars of IGZ.

De indicatorenset die Verenso heeft ontwikkeld in 2014 is weliswaar de aanleiding voor de pilot, maar het doel van de verkenning is *niet* om de validiteit of betrouwbaar van deze, of een andere specifieke meetset vast te stellen. Dat zou niet kunnen in een kleinschalige verkenning als deze. Daarvoor is grootschalig en langdurig onderzoek nodig.

1.3 Werkwijze

Tien leden van ActiZ (zie bijlage 4) hebben een pilotwerkgroep gevormd en zijn op de eerste plaats aan de slag gegaan met het samenstellen van een indicatorenset. De set van Verenso is hiervoor als uitgangspunt genomen. Hieruit zijn indicatoren geselecteerd en er zijn nieuwe aan toegevoegd, om een set te krijgen die volgens hen bruikbaar is voor het verbeteren én verantwoorden van zorg. Deze indicatoren zijn daarna gemeten in de eigen praktijk van de pilotwerkgroep, waarna de uitkomsten binnen elke organisatie - zoals gebruikelijk - zijn besproken in het licht van het verbeteren en verantwoorden van zorg. Nadat dit hele proces is afgerond zijn evaluatielijsten uitgezet in de organisaties van de pilotwerkgroep om vast te stellen wat wel en niet bruikbaar is aan deze set en waarom. De evaluatie is uitgevoerd bij cliënt(vertegenwoordigers) en familie, bij degene die met de uitkomsten van de metingen aan de slag zijn gegaan voor het verbeteren van de zorg en bij degenen die de uitkomsten van de metingen moeten benutten voor het verantwoorden van zorg. Informatie uit dit hele proces - van het vaststellen van een set door de pilotwerkgroep tot de uitkomsten van de evaluatielijsten en uitspraken van respondenten - is meegenomen in dit rapport.

Meer informatie over de werkwijze in de pilot en aantallen respondenten aan de evaluatie staat in bijlage 1. Daarin staan ook allerlei keuzes die door de pilotwerkgroep gemaakt zijn bij het samenstellen van de indicatorenset die is benut in de pilot. We komen er in het rapport op terug, waar dat relevant is.

1.4 Rol van ActiZ

De begeleiding vanuit ActiZ bestond uit het organiseren van de drie plenaire bijeenkomsten met de pilotwerkgroep (april 2015, september 2015, maart 2016), de ondersteuning van de communicatie binnen de pilotgroep, het maken van de evaluatielijsten, het verwerken en analyseren van de evaluatiegegevens in het rapport en het vervaardigen van het advies.

1.5 Bronnen

De informatie in dit rapport is uiteindelijk gebaseerd op:

- informatie uit het proces van het samenstellen van een indicatorenset voor de pilot (opgedaan in twee plenaire bijeenkomsten van de pilotwerkgroep)
- de evaluatie van de bruikbaarheid van de indicatoren in de organisaties van de pilotwerkgroep
- informatie uit het rapport van Verenso: *'Prestatie indicatoren Geriatrische Revalidatiezorg'*, versie 20 januari 2014
- informatie uit de rapportage van de klankbordgroep GRZ: *'Advies over bruikbaarheid van de prestatie-indicatoren van Verenso en NPCF'*, versie 3 november 2014
- een terugkoppeling van het concept-rapport aan de pilotwerkgroep op 15 maart 2016 waarin zij aangaven de analyse en conclusies te herkennen en de voorzet voor het advies te onderschrijven

2 Resultaten: Indicatoren voor verbeteren van zorg

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag OF en WANNEER informatie uit metingen met een indicatorenset bruikbaar zijn voor verbeteringen. Daartoe gaan we eerst in op de vraag welke informatie nodig is om te kunnen werken aan verbeteringen. Daarna of deze informatie ook beschikbaar komt. En aan het eind van dit hoofdstuk staan wensen van de respondenten aan de evaluatie in de tien zorgorganisaties over de wijze waarop zij zouden willen werken aan het verbeteren van revalidatiezorg.

2.1 Welke informatie is nodig om te werken aan verbeteringen?

In de pilotgroep is plenair met elkaar gesproken over de vraag welke informatie nodig is om te werken aan het verbeteren van zorg. Welke informatie zou een indicatorenset (in ieder geval deels) moeten opleveren? Uit het gelopen traject (zie ook Bijlage 1) werden de volgende punten naar voren gebracht als belangrijk voor verbeterinformatie:

- **Relevant voor cliënt** | Goede revalidatiezorg is zorg die er voor de cliënt toe doet. Informatie over hetgeen voor de cliënt belangrijk is moet boven tafel komen.
- **Beleving van de cliënt** | Goede revalidatiezorg heeft oog voor de beleving van de cliënt. Er moet informatie boven tafel komen over hoe de cliënt de zorg ervaart; en hoe de cliënt het revalidatieproces heeft beleefd.
- **Concrete verbeterpunten** | Een meetset moet voldoende concrete informatie opleveren om te weten welke verbeteringen nodig zijn.
- **Effect van de revalidatie** | Er moet informatie beschikbaar komen over het effect van revalidatiezorg. Dat kan effect zijn in de zin van lichamelijk herstel (bv kan de cliënt weer van A naar B lopen?), maar ook 'mentaal' herstel (bv kan de cliënt bepaalde beperkingen accepteren en weer functioneren?)
- **Weinig meetlast** | Inspanningen die gemoeid zijn met de metingen en de opbrengsten ervan (verbeterinformatie die beschikbaar komt) moeten in goede verhouding tot elkaar staan.

Bovenstaande punten zijn verwerkt in de evaluatielijsten, voor cliënt(vertegenwoordigers) en voor medewerkers die aan de slag zijn gegaan met de uitkomsten voor het verbeteren van zorg. Onderstaand beeld komt naar voren als reactie op de stellingen die aan hen zijn voorgelegd. Daarvoor is ook informatie benut die verzameld is tijdens het maken van de indicatorenset en uit de rapportage van de klankbordgroep GRZ (zie H 1.5 Bronnen).

2.2 Relevant voor de cliënt

Goede revalidatiezorg is zorg die er voor de cliënt toe doet. Om deze te kunnen verbeteren moet informatie over hetgeen voor de cliënt belangrijk is boven tafel komen. Voor de vragenlijst voor cliënten in deze pilot is daarom gezocht naar onderwerpen die er volgens de pilotwerkgroep écht te doen en daarmee kernmerkend zijn voor goede revalidatiezorg

(zie bijlage 1 voor een onderbouwing van de keuzes die zijn gemaakt). De volgende onderwerpen komen in de vragenlijst van de pilotwerkgroep aan de orde:

- Regie over de behandeling (betrokkenheid bij doelen en voortgang, afspraken nagekomen)
- Informatievoorziening (gang van zaken, behandeling, nazorg)
- Benadering (aandacht, privacy, bejegening, stimuleren zelfstandigheid)
- Verblijf (maaltijden, schoonmaak)
- Resultaat (aan verwachtingen voldaan, cijfer behandelaars, tevreden met resultaat, cijfer afdeling, aanbevelingsvraag)

Uit de evaluatie wordt duidelijk dat dit de onderwerpen zijn die er in het algemeen toe doen voor cliënten. Daarbij werden wel een aantal kanttekeningen geplaatst:

OPEN VRAGEN TOEVOEGEN EN HET BENUTTEN VAN DE EIGEN VISIE

De algemeen gedeelde mening van cliënt(vertegenwoordigers) en degene die met de uitkomsten aan de slag zijn gegaan voor het verbeteren van zorg, is dat de uitkomst van de meting informatie oplevert die voor het verbeteren van zorg aan cliënten belangrijk is.

Alle cliënt(vertegenwoordigers) geven in de evaluatie aan dat in de vragenlijst belangrijke onderwerpen staan, die er voor cliënten toe doen.

voor het verbeteren van zorg staan bejegening en inspraak hoog in het prioriteitenlijstje van cliënten... Ja, cliënten vinden benaderingswijze/behandeling/eten belangrijke onderdelen in hun revalidatie.

Uit de evaluatie komt ook naar voren dat de meetset niet alle aspecten van zorg die voor cliënten belangrijk zijn meeneemt, zoals ook verwacht door de pilotwerkgroep. Door cliënt(vertegenwoordigers) wordt een aantal aanvullende onderwerpen genoemd.

Activiteiten; de communicatie tussen verzorgende en cliënt én verzorgenden onderling; vragen over het revalidatieplan.

Ook degenen die de evaluatielijst hebben ingevuld omdat ze met resultaten aan de slag zijn gegaan voor het verbeteren van zorg, noemen nog een aantal aanvullende onderwerpen die relevant zijn.

Het zijn standaard vragen zoals hoe is het eten gaan niet over de daadwerkelijke behandeling... de vragen gaan mn over de procesmatige kant van de behandeling. Weinig directe vragen naar behoefte hoeveelheid therapie in of naar het idee van de patiënt de juiste therapie gegeven is.

Enkelen zijn ook kritisch en vragen zich af of dit nu de belangrijkste onderwerpen zijn die er voor cliënten toe doen.

Voor cliënten is het 'zich redden' thuis het belangrijkste, evenals het hebben van een prettige dag met oor en oog voor de individuele behoeften. Dit komt niet altijd/volledig goed uit de vragenlijst.

M.i. zijn dit meer aspecten die zorgverzekeraars /organisaties graag willen weten. Ik vraag me af of dit ook daadwerkelijk is wat cliënten belangrijk vinden

Aangezien met vaststaande indicatoren nooit alle onderwerpen opgespoord kunnen worden die er voor cliënten toe doen, is het volgens de pilotwerkgroep zinvol om voor onderwerpen te kiezen die passen bij de visie en ontwikkelpunten van de organisatie. Ook is het zinvol om aan een cliëntervaringslijst open vragen toe te voegen. Eén van de cliënten die de evaluatielijst heeft ingevuld geeft aan dat:

De open vragen en de extra ruimte voor opmerkingen zijn zinvol.

Ruimte voor aanvullende informatie is ook zinvol, omdat die - zo staat in de volgende paragraaf - benut kan worden om oorzaken op te sporen over de vraag WAT er precies aan de hand is.

Wanneer is een meetset in de GRZ...	...Relevant voor de cliënt?	samengevat
<ul style="list-style-type: none">• De onderwerpen die in de vragenlijst cliëntervaring GRZ staan die in de pilot benut is, levert in het algemeen informatie op die voor cliënten relevant is.• Het is zinvol om open vragen toe te voegen aan een vragenlijst, zodat cliënten informatie kwijt kunnen die voor hen belangrijk is maar in de lijst niet wordt uitgevraagd.• Ook is het zinvol om de algemene vragenlijst naast de eigen visie en ontwikkelpunten te leggen en onderwerpen te schrappen of toe te voegen die voor cliënten in de eigen organisatie relevant zijn.		

2.3 Beleving van de cliënt

Goede revalidatiezorg heeft oog voor de beleving van de cliënt. Om zaken te kunnen monitoren en verbeteren moet volgens de pilotwerkgroep informatie boven tafel komen over hoe de cliënt de zorg en het revalidatieproces heeft beleefd.

FORMULERING VAN DE VRAGEN

In de evaluatie is opgemerkt dat de wijze waarop de vragen zijn gesteld in de cliëntervaringslijst van de werkgroep (zie bijlage 2) lijkt te veronderstellen dat er feiten boven tafel komen, terwijl het gaat om ervaringen. Er wordt gevraagd naar 'hoe iets is' in plaats van naar 'hoe iets ervaren wordt'. Het gaat er bijvoorbeeld om boven tafel te krijgen of de cliënt het gevoel heeft voldoende betrokken te zijn bij het behandelplan en niet of de cliënt voldoende betrokken is. Het gaat erom of de cliënt zich goed geïnformeerd voelt, en

niet of hij informatie heeft ontvangen. Bij een eventuele herziening van de lijst, zou dat meegenomen kunnen worden.

SOMS IS METEN MOGELIJK, SOMS IS UITNODIGEN TE VERTELLEN ZINVOL

Uit de evaluatie blijkt dat het deels lukt om met een meetset - met voorgestructureerde vragen en vaste antwoordcategorieën - informatie boven tafel te krijgen over ervaringen van cliënten die nuttig is om te werken aan verbeteringen. Met de voorliggende meetset zijn verbeterpunten opgespoord over de beleving van cliënten met revalidatiezorg. In H 2.4 staat een overzicht van onderwerpen die opgepakt zijn naar aanleiding van de metingen in de pilot, zoals de communicatie of de maaltijden. Wanneer meerdere cliënten aangeven binnen een bepaald onderwerp slechte ervaringen te hebben, wordt dat opgepakt. Met name de informatie uit de NPS-plus geeft dan aanwijzingen in welke richting naar oplossingen moet worden gezocht.

Uit de pilot wordt ook duidelijk, zoals de pilotwerkgroep al hadden verwacht, dat informatie die met een meetset is verzameld, altijd maar een deel van de ervaringen van mensen in beeld brengt. Er kan bijvoorbeeld veel onvrede zitten achter een antwoord op de vraag of de cliënt zich gestimuleerd voelde om zoveel mogelijk zelf te doen. Om zicht te krijgen op ervaringen van cliënten die zich niet zo gemakkelijk laten vangen in cijfers is in de pilotwerkgroep gesuggereerd dat kwalitatieve methoden wellicht beter bruikbaar zijn. Dat zijn methoden waarin diepgaand met cliënten gesproken wordt om zicht te krijgen op de betekenis die een gebeurtenis of situatie op hen heeft en wat hun ervaringen met de zorg zijn.

BELEVING VAN DE ZORG VERSUS BELEVING VAN DE BEPERKING

Dat sommige ervaringen met de zorg zich niet laten vangen in cijfers betreft zowel de betekenis van de zorg, als ook de betekenis van een leven met beperkingen. Soms hebben medewerkers van de pilotorganisaties zelfs het idee dat de ervaring van de cliënt met zijn of haar beperkingen wordt gemeten, terwijl eigenlijk de bedoeling was om de ervaring met de zorg in kaart te brengen. Het is een belangrijk onderwerp van discussie geweest in de pilotwerkgroep: hoe verhouden ervaringen van cliënten met revalidatiezorg zich bijvoorbeeld tot ziekte-inzicht of de fase in een rouwproces (leren leven met beperkingen)? Als cliënten beperkingen ervaren die zij (nog) niet geaccepteerd/verwerkt hebben, zullen zij de GRZ mogelijk negatiever beoordelen.

Door weinig ziekte-inzicht van cliënt, was deze niet positief over het eindresultaat.

De mate waarin iemand zijn of haar beperkingen als handicap ervaart kan dus in bepaald opzicht als een 'versturende' factor gezien worden, maar is tegelijkertijd ook een interessante uitkomstmaat voor de GRZ. Hoe is de GRZ er uiteindelijk in geslaagd om iemand te leren leven met zijn/haar beperkingen? Eigenlijk hebben we het hier over effect van de revalidatiezorg, gezien vanuit de beleving van de cliënt. Meer hierover in paragraaf 2.5 'Effect van revalidatie' en 3.2 'Eenduidige informatie' en 3.3 'Bestaan cijfers voor het vaststellen van effect van revalidatiezorg?'.

KWANTITATIEVE INFORMATIE VERDIEPEN MET KWALITATIEVE INFORMATIE

De uitkomst van een kwantitatieve meting, zoals met de vragenlijst voor cliënten, kan aanleiding zijn om de beleving van cliënten nader te onderzoeken met kwalitatieve methoden. Zo heeft een van de respondenten in de pilot aangegeven dat zij verder onderzoek gaan doen naar een geconstateerd verschil tussen diagnosegroepen. Misschien is dat wel gebaseerd op een verschil in beleving tussen patiënten CVA en Orthopedie ten aanzien van “zaken als rouwproces”? Om dit nader te onderzoeken zijn kwalitatieve methoden (interviews met open vragen) zeer geschikt.

Wij zien wel een flink verschil in beleving tussen b.v. CVA patiënten en orthopedie. Maken gebruik van de zelfde voorzieningen maar hier spelen zaken als rouwproces zeker mee

Wanneer meet een meetset in de GRZ adequaat...	...de Beleving van de cliënt?	Samengevat
<ul style="list-style-type: none">• In de formulering van vragen is het van belang dat niet naar feiten maar naar de ervaringen van de cliënt wordt gevraagd. Hetzelfde feit kan immers anders ervaren worden.• De beleving van cliënten met zorg laat zich maar deels vangen in cijfers. Daarnaast zijn kwalitatieve methoden, zoals interviews met open vragen, uitermate geschikt om dat in kaart brengen. Ook omdat de beleving van de zorg vaak gekleurd wordt door de beleving van de beperking. Zowel zicht op de beleving op zorg, als de beleving van de beperking, als hoe die elkaar beïnvloeden zijn interessant voor de GRZ.• Kwalitatieve methoden kunnen benut worden om meer zicht te krijgen op de uitkomsten van kwantitatieve metingen naar de beleving van cliënten.		

2.4 Concrete verbeterinformatie

De vragenlijst voor cliënten is door de pilotwerkgroep zo opgesteld, dat deze concrete verbeterpunten zou moeten opleveren. Hoe is dat ervaren?

PROCESINDICATOREN LEVEREN GEEN VERBETERINFORMATIE OP

Zoals ook in bijlage 1 over de werkwijze in de pilot staat leveren procesindicatoren volgens de deelnemers geen verbeterinformatie op. Aan procesindicatoren uit de Verenso-set wordt voldaan, omdat de verzekeraar die vereist. Of die procesindicatoren gericht zijn op zaken die écht een voorwaarde voor goede GRZ vormen en terecht als eis worden gesteld, daarover waren de meningen in de werkgroep verdeeld.

VRAGENLIJST LEVERT VERBETERPUNTEN OP

De metingen met de cliëntervaringenlijst leveren zeker verbeterinformatie op. Respondenten van de evaluatie zeggen daarover:

Iedere tip is er een... er zijn altijd aspecten waar je van kan leren

Het zijn vaak de kleine dingen die er toe doen. Wanneer je daar oog en oren voor hebt en dit oplost kun je dit beschouwen als quick win voor de volgende klanten.

Samen met onze tool (...) leidt het tot wekelijkse besprekingen bij het verbeterbord.

Naar aanleiding van de metingen met de pilotvragenlijst zijn door organisaties uit de pilot ook concrete verbetermaatregelen genomen, bijvoorbeeld als vanuit verschillende cliënten hetzelfde naar voren werd gebracht. Genoemde verbeterpunten zijn:

- Communicatie tussen zorg en disciplines
- Communicatie met het behandelteam
- De vraag om meer activiteiten tussen de behandelingen door
- Schoonmaken op de afdeling
- Hygiëne in het weekend
- Klachten over de warme maaltijden
- Informatie voorzieningen - verschillen tussen locaties gaf mogelijkheid van elkaar te leren
- Betrokkenheid bij behandelplan vergroten door visites anders te organiseren
- Betrokkenheid bij het revalidatieproces - “Hier zijn direct acties op gezet. Met mooie resultaten”

ER KOMT INFORMATIE BOVEN TAFEL OM VERDER TE ONDERZOEKEN

Wel blijkt dat, zoals de pilotdeelnemers ook hadden verwacht, haast altijd meer onderzoek nodig is om zicht te krijgen op de betekenis van de resultaten en het omzetten in concrete verbeteracties. Je weet DAT er wellicht iets aan de hand is, maar WAT dan precies, weet je nog niet. Om dat te achterhalen is een gesprek nodig met betrokkenen om de informatie te duiden en een zoektocht naar achterliggende oorzaken.

De vragenlijst geeft een weergave van de cliënt tevredenheid in zijn algemeen. Dit is waardevolle informatie, echter is nog gerichter inzoomen wenselijk voor het verbeteren voor de balans tussen inzet en opbrengst.

Er op basis van de resultaten nog nieuwe metingen gedaan moeten worden om duidelijk te krijgen waar precies belemmeringen zitten die opgelost moeten worden.

De vragen zijn te algemeen om gericht op te sturen. Voor vervolg acties is verdiepende monitoring nodig.

...doorvragen noodzakelijk

VRAGEN DIE TE WEINIG AANKNOPINGSPUNTEN GEVEN

Uit de evaluatie kwam naar voren dat er een categorie uitkomsten is, die zelfs voor verder onderzoek te weinig aanknopingspunten geeft. De volgende punten zijn door individuele respondenten op de evaluatielijst voor 'verbeteraars' aangegeven (N=1):

- Cijfers geven aan de diverse disciplines. Niet iedereen kon deze invullen en wist wat een specialist ouderengeneeskunde was.
- Waarom scoort een bepaalde discipline binnen het team laag?
- De revalidant heeft te maken met meerdere verzorgers/verpleegkundigen, hieruit kan je niet de individuen halen en gaan mensen voor het grote geheel.
- Vragen over 'regie over de behandeling' geven onvoldoende aanknopingspunten waar mogelijke problemen zitten.
- Bepaalde cliënten vullen alle vragen in met altijd, en zeer tevreden maar scoren de afdeling vervolgens toch een 7 qua cijfer. Onduidelijk waarom dit geen 10 is, aangezien de cliënt verder aangeeft tevreden te zijn. Ditzelfde geldt voor het cijfer dat de cliënt geeft voor een discipline, het waarom (tips en tops) achter het cijfer blijft onderbelicht.
- Wisselende waarderingen (grote range), waardoor onduidelijk was hoe de ervaring nu werkelijk was.

VERTEKEND BEELD

Soms kunnen uitkomsten van metingen ook een vertekend beeld geven. Ook daarom kan nader onderzoek nodig zijn. Op de stelling of de resultaten van de metingen ook een vertekend beeld kunnen geven, werden antwoorden gegeven als:

De cijfers die cliënten geven. Als cliënten weinig contact hebben met een specifieke discipline en deze discipline dus weinig cijfers krijgt maar wel met een uitschieter, dan geeft dit een vertekend beeld.

Cliënten geven aan nooit bij het behandelplan betrokken zijn geweest, terwijl dat bij navraag cliënten wel vonden dat ze betrokken zijn geweest maar dat ze de term niet begrepen.

waardering medewerkers op een locatie viel aanzienlijk slechter uit, bleek dat deze verkeerd in het systeem waren ingevoerd.

iemand kon wel naar thuis terug, was niet tevreden omdat deze cliënt vooraf had besloten om niet meer naar huis te willen gaan

Van de ene cliënt krijg je een 2 en van de andere een 8 (bij wijze van spreken) dat gaat over verwachtingen maar ook levenshouding en zegt weinig over kwaliteit van zorg.

Hoge score voor activiteiten begeleider terwijl we die niet hebben.

OPEN VRAGEN VOOR INFORMATIE OVER OORZAKEN

Als er ruimte is om toelichting te geven op vragen en naar aanleiding van antwoorden op de NPS-plus, komt vaak al informatie beschikbaar over het WAT er dan aan de hand is. De informatie uit de open ruimte binnen de vragenlijst en de informatie uit de NPS-plus is behulpzaam om te begrijpen waarom op een bepaald vraag slecht of juist heel goed wordt gescoord door cliënten. Deze informatie is ook behulpzaam bij het nemen van adequate verbetermaatregelen.

Met name de open vragen uit de NPS + kunnen gebruikt worden voor verbeteren van zorg en behandeling.

Een patiënt gaf een concrete tip die is doorgevoerd: Verbetering telefoonnummer op naamkaartje bij de deur. actie: telefoonnummers op de deuren! visitekaartjes ontworpen voor patiënten en familieleden met informatie over de afdeling.

... haakje voor ochtend jas aan de muur spoel beker op de wastafel voor tanden poetsen Ik zie de arts nooit en nu beter vertellen wat we met co assistenten werken en de arts waarnemen/ samen doen. Mee koffiedrinken of in Restaurant aanschuiven.

En als de ruimte er niet is, wordt hij gemist, of alsnog gecreëerd.

Soms op bepaalde items net te weinig diepgang. Hangt ook af van de mogelijkheid tot open antwoorden.

Dit hangt af van de manier waarop de vragenlijst aangeboden wordt. Wij hebben dat middels onze tool gedaan. Met onze tool kon de cliënt bij elke antwoord toelichting geven.

Wanneer biedt een meetset in de GRZ...	...Concrete verbeterinformatie?	Samengevat		
Procesindicatoren geven geen informatie voor het verbeteren van zorg voor cliënten. Het zijn randvoorwaarden waaraan de organisatie voldoet op verzoek van bijvoorbeeld een zorgverzekeraar.			Samengevat	
De vragenlijst van de pilotwerkgroep levert bij afname volgens de gebruikers concrete verbeterinformatie op.				Samengevat
De vragenlijst geeft echter vooral zicht op DAT er wat aan de hand is. Verder onderzoek naar WAT dan, is meestal nodig. Als open ruimte wordt toegevoegd aan gesloten vragen, dan komt vaak al relevante informatie beschikbaar over de WAT-vraag en over mogelijke oplossingsrichtingen. Ook de NPS+ geeft dergelijke bruikbare informatie.				

2.5 Effect van revalidatie

Voor het verbeteren van zorg is ook informatie over het effect van revalidatiezorg bruikbaar. Dat kan effect zijn in de zin van lichamelijk herstel (bv kan de cliënt weer van A naar B lopen?), maar ook ‘mentaal’ herstel (bv kan de cliënt bepaalde beperkingen accepteren en weer functioneren?), zodat de cliënt weer naar huis kan of ervaart dat hij of zij weer optimaal kan leven. De snelheid waarmee een zorgorganisatie een optimaal effect kan bewerkstelligen is voor veel zorgorganisaties ook iets waar zij graag op willen sturen.

In de pilot zijn de twee effect-indicatoren uit de meetset van Verenso meegenomen, namelijk ‘ontslagbestemming na geriatrische revalidatie’ en ‘revalidatie-efficiëntie’. In de cliëntervaringslijst is daarnaast een aantal vragen opgenomen die vragen naar het resultaat van de revalidatie (o.a. verwachtingen, cijfer voor behandelaars, rapportcijfer, tevredenheid resultaat, NPS-plus). Meer over de keuze van de pilotwerkgroep voor deze effect-indicatoren staat in bijlage 1. In deze paragraaf bespreken we de vraag of deze indicatoren informatie opleveren voor het verbeteren van zorg.

ONTSLAGBESTEMMING NA GERIATRISCHE REVALIDATIE

‘Weer terug naar huis’ is in veel situaties het gewenste effect van de revalidatie.

Doel is en blijft ontslag naar huis en zou >80% moeten scoren.

Echter, zo blijkt uit deze pilot, de vraag *of iemand al dan niet naar huis kan* is afhankelijk van allerlei factoren, waar de organisatie bovendien niet altijd invloed op heeft.

... wij niet altijd invloed hebben op de ontslagbestemming met de kwaliteit van de geboden revalidatiezorg. Diagnose, mantelzorg en indicatie spelen hierin ook een zeer grote rol.

Aangegeven wordt dat ontslagbestemming in principe alleen te benutten is als indicatie van de prestatie van de organisatie wanneer alle beïnvloedende variabelen gelijkgesteld worden.

Wel bruikbaar voor vergelijking en verantwoording indien je corrigeert voor patiëntkenmerken (bv. zoals diagnose, herkomst, functioneren bij opname, thuissituatie, zorgvraagzwaarte, etc....)

Het is de vraag of corrigeren voor patiëntkenmerken een haalbaar streven is. In de rapportage van de klankbordgroep GRZ (zie H 1.5 Bronnen) wordt gesuggereerd dat deze indicator wel iets kan zeggen over de prestatie van de afdeling over de tijd heen. Wanneer de ‘zorgvraagzwaarte’ (waarin o.a. kenmerken van de cliënt en omgeving worden meegenomen) gelijk is en de ontslagbestemming verandert wel, dan zou gezocht kunnen worden naar dieper liggende oorzaken: wat is er aan de hand? Wat doen we nu anders, dat maakt dat er in deze gelijke omstandigheden minder (of meer) mensen naar huis kunnen worden ontslagen? In de praktijk zal de ‘zorgvraagzwaarte’ echter fluctueren en spelen ook nog andere factoren een rol. Zo wordt door respondenten in de evaluatie aangegeven dat het cijfer ‘ontslagbestemming’ wellicht meer zegt over de kwaliteit van de *triage*.

... ontslagbestemming is van veel factoren afhankelijk die veelal niet/moeilijk beïnvloedbaar zijn. Wel is bij start van GRZ-project veel aandacht besteed aan triage, dit is van grote invloed geweest (maar inherent aan toegang tot DBC, dus m.i. geen directe kwaliteitsindicator voor geboden zorg en behandeling, maar wel over de wijze waarop triage wordt uitgevoerd.)

En dit geldt niet alleen voor de triage, het cijfer zegt wellicht meer iets over de kwaliteit van de samenwerking in de hele keten dan van de zorgorganisatie. Dat maakt de indicator minder geschikt als verbeterinformatie voor een individuele zorgorganisatie. Maar het kan wel meerwaarde hebben voor de verbetering in de keten/regio, zoals de volgende respondent aangeeft.

Dit is een uitkomst indicator: en dus multifactorieel bepaald; we kunnen dit wel heel goed vergelijken voor de regio bijvoorbeeld. Bijvoorbeeld als blijkt dat in de loop van de tijd verandering plaatsvindt in ontslagbestemming kan dat liggen aan bijvoorbeeld de instroom vanuit het ziekenhuis, of de uitstroom naar voorzieningen elders (wachtlijsten, indicatiestelling, WMO, ouderenvriendelijkheid van de omgeving/gemeente in het kader van allerlei voorzieningen - denk alleen al aan het levensloopbestendig zijn van woningen, of mogelijkheden mbt verbouwingen en vergunningen als er sprake is van behoefte aan mantelzorg aan huis).

Daarnaast wordt door verschillende respondenten uit de pilotorganisaties aangegeven dat ze dit doel van revalidatiezorg - 'terugkeren naar de plek waar cliënten vandaan komen, (onverwachte) ernstige complicaties buiten beschouwing gelaten' - niet onderschrijven.

Ontslagbescherming is niet doel van goede revalidatie. Goede revalidatie is verbetering in functioneel herstel, soms ook als iemand niet naar huis terug kan.

... Maak mij zorgen over de groep cliënten die niet meer naar huis kunnen maar wel aan zelfstandigheid kunnen winnen in de GRZ

Met kanttekening dat cliënten een zo kort mogelijk klinisch verblijf soms als niet prettig ervaren, m.n. door sociale problematiek (eenzaamheid) in de thuissituatie.

In H 2.2 hebben we geconcludeerd dat het van belang is dat een organisatie in samenspraak met cliënt(vertegenwoordigers) bepaalt wat het doel van revalidatie is en wat kritische succesfactoren zijn. Daarna is de vraag aan de orde of een voorliggende vragenlijst datgene vaststelt wat voor de organisatie van belang is. Voor een aantal respondenten zou dit betekenen dat de indicator 'ontslagbestemming' wordt geschrapt als indicator voor het verbeteren van zorg.

REVALIDATIE EFFICIËNTIE MET DE BARTHELSCORE

De indicator Revalidatie-efficiëntie van Verenso is eigenlijk een combinatie van twee indicatoren in één, namelijk: 1) de vooruitgang in functioneren, gemeten met de Barthel-Index, gerelateerd aan 2) de opnameduur in weken.

Ook deze indicator heeft - zo blijkt uit de evaluatie - de zorgorganisaties weinig handvatten voor verbetering, omdat de resultaten moeilijk te beoordelen zijn.

Opnameduur is sterk beïnvloedbaar door fysieke en sociale omgeving, mogelijkheden van de omgeving en kwetsbaarheid van de doelgroep (complicaties, comorbiditeit, heropname ziekenhuis, etc.)

Ook deze dient gecorrigeerd te worden voor functioneren bij opname en diagnose.

Je kan de revalidatie efficiëntie gebruiken mits ook de begin en eind waarde barthel gepubliceerd wordt. De delta barthel alleen zegt niets over de revalidatie. bijv. cliëntengroep die heel zwak uit ziekenhuis komt, vs hele zelfstandige cliënten.

M.n. de Barthelscore is vaak weinig sensitief om daadwerkelijke verschillen in Delta-T aan te tonen.

Gedeeltelijk. Je moet het ook in de context zien met andere meetinstrumenten

De Klankbordgroep geeft in haar advies ook aan (zie H 1.5 Bronnen) dat zowel de vooruitgang op de Barthel-Index als de snelheid waarmee dat gebeurt van veel andere factoren afhankelijk is. Zoals de complexiteit van de gezondheidsproblemen van de cliënt bij opname en de belastbaarheid. Deze zijn vaak onvoldoende in beeld, of moeilijk als correctiefactor te benutten. Een 'slechte' score op revalidatie-efficiëntie is moeilijk te duiden, en om te zetten in verbeteracties.

Het monitoren van het functioneren (zoals de Barthel-index beoogt) wordt door de pilotwerkgroep wel zinvol gevonden voor de behandeling van *individuele* cliënten. Maar in dat licht wordt de USER benoemd als een beter, want gevoeliger, instrument voor dit doel.

RESULTAAT ERVAREN DOOR DE CLIËNT

De indicator 'Kwaliteit van leven na revalidatie' van Verenso (gemeten met de EQ-5D-5L) is niet in de pilot opgenomen. De Klankbordgroep GRZ spreekt in haar rapportage (zie H 3.3 Bronnen) ook haar twijfels uit over het nut van de indicator, omdat deze weinig zegt over de kwaliteit van de interventies van de GRZ-aanbieder. De pilotwerkgroep heeft er daarom voor gekozen niet deze indicator in de pilot mee te nemen, maar heeft wel een aantal vragen over het resultaat van de GRZ opgenomen in de cliëntervaringslijst, zoals vraag 17 en verder (zie bijlage 2). Uit de evaluatie blijkt dat er wel behoefte bestaat om onderscheid

te maken tussen ervaren kwaliteit van zorg en ervaren eindresultaat (zie ook H 4.3 Beleving van de cliënt).

De ervaren kwaliteit van zorg, verwacht eindresultaat, geboden kwaliteit van zorg en behaald resultaat kunnen zeer uiteenlopen. Het zou mooi zijn als je dat in de vragenlijst zou kunnen uitsplitsen.

Een van de respondenten gaf aan dat cliënten in de toelichting daar (onverwacht) wel iets over zeiden.

De invloed van de attitude van de cliënt tov het proces. Enkele cliënten gaven aan niet succesvol gerevalideerd te hebben maar dit lag aan eigen beperkingen. Dit gaf een onverwachts mooie inkijk op een vaak onderbelichte kant van het revalidatieproces

Anderen gaven juist aan informatie daarover te missen.

de vragen gaan mn over de procesmatige kant van de behandeling. Weinig directe vragen naar behoefte hoeveelheid therapie in of naar het idee van de patiënt de juiste therapie gegeven is.

De ervaren kwaliteit van leven is volgens de pilotwerkgroep misschien wel het belangrijkste ‘resultaat’ voor de cliënt na de revalidatie. Deze wordt echter zeker niet alleen beïnvloed door de GRZ-behandeling. Het is lastig om de vinger te leggen op de kwaliteit van leven, en zeker om de invloed van de zorgorganisatie daarop te monitoren en op basis daarvan te verbeteren. Het is al moeilijk om resultaat in de vorm van de kwaliteit van zorg te isoleren. Dat is in de pilot geprobeerd met een aantal vragen in de cliëntervaringslijst, maar daarover zijn relatief veel bezwaren rond eenduidigheid, betrouwbaarheid, en bruikbaarheid geuit. Deze staan in H 5.2 genoemd bij het verantwoorden van zorg. Goed zicht op het effect van de revalidatie, zoals deze wordt ervaren door de cliënt, is wel een veelgenoemde wens voor de huidige GRZ-praktijk. Maar ook al zou een goed instrument voorhanden zijn, het blijft, evenals bij alle effect-indicatoren, moeilijk om de toegevoegde waarde van de zorgorganisatie aan het resultaat te bepalen en op verbetering te sturen.

Hoe geeft een meetset in de GRZ informatie over...	...het Effect van revalidatie?	Samengevat
<p>De indicator ‘ontslagbestemming’ zegt weinig over de prestatie van de organisatie, omdat er te veel ‘versturende’ variabelen zijn, zoals de diagnose, aanwezigheid van mantelzorg of mogelijkheden voor woningaanpassing. De ontslagbestemming zegt eerder iets over de kwaliteit van de keten. Daarmee kan deze informatie wel de basis voor een goed verbetergesprek met ketenpartners zijn.</p>		
<p>De ‘revalidatie-efficiëntie’, de vooruitgang in functioneren (Barthel-index) in relatie tot de opnameduur, geeft de zorgorganisaties weinig handvatten voor verbetering. Zowel de vooruitgang op deze maat, als de snelheid waarmee deze wordt bereikt zijn van veel andere factoren afhankelijk, zoals het aantal gezondheidsproblemen waarmee de cliënt bij aanvang kampt, of de belastbaarheid. Het monitoren van het functioneren wordt wel zinvol gevonden voor de zorg van <i>individuele</i> cliënten, maar de voorkeur gaat dan naar de USER boven de Barthel-index.</p>		
<p>De ervaren <i>kwaliteit van leven</i> na de revalidatie wordt zeker niet alleen beïnvloed door de GRZ-behandeling. Het is lastig om de vinger te leggen op de kwaliteit van leven, en zeker om de invloed van de zorgorganisatie daarop te monitoren en op basis daarvan te verbeteren. Wellicht dat daarvoor kwalitatieve methoden beter te benutten zijn</p>		

2.6 Meetlast: de verhouding tussen inspanning en opbrengst

Inspanningen die gemoeid zijn met de metingen en de opbrengsten ervan (verbeterinformatie die beschikbaar komt) moeten in goede verhouding tot elkaar staan. De ervaren meetlast hangt sterk samen met het ervaren nut voor verbetering. Of de verhouding tussen inspanning en opbrengst acceptabel is, blijkt uit de evaluatie van meerder factoren afhankelijk te zijn.

HOE MEER JE ERAAN HEBT...

Tijdsinvestering in metingen heeft betrekking op: het afnemen van de vragen, invullen van de informatie, analyseren en rapporteren. En daaraan voorafgaand nog de vraag of deze meetset past bij de visie en ambities van de organisatie (zie H 2.2).

Organisaties vinden de verhouding tussen opbrengst en investering redelijker, naarmate ze de resultaten beter bruikbaar vinden.

Als het niet biedt wat je ervan verwacht, dan is de inspanning zeker te veel.

Je blijft ermee doorgaan als je ziet dat inspanningen effect hebben

Het antwoord op de vraag naar de redelijke verhouding tussen investering en opbrengst, hangt samen met de vraag of je er iets aan hebt. Hoe meer je denkt met de informatie te

kunnen, hoe meer je wilt investeren. En daar hebben verschillende organisatie een andere mening over.

De vragenlijst geeft ons (deels) inzicht in wat er voor cliënt er echt toe doet. Ik verwacht dat deze vragenlijst bruikbare punten voor verbetering op levert.

INBEDDEN IN PROCESSEN VAN DE ORGANISATIE

De vraag naar de verhouding tussen inspanning en opbrengst hangt ook af van de mate waarin metingen zijn ingebed in processen in de organisatie.

Als het eenmaal in het proces zit, kost het minder tijd. Digitale verwerking is minder arbeidsintensief.

Cliënten ervaren het niet als intensief (wel uitleg nodig). Door onze werkwijze is het goed te combineren met het bieden van nazorg (en heeft dan ook meerwaarde voor die nazorg).

Door gebruik te maken van de Verbetermeter en door evt. vrijwilligers kunnen de kosten erg laag gehouden worden.

Het proces wordt arbeidsintensiever als met papieren wordt gewerkt in verband met de doelgroep.

Vragenlijsten worden i.v.m. de doelgroep (ouderen) op papier afgenomen. Het verwerken hiervan kost erg veel tijd. Ook kost het de verpleging inspanning om de vragenlijsten steeds en tijdig te verspreiden/in te nemen

Kwaliteitverbetering is altijd een opbrengst. De verbetermeter werkt plezierig.

De Klankbordgroep GRZ geeft in haar rapportage ook aan (zie H 1.5 Bronnen) dat bijvoorbeeld het vastleggen van de Barthel-score veel tijd en toewijding vraagt, wat een relatief zware last is als het alleen de zorgverzekeraar of wetenschap dient. Voor een zorgaanbieder is het structureel bijhouden van deze informatie pas echt zinvol als de uitkomsten ook per cliënt zinvol kunnen worden gebruikt.

Hoe geeft een meetset in de GRZ...	...Weinig meetlast?	Samengevat
<p>Of de inspanning in redelijke verhouding staat tot de opbrengst, is afhankelijk van het ervaren nut. Wanneer de resultaten ook bruikbaar op individueel niveau, hoe meer inspanning geaccepteerd wordt. Ook de mate waarin het verzamelen van gegevens is ingebed in dagelijkse werkprocessen bepaalt mede de ervaren inspanning.</p>		

2.7 Wensen: hoe zou het verbeteren van zorg eruit moeten zien?

In reactie op de vraag 'Als het gaat om het verbeteren van de GRZ dan is mijn grootste wens dat ...' kwamen de volgende antwoorden. Deze kunnen benut worden door degenen die GRZ willen doorontwikkelen dan wel de systematiek voor het verbeteren van zorg willen aanscherpen. Onderstaande citaten zijn afkomstig uit de antwoorden van individuele personen die aan de slag zijn gegaan met de uitkomsten van de meetset voor het verbeteren van zorg (N=1).

Als het gaat om het verbeteren van de GRZ dan is mijn grootste wens dat:

- | | |
|----------------------------------|--|
| Cliënt echt dienen | <ul style="list-style-type: none"> • Er intern een optimale afstemming is van zorg en disciplines met revalidanten waardoor ze tevreden weg gaan. • De kwetsbare ouderen zo lang en zo zelfstandig mogelijk kunnen blijven functioneren. • We tijdens de behandeling en aansluitend aan de behandeling in gesprek blijven met cliënt en mantelzorgers. • Cliëntgericht gewerkt wordt en dat alle betrokkenen (organisaties, zorgverzekeraars e.d.) cliënten en diens belangen als uitgangspunt nemen. Dit betekent onder andere input vanaf "de vloer" van mensen die 24/7 met de cliënten in aanraking zijn en dus niet dat beleid enkel wordt gemaakt door het management dat onvoldoende weet wat er daadwerkelijk speelt. • De cliënt de beste zorg krijgt op het juiste moment op de juiste plaats. Problematisch hierbij is dat hetgeen de cliënt ervaart als 'beste zorg' en hetgeen vanuit onderzoek/beleid als 'beste zorg' wordt ervaren niet altijd overeenkomt. |
| Cliënt voorop bij kwaliteitsinfo | <ul style="list-style-type: none"> • De enquête in cliëntentaal wordt geschreven. • De vragenlijst niet geheel gericht is op informatievoorziening naar zorgverzekeraars maar meer praktisch ingericht wordt voor verbetering van de zorg en dat cliënten meer gestuurd worden op het werkelijk invullen van ervaringen ipv alleen globaal te kunnen blijven of een vinkje te hoeven zetten. • Meten op indicatoren die voor cliënten belangrijk zijn, wanneer ze |
-

Als het gaat om het verbeteren van de GRZ dan is mijn grootste wens dat:

	<p>weer thuis zijn, zou m.i. meer waardevolle informatie opleveren.</p> <ul style="list-style-type: none">• De teams aan de slag gaan met cliëntervaringen en de zorg nog beter laten aansluiten bij wat er voor de cliënt echt toe doet.
Beter passende financiering / regelgeving	<ul style="list-style-type: none">• Wij zelf onze kwaliteitscriteria bepalen en niet een ander voor ons.• Het verbeteren van afspraken rondom dure medicatie.• We kunnen doorontwikkelen in ambulante GRZ, ook zonder klinisch traject, direct vanuit huis of ziekenhuis.• We voldoende randvoorwaarden hebben om het werk uit te voeren. Nu worden we overspoeld met administratie Er een uitstekende ketensamenwerking ontstaat tussen organisaties (ziekenhuis, VVT organisatie, GRZ, MSR thuiszorg/huisartsen, 1e lijnsmogelijkheden, gemeentes) die te maken hebben met cliënten die revalidatie nodig hebben. Waarbij op diverse vlakken grenzen verdwijnen (communicatie, meten, financieringsstromen etc).• De mensen die tussen wal en schip vallen beter te kunnen bedienen vanuit de GRZ• Dat deze breder gedragen wordt door ziekenhuizen, ga voor transmurale DBC, maak ziekenhuizen verantwoordelijk.• Je de zorg en behandeling in kunt zetten die de cliënt nodig is zonder dat je hoeft te kijken naar de DBC. Daarbij is het wel belangrijk dat we goed blijven kijken naar de kwaliteit van de revalidatie en tijdig signaleren als de revalidatie stagneert• Meer invloed op instroom, meer ondersteuning van cliënten zodat ze zichzelf beter kunnen redden in hun revalidatie
Professioneler werken	<ul style="list-style-type: none">• Het ontwikkelen van meer evidence voor ons handelen.• Wetenschappelijk onderzoek op de werkvloer steeds meer concreet vorm krijgt (met ideeën vanuit de organisatie zelf) en aantoonbaar vruchten afwerpt.• Nog betere data en gegevens uit diverse meetinstrumenten zoals die van diverse behandelaren gaan gebruiken, zoals BBS, FAC, Barthel, etc.• Goede ondersteuning door (tools als) PPP (Positive Perceptive Program, een programma om continu teamprestaties te verbeteren)• Indicatoren ontwikkelen die maatgevend zijn voor de kwaliteit van zorg. Bijv mate van heropname na ontslag, mate van bereiken volledig premorbide nivo na ontslag.• Zicht is op waarom een bepaalde discipline laag scoort• Meer realtime is een wens. Wij doen dat binnen de GRZ al door cliëntenparticipatietafel. Welke verbinding kan er gelegd worden?

De wens van respondent ten aanzien van het verbeteren van zorg is samen te vatten in de volgende categorieën:

Informatie verzamelen en benutten die de cliëntgerichtheid vergroot, het écht dienen van de cliënt. Passende regelgeving - van instroom en administratieve lasten tot DBC-regels - die het bieden van goede GRZ voor cliënten ondersteunt en niet moeilijker maakt of zelfs onmogelijk.

Verbeteren van de GRZ door gebruik te maken van professionelere instrumenten en wetenschappelijk onderzoek. Er kan meer kennis ontwikkeld en gebruikt worden om de juiste dingen te doen in de GRZ-behandeling.

Samengevat

3 Resultaten: Indicatoren voor verantwoorden van zorg

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag OF en WANNEER informatie uit metingen met een indicatorenset bruikbaar zijn voor verantwoording. Daartoe gaan we eerst in op de vraag welke informatie hiervoor nodig is. Daarna of deze informatie ook beschikbaar komt. En aan het eind van deze paragraaf komen wensen aan de orde van respondenten over het verantwoorden van zorg aan externe stakeholders.

3.1 Welke informatie is bruikbaar voor extern verantwoorden?

Dat organisaties transparant willen zijn over de revalidatiezorg is evident voor de Pilotwerkgroep. Vervolgens is met elkaar gesproken over de vraag welke informatie daarvoor nodig en bruikbaar is. Welke eigenschappen zou een meetset dan moeten hebben?

- **Eenduidige en betrouwbare informatie** | In de huidige verantwoordingsrelaties met bijvoorbeeld financiers is het nodig dat de informatie die wordt benut objectief en vergelijkbaar is. Resultaten van metingen die benut wordt moeten eenduidig en betrouwbaar zijn, en voor zich spreken. Er moet geen uitleg nodig zijn aangezien er in het huidige systeem geen ruimte voor een gesprek is.
- **Aanspreken op relevante prestaties** | Om zich te verantwoorden, wil de zorgorganisatie aangesproken worden op informatie die daadwerkelijk iets zegt over de prestaties van de organisatie.
- **Tonen dat wordt gestuurd op wat er voor de cliënt toe doet** | In de verantwoording wil de zorgorganisatie laten zien dat en hoe zij stuurt op de juiste verbeterpunten. Dat zij metingen uitvoert om van te leren en op te sturen.
- **Weinig meetlast** | Inspanningen die gemoeid zijn met de metingen en de opbrengsten ervan (verbeterinformatie die beschikbaar komt) moeten in goede verhouding tot elkaar staan.

Bovenstaande punten zijn verwerkt in de evaluatielijsten voor medewerkers die betrokken zijn bij het benutten van de uitkomsten van de metingen voor het verantwoorden van zorg. Onderstaand beeld komt naar voren als reactie op de stellingen die aan hen zijn voorgelegd. Daarnaast is ook informatie benut die verzameld is tijdens het maken van de indicatorenset (zie bijlage 1) en uit de rapportage van de klankbordgroep GRZ (zie H 1.5 Bronnen).

3.2 Objectieve en vergelijkbare informatie

Volgens de pilotwerkgroep moeten resultaten van metingen die benut worden in de huidige verantwoordingsrelaties met bijvoorbeeld financiers objectief en vergelijkbaar zijn. Maar daarin ontbreekt vaak de ruimte om in gesprek uitleg en toelichting te geven. Zeker wanneer financiering daarop is afgestemd, is het belangrijk dat organisaties eerlijk en rechtvaardig beoordeeld worden op basis van de juiste informatie. De cijfers die zijn verzameld met de voorliggende indicatorenset spreken niet voor zich, zijn niet altijd

eenduidig te interpreteren , noch voldoende betrouwbaar. Zij hebben uitleg - contextinformatie - nodig. Zie hierna.

CIJFERS DIE VOOR ZICH SPREKEN

In het vorige hoofdstuk hebben we geconstateerd dat de verzamelde meetgegevens *niet* voor zich spreken en uitleg nodig hebben. Dat geldt zowel voor de uitkomsten van metingen van cliëntervaringen, als ook het vaststellen van het revalidatie-effect. Voor het verbeteren van zorg is dat niet zo problematisch. Niemand wordt zonder meer ‘afgerekend’ op de cijfers en er kan over gesproken worden: Wat betekent deze uitkomst? Wat heeft dit resultaat beïnvloed? Wat kunnen we ervan leren om het anders te doen? Maar in de huidige verantwoordingsrelatie met bijvoorbeeld een zorgverzekeraar ontbreekt de ruimte om deze contextinformatie te geven, terwijl deze van belang is om cijfers te begrijpen. Met de stelling ‘*Voor het interpreteren van de uitkomsten van de metingen is geen context informatie nodig, de resultaten spreken voor zich*’ waren de meeste respondenten het oneens. Onderstaand een aantal reacties.

... een context is een voorwaarde om gegevens te kunnen interpreteren e/o analyseren.

Context is altijd aan de orde en ter beoordeling aan de organisatie....

een context is een voorwaarde om gegevens te kunnen interpreteren e/o analyseren...

Zonder context, te kort door de bocht, bij afwijkingen kunnen er verklaarbare oorzaken zijn....

Zeer oneens, cijfers zonder context interpreteren is onwenselijk en kan leiden tot verkeerde acties.

Context is altijd belangrijk. Bv. grote steden, culturele aspecten, sociaal economische status, etc...

Het is aan de andere partij of zij de zorgorganisatie aanspreken op de uitkomsten. Ik ben wel van mening dat de uitkomsten altijd in de context gezien moeten worden; een stijging in bijvoorbeeld het aantal valmeldingen is namelijk niet perse slechte zorg, maar kan ook het terugdringen van middelen en maatregelen betekenen. Het zou onwenselijk zijn als zorgorganisaties afgerekend worden enkel op de uitkomsten van een vragenlijst. De uitkomsten zijn waarschijnlijk meer relevant voor de organisatie zelf om mogelijke verbeterpunten verder te onderzoeken en aan te pakken.

EENDUIDIGE INFORMATIE

Om nuttig te zijn in verantwoordingsrelaties moeten uitkomsten van metingen eenduidig zijn, niet voor meerdere uitleg vatbaar. Met de informatie die nu is verzameld is dat niet zonder meer het geval.

Sommige vragen zijn op meerdere manieren te interpreteren. Ook vraag ik mij af of cliënten de vragen altijd goed begrijpen/interpreteren. Dit is dan ook van invloed op de uitkomsten.

De uitkomsten zijn niet te vergelijken met gelijkwaardige organisaties.

Uit de pilot blijkt dat het nog niet zo gemakkelijk is cijfers te genereren die eenduidig zijn. Daar zijn we in H 2.3 en H 2.4 ook al op ingegaan. Hoe moet je bijvoorbeeld de invloed van een rouwproces zien op de uitkomsten van een meting? Hoe is dat te duiden? Sommige respondenten vinden dat bij het interpreteren van de uitkomsten ervaringen van cliënten - bijvoorbeeld de fase van het rouwproces of al dan niet naar huis kunnen - de uitkomst negatief beïnvloedt (de organisatie doet het dus beter dan uit de meting naar voren komt).

Misschien goed om bij de presentatie van de uitkomsten dit expliciet te benoemen als ‘van invloed’.

... als de cliënt het nog moeilijk heeft met zijn/haar beperking kan het zijn dat dit wordt weerspiegeld op de instelling (negatief). Zit je niet lekker in je vel dan zal je het verblijf anders ervaren dan iemand die goed in zijn vel zit.

Cliënten die niet terug naar huis kunnen, geven een grotere ontevredenheid weer in de resultaten dan cliënten die wel terug naar huis kunnen.

Terwijl andere respondenten aangeven dat emoties van rouw en ‘niet-accepteren’ bij het revalidatieproces horen en dat de organisatie daar ‘mee moet dealen’. Het is geen versturende variabele, maar juist een relevant onderdeel voor het vaststellen van de vraag of de zorg goed is.

Het is de beleving van de cliënt, dus geen vertekend beeld, anders zouden wij het gaan vertekenen.

Een cliëntervaring is een cliëntervaring. Deze kunnen niet vertekend zijn. Ieder heeft zijn eigen werkelijkheid. Wanneer je de invloeden van acceptatie en rouw niet wil meenemen is een vragenlijst voor cliënten een slechte keuze geweest.

Het gaat er om hoe hier mee omgegaan wordt en dus misschien wel invloed, maar is minder relevant voor de uitkomst.

Als je goed communiceert over het traject en de mogelijkheden, is dit risico klein. Wij zien het niet terug in de scores.

Over de betekenis van de invloed van rouw en acceptatie zijn de meningen verdeeld. De uitkomsten van metingen zijn daarmee niet eenduidig te interpreteren. Sommigen gaan op zoek naar de 'grensgevallen'. Welke invloed hoort erbij en wanneer is het toch een versturende variabele?

Dit is waar, maar hoort juist bij het aandachtsveld van de soort zorg. Bij juiste begeleiding en aandacht binnen revalidatieproces zal dit ervaren kunnen worden als betrokken en deskundig. Een klein percentage is nooit tevreden. Psychische problematiek en crisis in familie sfeer is wel erg lastig.

Cijfers die voor het verantwoorden van zorg benut worden, waarbij geen gesprek mogelijk is over de betekenis van die cijfers, zouden eenduidig moeten zijn. Echter, het genereren van informatie die los van de context begrijpelijk is, is nog niet zo eenvoudig.

BETROUWBAARHEID

Als het gaat om het benutten van metingen voor het extern verantwoorden van zorg, zonder de gelegenheid om in een gesprek de resultaten te duiden, speelt de vraag of de resultaten wel betrouwbaar genoeg zijn. Daarover wordt in de pilot het volgende gezegd.

... er zitten subjectieve vragen tussen, die afhankelijk van stemming kunnen worden beantwoord.

Mensen geven sociaal wenselijke antwoorden.

Vragenlijsten worden vaak niet goed begrepen door de cliënten. Vragen zijn heel algemeen voor cliënten.

Wat me wel opvalt is dat uit sommige (ontbrekende) antwoorden af te leiden is dat cliënten de vragen niet allemaal begrijpen ook al wordt op de evaluatielijst aangegeven dat ze de vragen wél begrijpen. De vraag hierbij is: wat zeggen de resultaten dan?

Veel cliënten kunnen de lijst niet invullen ivm cognitieve problemen. Voorbeeld op een afdeling van 30 cliënten was in december ongeveer de helft niet in staat om zelf de lijst in te vullen. Wat is dan de waarde van een meting?

De vragenlijst lijkt evenwichtig. Sommige termen zijn wel ingewikkeld voor klanten. Bv. het behandelplan: klant zegt dan dat het niet besproken is, terwijl in het dossier terug te vinden is dat het wel is besproken. Ook moeilijk voor klanten: de naam van de diverse disciplines.

Degene die de evaluatielijsten hebben ingevuld om de bruikbaarheid van de resultaten te evalueren in het licht van het verbeteren en verantwoorden van zorg, twijfelen aan de betrouwbaarheid van de metingen. We hebben ook aan cliënt(vertegenwoordigers) gevraagd of zij de meetlijst goed konden invullen of de vragen begrijpelijk waren. Daarop hebben 6 van de 27 cliënt(vertegenwoordigers) geantwoord dat ze meer uitleg nodig hadden bij het beantwoorden van de vragen uit de meetlijst. Op de vraag of ze eerlijk konden antwoorden, heeft iedereen 'ja' aangevinkt. Eén van de cliënten geeft aan dat dit ook het geval geweest zou zijn, indien hij of zij geholpen was bij het invullen door een medewerker. Specifieke opmerkingen over de zelfontwikkelde vragenlijst van de werkgroep hadden betrekking op het gebruik van de term 'specialist ouderengeneeskunde'. Deze term werd door cliënten vaak niet begrepen. Ander punt is het overzicht van deskundigheid, dat onduidelijk was: Het 'puntenschema voor disciplines' wordt vaak niet goed begrepen.

Hoe wordt een meetset in de GRZ...	...Objectief en vergelijkbaar?	Samengevat
<p>De uitkomsten van de metingen, zowel met de cliëntervaringslijst als de prestatie-indicatoren, zijn niet geschikt om zorg te verantwoorden, omdat de cijfers:</p> <ul style="list-style-type: none"> • niet voor zich spreken en uitleg nodig hebben • niet eenduidig zijn en op verschillende manieren te interpreteren • niet betrouwbaar genoeg zijn, de vragen worden door cliënten niet altijd even goed begrepen of op dezelfde manier begrepen 		

3.3 Aanspreken op relevante prestaties

Om zich te verantwoorden, willen zorgorganisaties aanspreekbaar zijn op prestaties die daadwerkelijk iets zeggen over de inspanningen van hun organisatie. Daarop heeft de pilotwerkgroep ook indicatoren geselecteerd (zie bijlage 1 voor de selectie van indicatoren). Van de indicatoren voor het vaststellen van het effect van revalidatiezorg (Ontslagbestemming en Revalidatie-efficiëntie) heeft de pilotwerkgroep al op voorhand aangegeven dat de cijfers daarvoor naar alle waarschijnlijkheid niet benut kunnen worden. (zie ook H 2.5 daarover).

BESTAAN CIJFERS OVER ERVARINGEN VAN CLIËNTEN DIE BENUT KUNNEN WORDEN VOOR VERANTWOORDING?

Uit de pilot blijkt dat met de vragenlijst voor cliënten informatie beschikbaar komt die benut kan worden voor het verbeteren van zorg, maar dat de uitkomsten altijd uitleg nodig

hebben, omdat- zo staat ook in H 3.2 - cijfers onvoldoende ‘voor zich spreken’, niet eenduidig te interpreteren en onvoldoende betrouwbaar zijn.

Of dergelijke cijfers over ervaringen van cliënten in de toekomst wel beschikbaar komen, daar zijn de meningen van de deelnemers uit de pilot over verdeeld. In H 3.6 staan wensen van respondenten over de toekomst van het verantwoorden van zorg. Daaruit is af te leiden dat sommigen hoopvol zijn en denken dat in de toekomst degelijk zulke cijfers verzameld kunnen worden. Anderen gaan ervan uit dat uitkomsten van metingen nooit eenduidig zijn en altijd uitleg nodig zullen hebben.

BESTAAN CIJFERS VOOR HET VASTSTELLEN VAN EFFECT VAN REVALIDATIEZORG?

Als het gaat om effectmetingen, is door de pilotwerkgroep bij het vaststellen van een meetset al geconstateerd dat er op dit moment nog geen effect-indicatoren te vinden zijn waarvan de resultaten puur toe te schrijven zijn aan de zorgorganisatie. De bijdrage van de zorg is moeilijk te ‘fileren’, het effect wordt in grote mate ook door andere factoren bepaald, zoals de belastbaarheid van het cliëntstelsel en de invloed van ketenpartners.

Of het mogelijk is om effect-indicatoren te benutten die informatie geven waarop de organisatie zelf ook aanspreekbaar is, en welke indicatoren dat dan kunnen zijn, daarover is eerst grootschalig wetenschappelijk onderzoek nodig naar de relatie tussen revalidatie-behandeling en de effecten daarvan. Dergelijk onderzoek is volgens de pilotwerkgroep zeer gewenst. De kennis zullen GRZ-organisaties dan in eerste instantie willen inzetten om de GRZ te verbeteren. Inzetten van deze kennis in de verantwoording is echter nog een brug te ver.

IS HET MOGELIJK EN ZINVOL OM DE EIGEN PRESTATIES VAST TE STELLEN LOS VAN DE KETEN?

Het is mogelijk om een indicatorenset te maken die informatie genereert over de prestaties van de zorgorganisatie los van de keten. Een deel van de meetset die benut is in de pilot levert informatie op waarop de zorgorganisatie voornamelijk zelf invloed heeft, tenminste voor het verbeteren ervan. Door respondenten wordt echter wel de kanttekeningen geplaatst - zoals hiervoor al verschillende keren aan de orde is geweest - dat de betekenis van cijfers alleen duidelijk wordt door ze te bespreken in de context waaruit ze voortkomen.

De vragenlijst is niet gericht op de hele keten, enkel de zorg die de cliënt van onze medewerkers krijgt. Daarnaast geeft de vragenlijst een deel van de kwaliteit van zorg weer en is de context nodig om de cijfers goed te interpreteren

Ook komt uit de evaluatie naar voren dat de keten veelal van invloed is. Zoals in H 2.5 staat, zegt bijvoorbeeld het cijfer ‘ontslagbestemming’ wellicht veel over de kwaliteit van de keten.

... gedeeltelijk geeft de uitkomst ook iets weer over de keten: bijvoorbeeld als je tevreden bent met het behaalde resultaat is dat bijvoorbeeld ook afhankelijk van mogelijkheden die er nog

zijn in de thuissituatie (cliëntsysteem nog aanwezig? aangepaste woning wel niet mogelijk, alternatieven mogelijk voor aangepaste woning, WMO voorzieningen etc etc etc.

De ketenzorg juist een extra aandachtspunt is. Van waar komt een cliënt binnen en hoe? ... Soms sta je 1-0 achter door slechte ervaring/ gebeurtenis of geen overdracht.

Uitkomsten van dit soort metingen kunnen benut worden voor het vaststellen van verbeterpunten in de eigen organisatie of - in gesprek met ketenpartners - in de keten. In de huidige verantwoordingsrelaties zijn ze in principe niet bruikbaar, vinden de meeste respondenten.

Hoe kan een meetset een GRZ-organisatieAanspreken op relevante prestaties?	Samengevat
De vragenlijst voor cliënten omvat voornamelijk onderwerpen waarop de organisatie zelf aanspreekbaar is. De GRZ is op die punten te verbeteren door inspanningen van de organisatie zelf. De informatie is niet bruikbaar voor het verantwoorden van zorg, omdat die onvoldoende objectief, eenduidig en betrouwbaar is .		
De indicatoren voor revalidatie-effect zijn voor het verbeteren van GRZ niet goed bruikbaar, omdat veel andere factoren en ook ketenpartners het effect mede beïnvloeden. Deze indicatoren zijn daarom ook niet bruikbaar voor het verantwoorden van zorg.		
Onderzoek naar het effect van revalidatiebehandeling is wenselijk. Op de eerste plaats voor het verbeteren van zorg. Daarna kan bekeken worden of die kennis ook bruikbaar is voor het verantwoorden van zorg.		

3.4 Tonen hoe wordt gestuurd op wat er voor de cliënt toe doet

Verantwoorden van zorg heeft ook te maken met tonen dat gestuurd wordt. En dat dat gebeurt op de juiste verbeterpunten, die er voor cliënten toe doen. Het is daarom zinvol als een meetset daarvoor informatie oplevert. Metingen om van te leren en op te sturen, om het (nog) beter te doen voor cliënten.

INZICHT IN ERVARINGEN VAN CLIËNTEN

Volgens degenen die aan de slag zijn gegaan met de uitkomsten van de metingen voor het verantwoorden van zorg omvat de vragenlijst voor cliënten de onderwerpen die van belang zijn voor cliënten én die aansluiten bij de ontwikkelpunten van de organisatie. Het zijn de onderwerpen die er volgens de deelnemers aan de evaluatie in het algemeen toe doen. Al zijn, net als voor het verbeteren van zorg, ook andere onderwerpen van belang.

... de soort vragen zijn goed om een beeld te geven van de ervaring van de cliënt.

Bevat wel de meest belangrijke aspecten als het gaat om klanttevredenheid en de subjectieve beoordeling van kwaliteit

Gedeeltelijk; voor een cliënt is het belangrijk dat hij zich na de revalidatie weer 'kan redden'. Dit is moeilijk aan te geven aan het einde van de revalidatie. Ook richten de vragen zich hier niet altijd op. Wat betreft het verblijf kan de cliënt mogelijk andere aspecten hebben die hij/zij belangrijk vindt, bijv. een lekkere maaltijd en gezellige ambiance i.p.v. stimulerend revalidatieklimaat.

Ik denk dat er met name bekeken wordt naar wat instellingen /verzekeraars belangrijk vinden. Het is mij nog niet duidelijk of dit ook daadwerkelijk is wat cliënten belangrijk is. Daarbij wil het nog niet zeggen dat wat cliënten belangrijk vinden ook bijdragen tot een efficiënte revalidatie en gewenste resultaat van de revalidatie.

Hoewel over het algemeen de goede onderwerpen aan de orde komen, wordt benadrukt dat - zoals in H 3.2 staat - deze informatie niet 'voor zich spreekt', niet eenduidig, objectief en betrouwbaar genoeg is om zonder meer te benutten voor verantwoording. Een van de respondenten spreekt ook de zorg uit als deze lijst benut gaat worden door bijvoorbeeld verzekeringsmaatschappijen.

Indien deze vragenlijst bij de verzekeringsmaatschappij terecht komt, dan gaat zij hierop sturen.

Door een van de respondenten wordt aangegeven dat misschien de NPS bruikbaar is, maar spreekt tegelijkertijd daar twijfels over uit. Op de stelling 'De zorgorganisatie kan aangesproken worden op de uitkomsten van de metingen met de Vragenlijst cliëntervaringen GRZ' is een van de antwoorden als volgt.

De net promotor score (bij significante aantallen) zou misschien wel hiervoor gebruikt kunnen worden, hoewel grote steden en grote organisaties vaak slechter scores (is dat omdat ze echt slechter zijn of is daar een andere oorzaak voor?).

HOE DE ORGANISATIE LEERT EN VERBETERT

Uit de pilot komt ook naar voren dat het wellicht ook mogelijk en wenselijk is *anders* verantwoording af te leggen, dan tot nog toe gebruikelijk is. Niet door de uitkomsten van metingen te overhandigen, maar door aan te geven HOE je werkt aan het vaststellen en het verbeteren van zorg. Laten zien dat:

De organisatie voortdurend op zoek is naar verbetering.

Wij werken continu aan verbetering/versterking van de GRZ, beleving van de cliënten hoort daar onlosmakelijk bij.

Controle en afrekening kan en mag niet aan de orde zijn. Het gaat om 'willen leren'

X wil blijvend leren om haar zorg en behandeling af te stemmen op de behoeften van de cliënt.

Nu de verplichte CQ-index is afgeschaft is onze organisatie opzoek naar andere manieren om cliëntervaringen boven water te krijgen en op basis daarvan verbeteracties in te zetten

Mijn wens is dat er gekeken wordt naar wat cliënten en zorgorganisaties daadwerkelijk belangrijk vinden/zouden willen ontwikkelen/zich in profileren. De zorgverzekeraars zouden hier niet leidend in moeten zijn

Mijn wens is dat de zorgverzekeraars alle inspanningen serieus nemen en de kwaliteit van zorg en behandeling niet alleen laten afhangen van cijfers en getallen.

De pilotwerkgroep voegt daaraan toe dat het ook zinvol is om zicht te krijgen op de professionele en methodische werkwijze in de organisatie, het benutten van professionele standaarden en richtlijnen.

Zorg kan verantwoord worden door niet primair de uitkomsten van de metingen te benutten voor het verantwoorden van zorg, maar (ook) te laten zien dat gestuurd wordt op zaken die er voor cliënten toe doen, zoals de onderwerpen die in de vragenlijst voor cliënten staan die door de pilotwerkgroep is gemaakt én hoe professioneel en methodisch wordt gezorgd en behandeld. Daarmee worden ook de doelen 'verbeteren' en 'verantwoorden' weer meer gescheiden. Immers, als cijfers uit metingen benut worden voor verantwoording, die primair bedoeld waren voor het verbeteren van zorg, kunnen daar verkeerde prikkels van uitgaan. Een van de respondenten omschrijft dat als volgt.

Intern meetinstrument voor kwaliteit en kwaliteitsverbetering, als het ter verantwoording dient, zijn mensen geneigd om er op een andere manier mee om te gaan.

Hoe kan een meetset in de GRZTonen hoe juist wordt gestuurd?	Samengevat
<p>Voor het verantwoorden van zorg is het van belang dat zicht is op ervaringen van cliënten en effecten van revalidatiezorg. Organisaties verzamelen deze informatie ook en benutten die voor het verbeteren van zorg. Echter, aangezien (op dit moment in ieder geval) geen objectief, eenduidig en betrouwbaar beeld te krijgen is van de inspanningen van de organisatie, is het zinvoller om organisaties te vragen om te tonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hoe ze zicht hebben op ervaringen van cliënten met zorg en behandeling ten aanzien van relevante onderwerpen (zoals in de vragenlijst voor cliënten staan die de pilotwerkgroep heeft gemaakt) • hoe ze sturen op de juiste verbeterpunten • hoe ze professioneel en methodisch (volgens beroepsstandaarden en richtlijnen) werken aan goede zorg en behandeling 		

3.5 Weinig meetlast

Inspanningen die gemoeid zijn met de metingen en de opbrengsten ervan voor verantwoording moeten in goede verhouding tot elkaar staan. Het antwoord van respondenten op deze vraag is nagenoeg hetzelfde als de meetlast voor verbeteren (Zie H2.6). Wat daaraan toegevoegd kan worden is dat metingen die alleen geschikt zijn voor het verantwoorden van zorg en niet benut kunnen worden voor verbetering, nagelaten moeten worden.

3.6 Wensen: Hoe zou verantwoording in de GRZ eruit moeten zien?

In reactie op de vraag 'Als het gaat om het verantwoorden van de GRZ, dan is mijn grootste wens dat ...' zijn onderstaande antwoorden gegeven. Ze kunnen benut worden door degenen die een verantwoordingssystematiek voor GRZ willen doorontwikkelen. Onderstaande antwoorden maken in ieder geval duidelijk dat sommigen hoopvol zijn en denken dat in de toekomst indicatoren beschikbaar zullen komen. Anderen gaan ervan uit dat elke meting uiteindelijk voor meerdere uitleg vatbaar is; en dat uitkomsten van metingen nooit eenduidig zijn en altijd om altijd uitleg nodig zullen hebben. En dat wat voor de cliënt relevant is, niet altijd te vangen is in cijfers. Onderstaande citaten zijn afkomstig uit de antwoorden van individuele respondenten die naar de uitkomsten van de metingen gekeken hebben vanuit het perspectief van het verantwoorden van zorg (N=1).

Als het gaat om het verantwoorden van de GRZ dan is mijn grootste wens dat:

Invloed van verzekeraars verkleinen en cliënt meer uitgangspunt	<ul style="list-style-type: none"> • Ziektekostenverzekering alleen stuurinformatie krijgt waarmee een zorgaanbieder niet gedwongen wordt om zwaar aangedane cliënten niet op te nemen om de effectiviteit niet nadelig te beïnvloeden. • Er bij beleidsmakers (en andere stakeholders zoals verzekeraars) een juist beeld bestaat over de cliënt in de GRZ en diens zorgbehoeften. Het is een zeer heterogene groep en die kun je dus
---	--

Als het gaat om het verantwoorden van de GRZ dan is mijn grootste wens dat:

niet 'door een mal persen'.

- Er gekeken wordt naar wat cliënten en zorgorganisaties daadwerkelijk belangrijk vinden/zouden willen ontwikkelen/zich in profileren. De zorgverzekeraars zouden hier niet leidend in moeten zijn.
- De zorgverzekeraars niet zelf de criteria gaan bepalen, maar meebewegen met de ontwikkelingen als deze vanuit Actiz en Verenso; waarbij de cliënt werkelijk uitgangspunt is.
- Zorgverzekeraars niet alleen kijken naar de financiële resultaten, maar ook op de resultaten die cliënten belangrijk vinden (het weer 'zich kunnen redden', resp.) en niet alleen vergelijken met 'standaard normen' maar ook de ontwikkeling in de tijd binnen de betreffende organisatie.
- Er veel minder gegevens aan de zorgverzekering verstrekt worden, nu zou de zorgverzekering op niet-significante gegevens gaan sturen.
- Het gaat om de functionaliteit van de cliënt zichtbaar te maken. De zelfredzaamheid, dat werkt na ontslag kostenbesparend op veel langere termijn.
- Dat alleen zinvolle informatie wordt gevraagd, die er toe doet.

Uniformiteit in eisen verzekeraars

- ...en dat alle zorgverzekeraars dezelfde prestatie indicatoren hanteren.
- Dat er eenduidigheid komt.
- Er duidelijke benchmark komt met onderling vergelijkbare uitkomsten (triage speelt bv een rol)

Niet alleen cijfers maar ook context

- De zorgverzekeraars alle inspanningen serieus nemen en de kwaliteit van zorg en behandeling niet alleen laten afhangen van cijfers en getallen.
 - Dat de complexiteit van de doelgroep van de organisatie ook meespeelt. Dat we het gesprek met elkaar voeren, niet alleen uitkomsten aanleveren, maar ook met elkaar bespreken. Dat we patiënt kenmerken ook kunnen kwantificeren/vastleggen, zodat we beter met elkaar kunnen vergelijken.
 - Zorgverzekeraars de context van zorgorganisaties in de vorm van een kwaliteitselfportret/zelfanalyse, met daarin de cijfers/indicatoren, als verantwoording vragen.
-

De wens van respondent ten aanzien van het verbeteren van zorg is samen te vatten in de volgende categorieën:

- Informatie verzamelen en benutten die de cliëntgerichtheid vergroot, het écht werken aan kwaliteit voor de cliënt.
- Verkleinen van de invloed van de verzekeraar, die anders zouden moeten sturen op kwaliteit en kwaliteitsgegevens.
- Meer uniformiteit in de eisen die verschillende verzekeraars stellen.
- Meenemen van de context bij het verantwoorden van zorg en het voeren van een gesprek rond de cijfers.

Samengevat

Bijlage 1: Werkwijze en keuzes in de pilot

Fasering

Tien leden van ActiZ (zie bijlage 4 voor informatie over de pilotdeelnemers) hebben zich na een oproep aangemeld om deel te nemen aan de pilot kwaliteitsindicatoren GRZ. In de pilot is gekozen voor een verkenning ‘in actie’, in drie fasen:

1. Keuze indicatoren:
indicatorenset samenstellen door de pilotdeelnemers
2. Pilot:
gebruiken indicatorenset, analyseren informatie uit de metingen en deze in de organisatie bespreken in het kader van het verbeteren en verantwoorden van zorg
3. Evaluatie:
ophalen ervaring en kennis van gebruikers van de metingen in de praktijk is om zicht te krijgen op hoe je indicatoren kunt gebruiken en de resultaten kunt duiden

Ad 1. Keuze indicatoren (maart 2015 - oktober 2015)

De deelnemers aan de pilot hebben in deze fase zelf bepaald welke indicatoren zij wilden gebruiken. Uitgangspunt vormden de prestatie-indicatoren GRZ van Verenso. De werkgroep onderscheidde vervolgens al snel in het proces drie soorten indicatoren: procesindicatoren, indicatoren die de cliëntervaring trachten te meten, en indicatoren die het effect van de revalidatie in kaart proberen te brengen.

PROCESINDICATOREN

De procesindicatoren in de set van Verenso, te weten indicator 6: ‘deskundigheid personeel’ en indicator 7: ‘Convenant keten’, zijn niet meegenomen in de pilot. Dit zijn namelijk vrij statische zaken die bekend zijn bij de zorgorganisatie, en die daarom niet zinvol werden geacht om te monitoren voor interne verbetering. Vrijwel alle deelnemers gaven aan te voldoen aan de onderliggende eisen van deze indicatoren (bv een speciale GRZ-afdeling), omdat deze al als voorwaarden worden gesteld door bijna alle verzekeraars. Of de procesindicatoren gericht zijn op zaken die écht een voorwaarde voor goede GRZ vormen en terecht als eis worden gesteld, daarover waren de meningen in de werkgroep verdeeld.

In twee subgroepen is vervolgens verder gewerkt aan de cliëntervaringen en de revalidatie-effect-indicatoren.

SUBGROEP INDICATOREN CLIËNTERVARING

Voor de vragenlijst voor cliënten voor de pilot is gezocht naar onderwerpen die er volgens de deelnemers aan de pilot écht te doen en daarmee kernmerkend zijn voor goede revalidatiezorg. De onderwerpen uit de Verenso-set onder ‘Patiënten en ervaringen’ zijn als uitgangspunt genomen. Die zijn met inbreng van patiënten (in samenspraak met de NPCF) geselecteerd. In het kader van het Verenso-traject is ook aan patiënten gevraagd waar zij verbetermogelijkheden zien. Een meetset kan namelijk nooit *alle* informatie boven tafel brengen die belangrijk is voor cliënten, daarom is gezocht naar indicatoren die er niet

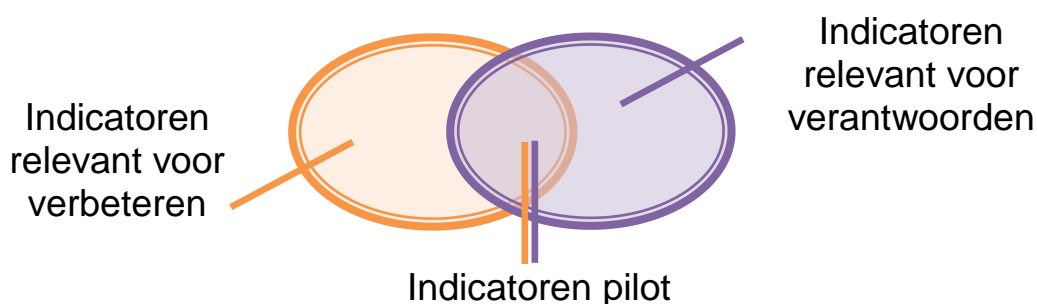
alleen ‘toe doen’, maar ook waar goede zorg vaak op het spel staat (kritische succesfactoren).

Voor het samenstellen van de vragenlijst naar cliëntervaringen is in de basis gebruik gemaakt van de prestatie-indicatoren GRZ van Verenso die de cliëntervaring als bron benutten: indicator 3: ‘Kwaliteit van leven na geriatrische revalidatie’, indicator 4: ‘Regie over de zorg’ en indicator 5: ‘Tevredenheid van zorgovergangen’. De uitvraag van de cliëntervaringen is echter aangepast. Dat had een aantal belangrijke redenen:

- De deelnemers hadden behoefte aan *méér informatie* om te werken aan verbeteringen; bijvoorbeeld onderdelen die betrekking hebben op de benadering van cliënten (aandacht, privacy, bejegening, zelfredzaamheid) en op het verblijf op de afdeling (maaltijden, hygiëne). Sommige deelnemers hebben naast de basislijst extra vragen toegevoegd die voor hun eigen organisatie en cliënten van belang waren;
- De deelnemers wilden een *beperkte meetlast voor de cliënt* en de zorgorganisatie en daarom een sterkere focus op indicatoren die er voor de cliënt écht toe doen;
- Gezien het doel van de pilot werd gekozen voor indicatoren die *voor beide doelen* bruikbaar zouden moeten zijn, dus voor het verbeteren én verantwoorden van zorg. Dat uitgangspunt verdient enige toelichting.

Voor het verbeteren van zorg wordt idealiter gebruik gemaakt van een veelheid van informatie en bronnen, het zou voor deze verkenning te ver voeren om daar volledigheid in na te streven; een reden om de focus in de pilot te beperken.

- De pilotdeelnemers vonden het zinvol om in de pilot juist op zoek te gaan naar cliëntervaringsresultaten waarop een zorgorganisatie aanspreekbaar is. Zij wilden echter alleen metingen opnemen die voor hen ook bruikbaar zijn. Gezocht is dus naar indicatoren die voor zowel verbetering als verantwoording zinvol zijn, en waarvan de resultaten primair toe te schrijven zijn aan de inspanningen van de zorgorganisatie.



Dat heeft ertoe geleid dat de lijst cliëntervaringen zo is opgesteld dat de resultaten *primair toe te schrijven* zijn aan de inspanningen van de zorgorganisatie.

Zo is de NPS meegenomen, maar in tegenstelling tot de set van Verenso is alleen gevraagd naar ervaringen met de zorgorganisatie en *niet* met de zorgovergangen of andere onderdelen in de keten. Dit is namelijk niet alleen bewerkelijk om te organiseren, ook werd getwijfeld aan de validiteit en bruikbaarheid van deze informatie. En de kwaliteit van leven van de cliënt werd van groot belang geacht, maar deze is niet primair toe te schrijven aan de inspanningen van de zorgorganisatie.

Verenso-indicator 3 'Kwaliteit van leven na geriatrische revalidatie' (EQ-5D-5L) is om die reden niet meegenomen in de pilot.

Zie Bijlage 2 voor de vragenlijst cliëntervaring GRZ die is gebruikt in de pilot. De pilotdeelnemers hebben een selectie van onderwerpen uit de Verenso-set benut en daar een aantal andere onderwerpen aan *toegevoegd*. Ook zijn de indicatoren *anders* uitgevraagd, op basis van ervaringen van hún cliënten; wat cliënten in hun organisatie in het verleden hebben aangegeven belangrijk te vinden. De volgende onderwerpen komen in de vragenlijst van de pilotgroep aan de orde (Bijlage 2):

- Regie over de behandeling (betrokkenheid bij doelen en voortgang, afspraken nagekomen)
- Informatievoorziening (gang van zaken, behandeling, nazorg)
- Benadering (aandacht, privacy, bejegening, stimuleren zelfstandigheid)
- Verblijf (maaltijden, schoonmaak)
- Resultaat (aan verwachtingen voldaan, cijfer behandelaars, tevreden met resultaat, cijfer afdeling, aanbevelingsvraag)

SUBGROEP INDICATOREN REVALIDATIE-EFFECT

De pilotdeelnemers waren het er al snel over eens dat het erg moeilijk is om indicatoren te vinden die gericht zijn op het effect van de revalidatie en die primair toe te schrijven zijn aan de inspanningen van de zorgorganisatie. De indicatoren die het effect meten worden in vrijwel alle gevallen door nog veel andere factoren beïnvloed. In de pilot is daarom uiteindelijk voor een pragmatische weg gekozen en zijn een aantal indicatoren uit de set van Verenso benut die de deelnemers toch al meten in verband met de eisen van de verzekeraar. Dat zijn:

- Indicator 1 - Ontslagbestemming na geriatrische revalidatie
- Indicator 2 - Revalidatie-efficiëntie

Zie Bijlage 3 voor een beschrijving van de revalidatie-effect indicatoren van Verenso die zijn gebruikt in de pilot. Niet alle deelnemers hebben de ontslagbestemming exact gemeten zoals Verenso dat heeft gedefinieerd. Soms is de ontslagbestemming specifiek bijgehouden, niet altijd is er gescheiden gerapporteerd over de hoofdgroepen, en de correctie op basis van de Barthel vereist nog verder onderzoek, geeft Verenso zelf al aan. Verder vonden de deelnemers het niet allemaal zinvol om de Barthel-voortgang af te zetten tegen de opnameduur in weken. Dat getal zouden ze wel kunnen opleveren met de vergaarde cijfers maar dat werd niet zinvol geacht voor verbetering. Ook hier is voor de correctie op basis van de Barthel nog verder onderzoek nodig. De deelnemers hebben overwogen om de USER te gebruiken en vonden dat inhoudelijk aantrekkelijk, maar de impact van implementatie voor de organisaties die de USER nog niet gebruiken werd te groot bevonden.

Ad 2. Pilot (oktober 2015 - januari 2016)

Nadat de indicatoren voor de pilot waren vastgesteld, zijn de deelnemers ermee aan de slag gegaan: zij hebben de metingen uitgezet, de informatie verzameld en geanalyseerd en de informatie is in elke organisatie besproken in het licht van het verbeteren en verantwoorden van zorg.

Een aantal van de pilotdeelnemers heeft voor het verzamelen en analyseren van de cliëntervaringen gebruik gemaakt van Mijn Verbetermeter. De cliëntervaringsvragenlijst is in Mijn Verbetermeter als 'MeetApp' opgenomen en is voor elke gebruiker van Mijn Verbetermeter beschikbaar en aan te passen. Een deel van de pilotdeelnemers heeft de lijst op eigen wijze in de organisatie uitgezet.

Ad 3. Evaluatie (februari 2016 - maart 2016)

Vervolgens zijn aan alle medewerkers van de pilotorganisaties die betrokken waren bij het duiden van de informatie voor het verbeteren en verantwoorden van zorg evaluatielijsten voorgelegd om zicht te krijgen op de waarde van indicatoren in de praktijk. Er zijn drie verschillende evaluatielijsten gemaakt en uitgezet:

1. voor medewerkers die met de uitkomsten van de metingen aan de slag zijn gegaan voor het *verbeteren* van zorg (respons: 30 vragenlijsten)
2. voor medewerkers die met de uitkomsten van de metingen aan de slag zijn gegaan voor het *verantwoorden* van zorg (respons: 15 vragenlijsten)
3. voor cliënt(vertegenwoordigers) (respons: 27 lijsten)

In de pilot is de evaluatielijst aan cliënt(vertegenwoordigers) door de organisaties zelf uitgevraagd en deze resultaten zijn anoniem naar ActiZ opgestuurd. De andere twee evaluatielijsten zijn met Mijn Verbetermeter uitgevraagd en via deze weg aan ActiZ beschikbaar gesteld voor analyse en rapportage. Zie bijlage 3 voor de kenmerken van de pilotdeelnemers en respondenten. Het resultaat is vastgelegd in een concept rapport dat aan de pilotdeelnemers is voorgelegd (15 maart 2016). Hen is gevraagd of zij zich kunnen vinden in de conclusies in het rapport die gebaseerd zijn op de analyse en op het advies. De rapportage is daaraan aangepast.

Bijlage 2: Cliëntenvragenlijst van de werkgroep



Meting invoeren Vragenlijst Clientervaring GRZ

Mijn Verbetermeter - Cliënt (anoniem)

Vraag	
Algemene vragen	
1	<p>Voor welke aandoening werd u opgenomen op de revalidatieafdeling?</p> <p> <input type="radio"/> CVA (beroerte hersenbloeding) <input type="radio"/> Herstel na ongeval/trauma <input type="radio"/> Herstel na geplande nieuwe heup of nieuwe knie <input type="radio"/> Amputatie <input type="radio"/> Overig </p>
2	<p>Indien overig, voor welke aandoening werd u opgenomen?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
3	<p>Hoe lang verbleef u op de revalidatieafdeling?</p> <p> <input type="radio"/> minder dan 1 maand <input type="radio"/> 1 tot en met 3 maanden <input type="radio"/> 4 tot en met 6 maanden <input type="radio"/> langer dan 6 maanden </p>
4	<p>Op welke revalidatieafdeling verbleef u?</p> <p> <input type="radio"/> Afdeling A <input type="radio"/> Afdeling B <input type="radio"/> Afdeling C </p>
Vragen over de revalidatie De volgende vragen gaan specifiek over uw ervaring als cliënt. Deze vragen zullen gaan over verschillende thema's met betrekking tot uw revalidatie.	
Regie over de behandeling	
5	<p>Bent u betrokken geweest bij het opstellen van uw revalidatiedoelen/ behandelplan?</p> <p> <input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> soms <input type="checkbox"/> meestal <input type="checkbox"/> altijd </p>
6	<p>Kwamen de zorgverleners en behandelaars de afspraken uit uw behandelplan na?</p> <p> <input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> soms <input type="checkbox"/> meestal <input type="checkbox"/> altijd </p>
7	<p>Werd de voortgang van uw revalidatie met u besproken aan de hand van uw behandelplan?</p> <p> <input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> soms <input type="checkbox"/> meestal <input type="checkbox"/> altijd </p>
Informatievoorziening	
8	<p>Bent u bij opname op de revalidatieafdeling geïnformeerd over de gang van zaken op de revalidatieafdeling?</p> <p> <input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> soms <input type="checkbox"/> meestal <input type="checkbox"/> altijd </p>
9	<p>Heeft u informatie over uw behandeling ontvangen van de zorgverleners en behandelaars?</p> <p> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> weet ik niet </p>
10	<p>Heeft u informatie over nazorg ontvangen van de zorgverleners en behandelaars?</p> <p> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> weet ik niet </p>

		Benadering			
11	Hadden de zorgverleners en behandelaars voldoende aandacht voor hoe het met u ging?	<input type="checkbox"/>			
		nooit	soms	meestal	altijd
12	Gingen de zorgverleners en behandelaars respectvol om met uw privacy?	<input type="checkbox"/>			
		nooit	soms	meestal	altijd
13	Voelde u zich tijdens uw verblijf correct bejegend en benaderd?	<input type="checkbox"/>			
		nooit	soms	meestal	altijd
14	Werd u gestimuleerd om zoveel mogelijk zelf te doen?	<input type="checkbox"/>			
		nooit	soms	meestal	altijd
		Verblijf			
15	Waren de maaltijden lekker?	<input type="checkbox"/>			
		nooit	soms	meestal	altijd
16	Was uw kamer schoon?	<input type="checkbox"/>			
		nooit	soms	meestal	altijd
		Resultaat			
17	Heeft de revalidatie voldaan aan uw verwachtingen?	<input type="radio"/> Nee in het geheel niet <input type="radio"/> Voor het grootste deel niet <input type="radio"/> Voor het grootste deel wel <input type="radio"/> Ja volledig			
Welk cijfer van 1-10 (waarbij 1 zwaar onvoldoende is en 10 uitstekend) geeft u de zorgverleners en behandelaars waarmee u contact heeft gehad? Voor de behandelaars waar u geen contact mee heeft gehad, hoeft u geen cijfer te geven.					
18	Verpleging/verzorging	<input type="checkbox"/>			
			1	2	3
			4	5	6
			7	8	9
			10		
19	Specialist ouderengeneeskunde	<input type="checkbox"/>			
			1	2	3
			4	5	6
			7	8	9
			10		
20	Fysiotherapie	<input type="checkbox"/>			
			1	2	3
			4	5	6
			7	8	9
			10		
21	Ergotherapie	<input type="checkbox"/>			
			1	2	3
			4	5	6
			7	8	9
			10		
22	Logopedie	<input type="checkbox"/>			
			1	2	3
			4	5	6
			7	8	9
			10		

23	Psychologie	<input type="text" value="0"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
24	Diëtetiek	<input type="text" value="0"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
25	Activiteitenbegeleiding	<input type="text" value="0"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
26	Werkten uw zorgverleners en behandelaars op een goede manier samen?	<input type="text" value="0"/> nooit soms meestal altijd
27	Welk cijfer geeft u de revalidatieafdeling?	<input type="text" value="0"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
28	Zou u deze revalidatieafdeling bij uw vrienden en familie aanbevelen?	<input type="text" value="0"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
29	Bent u tevreden met het behaalde resultaat?	<input type="radio"/> Nee in het geheel niet <input type="radio"/> Voor het grootste deel niet <input type="radio"/> Voor het grootste deel wel <input type="radio"/> Ja volledig
30	Wat kan er beter op de revalidatieafdeling (zijn er dingen die u miste of moeten de medewerkers anders werken)?	<input type="text"/>
31	Waar bent u tevreden over als het gaat om de revalidatieafdeling waar u verbleef?	<input type="text"/>
32	Heeft iemand u geholpen om deze vragenlijst in te vullen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
33	Indien ja, wie heeft u geholpen?	<input type="text"/>

Bijlage 3: Verenso indicatoren gebruikt in de pilot

Indicator 1 - Ontslagbestemming na geriatrische revalidatie	
Relatie tot kwaliteit	Het hoofddoel van patiënt/ mantelzorg en behandelaren 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	Per instelling: Aantal patiënten dat in het lopende jaar van de geriatrische revalidatie afdeling ontslagen is naar de oorspronkelijke woonomgeving.
Noemer	Per instelling: Totaal aantal patiënten dat in het lopende jaar is ontslagen van de geriatrische revalidatie afdeling.
Definities	Oorspronkelijke woonomgeving: de woonsituatie vóór de ziekenhuisopname. Dit kan een zelfstandige woonvorm zijn of een andere woonvorm. Ontslag: 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	Per instelling voor geriatrische revalidatie zorg: 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	Ontslag: <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 Zorgwaartepakket.
In-/exclusiecriteria	Inclusie van patiënten waarvoor een DBC GRZ geopend is, die zijn ontslagen van een geriatrische revalidatie afdeling. (Exclusief 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

Bijlage 4: Kenmerken pilotdeelnemers en respondenten

Deelnemende organisatie

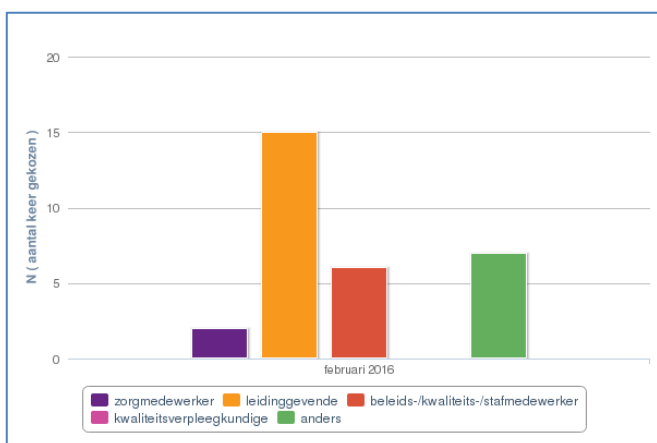
Organisaties die hebben meegedaan aan de pilot, zowel in de werkgroep als bij de evaluatie van de bruikbaarheid van de meetresultaten:



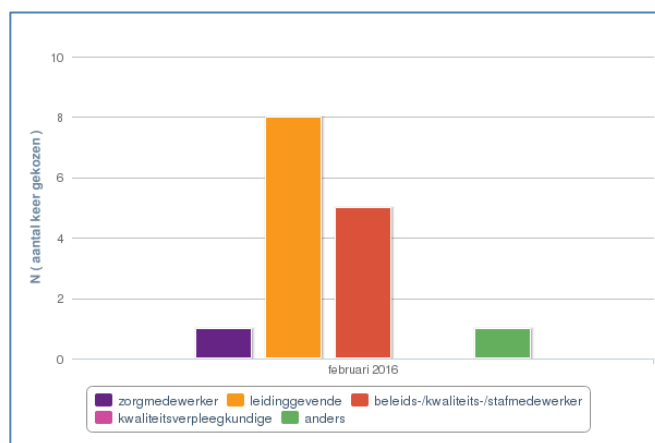
Functies van respondenten

Functies van de medewerkers die meegedaan hebben aan de evaluatielijsten voor het verbeteren/verantwoorden van zorg: 1) Beleids, kwaliteits, en stafmedewerkers, 2) Leidinggevenden (grootste groep), 3) Zorgmedewerkers 4) Anders

Evaluatie VERBETEREN:

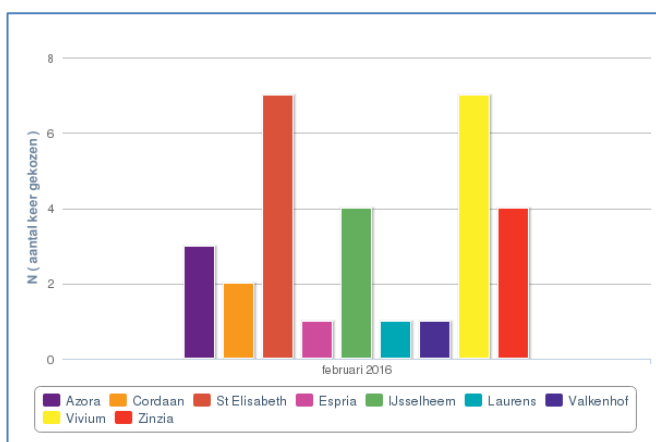


Evaluatie VERANTWOORDEN:

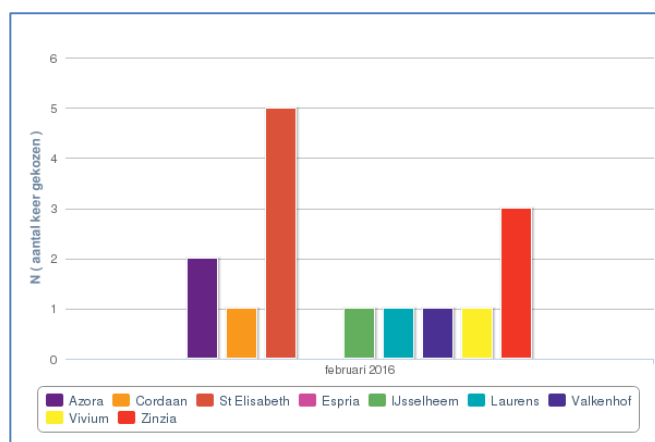


Aantallen respondenten

Evaluatie VERBETEREN (N=30):



Evaluatie VERANTWOORDE(N=15):



Evaluatie Cliënt(vertegenwoordigers): N=27