

Kwaliteitscriteria hartrevalidatie

Geformuleerd vanuit patiëntenperspectief



Diabetesvereniging
Nederland



Hart & Vaatgroep



Nederlandse Patiënten en
Zorgorganisatie Diabetes

Reuma
patiëntenbond



zorg belang
Nederland

NP
CF
NEDERLANDSE
PATIËNTEN
ORGANISATIE
TUBERCULOSE

INHOUD

INHOUD	2
INLEIDING	3
<i>Gebruik van de set kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief</i>	3
<i>Leeswijzer</i>	3
<i>De kwaliteitsmatrix Kwaliteit in Zicht</i>	5
HOOFDSTUK 1 – AANDOENINGSPECIFIEKE KWALITEITSCRITERIA	6
<i>Wat vinden patiënten het belangrijkste in de zorg?</i>	6
<i>Wat zijn volgens patiënten de grootste problemen in de zorg?</i>	6
<i>Volledige lijst aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria (Fase 4 - Begeleiding, revalidatie, re-integratie, participatie en relapspreventie)</i>	7
HOOFDSTUK 2 – GENERIEKE KWALITEITSCRITERIA	10
<i>Generieke kwaliteitscriteria voor de chronische patiënt</i>	10
BIJLAGE 1 – TERMINOLOGIE EN VERKLARENDE WOORDENLIJST	14
<i>Terminologie</i>	14
<i>Verklarende woordenlijst</i>	14
BIJLAGE 2 - BRONNEN	16
<i>Colofon</i>	17

INLEIDING

Het doel van hartrevalidatie is leren omgaan met de gevolgen van een hartaandoening. Hartrevalidatie is bewezen effectief bij coronarialijden en in principe komt elke patiënt die behandeld is voor zijn hartaandoening in aanmerking voor hartrevalidatie. Toch volgt slechts gemiddeld 28% van de patiënten met een indicatie daadwerkelijk hartrevalidatie (European Journal of Preventive Cardiology, 8 februari 2012). De Hart&Vaatgroep wil dit percentage graag verhogen én wil bovendien dat de hartrevalidatie die geboden wordt, voldoet aan de wensen en eisen van de patiënt.

Wensen en eisen die hartpatiënten hebben ten aanzien van hartrevalidatie, zijn in deze set kwaliteitscriteria beschreven. De kwaliteitscriteria zijn aanvullend op al bestaande richtlijnen en behandelprogramma's in de zorg. Uitgangspunt bij het opstellen van deze kwaliteitscriteria is een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg.

Deze kwaliteitscriteria voor hartrevalidatie zijn opgesteld door De Hart&Vaatgroep binnen het programma Kwaliteit in Zicht. Voor meer informatie over en producten van dit kwaliteitsprogramma, een samenwerkingsverband tussen 8 patiëntenorganisaties, zie www.programmakwaliteitinzicht.nl. Voor meer informatie over of toelichting op deze set kwaliteitscriteria hartrevalidatie kunt u contact opnemen met De Hart&Vaatgroep.

Gebruik van de set kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief

Deze kwaliteitscriteria kunnen ingezet worden voor meerdere doeleinden, zoals:

- input aan zorgaanbieders voor patiëntgerichte kwaliteitsverbeteringen;
- input aan zorginkopers voor het inkopen van zorg van goede kwaliteit;
- input voor regionaal overleg met zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars over goede kwaliteit van zorg;
- input bij de ontwikkeling van een zorgstandaard, richtlijn, keurmerk of patiënteninformatie.

Leeswijzer

Er zijn generieke kwaliteitscriteria ontwikkeld voor de zorg voor de chronisch zieke patiënt. Dit zijn wensen en eisen die voor álle chronisch zieke patiënten gelden. Die generieke criteria gelden logischerwijs ook voor hartpatiënten die hartrevalidatie volgen en worden daarom ook genoemd in dit document.

Kwaliteitscriteria die specifiek gelden voor mensen met een hartaandoening die hartrevalidatie volgen zijn aandoeningspecifiek. Deze criteria kunnen:

- aanvullend zijn op de generieke criteria;
- een specifieke invulling van een generiek criterium betreffen;
- generieke criteria betreffen die door deze doelgroep als extra belangrijk zijn benoemd of volgens de doelgroep als probleem worden ervaren.

Door deze laatst genoemde mogelijkheid, kan het voorkomen dat criteria dubbel benoemd worden. Het kan zowel een generiek als aandoeningspecifiek criterium zijn,

wanneer patiënten dit aangeven als extra belangrijk voor hun specifieke aandoening of wanneer dit als probleem wordt ervaren.

In hoofdstuk 1 worden de specifieke criteria voor hartrevalidatie weergegeven, in hoofdstuk 2 worden de generieke criteria benoemd.

De criteria worden volgens de 'matrix', te zien op de volgende pagina, onderverdeeld in 10 thema's en 5 fasen. Toelichting op deze indeling en thema's vindt u in de Basisset Kwaliteitscriteria.

In de bijlagen vindt u een verklarende woordenlijst en worden de gebruikte bronnen vermeld.

Dit is een dynamisch document, dat periodiek aangepast kan worden

De kwaliteitsmatrix Kwaliteit in Zicht

		Fasen van het ziekteproces of zorgcontinuüm voor patiënten met een chronische aandoening				
		1	2	3	4	5
	Thema's	Vroege onderkenning & preventie	Diagnostiek	Individueel zorgplan en behandeling	Begeleiding, revalidatie, re-integratie, participatie en relapspreventie	Laatste levensfase en palliatieve zorg
1	Regie over de zorg					
2	Effectieve zorg					
3	Toegankelijke zorg					
4	Continuïteit van zorg					
5	Informatie, voorlichting en educatie					
6	Emotionele ondersteuning, empathie en respect					
7	Patiëntgerichte omgeving					
8	Veilige zorg					
9	Kwaliteit van zorg transparant					
10	Kosten transparant					

HOOFDSTUK 1 – AANDOENINGSPECIFIEKE KWALITEITSCRITERIA

In dit hoofdstuk worden aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria genoemd, dat wil zeggen dat dit wensen en eisen zijn die hartpatiënten hebben ten aanzien van hartrevalidatie. Hiermee bedoelen wij hartrevalidatie volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie 2011. Hoe de specifieke criteria zich verhouden tot de generieke criteria, kunt u lezen in de leeswijzer.

De aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria zijn ontwikkeld met input van hartpatiënten die hartrevalidatie volgen of hebben gevolgd. Wij hebben hen o.a. gevraagd welke criteria zij het belangrijkste vinden en welke criteria de grootste problemen vormen. Hieronder vindt u allereerst de prioriteringen. Daaronder volgt de volledige lijst aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria.

Wat vinden patiënten het belangrijkste in de zorg?

Informeren en motiveren:

- De zorgverlener biedt elke hartpatiënt mondelinge en schriftelijke informatie over de mogelijkheden en meerwaarde van hartrevalidatie.
- De cardioloog motiveert elke hartpatiënt voor hartrevalidatie en het aangaan van een intakegesprek.

Snelle start:

- De doorverwijzing naar hartrevalidatie vindt zo snel mogelijk plaats.
- Het intakegesprek vindt zo snel mogelijk, tot maximaal vier weken na doorverwijzing, plaats.

Specifieke kennis:

- De leden van het hartrevalidatieteam hebben specifieke kennis van hartaandoeningen.

Begeleiding op maat:

- Het hartrevalidatieteam biedt begeleiding op maat: de vraag, behoefte en aandoening van de patiënt bepalen tijdstip, frequentie, duur, vorm en inhoud van de begeleiding.

Wat zijn volgens patiënten de grootste problemen in de zorg?

Samenwerking zorgverleners:

- Er vindt, zowel tijdens als na hartrevalidatie, onvoldoende afstemming plaats tussen hartrevalidatieteam en huisarts en eventuele centrale zorgverlener. Dit gaat ten koste van betrokkenheid en continuïteit en leidt tot tegenstrijdige adviezen.

Transparantie kosten:

- De zorgverlener maakt onvoldoende inzichtelijk voor de patiënt welke kosten van hartrevalidatie worden vergoed en welke de patiënt geheel of gedeeltelijk zelf moet betalen.

- De zorgverlener maakt onvoldoende inzichtelijk voor de patiënt welke kosten voor beweegactiviteiten en fysiotherapie na hartrevalidatie worden vergoed en welke de patiënt geheel of gedeeltelijk moet betalen (of waar de patiënt zich voor kan verzekeren).

Na de hartrevalidatie:

- Het hartrevalidatieteam bespreekt niet met de patiënt waar hij eventueel na hartrevalidatie terecht kan om ondersteuning te krijgen op verschillende gebieden (leefstijl, lichamelijke, psychische en sociale problemen).
- Het hartrevalidatieteam bespreekt niet met de patiënt hoe hij na de beëindiging van de hartrevalidatie zijn leefstijlveranderingen kan volhouden en verbeteren. Het hartrevalidatieteam helpt de patiënt niet op weg naar passend aanbod. (Bijvoorbeeld: lotgenotencontact en de bewegsgroepen van De Hart&Vaatgroep.)
- Het hartrevalidatieteam geeft de patiënt niet na ontslag het telefoonnummer van de psycholoog of maatschappelijk werker van het hartrevalidatieteam mee.

Volledige lijst aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria (Fase 4 - Begeleiding, revalidatie, re-integratie, participatie en relapspreventie)

Regie ver de zorg

- Het hartrevalidatieteam stelt de persoonlijke doelen van de patiënt centraal en werkt met een individueel zorgplan (bijvoorbeeld het Zorgplan Vitale Vaten).

Effectieve zorg

- Het hartrevalidatieteam biedt begeleiding op maat: de vraag, behoefte en aandoening van de patiënt bepalen tijdstip, frequentie, duur, vorm en inhoud van de begeleiding.
- Het hartrevalidatieteam biedt de verschillende interventies (informatieprogramma, lichamelijk herstel, psychische herstel, oppakken van het dagelijks leven en gezonde leefstijl) op een geïntegreerde wijze aan.
- Het hartrevalidatieteam stelt groepen zorgvuldig samen. Daarbij heeft het team aandacht voor: leeftijd, aandoening, ernst aandoening, conditie, psychische gesteldheid en de voorkeuren van de patiënt.
- De leden van het hartrevalidatieteam hebben specifieke kennis van hartaandoeningen.

Toegankelijke zorg

- De zorgverlener biedt elke hartpatiënt mondelinge en schriftelijke informatie over de mogelijkheden en meerwaarde van hartrevalidatie.
- De cardioloog bepaalt aan de hand van de indicaties uit de multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie of de patiënt wordt doorverwezen naar hartrevalidatie. Bij twijfel, of indien de patiënt dit wenst, verwijst de cardioloog altijd naar hartrevalidatie.
- De cardioloog motiveert elke hartpatiënt voor hartrevalidatie en het aangaan van een intakegesprek.
- De doorverwijzing naar hartrevalidatie vindt zo snel mogelijk plaats.

- Het intakegesprek vindt zo snel mogelijk, tot maximaal vier weken na doorverwijzing, plaats.
- Het hartrevalidatieteam stelt met behulp van de Beslisboom Poliklinische Indicatiestelling en in nauw overleg met de patiënt de individuele behoefte aan hartrevalidatie vast.
- Indien het hartrevalidatieteam niet alle voor de patiënt relevante of gewenste interventies aanbiedt, verwijst het door naar ander aanbod.

Continuïteit van zorg

- De zorgverlener geeft de patiënt informatie (naam, telefoonnummer, bereikbaarheid) over bij wie hij, voordat de hartrevalidatie start, terecht kan met vragen.
- De zorgverlener wijst de patiënt op De Hart&Vaatgroep.
- Er vindt, zowel tijdens als na hartrevalidatie, afstemming plaats tussen hartrevalidatieteam en huisarts en eventuele centrale zorgverlener. Dit om betrokkenheid en continuïteit te bevorderen en tegenstrijdige adviezen te voorkomen.
- Het hartrevalidatieteam bespreekt met de patiënt waar hij eventueel na hartrevalidatie terecht kan om ondersteuning te krijgen op verschillende gebieden (leefstijl, lichamelijke, psychische en sociale problemen).
- Het hartrevalidatieteam bespreekt met de patiënt hoe hij na de beëindiging van de hartrevalidatie zijn leefstijlveranderingen kan volhouden en verbeteren. Het hartrevalidatieteam helpt de patiënt op weg naar passend aanbod. (Bijvoorbeeld: lotgenotencontact en de beweeggroepen van De Hart&Vaatgroep.)

Informatie, voorlichting en educatie

- Het hartrevalidatieteam biedt de patiënt informatie over het aanbod van De Hart&Vaatgroep (informatievoorziening, lotgenotencontact, leefstijl en bewegen en belangenbehartiging).

Emotionele ondersteuning, empathie en respect

- Het hartrevalidatieteam biedt elke patiënt psychosociale ondersteuning aan. Deze begeleiding wordt in alle fases aangeboden.
- Het hartrevalidatieteam heeft oog voor de situatie van naasten van de patiënt. Het hartrevalidatieteam biedt naasten informatie en psychosociale ondersteuning op maat aan. Deze begeleiding wordt niet alleen bij aanvang maar ook in een latere fase van hartrevalidatie aangeboden.
- Met iedere patiënt wordt op maat afspraken gemaakt over een concreet contactmoment na hartrevalidatie waarbij gesproken wordt over eventuele psychosociale problemen. Indien de patiënt geen contact opneemt, neemt de betreffende zorgverlener contact op.
- Het hartrevalidatieteam geeft de patiënt na ontslag het telefoonnummer van de psycholoog of maatschappelijk werker van het hartrevalidatieteam mee. Dit nummer kan de patiënt gebruiken om wanneer nodig vragen te stellen op psychosociaal vlak en indien gewenst een consult te plannen.

Kosten transparant

- De zorgverlener maakt inzichtelijk voor de patiënt welke kosten van hartrevalidatie worden vergoed en welke de patiënt geheel of gedeeltelijk zelf moet betalen.
- De zorgverlener maakt inzichtelijk voor de patiënt welke kosten voor beweegactiviteiten en fysiotherapie na hartrevalidatie worden vergoed en welke de patiënt geheel of gedeeltelijk moet betalen (of waar de patiënt zich voor kan verzekeren).

HOOFDSTUK 2 – GENERIEKE KWALITEITSCRITERIA

In dit hoofdstuk worden generieke kwaliteitscriteria genoemd, dat wil zeggen wensen en eisen die gelden voor alle chronische patiënten in de zorg. Hoe zich dit verhoudt tot de aandoenings specifieke criteria, kunt u lezen in de leeswijzer.

Generieke kwaliteitscriteria voor de chronische patiënt

De hierna genoemde generieke kwaliteitscriteria zijn geldend voor iedere chronische patiënt en geformuleerd vanuit het perspectief van patiënten en naasten.

Uitgangspunt bij deze criteria is, dat alle zorgverleners werken binnen het kader van de geldende wet- en regelgeving in de zorg en conform de geldende richtlijnen en protocollen. Ook gaan we uit van de verantwoordelijkheden en plichten die een patiënt heeft, zoals die beschreven zijn in de WBGO.

De kwaliteitscriteria beschrijven de wensen, eisen en verwachtingen die patiënten ten aanzien van de gezondheidszorg hebben. Daarom worden bij het opstellen ervan partijen buiten de directe gezondheidszorg, zoals gemeenten en zorgverzekeraars, buiten beschouwing gelaten.

De hieronder genoemde lijst met generieke kwaliteitscriteria is onderverdeeld per thema. Allereerst noemen we echter de thema overstijgende kwaliteitscriteria.

Thema overstijgende kwaliteitscriteria

- De zorgverlener stelt de kwaliteit van leven van de individuele patiënt centraal.
- De zorgverlener verleent patiëntgerichte zorg die is afgestemd op de voorkeuren, mogelijkheden en behoeften van de individuele patiënt.
- De zorgverlener verleent zorg volgens de laatste richtlijnen, (zorg)standaarden, protocollen, procedures en (regionale) samenwerkingsafspraken. Wanneer hij hiervan afwijkt, bespreekt hij dit vooraf met een collega en andere betrokken zorgverleners, motiveert hij het afwijken aan de patiënt en legt hij dit vast in het medisch dossier.
- De zorgverlener is op de hoogte van eventuele andere aandoeningen van de patiënt en stelt de totale ziektelast van de patiënt vast.
- De zorgverlener waarborgt de privacy van de patiënt.
- De zorgverlener legt alle afspraken met de patiënt vast.
- De zorgverlener betreft, in overleg met de patiënt, naasten van de patiënt bij de zorg in alle fasen.
- De patiënt heeft vrije keuze van zorgaanbieder en zorgverlener.
- De zorgverlener stelt in samenspraak met de patiënt de behandeldoelen vast en bespreekt de verwachtingen van patiënt en zorgverleners hierbij. Zij overleggen en werken samen om de afgesproken behandeldoelen te bereiken.
- De zorgaanbieder betreft patiënten(organisaties) bij het inrichten en verbeteren van de zorg.

1. Regie over de zorg

De patiënt maakt indien mogelijk en gewenst zelf keuzes t.a.v. behandeling en zorg. De zorgverlener geeft hem hierbij de ruimte om zoveel mogelijk eigen regie te voeren.

- De zorgverlener brengt de patiënt op de hoogte van de verschillende mogelijkheden van behandeling en/of begeleiding (inclusief niet behandelen en/of begeleiden).
- De zorgverlener geeft de patiënt alle informatie die deze nodig heeft om zelf weloverwogen keuzes over de zorg te kunnen maken.
- De zorgverlener heeft een coachende rol bij het maken van keuzes door de patiënt.
- De zorgverlener stimuleert proactief het voeren van de eigen regie door de patiënt.
- De zorgverlener maakt samen met de patiënt afspraken over de rol die de patiënt heeft binnen de behandeling of begeleiding.

2. Effectieve zorg

De patiënt krijgt de meest effectieve behandeling(en) en begeleiding aangeboden.

- De zorgverlener verleent zorg volgens de laatste stand van wetenschap en praktijk.
- De zorgverlener zorgt dat de informatie in het medisch dossier juist, actueel en volledig is.
- De zorgverlener verheldert de zorgvraag.
- De zorgverlener legt eventuele comorbiditeit en/of multimorbiditeit vast in het medisch dossier. Hij stemt de behandeling en begeleiding van deze verschillende aandoeningen op elkaar af.
- De zorgverlener is deskundig en ervaren op het gebied van het behandelen en begeleiden van de betreffende patiëntengroep.
- De zorgverlener verwijst door in gevallen waarin hij de benodigde kennis en ervaring mist.
- Zorgverlener en patiënt evalueren periodiek of de behandeling of begeleiding van de patiënt effectief is en of er belemmeringen zijn om de afgesproken doelen te bereiken. Zo mogelijk heffen zij belemmeringen op en stellen zij de doelen bij.

3. Toegankelijke zorg

De zorg is voor de patiënt tijdig beschikbaar, goed bereikbaar, goed betaalbaar en goed toegankelijk.

- De Treeknormen zijn van toepassing, tenzij er afwijkende normen voor wacht- en/of toegangstijden zijn vastgelegd.
- De zorglocatie is goed bereikbaar met auto en openbaar vervoer.
- De zorglocatie is fysiek goed toegankelijk.
- De zorgverlener stemt dag en tijdstip van afspraken af met de patiënt.
- De wachttijd in de wachtkamer van de zorgverlener is acceptabel.
- De patiënt heeft een goed bereikbaar aanspreekpunt voor zijn behandeling en/of begeleiding.
- De patiënt weet waar hij, 24 uur per dag, 7 dagen per week, terecht kan in acute situaties.

- De zorgverlener informeert de patiënt over problemen met de bekostiging van medicijnen of andere behandelingen die onderdeel zijn van de behandeling en begeleiding van de patiënt en zoekt, voor zover mogelijk, naar alternatieven.

4. Continuïteit van zorg

De patiënt weet wie verantwoordelijk is voor zijn zorg. De patiënt ervaart naadloze overgangen tussen zorginstellingen, tussen afdelingen en tussen zorgverleners.

- De betrokken zorgverleners stemmen de behandeling en begeleiding met elkaar af.
- Per patiënt is de verantwoordelijkheidsverdeling over zijn zorg vastgelegd. De patiënt weet wie zijn hoofdbehandelaar, zijn aanspreekpunt en zijn zorgcoördinator is.
- De hoofdbehandelaar en de zorgcoördinator zijn op de hoogte van de zorg gegeven door alle betrokken zorgverleners.

5. Informatie, voorlichting en educatie

De patiënt ervaart begrijpelijke en op zijn of haar voorkeuren en mogelijkheden afgestemde informatie, voorlichting en educatie.

- De zorgverlener biedt informatie passend bij de informatiebehoefte van de patiënt.
- De zorgverlener biedt informatie via de meest voor de patiënt geschikte informatiekanaal (mondeling, schriftelijk, digitaal) aan.
- De zorgverlener toetst regelmatig of de patiënt de informatie heeft ontvangen en begrepen of dat nadere toelichting nodig is.
- De verschillende zorgverleners geven eenduidige informatie aan de patiënt.
- De zorgverlener bespreekt met de patiënt (en, in overleg met de patiënt, zijn naasten):
 - o De aandoening
 - o Alle behandel- en begeleidingsmogelijkheden, binnen en buiten eigen instelling
 - o Per behandel- en begeleidingsmogelijkheid:
 - Effectiviteit / verwacht resultaat op korte en lange termijn
 - Mogelijke complicaties en bijwerkingen
 - Voor- en nadelen van de behandeling, consequenties van het niet volgen hiervan
 - o Zorgproces (welke zorgverlener doet wat en wanneer?)
 - o Rol en verantwoordelijkheid van de patiënt
 - o Gezonde leefstijl
 - o Meerwaarde van patiëntenorganisaties en uitwisseling van ervaringen met medepatiënten.
 - o Het effect van de aandoening op het leven van de patiënt (leren omgaan met de aandoening)
 - o Waar men terecht kan met meldingen van incidenten, klachten en/of claims en de verschillende mogelijke klachtwegen.

6. Emotionele ondersteuning, empathie en respect

De patiënt voelt zich gehoord en begrepen en krijgt ondersteuning op psychosociaal vlak waar nodig.

- De zorgverlener peilt de behoefte aan psychosociale hulp, biedt zo nodig ondersteuning of verwijst door.
- De zorgverlener neemt voldoende tijd, luistert aandachtig, neemt de patiënt serieus, geeft begrijpelijke uitleg en wekt vertrouwen.

7. Patiëntgerichte omgeving

De patiënt ervaart een geschikte en prettige (behandel)omgeving.

- De inrichting van de ruimtes en de faciliteiten van zorglocaties sluiten aan bij de behoeften en mogelijkheden van de patiënt.

8. Veilige zorg

De patiënt ervaart een veilige (behandel-)omgeving.

- De zorgverlener registreert en analyseert meldingen van incidenten en complicaties, meldingen van patiënten, klachten en claims, bespreekt deze met alle betrokkenen en gebruikt deze uitkomsten om verbeteringen in de zorg te bewerkstelligen.
- De zorgverlener nodigt de patiënt uit om mee te werken aan de veiligheid van zijn eigen behandeling.
- De zorgverlener neemt signalen van de patiënt serieus die kunnen leiden tot mogelijk onveilige situaties.
- De zorgverlener en de patiënt weten welke medicijnen de patiënt gebruikt op basis van een beschikbaar actueel medicatieoverzicht.
- De zorgverlener vraagt aan de patiënt naar de zelfzorgmiddelen die hij gebruikt en recente wijzigingen van het medicatiegebruik.
- De zorgverlener is alert op bijwerkingen van medicijnen en de beïnvloeding van verschillende medicijnen op elkaar.

9. Kwaliteit van zorg transparant

Patiënten en hun naasten hebben inzicht in de (organisatie van de) zorgaanbieder en de uitkomsten van de zorg (resultaten) van de zorgaanbieder.

- De zorgaanbieder maakt informatie over de zorgverleners inzichtelijk voor de patiënt. Dit betreft opleiding, ervaring/deskundigheid en eventuele specialisaties.
- De zorgaanbieder maakt informatie over zijn organisatie inzichtelijk voor de patiënt. Dit betreft beschikbare voorzieningen, apparatuur en werkwijze/logistiek.
- De zorgaanbieder werkt mee aan het meten van de kwaliteit van zorg en het op een begrijpelijke manier inzichtelijk maken van deze informatie voor de patiënt.

10. Kosten transparant

Patiënten en hun naasten hebben inzicht in de kosten van behandelingen/zorg en de vergoedingen hiervan.

- De zorgverlener maakt de kosten van de behandeling en begeleiding inzichtelijk voor de patiënt.
- De zorgverlener maakt inzichtelijk voor de patiënt welke kosten van behandeling en begeleiding worden vergoed en welke de patiënt geheel of gedeeltelijk zelf moet betalen.

BIJLAGE 1 – TERMINOLOGIE EN VERKLARENDE WOORDENLIJST

Terminologie

- In dit document wordt de 'hij-vorm' gebruikt. Wanneer er 'hij' of 'hem' staat in de tekst kan daar ook 'zij' of 'haar' gelezen worden.

Verklarende woordenlijst

- **Aanspreekpunt.** Hieronder verstaan de patiëntenorganisaties de zorgverlener die op de hoogte is van het dossier van de patiënt en bereikbaar is voor vragen van patiënten of naasten. Zie voor nadere toelichting de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg op knmg.artsennet.nl
- **Comorbiditeit.** Er zijn tegelijkertijd meer stoornissen en aandoeningen aanwezig, zowel geestelijke als lichamelijke, zonder een causaal verband tussen die aandoeningen, maar gerelateerd aan een (chronische) ziekte, bijvoorbeeld depressie bij dementie.
- **Hoofdbehandelaar.** De zorgverlener die inhoudelijk eindverantwoordelijk is voor de gehele zorg aan de individuele patiënt. Zie voor nadere toelichting op de 'inhoudelijk eindverantwoordelijke zorgverlener' de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg op knmg.artsennet.nl
- **Multimorbiditeit.** Het tegelijk optreden van meerdere aandoeningen, bron: RIVM.
- **Naasten.** Mensen uit de omgeving van de patiënt (familieleden, partner etc.). Vaak zijn belangrijke naasten in meer of mindere mate betrokken bij de (organisatie van de) zorg aan de patiënt.
- **Patiënten.** Mensen met een ziekte of aandoening. Bij wilsonbekwame patiënten wordt hieronder ook verstaan de 'naasten' van de patiënt.
- **Patiëntenperspectief.** Het perspectief van mensen met een ziekte of aandoening. Bij wilsonbekwame patiënten gaat het ook om het perspectief van de naasten.
- **Relapspreventie.** Terugvalpreventie.
- **Treeknorm.** Een norm waarin is bepaald hoe lang mensen maximaal mogen wachten voor een behandeling. Er is door diverse partijen overeenstemming bereikt over streefnormen en maximale wachttijden voor niet-acute zorg. De normen zijn als volgt gedefinieerd:
 - Toegangstijd huisarts: 80% binnen 2 werkdagen, maximaal 3 werkdagen
 - Toegangstijd apotheek: 100% binnen 1 werkdag
 - Toegangstijd paramedische zorg: 100% binnen 1 week
 - Toegangstijd ziekenhuiszorg: 80% binnen 3 weken, maximaal 4 weken
 - Wachttijd diagnostiek/indicatiestelling: 80% binnen 3 weken, maximaal 4 weken
 - Wachttijd poliklinische behandeling: 80% binnen 3 weken, maximaal 4 weken

- Wachttijd klinische behandeling: 80% binnen 5 weken, maximaal 7 weken
Noot: de kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief kunnen anders zijn dan deze Treeknormen! Meer informatie op www.treeknorm.nl.
- **WGBO.** Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. In deze wet staan rechten en plichten waar de zorgverlener en de patiënt zich aan dienen te houden.
- **Zorgcoördinator:** de zorgverlener die het overzicht heeft van de situatie van de betreffende patiënt en de vereiste zorg en die zo nodig kan interveniëren (door zelf in actie te komen of door andere zorgverleners te verzoeken actie te ondernemen). Zie voor nadere toelichting de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Deze staat als pdf op knmg.artsennet.nl.
- **Zorgplan.** Beschrijving van de behandeling met alle rollen en verantwoordelijkheden van de zorgverleners en patiënt. Het is zodanig opgesteld dat een patiënt het zorgplan begrijpt en onderschrijft. In een zorgplan worden schriftelijk vastgelegd: de gestelde doelen, de verwachte tijdsduur, de te verrichten taken, het tijdstip van zorgverlening, de omvang van de te verlenen hulp, de in te zetten deskundigheid, het tijdstip van de evaluatie, de betrokken zorgverleners en afspraken. Het zorgplan wordt ter goedkeuring door de patiënt/cliënt ondertekend.
In plaats van zorgplan wordt ook gesproken over zorgleefplan, behandelplan of begeleidingsplan. Bron: Vilans. Meer informatie: www.zorgleefplanwijzer.nl.
- **Zorgstandaard.** Een beschrijving van de noodzakelijke onderdelen van multidisciplinaire zorg voor mensen met een bepaalde chronische ziekte, gezien vanuit de patiënt. Een zorgstandaard beperkt zich tot het hele zorgcontinuüm, zelfmanagement door de patiënt en op de organisatie van het zorgproces (de ketenorganisatie) en de bijbehorende prestatie-indicatoren. Waar een zorgstandaard in meer algemene termen is gesteld, beschrijft een klinische richtlijn in detail de inhoud van de zorg. Een zorgstandaard en de daarbij behorende klinische richtlijn(en) vormen een integrale eenheid. Een zorgstandaard is de basis van de programmatische behandeling van chronisch zieken.
- **Zorgverleners.** Alle disciplines die zorg verlenen aan patiënten en/of patiënten behandelen. U kunt daarbij denken aan artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, psychologen, ergotherapeuten, logopedisten, etc.
- **Zorgaanbieder.** De zorginstelling of beroepsbeoefenaar die zorg verleent.

BIJLAGE 2 - BRONNEN

- 'Hartrevalidatie door patiënten bekeken. Focusgroepsgesprek & interviews in kader van herziening Richtlijn Hartrevalidatie – psychische & arbeidsgerelateerde aspecten', De Hart&Vaatgroep (2009).
- 'Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie 2011', Projectgroep PAAHR (2011).
- 'Pakketscan coronaire hartziekten. Gevraagde, aangeboden en verzekerde zorg vergeleken', College voor Zorgverzekeringen (2011).
- Focusgroepsgesprek met 5 leden van De Hart&Vaatgroep (november 2011).
- Digitale raadpleging t.b.v. aanvulling, prioritering en knelpuntenanalyse onder 32 leden van De Hart&Vaatgroep (februari-maart 2012).
- Basisset Kwaliteitscriteria; het patiëntenperspectief op de zorg voor chronisch zieken versie 2.0, Kwaliteit in Zicht (2011).

- Eerder ontwikkelde sets aandoenings specifieke kwaliteitscriteria van de diverse patiëntenorganisaties (gebaseerd op onderzoeken naar het patiëntenperspectief).
- Kwaliteitscriteria van de NPCF:
 - o Algemene kwaliteitscriteria (2006)
 - o Patiënt aan zet! Een handreiking voor de patiënt (2006)
 - o Ons ziekenhuis? Patiëntgericht! (2008)
 - o Eerstelijnszorg voorop! (2007)
- Kwaliteitscriteria Picker Institute.
- Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. Coördinatieplatform Zorgstandaarden (ZonMw programma Diseasemanagement chronische ziekten). Februari 2010. Als PDF te downloaden op www.zonmw.nl
- NTA norm Veiligheidsmanagementsysteem (revisie NTA 8009, 2011).
- Gedragscode openheid Medische aansprakelijkheid, GOMA (2010).
- RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, zie www.nationaalkompas.nl. Samenvatting van belangrijkste kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief (internationaal), door Centrum Klantervaring Zorg (CKZ). Uit: 'Zicht op kwaliteit. Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief', Oratie van Diana Delnoij, hoogleraar *Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief* aan de Universiteit van Tilburg en directeur CKZ. Als PDF te downloaden op www.npcf.nl.
- www.deeljezorg.nl; website van de 13 provinciale Zorgbelangorganisaties met verhalen, ervaringen, oproepen en tips van patiënten.
- www.consumentenzorg.nl; website van de NPCF met informatie over zorg en patiëntenrechten, meldacties, adressen van zorgaanbieders etc.
- Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Door KNMG, V&VN, KNOV, KNFG, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland en NPCF (2010).
- Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten. Aangesloten partijen: Actiz, FNT, GGZ, IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NMT, NICTIZ, NPCF, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VGN, Verenso, VWS en ZN (april 2008).

Colofon

Deze set "Kwaliteitscriteria hartrevalidatie, geformuleerd vanuit patiëntenperspectief" is opgesteld door De Hart&Vaatgroep. Deze uitgave is ontwikkeld binnen het programma Kwaliteit in Zicht, dat mogelijk gemaakt is door het Fonds PGO van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Meer informatie vindt u op www.programmakwaliteitinzicht.nl en op www.hartenvaatgroep.nl