

**Handleiding  
behandelkaders revalidatie**

april 2005

## Inhoudsopgave

<b>Hoofdstuk 1 Inleiding</b> .....	<b>3</b>
1.1 Aanleiding.....	3
1.2 Doel en functie van een behandelkader .....	3
1.3 Gebruikers van een behandelkader .....	4
1.4 Eisen aan een behandelkader .....	4
1.5 Werkwijze voor het opstellen van behandelkaders.....	5
<b>Hoofdstuk 2 Inhoud van het behandelkader</b> .....	<b>6</b>
2.1 Algemene inleiding behandelkader.....	6
2.2 Doelgroep en behandeldoelen .....	6
2.3 Behandelaanbod .....	9
2.4 Indicatoren en meetmethode .....	9
2.5 Randvoorwaarden .....	9
2.6 Documentatie ter toetsing .....	10
<b>Hoofdstuk 3 Relatie met kwaliteitsinstrumenten</b> .....	<b>11</b>
3.1 Externe toetsing .....	11
3.2 Kwaliteitsvisitatie .....	11
3.3 Richtlijnen en behandelprogramma's.....	11
3.4 Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) .....	11
3.5 Prestatie-indicatoren .....	11
3.6 Overige instrumenten Ken-R en (Kinder)RAP .....	11
Bijlage 1 Definiëring van begrippen.....	12
Bijlage 2 Werkgroep, geïnterviewden en bronnen .....	14

## Hoofdstuk 1 Inleiding

### 1.1 Aanleiding

Sinds 1999 is Revalidatie Nederland (voorheen Vereniging Revalidatie Instellingen Nederland, VRIN) bezig met het ontwikkelen van behandelkaders (voorheen kwaliteitsprofielen genaamd). Een behandelkader wordt binnen de revalidatie gebruikt om aan te geven wat de minimale eisen zijn voor het behandelen van een specifieke doelgroep. Deze behandelkaders kunnen worden gebruikt in de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Begin 2005 zijn er behandelkaders voor cognitieve revalidatie, pijnrevalidatie en revalidatie van kankerpatiënten.

Revalidatie Nederland en de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Revalidatie- en Fysische Geneeskunde (VRA) hebben in 2004 het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO gevraagd om:

- Het instrument behandelkader te herijken en de functie van het behandelkader te verduidelijken.
- De relatie tussen het behandelkader en de externe toetsing te verduidelijken.
- De plaats van het behandelkader in het kwaliteitsbeleid van Revalidatie Nederland en de VRA te verhelderen.

Voor u ligt de handleiding behandelkaders revalidatie. Het doel van de handleiding behandelkaders is een leidraad te bieden aan de VRA en RN bij het opstellen van behandelkaders. Dit om de onderlinge verschillen tussen de behandelkaders te reduceren, maar ook om het opstellen van een behandelkader te vergemakkelijken.

Deze handleiding is tot stand gekomen op basis van desk research, een zestal interviews gehouden met diverse gebruikers, ontwikkelaars en betrokkenen bij bestaande behandelkaders en feedback van de werkgroep behandelkader.

### 1.2 Doel en functie van een behandelkader

Een behandelkader is een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de behandeling van een vooraf gedefinieerde patiëntendoelgroep. Op basis van een behandelkader kunnen de behandelprogramma's, die op lokaal niveau worden ontwikkeld, worden getoetst en geborgd. Een behandelkader is geen statisch document maar wordt regelmatig geëvalueerd (eens in de vijf jaar) op basis van nieuwe inzichten. De productdefiniëring revalidatiezorg ( Revalidatiezorg, registratiepilot revalidatie-instellingen, VRIN/VRA, Utrecht december 2000) en de reeds lokaal ontwikkelde behandelprogramma's dienen als basis voor de te ontwikkelen behandelkaders.

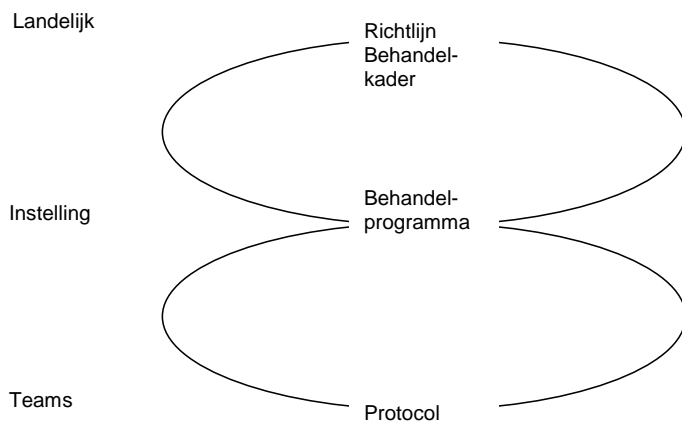
Het behandelkader is het kader aan de hand waarvan behandelprogramma's, welke op lokaal niveau worden ontwikkeld, kunnen worden getoetst en geborgd. Het behandelkader is bedoeld om publiek verantwoording af te kunnen leggen over het leveren van de zorg ten aanzien van een specifieke patiëntendoelgroep. Het behandelkader dient inhoudelijk te worden afgestemd met de richtlijn. Als er bijvoorbeeld een behandelkader wordt ontwikkeld voor de behandeling van CVA patiënten dan dient deze te worden afgestemd met de richtlijn over beroerte van de Hartstichting.

Een 'richtlijn' is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering in de gezondheidszorg, berustend op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van goed medisch handelen (Richtlijnontwikkeling binnen het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, handleiding voor werkgroepleden, Utrecht CBO, 2000).

Een behandelprogramma is een verdere verfijning en meer op de instelling toegespitste uitwerking van een behandelkader. Het is een beschrijving van een behandelaanbod voor een specifieke patiëntendoelgroep. Een behandelprogramma heeft tot doel de behandeling van een specifieke patiëntendoelgroep in een instelling te structureren, te sturen, inzichtelijk te maken voor teamleden, patiënten, verwijzers en andere betrokkenen. Activiteiten kunnen in modulen worden aangegeven (Handleiding behandelprogramma's, VRIN mei 2003).

Een protocol beschrijft veelal de aanpak van een bepaald probleem al dan niet gekoppeld aan een bepaalde doelgroep. Een protocol beschrijft meestal hoe iets gebeurt. In een behandelprogramma kan worden gerefereerd aan een protocol (Handleiding behandelprogramma's, VRIN mei 2003).

De relatie tussen richtlijnen, behandelkaders, behandelprogramma's en protocollen kan als volgt worden geschetst:



#### **De functies van een behandelkader:**

- Accreditatie van behandelprogramma's door deze te toetsen en te borgen aan de hand van een set minimale eisen (het behandelkader)
- Transparantie bieden dan wel verantwoording afleggen aan derden over welke zorg met betrekking tot een specifieke patiëntendoelgroep al dan niet kan worden verwacht
- Vergelijking van het behandelaanbod tussen instellingen onderling
- Een behandelkader biedt ook een handvat om de meer specialistische revalidatie te omschrijven
- Behandelkaders zijn een middel om de revalidatiegeneeskunde te profileren

#### **1.3 Gebruikers van een behandelkader**

Er zijn verschillende gebruikers van het behandelkader te onderscheiden. De instellingen en de revalidatieartsen zijn de belangrijkste gebruikers van het behandelkader. Zij kunnen toetsen in hoeverre de behandelprogramma's voldoen aan de eisen uit het behandelkader. De VRA en RN kunnen het behandelkader gebruiken voor de profilering van de revalidatiegeneeskunde en zijn dan ook belangrijke gebruikers van het behandelkader. De consumenten, zorginkopers en beleidsmakers kunnen de behandelkaders gebruiken om het behandelaanbod tussen de verschillende instellingen onderling met elkaar te vergelijken. Het behandelkader biedt consumenten, zorginkopers en beleidsmedewerker transparantie van het aanbod. Het behandelaanbod kan gelegitimeerd en worden verantwoord.

#### **1.4 Eisen aan een behandelkader**

Het is van belang dat een behandelkader in de toekomst gaat worden gebruikt en niet een document wordt voor in de la. Het doel van een behandelkader is toetsing van behandelprogramma's aan een minimale set van eisen en borging. Dit betekent dat een behandelkader aan de volgende eisen moet voldoen:

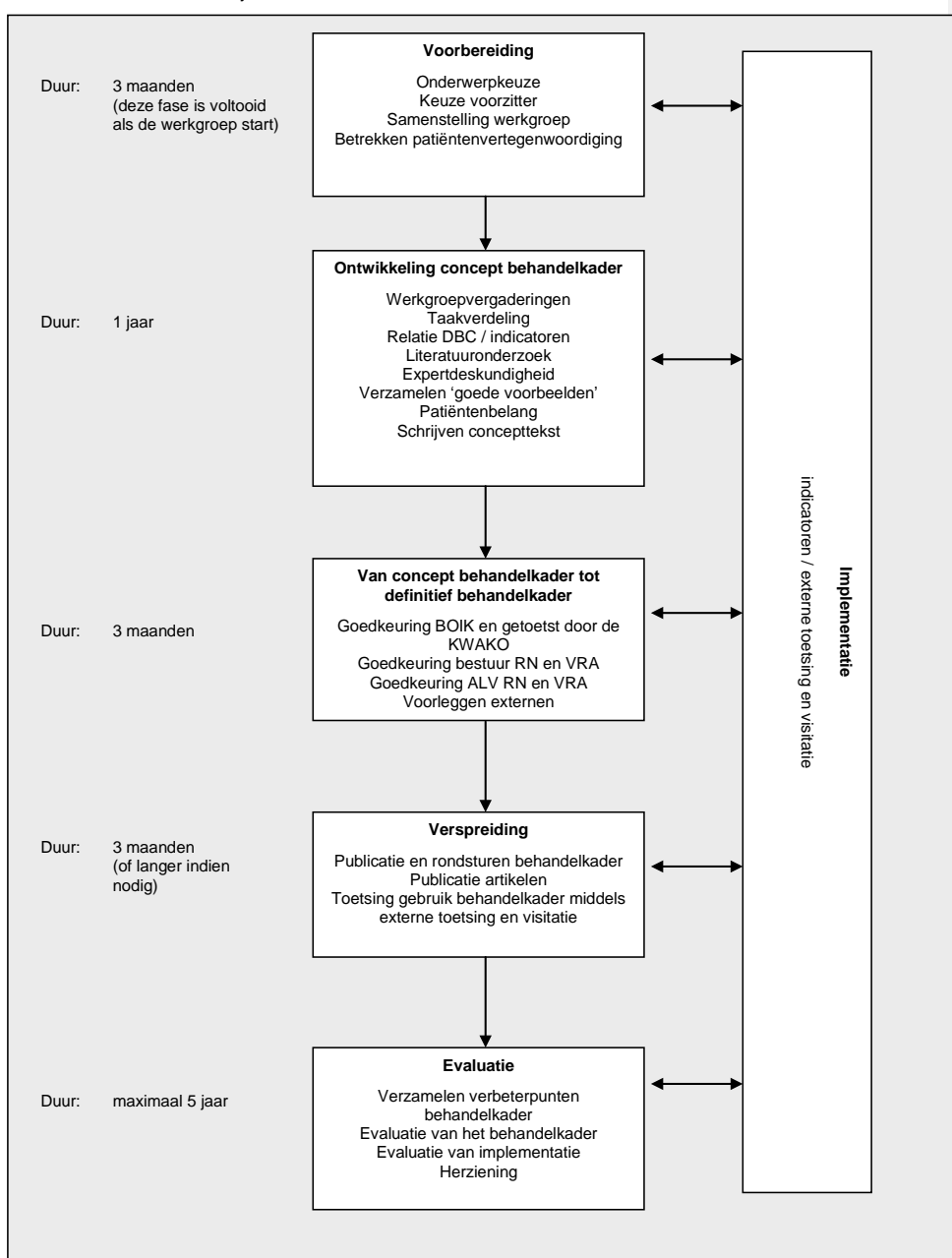
- Inzicht geven in de eisen waaraan het aanbod voor een specifieke patiëntendoelgroep moet voldoen
- Afgestemd zijn op landelijk ontwikkelde richtlijnen
- Aansluiten bij handleiding behandelprogramma's en kaderstellend voor behandelprogramma's
- Behandeldoelen zijn omgezet in meetbare indicatoren waarbij voor zover mogelijk wordt aangesloten bij de basisset prestatie-indicatoren revalidatie
- Overzichtelijk van opzet en makkelijk leesbaar;
- Herkenbaar zijn voor en worden gedragen door instellingen en revalidatieartsen

- Eenduidig gebruik van begrippen
- Omschrijving van de doelgroepen moet aansluiten bij de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's)

### 1.5 Werkwijze voor het opstellen van behandelkaders

Om te komen tot de ontwikkeling van landelijke behandelkaders hebben Revalidatie Nederland en de VRA afspraken gemaakt over hoe men de behandelkaders in de toekomst zou willen ontwikkelen. De geaccrediteerde werkgroepen van de VRA zullen, na goedkeuring van de onderwerpkeuze door Revalidatie Nederland, jaarlijks ongeveer twee behandelkaders ontwikkelen. In het schema op de volgende bladzijde is aangegeven hoe de werkwijze voor het ontwikkelen van een behandelkader eruit kan zien. Het schema is gebaseerd op het document richtlijnontwikkeling (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, handleiding voor werkgroepleden, Utrecht CBO, 2000).

Tabel 1: Overzicht werkwijze ontwikkelen behandelkader



## Hoofdstuk 2 Inhoud van het behandelkader

De inhoud van het behandelkader bestaat uit de volgende zes onderdelen:

1. Algemene inleiding behandelkader
2. Doelgroep en behandeldoelen (omschrijving patiëntendoelgroep, hulpvraag, behandeldoelen)
3. Behandelaanbod
4. Indicatoren en meetmethode
5. Randvoorwaarden (deskundigheid, faciliteiten, netwerk)
6. Documentatie ter toetsing

Hieronder worden de zes onderdelen beschreven.

### 2.1 Algemene inleiding behandelkader

In de algemene inleiding is een aantal basisgegevens opgenomen voor de gebruikers van de behandelkaders en bevat de volgende onderwerpen:

- 1.1 Aanleiding en doel
  - 1.1.1 Aanleiding voor het ontwikkelen van het behandelkader
  - 1.1.2 Het doel van het behandelkader
- 1.2 Werkwijze ontwikkeling behandelkader
  - 1.2.1 Door wie het behandelkader is ontwikkeld?
  - 1.2.2 Werkwijze van de werkgroep
  - 1.2.3 Korte omschrijving van hoe de werkgroep het opstellen van het behandelkader heeft aangepakt
  - 1.2.4 Welke experts zijn geraadpleegd, welke voorbeelden zijn gebruikt en welke literatuur
  - 1.2.5 Eventueel beperkingen bij het ontwikkelen van het behandelkader
- 1.3 Implementatie van het behandelkader.

Bijvoorbeeld: tijdens de visitatie en externe toetsing wordt getoetst in hoeverre de behandelprogramma's voldoen aan het behandelkader. Tevens kan het behandelkader worden verstuurd naar externen, bijvoorbeeld patiëntenorganisaties, beleidsmakers en zorgverzekeraars. Zij kunnen het behandelkader bijvoorbeeld als toetsingsinstrument gebruiken
- 1.4 Algemene gegevens
  - 1.4.1 Datering van het behandelkader
  - 1.4.2 Geldigheidsduur van het behandelkader en jaartal herziening
  - 1.4.3 Eigenaar en beheerder van het behandelkader

### 2.2 Doelgroep en behandeldoelen

In het tweede onderdeel van het behandelkader worden de doelgroep en behandeldoelen omschreven. Dit onderdeel bestaat uit drie onderdelen:

- 2.1 Omschrijving doelgroep
  - 2.1.1 Omschrijving patiëntendoelgroep
  - 2.1.2 Subgroepen
  - 2.1.3 Inclusie- en exclusiecriteria
  - 2.1.4 Kwantitatieve gegevens
- 2.2 Hulpvraag
- 2.3 Behandeldoelen

#### Ad 2.1 Omschrijving doelgroep

Er wordt een korte typering van de problematiek van de doelgroep gegeven en de gemeenschappelijke aspecten daarvan.

##### 2.1.1 Omschrijving patiëntendoelgroep

De kenmerken van de beschrijving van de patiënt doelgroep kunnen gerelateerd zijn aan een medische diagnose (beroerte), een symptoom (pijnbehandeling) of specifieke hulpvraag (groepsrevalidatie oncologie). De DBC's en de productgroepen uit de productdefiniëring van Revalidatie Nederland kunnen als uitgangspunt worden gekozen. Zie tabel 2.

Tabel 2: Voorbeeld: omschrijving van de doelgroep voor cognitieve revalidatie

Patiënten met cognitieve, gedragsmatige en/of emotionele beperkingen na niet-aangeboren hersenletsel en/of het systeem dat met die beperkingen problemen ervaart. Deze groep heeft geen dusdanige beperkingen van motorische aard dat hiervoor (nog) revalidatiebehandeling nodig is.

### 2.1.2 Subgroepen

Eventueel kan een onderverdeling van de doelgroep in subgroepen worden gemaakt. Kenmerkende onderscheidende factoren dienen te worden benoemd in de omschrijving van subdoelgroepen en daarbij de verschillen in aanpak van de behandeling. Zie tabel 3 voor een voorbeeld.

Tabel 3: Voorbeeld omschrijving een patiëntendoelgroep conform de DBC-systematiek

#### WPN niveau 1

Volwassen patiënten met verlies aan functioneren bij (a)specifieke pijnlachten zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, langer dan 6 weken bestaand.

#### WPN niveau 2

Volwassen patiënten met verlies aan functioneren bij (a)specifieke pijnlachten, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat en langer dan 6 weken bestaand. Er bestaan problemen ten aanzien van overbelasting en ergonomie. Sociale en psychische factoren spelen geen onderhoudende rol.

#### WPN niveau 3

Volwassen patiënten met verlies aan functioneren bij (a)specifieke pijnlachten zich uitend in houdings- en bewegingsapparaat en langer dan 6 weken bestaand. Sociale en psychische factoren zijn complex en spelen een belangrijke onderhoudende rol.

#### WPN niveau 4

Volwassen patiënten met disfunctioneren bij pijnlachten (aspecifiek en specifiek), zich uitend in houdings- en bewegingsapparaat langer dan 6 weken bestaand. Sociale en psychische factoren zijn zeer complex en spelen de belangrijkste onderhoudende rol.

### 2.1.3 Inclusie- en exclusiecriteria

In de inclusiecriteria wordt omschreven wanneer een patiënt in aanmerking komt voor behandeling volgens het behandelkader. In de exclusiecriteria wordt beschreven onder welke omstandigheden een patiënt niet kan worden behandeld conform het behandelkader, ook al voldoet de patiënt aan de inclusiecriteria. Zie tabel 4 voor een voorbeeld.

Tabel 4: Voorbeeld van een omschrijving van inclusie- en exclusiecriteria

#### Inclusiecriteria groepsrevalidatie oncologie

- Patiënt is 18 jaar of ouder; en
- Is gediagnosticeerd met een vorm van kanker; en
- Heeft de primaire behandeling voor kanker afgerond; en
- Heeft een discrepantie tussen het huidige en optimale niveau van functioneren met klachten op de volgende probleemgebieden:
  - o Lichamelijke beperkingen zoals verminderde belastbaarheid, vermoeidheidsklachten, lymfeedeem
  - o Psychische en sociale beperkingen zoals emotionele instabiliteit, angst, depressie, nervositeit, slaapstoornissen, concentratiestoornissen, minder evenwichtig sociaal functioneren; en
- Is fysiek, psychisch en sociaal in staat deel te nemen aan een groepsprogramma.

#### Exclusiecriteria

- Beperkende lichamelijke risico's ten gevolge van ziekte, ernstige co-morbiditeit;
- of ernstige psychopathologie, ernstige cognitieve stoornissen; of
- Beperkende bijwerking van behandeling of medicatie; of
- Indicatie voor complexe revalidatie

#### 2.1.4 Kwantitatieve gegevens

Het is niet alleen van belang om de doelgroep duidelijk te omschrijven het is ook noodzakelijk om te onderzoeken hoe de markt van de doelgroep eruit ziet. Bij de omschrijving van de doelgroep kan worden gedacht aan de volgende elementen:

- Huidige omvang van de doelgroep;
- De mate waarin de doelgroep wordt bereikt;
- Epidemiologische en maatschappelijke ontwikkelingen ten aanzien van de doelgroep;
- Voorspelbare veranderingen in de toekomst die mogelijk invloed hebben op de doelgroep.

#### Ad 2.2 Hulpvraag

Om zorg op maat te kunnen leveren is het van belang deze af te stemmen op de wensen en behoeften van de patiëntendoelgroep. Daarvoor is het van belang te weten wat de specifieke revalidatiebehoeften van de patiëntendoelgroep zijn en wat de problemen waar (ex-)revalidanten en hun omgeving last van hebben in het dagelijks leven. De hulpvraag van de patiëntendoelgroep komt voort uit de gezamenlijke individuele hulpvragen van revalidanten en hun omgeving.

Deze individuele hulpvraag wordt in het (Kinder)RAP als volgt omschreven.

Een hulpvraag beschrijft:

- de problemen waar de revalidant en diens directe omgeving last van hebben in het dagelijkse leven;
- de wensen en verwachtingen die de revalidant en diens omgeving hebben ten aanzien van de behandeling.

De hulpvraag voor een bepaalde patiëntendoelgroep kan op verschillende manieren worden verkend:

- het inventariseren van specifieke wensen ten aanzien van het behandelaanbod bij patiëntenverenigingen. Dit kan middels overleg of door het opvragen van informatie. (bijv. kwaliteitscriteria voor doelgroepen zijn benoemd o.a. door Cerebraal, Samen Verder (beroerte), de BOSK etc.);
- het inventariseren en clusteren van de meest voorkomende individuele hulpvragen;
- het organiseren van panels om te inventariseren wat men gemist heeft in de revalidatie of wat juist van heel veel nut blijkt te zijn.

De inventarisatie van de hulpvraag van de patiëntendoelgroep is bepalend voor de opbouw van het behandelkader.

#### Ad 2.3. Behandeldoelen

In de behandeldoelen wordt aangegeven welke doelen er worden nagestreefd bij behandeling van de eerder omschreven doelgroep. Het omschrijven van de behandeldoelen voor een patiëntendoelgroep binnen de revalidatie is lastig omdat er binnen de revalidatie grote individuele verschillen bestaan. Het is daarom ook van belang om de patiëntendoelgroep voldoende verfijnd te definiëren. In de behandelprogramma's kunnen de behandeldoelen worden omgezet in SMART geformuleerde behandeldoelstellingen. Zie tabel 5 voor een voorbeeld.

Tabel 5: Voorbeeld van behandeldoelen voor doelgroep WPN –2

- Volledig (of nagenoeg) herstel van de oude situatie ( premorbide niveau van functioneren)
- Preventie van recidief en of chroniciteit
- Belasting en belastbaarheid zijn op elkaar afgestemd, met name fysiek

Voor het formuleren van de behandeldoelstellingen kan ook gebruik worden gemaakt van de productdefiniëring revalidatiezorg. Zie tabel 6 voor een voorbeeld.

Tabel 6: Voorbeeld van uitkomsten productgroep beenamputatie goed lichamenlijk belastbaar

- Patiënt is ADL zelfstandig
- Patiënt kan zich zelfstandig buitenhuis verplaatsen
- De actieradius lopend met een prothese is meer dan 200 meter
- Arbeid behoort tot mogelijkheden bij diegene die hiervoor gemotiveerd zijn

### 2.3 Behandelaanbod

Het behandelaanbod dient in globale termen te worden omschreven in het behandelkader.

Aandachtspunten bij het beschrijven van het behandelaanbod zijn:

- Opbouw van de behandeling;
- Globale omschrijving van de informatieverstrekking aan de patiënt;
- Behandelmodules (aangeven welke behandelmodules kunnen worden gebruikt binnen de behandeling);
- Inschatting benodigde behandelduur en frequentie;
- Inschatting benodigde aantal behandeluren (RBU's).

In de behandelprogramma's wordt gedetailleerd ingegaan op het behandelaanbod. Het totale behandelproces wordt in de behandelprogramma's omschreven.

### 2.4 Indicatoren en meetmethode

Om te kunnen meten in hoeverre de behandeling die wordt uitgevoerd conform het behandelkader effectief is, worden de behandeldoelen vertaald in uitkomstenindicatoren van de behandeling. Voor het ontwikkelen van uitkomstindicatoren kan gebruikt worden gemaakt van de uitkomsten zoals die zijn beschreven in de productdefiniëring revalidatiezorg. Het aantal benoemde uitkomstindicatoren dient maximaal vijf te zijn. Zie tabel 7 voor een voorbeeld. Ook kan gebruik worden gemaakt van de prestatie-indicatoren revalidatiegeneeskunde, voorzover deze zijn ontwikkeld voor het betreffende onderwerp.

Tabel 7: Voorbeeld van indicatoren CVA patiënten poliklinische behandeling

#### Indicatoren

- Meer dan 90% van de patiënten is ADL zelfstandig
- 80-90% van de patiënten verplaatst zich buitenhuis
- Minder dan 10% van de patiënten heeft gestructureerde dagbesteding nodig
- 5-10% van de patiënten sport /werkt op premorbide niveau

#### Meetmethode

De gemodificeerde Frenchay Activity Index (Modi-FA) en de Barthelindex in de eerste en laatste behandelweek

### 2.5 Randvoorwaarden

#### 5.1. Deskundigheid

In dit onderdeel wordt beschreven welke specifieke deskundigheden en vaardigheden nodig zijn voor het deskundig uitvoeren van de behandeling conform het behandelkader en voor de wijze waarop deze deskundigheid wordt gewaarborgd. Dit betreft:

- eisen die gelden voor alle teamleden. Zie tabel 8 voor een voorbeeld.
- eisen die gelden voor specifieke disciplines. Zie tabel 9 voor een voorbeeld.

Tabel 8: Voorbeeld deskundigheidseisen pijnteam

- De deskundigheid van andere disciplines blijkt uit en wordt gewaarborgd door:
- het volgen van relevante scholing t.a.v. chronische pijn
  - ten minste één behandelaar in iedere discipline met twee jaar ervaring met pijnrevalidatie

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

Tabel 9: Voorbeeld deskundigheidseisen revalidatie behandelkader pijnrevalidatie

De deskundigheid van de revalidatiearts(en) blijkt uit en wordt gewaarborgd door:

- bij vacatures of recente therapeutwisseling is supervisie gewaarborgd, eventueel vanuit een instelling binnen het netwerk
- het lidmaatschap van de IASP en/of NVBP
- het lidmaatschap van de WPN (één revalidatiearts per instelling)
- bij- en nascholing op het gebied van chronische pijn
- twee jaar ervaring op het gebied van de pijnrevalidatie voor ten minste één revalidatiearts binnen het netwerk

Naast het vastleggen van de benodigde deskundigheid is het belangrijk de continuïteit van de zorg en dus de continuïteit van de deskundigheid te waarborgen. Ook dient te worden aangegeven hoeveel patiënten van de doelgroep jaarlijks minimaal moeten worden behandeld om het vereiste deskundigheidsniveau te kunnen handhaven.

### 3.3.35.2. Faciliteiten

In dit onderdeel wordt weergegeven welke randvoorwaarden nodig zijn om het behandelprogramma te kunnen uitvoeren.

Bouwkundige voorzieningen die nodig zijn, bijvoorbeeld:

- Proefwoonkamers
- Locatie met zalen voor groepsprogramma's

Hulpmiddelen die nodig zijn, bijvoorbeeld:

- Oplaadapparatuur voor rolstoelen
- ADL hulpmiddelen
- Loopband, ergometers, sport- en sportmateriaal.

Andere voorzieningen (in- en extern) die nodig zijn, bijvoorbeeld:

- externe leveranciers zoals de orthopedisch schoenmaker, leveranciers voor zit- en ligvoorzieningen, verplaatsingshulpmiddelen, voedings- en dieetpreparaten
- adviseurs zoals b.v. Visio, Centrum voor autisme

### 5.3. Netwerk

Onder het kopje netwerk wordt omschreven welke regionale afspraken moeten worden gemaakt om de behandeling beschreven in het behandelkader goed uit te voeren.

### 2.6 Documentatie ter toetsing

Om te kunnen toetsen in hoeverre het behandelkader daadwerkelijk wordt gebruikt, wordt vastgesteld welke documenten een instelling moet kunnen laten zien om aan tonen dat er conform het behandelkader wordt gewerkt. Zie tabel 10 voor een voorbeeld.

Tabel 10 Voorbeeld van documentatie ter toetsing

- Lokaal behandelprogramma pijnrevalidatie
- Voorlichtingsmateriaal over pijnrevalidatie
- Documentatie met samenstelling en omvang behandelteam en deskundigheid team
- Overzicht van aantallen pijnpatiënten WPN-niveau 4
- Verwijsafspraken met psychiater en andere consulenten

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

## Hoofdstuk 3 Relatie met kwaliteitsinstrumenten

### 3.1 Externe toetsing

Het doel van de externe toetsing wordt door Revalidatie Nederland als volgt geformuleerd: "Het primair garantie bieden aan derden (patiënten, verwijzers, verzekeraars) dat de leden van Revalidatie Nederland aan afgesproken kwaliteitscriteria voldoen. Een secundair doel is het stimuleren van de voortgang van de interne kwaliteitszorg van de revalidatie-instellingen." De ontwikkelde behandelkaders revalidatiegeneeskunde nemen een belangrijke plaats in in de externe toetsing. Getoetst kan worden in hoeverre de revalidatiegeneeskundige zorg van een patiëntendoelgroep voldoet aan de gestelde eisen.

### 3.2 Kwaliteitsvisitatie

De officiële definitie voor visitatie is "een ter plaatse te verrichten onderzoek waarbij leden van een beroepsgroep in georganiseerd verband de omstandigheden waaronder en de wijze waarop collegae het beroep uitoefenen beoordelen, waar mogelijk op grond van vooraf vastgestelde normen of eisen" (CBO, 1993). Het doel is om continu te werken aan kwaliteitsverbetering. De beroepsgroep bepaalt zelf wat zij onder kwaliteit verstaat en daarmee waar het visitatie-instrument aan moet bijdragen. Tijdens de visitatie kan worden getoetst in hoeverre de behandeling van een patiëntendoelgroep voldoet aan de gestelde eisen. Het behandelkader neemt binnen de kwaliteitsvisitatie een vergelijkbare positie in als bij de externe toetsing.

### 3.3 Richtlijnen en behandelprogramma's

Een 'richtlijn' is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering in de gezondheidszorg. Het behandelkader dient inhoudelijk te worden afgestemd met de richtlijn. Een behandelprogramma is een beschrijving van een behandelplan voor een specifieke patiëntendoelgroep. Een behandelprogramma is een verdere verfijning en meer op de instelling toegespitste uitwerking van een behandelkader (zie ook paragraaf 1.2.).

Behandelprogramma's nemen een belangrijke plaats in in het kwaliteitssysteem van instellingen. Zij worden als basis gezien voor het individuele revalidatieproces. Tevens zijn behandelprogramma's een middel om op het niveau van de patiëntendoelgroep het proces te beheersen. Op instellingsniveau worden de patiëntendoelgroepen benoemd, welke richtinggevend zijn voor de strategie en het beleid van de instelling. Het landelijk ontwikkeld behandelkader is het kader aan de hand waarvan behandelprogramma's, die op lokaal niveau worden ontwikkeld, kunnen worden getoetst en geborgd.

### 3.4 Diagnose Behandel Combinaties (DBC's)

In de gehele medisch-specialistische gezondheidszorg, zo ook de revalidatiesector, zijn ontwikkelingen (het DBC project) gaande, gericht op transparantie en (kosten)verantwoording. Op grond van diagnose, zorgvraag en behandelvorm worden revalidatiegeneeskundige zorgprofielen ontwikkeld. Bij het vaststellen van de doelgroep voor het behandelkader kan in de toekomst wellicht worden aangesloten bij de indeling in revalidatiegeneeskundige zorgprofielen.

### 3.5 Prestatie-indicatoren

Een indicator is een meetbaar element van de zorgverlening dat een aanwijzing geeft over de mate van kwaliteit. Indicatoren kunnen worden gebruikt als middel om de uitkomsten van behandeling conform het ontwikkelde behandelkader te monitoren en te evalueren. Bij het ontwikkelen van indicatoren wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de Basisset prestatie-indicatoren voor het betreffende verslagjaar waarin het behandelkader wordt ontwikkeld.

### 3.6 Overige instrumenten Ken-R en (Kinder)RAP

Het instrument Ken-R heeft vooral betrekking op de beschrijving van het behandelproces. Het beschrijven van het behandelproces vindt in het behandelkader summier plaats. Dit instrument is vooral van belang bij het beschrijven van de behandelprogramma's. Het (Kinder)RAP is een hulpmiddel voor het formuleren en evalueren van doelstellingen in multidisciplinaire teambesprekingen in de revalidatie. Tevens biedt het (Kinder)RAP de mogelijkheid om op individueel niveau en op groepsniveau gegevens te aggregeren en te benutten voor evaluatie van behandelkaders (zie de handleiding behandelprogramma's, VRIN mei 2003).

## **Bijlage 1 Definiëring van begrippen**

### **Behandelprogramma**

Een behandelprogramma is een beschrijving van een behandelaanbod voor een specifieke patiëntendoelgroep. Een behandelprogramma heeft tot doel de behandeling van een specifieke patiëntendoelgroep in een instelling te structureren, te sturen, inzichtelijk te maken voor teamleden, patiënten, verwijzers en andere betrokkenen. Activiteiten kunnen in modules worden aangegeven.

### **DBC**

De Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) is het geheel van activiteiten en verrichtingen van ziekenhuis of revalidatiecentrum die voortvloeit uit de zorgvraag van een patiënt. De DBC benoemt elke stap in de behandeling van de patiënt, van het eerste consult of onderzoek, tot en met de laatste controle (het zogenaamde zorgpad). In principe is elk soort diagnose die in een ziekenhuis of revalidatiecentrum wordt gesteld te vertalen naar een DBC.

### **Doelgroep**

Een groep patiënten waarvoor de revalidatie-instelling, uitgaande van de specifieke hulpvraag, een specifiek behandelaanbod heeft ontwikkeld of wil ontwikkelen.

### **Externe toetsing**

Een vorm van toetsing waarbij de beoordeling van het professionele handelen door anderen dan de degene die wordt getoetst, wordt opgezet en uitgevoerd.

### **Indicator**

Een indicator is een meetbaar element van de zorgverlening dat een aanwijzing geeft over de mate van kwaliteit.

### **Ken-R**

Kenmerken van het Revalidatieproces (Ken-R) is een instrument waarmee revalidatie-instellingen de kwaliteit van de organisatie van het revalidatieproces kunnen verbeteren door maken en evalueren van afspraken.

### **Behandelkader**

Een behandelkader is een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de behandeling van een vooraf gedefinieerde patiëntendoelgroep. Op basis van een behandelkader kunnen de behandelprogramma's, die op lokaal niveau worden ontwikkeld, worden getoetst en geborgd. Een behandelkader is geen statisch geheel en dient daarom eens in de vijf jaar te worden herzien.

### **Patiëntendoelgroep**

Een categorie patiënten die een aantal kenmerken gemeen heeft, zodat er een specifiek behandelprogramma voor kan worden ontworpen.

### **Productdefinitie**

Beschrijving van de meerwaarde van de revalidatiezorg ten opzichte van andere zorgaanbieders aan de hand van patiënten groepen, behandelingen en uitkomsten.

### **(Kinder)RAP**

(Kinder)Revalidatie Activiteiten Profiel is een hulpmiddel voor het formuleren en evalueren van doelstellingen in multidisciplinaire teambesprekingen

### **Revalidatiegeneeskunde**

Het medisch specialisme van de revalidatiearts op basis waarvan hij/zij de revalidatiezorg uitvoert en/of aanstuurt. Het is dat deel van de geneeskunde waarbij de beoefenaars zich richten op het zo vroeg mogelijk onderkennen en behandelen van organische functiestoornissen en het verminderen van de daardoor dreigende of veroorzaakte beperkingen en handicaps.

**Richtlijn**

Een 'richtlijn' is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering in de gezondheidszorg, berustend op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van goed medisch handelen.

**SMART**

Met SMART wordt bedoeld: specifiek, meetbaar, appellerend (uitdagend), resultaatgericht en tijdsgebonden.

**Zorgprogramma**

Een programma is te beschouwen als een set afspraken over de zorgverlening aan een omschreven doelgroep, een gemeenschappelijk kader waarin organisaties, professionals en cliënten zich kunnen vinden (GGZ Nederland).

**Zorgprofiel**

Een zorgprofiel (ook wel 'verrichtingenprofiel' genoemd) geeft alle geregistreerde verrichtingen weer van de medisch specialist en de daarmee samenhangende activiteiten van het ziekenhuis, zoals deze binnen een DBC plaatsvinden. Kortom: alle stappen in de totale behandeling van een patiënt.

## **Bijlage 2 Werkgroep, geïnterviewden en bronnen**

### **Werkgroep handleiding behandelkaders**

- P.J. Janssens, revalidatiearts, Medisch Centrum Rijnmond Zuid
- M. Bos, kwaliteitsfunctionaris Sint Maartenskliniek
- C. Koolhaas, beleidsmedewerker Rijndam Revalidatiecentrum
- M. Ketelaar, beleidsmedewerker Revalidatie Nederland (tot half augustus 2004)
- E. Idema, beleidsmedewerker Revalidatie Nederland (per 1 september 2004)

### **Overzicht geïnterviewden**

- Drs. P. A. Koppe (Medisch directeur, RCA)
- Dr. R. Stüssgen (Stichting Landelijk Steunpunt cliëntenraden voorzieningen centra gehandicapten)
- Drs. R. Ettema (kwaliteitsmanager Heliomare)
- Dr. J.W. Schouten en drs. J.W. Nijendorff (beleidsmedewerkers Zorgverzekeraars Nederland)
- Drs. P. Wognum (directie IBE, aandachtsgebied kwaliteit, VWS)
- R. Harkema (DBC-project Revalidatie Nederland /VRA)

### **Bronnen**

- Richtlijnontwikkeling: Handleiding voor werkgroepleden, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht CBO, 2000
- Handleiding behandelprogramma's, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO in opdracht van de VRIN, tweede druk, mei 2003
- Behandelkader pijnrevalidatie, concept
- Behandelkader cognitieve revalidatie, concept
- Kwaliteitscriteria Groepsrevalidatie Oncologie, Veringing van Integrale Kankercentra & Vereniging van Revalidatie Instellingen Nederland / juni 2001
- Presentatieformat voor profiel en prestaties van revalidatiecentra en revalidatiegeneeskunde in ziekenhuizen, VRA en RN, concept 4, juli 2004
- Productdefiniëring Revalidatiezorg, registratie pilot revalidatie-instellingen, VRIN/VRA, Utrecht, december 2000