

Notulen vergadering Algemeen Bestuur RSS

Datum: 11-04-2013, 15.00-16.30 uur

Locatie: Laurens Antonius IJsselmonde

Aanwezig	Dhr. J. Stravers (Laurens, locaties A. IJsselmonde en A. Binnenweg) Dhr. T. Bank, (Centrum voor Reuma en Revalidatie Rotterdam) Dhr. R. Dutrieux (Zorgcombinatie Nieuwe Maas, locatie Zonnehuis) Mevr. J. Boonstra (IJsselland Ziekenhuis) Dhr. C. Stijnen (Ruwaard van Putten Ziekenhuis) Dhr. A. Vis (Sint Franciscus Gasthuis) Mevr. R. Saxena (Maasstad Ziekenhuis) Dhr. M. Liedorp (Havenziekenhuis) Dhr. L. Mulder (Ikazia Ziekenhuis) Dhr. K. Foets (Ikazia Ziekenhuis) Dhr. J. Driesen (Vlietland Ziekenhuis) Dhr. Van den Bogaert (Rijndam revalidatiecentrum) Dhr. P. Muis (Zorggroep Rijnmond, locaties Pniël en Siloam) Dhr. T. Vissers (Thuiszorg Rotterdam) Mevr. Bickes (de Zellingen, locatie Rijckehove) Mevr. Van der Hammen (de Zellingen, locatie Rijckehove) Mevr. D. Giesen (Coördinator RSS)
Niet aanwezig	Vertegenwoordiger Erasmus MC Vertegenwoordiger Careyn De Vier Ambachten
Voorzitter	Dhr. J. Stravers
Notulen	Mevr. D. Giesen (Coördinator RSS)

1. Opening

- Dhr. Stravers opent de vergadering en heet iedereen welkom. Er wordt gestart met een voorstelronde.

2. Mededelingen

- Er zijn van een aantal genodigden afmeldingen ontvangen.

3. Notulen 12-04-2012

- Notulen van de vergadering van het Algemeen Bestuur zijn in mei 2012 rondgestuurd maar zijn nog niet officieel goedgekeurd. De notulen zijn bij deze goedgekeurd.

4. Keteninformatiesysteem

- Dhr. Weerdenburg, projectleider bij Zorgportaal Rijnmond, was uitgenodigd om te presenteren maar door miscommunicatie is deze presentatie helaas vervallen. De RSS (deelketen Maasstad Ziekenhuis – Laurens Antonius IJsselmonde) is op dit moment pilotketen in bij Zorgportaal Rijnmond; doel van de pilot is om het platform Zorgportaal Rijnmond geschikt te maken voor gegevensoverdracht in ketenverband.

5. Scholing

- De RSS heeft twee scholingen ontwikkeld:

1. CVA revalidatie voor verzorgenden en verpleegkundigen (niveau 3/4), gericht op medewerkers uit de revalidatiefase. De scholing is vorig jaar januari voor de eerste keer gestart, en vanwege grote vraag in november voor de tweede keer. Er is veel belangstelling (12 en 20 deelnemers). Veel goede reacties, ook dat het behoorlijk pittig is, organisaties geven aan dat er behoefte aan is.

2. Stroke Care Verpleegkundige (niveau 4/5), gericht op medewerkers uit de acute fase. Afgelopen jaar waren er 12 deelnemers, relatief weinig. De prijs was buiten de RSS om fors verhoogd, bijna verdubbeld. Volgend jaar proberen we het anders op te zetten. De scholing was ondergebracht bij de Zorgacademie van het Erasmus, en we zijn in gesprek met de Maasstad Academie. Doel is inhoudelijke aanscherping (modernisering), mogelijkheden van e-learning en prijsreductie.

Vraag vanuit de RSS is of het Algemeen Bestuur kan inschatten waarom het aantal deelnemers gedaald is; komt het door de verhoogde prijs of is er verzadiging? Verwachting van het Algemeen Bestuur is dat het met name de prijs is. Qua verzadiging zal het meevallen. In het Ikazia wordt de scholing meegenomen als eis in het portofolio van personeelsleden; hiermee wordt vanzelf duidelijk wie er nog naar de scholing toe moeten.

Een belangrijke constatering is dat het SFG een scholing aanbiedt, welke ook voor externen toegankelijk is. Er is daarmee sprake van concurrentie. De scholing in het SFG is in de basis gelijk geweest aan de RSS scholing. Deze is ontwikkeld door diverse partijen binnen de RSS, waaronder het SFG. Toen de RSS-scholing is ondergebracht bij de Zorgacademie van het ErasmusMC heeft het SFG besloten de scholing zelf voort te zetten. Op dit moment worden er dus twee vergelijkbare scholingen aangeboden, voor dezelfde doelgroep. De ene scholing is onder de vlag (en invloed) van de RSS, de andere is in eigendom van het SFG en valt niet onder de RSS.

Conclusie: Belangrijk is om te kijken op welke manier hier mee omgegaan moet worden; is het wenselijk dat er twee scholingen naast elkaar bestaan? Vanuit het Algemeen Bestuur wordt aangegeven dat het handig is om eisen op te stellen voor de scholingen indien meerdere scholingen mogen bestaan. Daarnaast wordt uitgesproken dat het gezamenlijke scholen voordelen heeft voor de interactie en uitwisseling tussen verpleegkundigen uit verschillende ziekenhuizen, en dat gezamenlijk scholen zorgt voor verdeling van de druk op /inspanning bij docenten. Overigens geeft het SFG aan dat dit bij hun scholing ook het geval is door de deelname van externen aan de scholing.

6. Concentratie en specialisatie

- Gesproken is over de RSS-eis van 150 CVA patiënten per ziekenhuis. Zorgverzekeraars Nederland stellen een eis van 350 patiënten. Hieraan voldoet de helft van de ziekenhuizen binnen de RSS niet. Dit zou enorme verschuivingen in patiëntenstromen met zich meebrengen, samen met vraagstukken over capaciteit.
- De vereniging van neurologen heeft met inhoudelijke argumenten veel tegengas gegeven tegen deze norm, maar dit is absoluut niet gehoord.
- De ontwikkelingen in de richting van specialisatie en centralisatie zijn duidelijk. De argumentatie hierachter kan te betwifelen zijn, maar de ontwikkelingen zullen absoluut die kant op gaan. Als het niet dit jaar is, dan wel volgend jaar. Het ROAZ (regionaal overlegorgaan acute zorg) heeft hierin een belangrijke rol.
- De RSS heeft dus een andere norm dan Zorgverzekeraars. Een idee is om in Rotterdam aan te geven dat we de norm op 150 houden, en dat we hier goede resultaten mee behalen. Er is

dan een nadere analyse van de cijfers nodig. Tegenwerping hierop is dat het sterk de vraag is of dit wel gehoord wordt (als de landelijke vereniging met wetenschappelijk onderzoek al niet gehoord wordt). Conclusie is om het wel te proberen.

- Conclusie is om met de RSS een werkgroepje te vormen wat gaat nadenken over de volumenormen in Rotterdam. Hoe moeten we daar mee omgaan, wat willen verzekeraars (visie) en wat kunnen we daarmee? De benchmark cijfers moeten door het werkgroepje ook met SRZ gedeeld worden; zij denken ook mee in de verdeling in de stad.

Reactie Dagelijks Bestuur in mei 2013 op punt 6:

Recent is duidelijk geworden dat de volume normen niet zijn opgenomen in de inkoopvoorwaarden van 2014. De RSS zal nu geen actie ondernemen. De RSS onthoudt het idee om een werkgroepje te vormen wel, zodat dit eventueel in de toekomst snel ingezet kan worden. Er kan dan op basis van benchmarkcijfers (openbaar binnen de RSS) en een gesprek met de SRZ een visie ontwikkeld worden, zodat er enige argumentatie beschikbaar is vanuit de RSS.

7. RSS-brede vergelijking benchmark 2012

- De cijfers van de benchmark worden opgenomen in het jaarverslag en dat staat op de website. De benchmarkcijfers van de ziekenhuizen en de cijfers van de RSS-registratie bij vervolginstellingen zijn grafisch weergegeven en gepresenteerd op het Algemeen Bestuur. Het delen van deze cijfers maakt het ook mogelijk om bij elkaar te kijken wat er te leren valt, de RSS wil de aanwezigen hier graag op attenderen.
- De aantallen CVA's: aantallen zijn nauwelijks veranderd ten opzichte van 2011, er is sprake van een kleine verschuiving. Het totaal aantal CVA's in 2012 is 2480. De volume norm van de RSS staat op 150 patiënten per jaar. Een van de ziekenhuizen zit hier met 120 patiënten onder. De RSS heeft hier nog geen standpunt over in genomen.
- 5 ziekenhuizen kunnen gemiddelde Barthel score aanleveren voor voltallige patiëntengroep. Er zit nog verschil in de dag waarop gemeten wordt. De indicator zegt daarom nog niet zoveel. Het is wel belangrijk dat de indicator gemeten en geregistreerd wordt; zowel voor casemix correctie als voor een goede triage (en dus zorgvuldige zorg). Afspraak in het Algemeen Bestuur is dat iedereen dit gaat meten in 2013.
- Bij 4 ziekenhuizen wordt de MRS (modified rankin scale) score geregistreerd. Dit gebeurt nog voor een deel van de patiënten, maar het is pas een interessante indicator als er voor 100% van de patiënten geregistreerd wordt. Het is een indicator in opbouw; lastig te achterhalen omdat het een score na 3 maanden betreft. Goed dat er nu 4 ziekenhuizen hiermee bezig zijn! Vraag aan de rest is om het ook op te pakken. Dit kan bijvoorbeeld door de thuiszorgverpleegkundige te laten terugrapporteren, afspraken te maken met de vervolginstellingen, patiënten na te bellen, of op de poli na 3 maanden te meten. De indicator wordt meegenomen in de benchmark als "percentage waarvoor gemeten is" en "percentage met score onder de 3". Registreren van de MRS laat ook zien dat patiënten in beeld blijven en dat er sprake is van ketenzorg.
Opmerking is dat de cijfers in februari gevraagd worden; maar dan zijn de patiënten die in december opgenomen zijn nog geen 3 maanden thuis. De RSS zal dit opnemen met het landelijk Kennisnetwerk CVA (ook voor sterftcijfers).
- Binnen de RSS worden in de ziekenhuizen de 6% en 22% van de patiënten getrombolyseerd. In totaal levert dat een trombolysenpercentage van 13,5 voor de gehele RSS (11,7% in 2011).

Bijna alle partijen halen nu de 10% norm van de RSS. Achmea heeft in 2011 al een wens van 12.3% genoemd. Landelijk is onderzocht dat in de ideale situatie ongeveer 25% van de patiënten getromboliseerd zou kunnen worden.

Behalve naar percentages is het ook goed om naar aantallen trombolyses te kijken. De aantallen uitgevoerde trombolyses liggen in de range van 12 tot 58 patiënten per jaar bij de verschillende ziekenhuizen. Er is geen landelijke norm voor het aantal trombolyses bekend bij de aanwezigen.

Opmerking is het trombolyse percentage wel ruimte laat voor interpretatie. De teller (aantal trombolyses) is duidelijk, maar de noemer (aantal infarcten) bevat ruimte voor variatie; bijvoorbeeld rondom het opnemen van hele lichte CVA's en rondom patiënten die pas 3 dagen na een infarct binnen komen. Het is daarom goed om ook naar de aantallen te kijken. De RSS zal dit meenemen naar het Kennisnetwerk CVA.

Bij twee ziekenhuizen is opgemerkt dat de huisartsen de patiënten wat langer vast lijken te houden. Hier worden door henzelf acties opgezet. Mogelijk kan de RSS hier ook een rol bij spelen; bijvoorbeeld bij het afstemmen van de informatie naar de huisartsen toe. Opgemerkt wordt dat de aandacht niet eens zo zeer naar de huisartsen uit hoeft te gaan maar ook naar het publiek; immers, de meeste mensen komen via 112 ipv via de huisarts.

- De onset-to-door tijd (tijd tot aanmelding in ziekenhuis) is door enkele ziekenhuizen gemeten voor de trombolyse patiënten. Er blijkt bij deze patiënten gemiddeld 1 a 1,5 uur nodig te zijn voor de patiënt op de spoedeisende hulp binnenkomt. Voor de overige CVA patiënten is dit niet gemeten. Er is geen landelijke norm bekend bij de aanwezigen; dit zou wel interessant zijn (ook in het kader van concentratie en aanrijdtijden). Ook zou het interessant zijn om te weten hoe deze tijd is opgebouwd (tijd tot bellen met 112, tussenkomst van de huisarts, reactietijd van ambulance, rijdtijd van de ambulance etc). Als dat bekend zou zijn, kan er gericht gestuurd worden op verkorting van de tijd. De RSS zal deze opmerkingen meenemen naar het Kennisnetwerk CVA.
- De gemiddelde door-to-needle time (moment binnenkomst tot moment injectie) is bij iedereen onder het uur. De meesten zijn iets versneld. Achmea wenst naar 45 minuten te gaan, het Kennisnetwerk CVA heeft het al over 30 minuten. Er is dan nog een slag te maken. Procesveranderingen binnen de ziekenhuizen in de RSS die hebben bijgedragen aan verkorting van deze tijd zijn het laten bellen van de ambulanceverpleegkundige en direct klaarzetten van een trombolyseteam, het direct starten met de CT bij aankomst van de ambulance, het injecteren bij de CT, het veranderen van de positie van de neuroloog in "leading person", en het strakke evalueren. Het Ikazia geeft aan dat hiermee binnen 30 minuten mogelijk is.
- Op dit moment is er over de tijdigheid van TIA's niets over te zeggen aangezien iedereen aangeeft dat het binnen 72 uur gebeurt zoals het in protocol staat. Detaillering van deze tijden is gewenst. Het Ruwaard gaf aan drie groepen te zien binnen de TIA patiënten, en vraagt of deze allemaal meegenomen dienen te worden bij de indicator. De indicator betreft wel alle TIA patiënten. Echter, landelijk wordt hier op verschillende manieren tegenaan gekeken, waardoor er rare vergelijkingen ontstaan (bijvoorbeeld tijdstip melding of tijdstip start symptomen). De RSS neemt met het Kennisnetwerk CVA op.
- Verblijfplaats na 3 maanden is bij 5 ziekenhuizen nog grotendeels onbekend. Er zijn drie ziekenhuizen die deze cijfers beter verzamelen. De indicator is pas interessant las voor 100% van de patiënten onderzocht wordt wat de verblijfplaats is. Vanuit het oogpunt van goede zorg is het belangrijk om dit te gaan registreren.
- De gemiddelde ligduur is circa 5 a 5,5 dag, weer iets verkort, ook landelijk gezien een goede score.

- Ontslag naar revalidatiecentrum schommelt tussen 6 en 17 dagen. Het gaat hierbij echter om hele kleine patiëntstromen, die wel hele grote verschillen in ligduur weergeven. Het gros zit boven de 11 dagen, en is toegenomen ten opzichte van 2011. Dat moet sneller kunnen. Een manier hiervoor is door overbruggingszorg te regelen met de vervolginstellingen. Ook wordt het revalidatiecentrum gevraagd hier zelf naar te kijken.
- Ontslag naar vervolginstellingen duurt circa 8 a 9 dagen (mediaan). In het ketenprotocol van de RSS staat dat uiterlijk dag 5 de triage gedaan moet worden, en dat de vervolginstelling uiterlijk 3 dagen na indicatiestelling moet opnemen. Dat zou betekenen dat alle patiënten dag 8 over moeten zijn. Een mediaan van 8 a 9 dagen in de ziekenhuizen geeft echter aan dat 50% van de patiënten dan over gaat. En de andere 50% gaat dus later. Eigenlijk gaan er dus veel patiënten later over dan onze eigen normen.
Aangegeven wordt dat het hier wel om zieke mensen gaat en dat de RSS norm mogelijk te strak is. Soms is het prettiger om ze iets langer in het ziekenhuis te houden alvorens ze uit te plaatsen. Het Algemeen Bestuur is echter van mening dat de norm niet bijgesteld hoeft te worden, maar dat ketenpartners met elkaar in gesprek moeten over casuïstiek; wat zijn er in de vervolginstelling nou voor zaken nodig om een patiënt toch eerder over te willen plaatsen?
- Aantallen patiënten die naar huis/vervolginstelling ontslagen worden verschilt sterk tussen de ziekenhuizen. Redenen hiervoor kunnen liggen bij de casemix, triage, registratie binnen de definities, etc. De reden is niet bekend, maar duidelijk is dat er veel verschil is.
- Drie vervolginstellingen halen de eis van de RSS betreffende het aantal CVA opnames niet. Dat was vorig jaar ook het geval. Vorig jaar is afgesproken dat er geen sprake meer hoeft te zijn van een unieke samenwerkingsrelatie tussen 2 partners. Dit heeft echter nog geen effect gehad op de aantallen.
- Gemiddelde ligduur bij de vervolginstellingen verschilt tussen 40 en 70 dagen binnen de RSS. Ook de mediane ligduur laat veel verschil zien (39 tot 69). Om hier echt wat over te zeggen is de casemix correctie en Barthel score nodig bij binnenkomst en ontslag. De verschillen zijn nu niet verklaarbaar, maar het is interessant om hier eens naar te kijken. Wellicht spelen de ontslag mogelijkheden (thuiszorg) mee.
- Barthelscore bij opname en ontslag is dit jaar een nieuwe indicator. Dit kan door 2 partijen nu aangeleverd worden, de rest moet het volgend jaar ook doen.
- De vervolginstellingen laten ook veel verschil zien in de aantallen patiënten die naar huis gaan, ook gezien hun eigen cijfers een jaar eerder. Hier speelt de definitie van verzorgingshuis (oude woonomgeving of long stay) waarschijnlijk een rol. Dit zal aangescherpt moeten worden zodat er uniforme registratie komt in de toekomst. Nu is er nog weinig van te zien.

8. Nazorgproject

- Thuiszorg Rotterdam heeft vorig jaar het initiatief genomen voor een project om de nazorg voor CVA patiënten in de regio te verbeteren. Hierbij wordt nadrukkelijk samenwerking gezocht met andere betrokkenen (andere thuiszorgorganisaties, eerstelijns behandelaren, huisartsen). Doel is om overzicht te krijgen in de eerstelijns; de patiënt goed te volgen in de thuissituatie en daar waar nodig extra zorg/behandeling in te zetten. Het project is halverwege. Er worden gespecialiseerd verpleegkundigen in de thuiszorg worden ingezet, die werken volgens een zorgpad. Ook wordt een eerstelijnsnetwerk van behandelaren opgezet. De link met de huisartsen is nog lastig. Er wordt binnenkort met het Dagelijks Bestuur gekeken naar borging van het project in de toekomst. Doel is om het straks stadsbreed uit te kunnen uitrollen.
Opmerking vanuit de vergadering is om na te denken waar de thuiszorgverpleegkundigen in dienst zijn.

9. RSS-brede vergelijking zelf-evaluatie

- 7 van de 8 ziekenhuizen hebben een zelf-evaluatie instrument ingevuld, gebaseerd op het Ontwikkelings Model Ketenzorg. De (subjectieve) resultaten hiervan zijn voor de regio vergeleken en in het Algemeen Bestuur gepresenteerd. Aan de hand van deze vergelijking zijn er een aantal punten bovengekomen die bij meerdere partijen binnen de RSS nog ontwikkeld moeten worden. Bedoeling was om in het Algemeen Bestuur te bespreken bij welke van deze punten een rol van de RSS gewenst is. In verband met tijdsdruk is dit echter niet gebeurd. Dit zal daarom door het Dagelijks Bestuur besproken worden. De presentatie zal doorgestuurd worden aan de aanwezigen.

10. Audits en kwaliteit

- In verband met tijdgebrek is dit punt niet besproken op de vergadering van het Algemeen Bestuur. Een korte weergave van de stand van zaken staat hieronder:
De audits zijn per deelketen uitgevoerd. Inmiddels hebben 5 van de 6 audits plaatsgevonden en is de laatste gepland voor volgende week. Het blijkt behoorlijk veel werk om een audit uit te voeren, maar het is duidelijk geworden dat in 1 auditdag een behoorlijk goed beeld gevormd kan worden van de ketensamenwerking in de deelketen. Ook horen we terug dat de audits aanzetten tot verbetertrajecten en kleine verbeteracties.

11. Jaarverslag 2012

- Er zijn geen opmerkingen over het jaarverslag. Gezien de positieve resultaten is er wellicht iets te doen met financiële prikkels, bijvoorbeeld voor scholingen. Dit moet dan in het jaarplan 2013 opgenomen worden. Het jaarverslag zelf is bij deze goedgekeurd.

12. Jaarplan 1.46

- In de vergadering van het Algemeen Bestuur zijn vandaag een aantal punten besproken die in het jaarplan opgenomen kunnen worden:
 - ~~Volume eisen en vervolgacties (zie punt 6 in deze notulen).~~
 - Het verbeteren van de benchmark registratie richting volledige dataset. De RSS kan inventariseren waarom bepaalde partijen de data wel aan kunnen leveren en waarom andere niet. Hier kan mogelijk kennis en ervaring gedeeld worden.
 - Het stimuleren dat partijen bij elkaar gaan kijken naar aanleiding van verschillen in de benchmarkdata, zodat er geleerd kan worden van elkaar en de kwaliteit van zorg kan stijgen. De RSS zal nadenken over een manier om dit te faciliteren.
 - Snelheid van insturen richting ziekenhuizen (onset-to-door tijd) / publiekscampagne.

Met deze aanvullingen wordt het jaarplan goedgekeurd.

13. Toetreding Rijckehove

- Rijckehove is een redelijk grote partij voor geriatrische revalidatie, circa 100 patiënten per jaar, welke voornamelijk overgenomen worden uit het IJsselland Ziekenhuis. Het is daarom erg wenselijk om Rijckehove tot de RSS te laten toetreden. Daartoe heeft een audit plaatsgevonden en de bevindingen hiervan zijn met elkaar besproken. Er zijn nog een paar verbeterpunten die de RSS in oktober opnieuw zal bekijken, maar de toetreding wordt door beide partijen als wenselijk beschouwd.

De samenwerkingsovereenkomst is getekend, daarmee is Rijckehove toegetreden.
Felicities!

14. Rondvraag

- Vraag om de contactenlijst van het Algemeen Bestuur toe te sturen naar de aanwezigen, en te laten kijken of deze correct is.
- Vraag vanuit de RSS aan de ziekenhuizen is om te reageren op de brief die door de RSS verstuurd is inzake de aantallen Achmea patiënten, zodat gefactureerd kan worden door de RSS. De brief blijkt bij enkele aanwezigen niet bekend, en zal nogmaals toegestuurd worden.

15. Volgende vergadering

- Vergadering Algemeen Bestuur: **donderdag 17 april 2014 van 15.00-17.00 uur**. Locatie is nog onbekend.

16. Sluiting

- Dhr. Stravers sluit de vergadering en bedankt iedereen voor de inzet.

17. Actiepunten, aandachtspunten en besluiten

Actiepunten	
DB-RSS	Formeren van werkgroepje dat na gaat denken over omgaan met volume normen in Rotterdam en delen van de benchmark cijfers met de SRZ. (herroepen door DB vanwege recente ontwikkelingen)
DB RSS	Diverse opmerkingen mbt de benchmark delen met het Kennisnetwerk CVA: <ul style="list-style-type: none"> - De cijfers worden in februari gevraagd maar dan zijn de patiënten die in december opgenomen zijn nog geen 3 maanden thuis. Dit heeft invloed op de cijfers na 3 maanden (sterfte, MRS, verblijfplaats). - Het trombolysen percentage laat ruimte voor interpretatie vanwege mogelijkheden om te variëren in de noemer (bv rondom het opnemen van hele lichte CVA's en rondom patiënten die pas 3 dagen na een infarct binnen komen). Het is daarom goed om ook naar de aantallen te kijken. - Er is binnen de RSS geen landelijke norm bekend omtrent de onset-to-door tijd; dit zou wel interessant zijn (kwaliteit maar ook concentratie /aanrijdtijden). Ook zou het interessant zijn om te weten hoe deze tijd is opgebouwd (tijd tot bellen met 112, tussenkomst van de huisarts, reactietijd van ambulance, rijdtijd van de ambulance etc). Als dat bekend zou zijn, kan er gericht gestuurd worden op verkorting van de tijd. - Er is onduidelijkheid (en landelijk verschil) in de registratie van tijdigheid van TIA diagnostiek. Het is gewenst om de definitie strakker te stellen, zodat er geen vreemde vergelijkingen plaatsvinden.
DB RSS	Kijken naar de mogelijkheden van publiekscampagne of huisartseninformatie met het doel om patiënten eerder ingestuurd te krijgen.
DB RSS	Aan de hand van de RSS-brede vergelijking van de zelfevaluatie bespreken op welke punten de RSS kan faciliteren en waar geen actie nodig is.
DB RSS	Er is veel verschil tussen ziekenhuizen betreffende de ontslagbestemming van patiënten (procentueel). Hier speelt de definitie van verzorgingshuis (oude woonomgeving of long stay) waarschijnlijk een rol. Dit zal aangescherpt moeten worden zodat er uniforme registratie komt in de toekomst.

Aandachtspunten uit de benchmark

- Een aantal ziekenhuizen kunnen de MRS score na 3 maanden en de verblijfplaats na 3 maanden aanleveren. Het is een aandachtspunt om voor de andere ziekenhuizen om dit ook te gaan doen, bijvoorbeeld door afspraken te maken met de thuiszorg of vervolginstellingen, of door op de poli na 3 maanden te meten/bellen.
- Rijndam wordt gevraagd om te kijken naar de opnamesnelheid.
- De mediane ligduur voor ontslag naar geriatrische revalidatie (VSU) is 8 dagen. Volgens het ketenprotocol zou dit maximaal 8 dagen moeten zijn. Deelketenpartners worden geadviseerd om met elkaar te gaan over casuïstiek; wat zijn er in de vervolginstelling voor zaken nodig om een patiënt toch eerder over te willen plaatsen?
- Er is veel verschil tussen ziekenhuizen betreffende de ontslagbestemming van patiënten (procentueel). De reden hiervan is onduidelijk.
- Er is veel verschil tussen vervolginstellingen betreffende de ligduur (gemiddeld en mediaan). Vervolginstellingen kunnen hier mogelijk een kleine analyse naar doen.

Besluiten

Afgesproken is dat alle instellingen de Barthel Score gaan meten en registreren in 2013.